

NapoliSana Campania

Competenze specialistiche

La carica dei mille



12 MAGGIO
**Vertenza occupazione: non
si lascia a casa nessuno**

Chiara Sepe a pag. 10



QUI NAPOLI
Infermiere aggredito
Flash mob #iosonoalessandro

Chiara Sepe a pag. 31



12.05.2017

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

MENO INFERMIERI MENO SALUTE



IPASVI

Coordinamento
Regionale Campania



L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Dal momento che la Regione Campania è ancora in Piano di Rientro, i decreti attuativi, necessari per rendere operativo il Piano Ospedaliero e per garantire la ripartizione del fondo nazionale alle ASL e l'utilizzazione dei fondi destinati all'incremento dell'assistenza, richiedono l'approvazione commissariale.

Analogamente, necessitano della ratifica commissariale gli atti aziendali di ASL e ospedali, i contratti con i centri privati accreditati, la revisione dei fabbisogni (necessaria per la valutazione della congruità dei contratti) finalizzata all'attuazione del Piano Territoriale focalizzato sulla tematica della prevenzione, come pure altri provvedimenti previsti entro il 2018.

Alla luce di quanto appena affermato, è indubbio come questa condizione di instabilità si ripercuota inevitabilmente sulla questione (a noi particolarmente cara) dell'occupazione, condizione che, a sua volta, incide sulla qualità dell'assistenza erogata.

Lungi da noi l'interesse a sfociare in questioni di ordine politico, si evince, tuttavia, la necessità dell'insediamento di un Commissario che possa attuare i provvedimenti necessari per scuotere un Sistema Sanitario Regionale paralizzato, al fine di favorire lo sblocco del turn over, la realizzazione di un concorso

unico regionale che favorisca l'occupazione dei giovani professionisti, che stabilizzi i precari e favorisca il rientro di coloro che sono stati costretti a lasciare le proprie famiglie per poter realizzare le loro aspettative professionali.

Il Commissario ha l'autorità per riqualificare il sistema salute, gravemente ferito da organizzazione e assistenza qualitativamente ai minimi storici.

Dei due anni trascorsi dall'insediamento dell'attuale Giunta Regionale, oltre un terzo è trascorso senza una guida stabile. Un vuoto che danneggia pesantemente il processo di risanamento finanziario, le strutture campane e, soprattutto, cittadini e infermieri. I primi preoccupati di affidare la propria salute ad un Sistema Sanitario Regionale al collasso, i secondi sviliti dalla mancanza di prospettive professionali e di crescita (basti pensare a come l'infermiere di famiglia o l'infermiere dirigente siano figure consolidate in altre realtà italiane).

In questo numero della nostra rivista ribadiamo con forza che #noisiamopronti, gli infermieri campani sono pronti, e lo abbiamo chiesto con forza, abbiamo manifestato questa nostra ferma volontà di essere valorizzati negli ospedali, sul territorio, al fianco della famiglia e dei cittadini.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

Rivista periodica di: aggiornamenti professionali, attualità, cultura e ricerca infermieristica

Organo ufficiale dei Collegi Ipasvi di Napoli e Benevento

ANNO XXIII- N. 2 - GIUGNO 2017

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, Nicola Scarpato, Carlo Vigorito, Americo Zotti.

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Giovanna Annese, Maria Annunziata, Anna Buonocore, Federica Barresi, Dario De Martino, Manuela Ferrari, Sonia Molinaro, Peppe Papa, Teresa Rea, 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 - GALLERIA UMBERTO I, 50 - 80132 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

di **Ciro Carbone**

6

#noisiamopronti

Competenze specialistiche, a Napoli la carica dei mille

Oltre trenta delegazioni di Collegi provenienti da Nord, Centro e Sud Italia hanno affollato l'Auditorium Europa della Mostra d'Oltre-

mare. Una marea colorata per chiedere il riconoscimento di un'evoluzione professionale non più rinviabile.



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



#noisiamopronti 8

L'annuncio, ora il movimento diventa Associazione

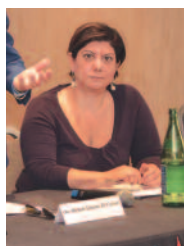
Tocca a Pietro Giurdanel-
la lanciare la novità. Il raduno di Napoli tiene
a battesimo un passaggio importante per
il cammino futuro.

10 12 maggio La mobilitazione

**Vertenza occupazione: non
si lascia a casa nessuno**

Il Coordinamento regionale dei
Collegi Ipasvi pone la vertenza
lavoro al centro del dibattito. Ai tanti politici e
manager intervenuti chiesta la semplificazione
delle procedure per lo sblocco del turn over.

di Chiara Sepe



12 maggio La mobilitazione 12

**Semplificazione,
graduatorie azzerate
e concorso regionale**

E' l'impegno assunto da politici e manager
al convegno sulla vertenza lavoro promosso
dai Collegi Ipasvi della Campania.

di Dario De Martino

14 Codice deontologico Avellino

**"Un vestito etico
cucito su misura
per la professione"**

Così la Presidente Mangiacavalli al convegno
di Avellino organizzato dal Coordinamento inter-
regionale dei collegi Ipasvi.

di Anna Buonocore



Politica Sanitaria 16

**Censis: gli italiani
si fidano degli
infermieri**

Lo dice un'indagine commissionata da Ipasvi
e Enpapi. Esplode la domanda privata

di Pippo Trio

18 Politica Sanitaria

**La Campania
chiede 1300 medici
e 1000 infermieri**

di Peppe Papa



NSC Nursing 21

**Supplemento
di ricerca infermieristica**

all'interno, pagg. 19/30

31 Qui Napoli

**Infermiere aggredito
Flash mob
#iosonoalessandro**

di Peppe Papa



Qui Napoli 32

**"Giù le mani
dagli infermieri"**

di Murizio De Giovanni

32 Qui Benevento

**Poco personale,
il "Rummo" chiama
ancora gli interinali**

di Pino De Martino



Ospedali e territorio 38

Competenze specialistiche, a

Oltre trenta delegazioni di Collegi provenienti da Nord, Centro e Sud Italia hanno affollato l'Auditorium Europa della Mostra d'Oltremare.

Una marea colorata per chiedere il riconoscimento di un'evoluzione professionale non più rinviabile.

Carbone: *"Orgoglioso di ospitarvi. Noi siamo pronti al cambiamento".*

Silvestro: *"Il nostro futuro lo dobbiamo costruire noi. Il nostro domani comincia oggi".*

Proia: *"Ce la faremo. Abbiamo imboccato l'autostrada, ora la dobbiamo percorrere".*

di Pino De Martino

Erano più di mille gli infermieri riuniti a Napoli. Tanti i giovani. Tutti a rivendicare un futuro professionale in linea con le aspettative di una professione cresciuta tanto in questi ultimi vent'anni, ma ancora poco valorizzata nei contratti, nel lavoro, nel riconoscimento istituzionale.

L'Auditorium Europa della Mostra d'Oltremare ha contenuto a stento una folla motivata, gioiosa, fortemente consapevole e decisa. Bandiere, striscioni, slogan, canti. Uno scenario colorato e festoso da far venire i brividi: per determinazione, compattezza, motivazione, forza. Tutti insieme per rivendicare le competenze specialistiche avanzate. "Noi siamo pronti", si grida dalla balaustra dove sono esposti in bella mostra gli striscioni. Ogni delegazione proveniente da mezza Italia l'ha portato con sé per testimoniare la presenza al **#noisiamoprontiDay3**. Catania, Messina, Crotone, Salerno, Foggia, Campobasso, Isernia, Ragusa, Ancona, Lecce, Taranto, Ferrara, Pescara, Frosinone, Arezzo, Bologna, Venezia, Parma, Pordenone, Pisa, Ferrara, Oristano, Cagliari, Sassari, Avellino, Caserta, Benevento, Matera, Belluno, Palermo. Insomma, Da Nord a Sud, l'Italia unita dalle competenze specialistiche degli infermieri. Ma pronti a cosa? Si sono chiesti tanti cittadini, nel veder sfilare striscioni con l'hashtag che impazza sul web (**#noisiamoprontiDay3**, che oggi conta oltre 25mila iscritti). Pronti al riconoscimento di un'evoluzione professionale non più rinviabile; pronti a sostenere il cambiamento di un sistema sanitario sempre più dinamico e complesso, in un contesto, come quello attuale, nel quale oltre 16 milioni di cittadini italiani convivono con malattie croniche anche invalidanti. Pronti (come recita il manifesto del movimento che pubblichiamo a parte in queste pagine, ndr) al lavoro in equipe,



alla reale integrazione con tutti i professionisti sanitari e sociali, pronti al riconoscimento istituzionale, normativo e contrattuale delle competenze di cui sono portatori.

Dopo Bologna e Frosinone è toccato a Napoli ospitare un movimento nato solo qualche anno fa e ora dilagato, anche grazie al contributo dei social, in tutto lo Stivale. Ma quello di Napoli è l'evento.

Napoli la carica dei mille



Un trionfo di numeri. Ai mille presenti alla convention, si aggiungono quelli raggiunti sul web, grazie anche alla diretta streaming assicurata dal sito ufficiale del Collegio Ipasvi di Napoli: circa 25 mila i collegamenti, cui si aggiungono i tantissimi like e le condivisioni sui social network.

Un successo che il presidente **Ciro Carbone** ha messo insieme

con infaticabile ostinazione per giorni e giorni. Un impegno e una caparbità che hanno contagiato e messo le ali a tutto il gruppo dirigente del Collegio Ipasvi di Napoli. *“Siamo qui in tanti e sono orgoglioso di ospitare tanti infermieri, giovani e non, per manifestare un comune sentire nei confronti dei cittadini e delle istituzioni”*, ha detto il Presidente di Napoli, **Ciro Carbone** nel suo messaggio alla platea letto dal segretario Ipasvi di Napoli, **Alessandro Olivieri**. *“Siamo qui – ha aggiunto Carbone – per dichiarare la nostra orgogliosa appartenenza alla professione e per chiedere una maggiore valorizzazione, per dire basta a logiche di prevaricazione nei nostri confronti e di perimetri professionali che ingessano la sanità in modelli organizzativi obsoleti facendo arretrare la qualità delle cure e i servizi offerti all’utenza”*.

SILVESTRO – Dopo i saluti, gli slogan da stadio scanditi dallo speaker, arriva l’intervento più atteso: *“Siamo qui perché il processo di attribuzione delle competenze agli infermieri è accidentato, s’inceppa. Sul comma 566, ad esempio, siamo fermi al 23 dicembre 2014. Ma chi ha paura di un infermiere cui vengono riconosciute competenze già definite con la formazione? Una parte dei medici fa resistenza. Hanno paura che un infermiere che cresce entri in competizione con loro. Noi non vogliamo sottrarre terreno a nessuno. Al contrario, gli infermieri danno un valore aggiunto al sistema. Un’assistenza di qualità, puntuale e mirata per i cittadini. Vogliamo solo che quello che ci è stato promesso ci venga dato”*. Ha esordito così, con un boato da stadio in sottofondo, la senatrice **Annalisa Silvestro**, indimenticata past president della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi. La sua carica contagiosa ha riscaldato ancora di più una platea bella calda di suo. E giù con le rivendicazioni e gli scenari futuri. *“Noi siamo pronti a riprenderci il nostro futuro. Abbiamo idee, concetti, contenuti e sogni da realizzare. Gli infermieri italiani sono tra i primi in Europa per conoscenze, preparazione, competenze significative e avanzate. Insieme con voi, con i presidenti dei Collegi Ipasvi presenti, faremo sollecitazioni al Governo, alla professioni, alle istituzioni. Il nostro futuro lo dobbiamo costruire noi. Il nostro domani comincia oggi”*.

PROIA – *“Ce la faremo. le competenze specialistiche avanzate sono al centro delle direttive che il comitato di settore ha dato all’Aran per rinnovare il contratto”*.

Era quello che i mille volevano sentire. E lo ha assicurato nel suo apprezzato intervento **Saverio Proia**, consulente dell’Aran, (Agenzia rappresentanza negoziale amministrazioni pubbliche). *“È una delle novità, se non la novità più innovativa nel rinnovo contrattuale. Le stiamo configurando come un incarico di alta professionalità da attribuire con criteri che andranno stabiliti contrattualmente. Ma di fatto l’infermiere esperto è di ieri, quindi si contrattualizzeranno anche le esperienze già in essere in modo uniforme a livello nazionale. Abbiamo imboccato l’autostrada, ora la dobbiamo percorrere”*.

L'annuncio, ora il movimento diventa Associazione

Tocca a Pietro Giurdanella lanciare la novità. Il raduno di Napoli tiene a battesimo un passaggio importante per il cammino futuro. Gli Infermieri sono pronti al riconoscimento di un'evoluzione professionale non più rinviabile. Gli esempi del "Pic team", del 118, delle applicazioni per smartphone e tablet, del Case manager proposti nel corso della seconda sessione ne sono una riprova. *"Siamo già pronti e lo dimostriamo ogni giorno. Riconoscetecelo".*

E" toccato a **Pietro Giurdanella**, presidente Ipasvi di Bologna e ad **Antonio Torella**, infermiere di sala operatoria, entrambi portavoce e animatori del movimento **#noisiamopronti**, lanciare da Napoli la novità che trasforma il movimento spontaneo in associazione.

Si tratta di un organismo con tanto di soci, vertici e organizzazione interna. Un passaggio atteso e programmato. L'Auditorium Europa della Mostra d'Oltremare di Napoli tiene ufficialmente a battesimo l'Associazione nazionale **#noisiamopronti**. Previa sottoscrizione, l'organismo sarà composto da tutti quelli che hanno fin qui sostenuto l'iniziativa e da quanti lo vorranno in futuro.

L'Associazione promuoverà la battaglia a sostegno delle competenze specialistiche, del lavoro in equipe, del cambiamento. Compresa l'organizzazione del **#noisiamoprontiday4** già in cantiere.

L'associazione sarà presieduta da Antonio Torella, vicepresidente **Vincenzo Scialò**.



IL MANIFESTO

Gli Infermieri sono pronti.
Pronti al riconoscimento di un'evoluzione professionale non più rinviabile.
Pronti a sostenere il cambiamento di un sistema sempre più dinamico e complesso.
Pronti a lavorare in equipe e ad una reale integrazione con tutti i professionisti sanitari e sociali.
Pronti a costruire, nel rispetto reciproco dei ruoli, un nuovo modello di cura e assistenza che

integri le competenze specifiche e garantisca la migliore risposta ai bisogni dei cittadini.
Gli infermieri sono pronti al cambiamento.
Un cambiamento che passa attraverso il riconoscimento istituzionale, normativo e contrattuale delle competenze di cui sono portatori.
Un cambiamento molto diverso dalle proposte che ci vengono fatte in questo momento che invece ci umiliano come persone e come professionisti.

Assistenza e competenze specialistiche Alcuni esempi

Con gli interventi di **Carbone, Silvestro e Proia** viene archiviata la prima sessione del **#noisiamoprontiDay3**. Nella seconda sono stati protagonisti gli infermieri. Quelli che le competenze specialistiche le praticano ogni giorno. Tutte interessanti le relazioni presentate. Si parte con **Vincenzo Faraone**. L'infermiere del Cardarelli di Napoli parla del "Pic Team". *"L'infermiere Specialista in accessi venosi non solo deve acquisire competenza specifica ma utilizzarla nella pratica quotidiana e metterla a disposizione del paziente. Ciò significa, spiega Faraone, valutare la prescrizione del medico, analizzare sia le necessità terapeutiche e infusionali del paziente, sia le proprietà farmacologiche dei farmaci prescritti da iniettare. In modo da poter scegliere l'accesso venoso più adeguato e da preservarne il patrimonio vascolare periferico".* *"Per gestire in modo adeguato l'accesso venoso senza complicanze, raccomanda infine Faraone, significa combattere contro chiunque presta assistenza in modo tale da esporre il paziente a rischi o complicanze, denunciandone il comportamento. L'infermiere è sempre responsabile sia delle proprie azioni che in quelle degli altri se fatte in sua presenza"*. **Antonio del Prete** si sofferma su l'infermiere nel 118, portando le sue personali esperienze di vita e professionali come esempi di competenze specialistiche che seppur non riconosciute possono salvare vite umane. *"L'emergenza extraospedaliera è stata la prima a capire della necessità della centralità del paziente e il fondamentale ruolo del lavoro d'equipe. infatti risale al 1992 il bisogno di un infermiere con competenze avanzate e specialistiche, epoca in cui vigeva il mansionario professionale ma allo stesso tempo vigeva la necessità di garantire al cittadino con compromissione e/o alterazioni delle funzioni vitali la massima assistenza, basata sulle evidenze scientifiche, nel minor tempo possibile. Il campo d'azione dell'infermiere del 118 (112) è ampio e complesso in cui il professionista sanitario proprio per le competenze acquisite attraverso lo studio, l'aggiornamento, la ricerca ed il training continuo riesce a garantire l'assistenza ai cittadini nell'emergenza urgenza sanitaria"*.

Di web e innovative applicazioni per tablet e smartphone a sostegno della pratica infermieristica parla **Gaetano Artiola**, illustrando un'app di sua invenzione: Easy scale. *"Si tratta, spiega il giovane infermiere di Napoli, di uno strumento pratico indirizzato a professionisti sanitari volti a identificare i bisogni del paziente attraverso l'uso di strumenti e scale di valutazione. L'Applicazione può essere utilizzata sia da smartphone che da tablet di qualsiasi tipo, siano essi android o ios. La struttura dell'applicazione consiste in tabelle di riferimento, strumenti e scale di valutazione raggruppate in aree specialistiche. Ogni scala di valutazione può essere, una volta compilata, nominata con i dati anagrafici del paziente e data e ora della compilazione per poi essere salvata nel*



database dell'applicazione in maniera da creare una vera e propria storia del paziente. Partendo dall'analisi dallo strumento in uso, si analizza nella fattispecie la composizione integrativa dell'applicazione in tutte le sue parti, considerando nello specifico l'applicazione come strumento di supporto ma nello stesso tempo parte integrante nella pianificazione di un piano assistenziale". *"L'uso di strumenti di supporto come "EASY NURSING SCALE" nella pratica clinica, dice infine Artiola, migliorano in primis la metodologia di valutazione, ma anche i risultati degli interventi sul paziente. A Roberta Rivaldi il compito di riferire su l'infermiere specialista in stomatologia e 'would care'. Mentre Lorenza Zullo parla dell'infermiere 'case manager'. Vincenzo Golini, infine, illustra le competenze infermieristiche dal punto di vista legale e forense- "L'infermiere legale e forense è, appunto, un infermiere con specifica formazione post base (master in infermieristica legale e forense, master in responsabilità professionale infermieristica e affini) che deve essere in grado di esprimere una valutazione obiettiva dell'operato e della condotta di altri infermieri, nonché degli operatori sanitari di supporto"*.

(pdm)

12 maggio
La mobilitazione

Vertenza occupazione: non si

Il Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi pone la vertenza lavoro al centro del dibattito. Ai tanti politici e manager intervenuti chiesta la semplificazione delle procedure per lo sblocco del turn over. **Carbone:** *“Chiediamo occupazione per tutti. In primis per gli infermieri che non lavorano, poi per chi sta fuori regione e per chi lavora in forma precaria. Esaurite le graduatorie residue, un concorso unico regionale.”* I saluti dell'assessore **Chiara Clemente** e del sindaco **Antonio Poziello**.

di Chiara Sepe

“Sulla vertenza per il lavoro una sola cosa è certa: non lasceremo a casa nessuno. Abbiamo calcolato che servono almeno 5mila infermieri in Campania per colmare la voragine occupazionale aperta in questi nove anni di blocco delle assunzioni. Quindi ribadisco: non si lascia a casa nessuno”.

Parole semplici, chiare e dirette quelle di **Ciro Carbone**, presidente del Collegio Ipasvi di Napoli. Parole pronunciate a nome del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi della Campania, che hanno fortemente voluto che quest'anno il 12 maggio fosse dedicato al tema del lavoro. Carbone chiarisce

subito anche che la vertenza lavoro avviata dai Collegi Ipasvi della Campania non vuole assolutamente essere una invasione di campo nella sfera sindacale: *“Siamo legati a loro da fraterna amicizia. Il nostro obiettivo resta sempre il benessere del cittadino e la tutela della professione. Questa volta invece di essere in piazza con loro, vogliamo dare risposte a tutti. Più infermieri in ospedale e sul territorio vuol dire migliore assistenza. Ed esiti positivi per i pazienti”*.

L'occasione è stata quella del convegno all'Hotel Oriente, il 12 maggio scorso. Un momento di dibattito con gli iscritti e con addetti ai lavori promosso dal Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi della Campania



per lanciare una mobilitazione generale a sostegno dell'occupazione. L'intervento di Carbone ha di fatto chiuso la giornata internazionale dell'infermiere dedicata quest'anno ai gravi problemi occupazionali che la professione soffre da anni. Con il passare del tempo però la crisi occupazionale è diventata un'emergenza. Una carenza di personale, che grava su chi un lavoro ancora non ce l'ha, e sono tanti. Su chi è occupato ma è costretto a turni massacranti e a lavorare per quattro, oppure fuori regione e in maniera precaria. E infine sui cittadini, che, per forza di cose, ricevono un'assistenza di qualità e di quantità inferiore alle aspettative.

Concludendo i lavori Carbone ha parlato chiaro e in maniera diretta, sgombrando anche il campo dalle polemiche e da possibili conflitti tra gli stessi infermieri. *“Per noi in primis ci sono gli infermieri che non lavorano, poi chi sta fuori regione e chi lavora in forma precaria. Esaurite le graduatorie residue, bisogna organizzare un concorso per portare circa 5000 posti di lavoro in Campania.”*

Un messaggio preciso, indirizzato anche, o forse soprattutto, all'importante parterre di ospiti, tra i quali politici, direttori generali, responsabili istituzionali presenti a vario titolo alla convention.



12 maggio
La mobilitazione

lascia a casa nessuno

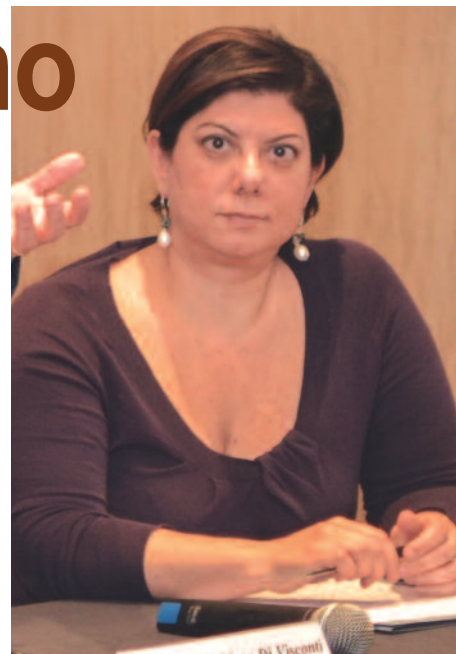


Il Coordinamento regionale

Ad aprire la giornata erano stati gli stessi presidenti Ipasvi di Benevento, Caserta e Avellino. **Andrea Della Ratta**, presidente di Benevento e coordinatore regionale dei Collegi Ipasvi ha ricordato che “più volte abbiamo illustrato ai vertici regionali, sia per iscritto, sia nei vari incontri, che in Campania c'è una carenza di personale, un bisogno

di infermieri che ha ormai toccato il limite. Il blocco del turnover ha comportato una mancata programmazione (in Campania 4 infermieri/1000abitanti, in Italia 6 infermieri/1000abitanti). E' ora di dire basta. E' ora che ciascuno si assuma le proprie responsabilità, politiche e manageriali”.

A nome del Collegio di Caserta **Mario Falco**, ha detto: *“Oggi i nostri infermieri vanno a lavorare all'estero mentre in Italia mancano 60000 infermieri. Senza la programmazione e l'organizzazione non si può organizzare la sanità. Né si danno risposte adeguate alle crescenti domande di cura e di assistenza”*. **Rocco Cusano**, vicepresidente del Collegio Ipasvi di Avellino, porta il saluto del presidente **Maurizio Roca** e plaude ad un'iniziativa *“in difesa dell'occupazione e della qualità assistenziale”*. Anche **Cosimo Cicia**, presidente di Salerno e del Coordinamento interregionale dei Collegi Ipasvi, nel suo saluto conclusivo ha ribadito a tutti gli infermieri, disoccupati, precari, in graduatorie di mobilità regionale ed extraregionale, l'impegno a non lasciare nessuno indietro. *“Abbiamo voluto questo confronto franco e aperto e sereno per fugare ogni equivoco, per evitare guerre tra poveri: non si lascia a casa nessuno. Sono soddisfatto di questo confronto anche per*



gli impegni assunti dalla politica e dal management della sanità: sburocratizzazione, azzeramento delle graduatorie e concorsi. E' questa la strada per dare risposte a questi giovani. Per dargli un lavoro a casa propria ed evitando di farli emigrare dove poi sono apprezzati per le qualità e la professionalità che portano con loro”.

I saluti

Il primo ad affondare il coltello nella piaga della qualità assistenziale è il sindaco di Giugliano, Sindaco di Giugliano **Antonio Poziello**: *“Abbiamo un sistema sanitario da rimettere in piedi completamente! Vengo dalla terra dei fuochi dove c'è un allarme sanitario enorme. E dove maggiormente si avverte il bisogno da parte dei cittadini di un'assistenza di qualità e di quantità adeguata alle esigenze della popolazione”*. Da **Alessandra Clemente**, Assessore al Comune di Napoli un riconoscimento accorato alla professione: *“Gli infermieri coniugano in maniera esemplare qualità e professionalità”*.

Ci deve essere la consapevolezza che ogni giorno in luoghi di disagio ci sono persone che ne fanno un'eccellenza, grazie alla loro professionalità”.



12 maggio
La mobilitazione

Semplificazione, graduatorie azzerate

E' l'impegno assunto da politici e manager al convegno sulla vertenza lavoro promosso dai Collegi Ipasvi della Campania. Gli interventi dei consiglieri regionali Antonella Ciaramella e Michele Schiano di Visconti. Le esperienze e gli interessanti spunti dei direttori generali Anna Maria Minicucci e Antonio Giordano, del presidente Aiop Sergio Crispino e del direttore sanitario Nicola Silvestri.

di Dario De Martino

Semplificazione delle procedure e sburocratizzazione, azzeramento di tutte le graduatorie di mobilità e poi un unico grande concorso regionale. E' questa la ricetta che politica e management insieme propongono per dare risposte veloci e concrete alla domanda di lavoro degli infermieri. Un mix d'interventi emerso durante la giornata di confronto organizzata dai Collegi Ipasvi della Campania, in quella che hanno definito *"vertenza occupazione"*. Verrebbe da domandarsi: ma c'era bisogno che gli infermieri lanciassero una mobilitazione per tirare fuori la soluzione? Non sarebbe più normale che politica e management sanitario parlassero di più tra loro? E comunque. Il fatto sta così. C'è un impegno preciso dei Consiglieri regionali **Ciaramella** e **Schiano**



di Visconti, dei manager **Giordano** e **Minicucci**, del direttore sanitario Silvestri a seguire questa strada. Un impegno assunto davanti a centinaia di infermieri e davanti ai vertici regionali dei collegi Ipasvi della Campania riuniti al gran completo dalla mobilitazione lanciata dai Collegi Ipasvi della Campania. Ma andiamo per ordine e vediamo in cosa consiste la proposta che, se applicata, porterebbe in breve tempo tanti infermieri in ospedali e sul territorio.

La politica – L'impegno sulla sburocratizzazione e sulla semplificazione delle procedure viene da Antonella Ciaramella, consigliere regionale e vicepresidente della commissione regionale sulla sburocratizzazione. *"In quanto vicepresidente della Commissione regionale sulla sburocratizzazione, assumo l'impegno a verificare la possibilità di velocizzare e semplificare le procedure concorsuali, pur nel rispetto delle norme e delle leggi vigenti. Un piano di efficientamento utile anche per le aziende sanitarie e territoriali impegnate a dare risposte assistenziali senza risorse umane adeguate"*. La Consigliera Ciaramella ha ricordato di aver assunto già da tempo un impegno sul precariato. *"Ad oggi sono circa 1000 i posti di lavoro tra infermieri e medici che si sbloccano per la stabilizzazione. A questi si aggiungono altri mille e più per lo sblocco del turn over. Ora bisogna accelerare sui tempi. Anche per ridare la giusta dignità a questa professione e perché un lavoro come il vostro, così importante per i cittadini, non può essere svolto in maniera precaria e senza una certezza per il futuro"*. Anche Michele Schiano di Visconti (Commissione sburocratizzazione e Terra dei fuochi, tocca i temi della programmazione, ma trova spazio anche per una severa



e concorso regionale



autocritica e una denuncia forte. *“Tocca alla politica e alla burocrazia trovare le risposte da dare a cittadini e infermieri.”*

Bisogna mettere in campo un’azione di programmazione soprattutto occupazionale non più rinviabile se vogliamo piani esiti favorevoli e una sanità di qualità. Concordo con Giordano: giusto il concorso regionale. Ma diciamo anche una verità e facciamo autocritica, almeno noi politici. In questi anni a Roma non siamo riusciti ad opporci ad una evidenza: le regioni del Nord non vogliono che in Campania ci sia una sanità che funzioni perché devono lucrare sulla mobilità sanitaria. Sui viaggi della disperazione, più che della speranza. Questa cruda verità spiega i ritardi sull’occupazione, sui Lea, sulla qualità assistenziale.

Chiudiamo per sempre questo processo e la sanità in Campania tornerà un’eccellenza”.

IL MANAGEMENT - Ma se i conti sono in pareggio e c’è carenza di personale, perché non si assume? E’ la domanda girata ai relatori ad inizio dibattito. *“Perché Il commissariamento non doveva riguardare solo l’aspetto economico-finanziario, ma doveva prevedere anche la riprogrammazione delle attività, bisognava avere una visione più ampia che non si è avuta. Oggi si assiste ad una guerra fra poveri tra lavoro somministrato, mobilità e altre forme di precariato.”* Risponde così, Anna Maria Minicucci, apprezzato manager del Santobono/Pausilipon fresca di rinnovo di nomina. E non a caso. Nonostante i numeri importanti di pazienti curati, l’ospedale pediatrico di Napoli è tra i pochi a far poco ricorso ai precari. La ricetta? Programmazione. Lo spiega bene la stessa Minicucci: *“Nell’azienda Sanitaria Santobono/Pausilipon si cerca di evitare il più possibile di utilizzare personale non stabilizzato. A nostro avviso, la precarietà non può essere un fenomeno cronico. Può solo servire ad affrontare le emergenze. Può risultare inevitabile, ad esempio, in alcuni periodi critici come in inverno, quando al pronto soccorso ci sono in media 400 accessi. Da noi sono in forza 610 infermieri, 550 sono di ruolo, 20 infermieri stabilizzati nel 2010, la lista di mobilità è stata esaurita, 77 infermieri sono stati riportati in Campania e a breve si assumeranno 30 infermieri dal concorso espletato. Chi sono quindi ancora oggi i precari”? Si chiede retoricamente la Minicucci, “Da noi c’è un 5% rappresentato dagli infermieri che lavorano a progetto e un altro 5% di in-*



fermieri che lavorano con il lavoro somministrato. La ricetta dunque è programmazione. Lo dice anche un manager del mondo privato. “In Campania si è raggiunto il pareggio di bilancio a discapito della programmazione e dell’organizzazione”. Lo dice senza mezzi termini Sergio Crispino, Presidente regionale dell’Aiop, l’associazione che raggruppa l’ospedalità privata. “In nove anni di blocco del turn over si sono persi oltre 13 mila posti di lavoro. Ma si è persa anche la capacità di programmazione, indispensabile per chi opera in un settore così strategico. Per meglio dire, c’è una falsa programmazione, perché resta sulla carta, senza decreti attuativi. La capacità produttiva è data dall’organizzazione e non dalle finanze e i viaggi della speranza non sono frequenti perché è aumentato il tasso di povertà, per cui le strutture pubbliche rispondono come possono.” Per Nicola Silvestri, direttore sanitario del Ruggi d’Aragona di Salerno *“La Sanità corre il grave rischio di arretrare senza infermieri. E’ questo un dato reale. Quello degli infermieri precari è un autentico scandalo. Professionisti senza un futuro stabile, certo. Abbiamo chiesto alla presidenza regionale di assumere 30 infermieri fuori sacco perché la situazione è insostenibile. E abbiamo anche chiesto personale Oss per evitare che gli infermieri svolgono mansioni improprie. Ora serve un piano di efficientamento non più rinviabile”.* Antonio Giordano, manager dell’Asl di Salerno, raccoglie con puntualità le richieste e le sollecitazioni lanciate dagli infermieri nel corso del dibattito. E rivolta alla consigliera regionale Antonella Ciaramella dice: *“Bisogna agire sulle procedure per risolvere il problema degli organici, soprattutto per gli infermieri. Per poter rimpiazzare i dipendenti in quiescenza occorrono secchi due anni. Perché il ministero ha bisogno della certificazione di chi è cessato. Se si potesse ragionare sui cessati trimestre per trimestre, guadagneremo per lo meno nove mesi. E allora, dato che non potremo mai assumere oltre il turn over fin quando saremo in piano di rientro e volendo dare risposte agli infermieri e ai cittadini, dobbiamo velocizzare le procedure. Facciamo uno sforzo tutti insieme per chiudere tutte le graduatorie di mobilità. E poi si dà vita ad un concorso unico regionale”.*

Codice Deontologico Avellino



di Anna Buonocore

La Sala Congressi dell'Hotel De La Ville è piena come un uovo. Tanti i giovani. Ma anche le leve mature della professione sono ben rappresentate. Il Coordinamento interregionale dei Collegi Ipasvi ha lavorato bene e a lungo. L'evento è presentato con un parterre di relatori di altissimo profilo. E il tema è sicuramente attuale ed interessante. Al centro dei lavori della giornata c'è il nuovo codice deontologico. Il pool di esperti che ha lavorato alla stesura della bozza è impegnato da mesi in un faticoso e impegnativo tour in tutt'Italia. L'intento è quello di illustrare e discutere insieme con gli iscritti le linee fondanti del nuovo codice deontologico.

Ma anche quello di ricevere dei feed back utili alla stesura definitiva prevista per il 2018. E anche Avellino vuole dire la sua. Perfetto padrone di casa, il Presidente **Maurizio Roca**, in fibrillazione fino all'ultimo per la buona riuscita dell'evento. Alla fine il suo impegno, ma anche quello dell'intero

“Un vestito etico cucito

Così la Presidente Mangiacavalli nel suo intervento al convegno di Avellino organizzato dal Coordinamento interregionale dei collegi Ipasvi. Parterre d'eccezione e tanta partecipazione. Botta e risposta tra la presidente del Consiglio regionale Rosetta D'Amelio e la senatrice Annalisa Silvestro su De Luca Commissario per la sanità in Campania.

coordinamento, saranno ben ripagati. A parte i big nazionali della professione ampiamente annunciati sul programma, - **Mangiacavalli e Silvestro in primis, Aurelio Filippini. E poi in sala** **Ciro Carbone, Pierpaolo Pateri** e tanti altri- alla discussione si sono aggiunti il Presidente del Consiglio regionale della Campania, **Rosetta D'Amelio**; il vice presidente della Commissione consiliare Sanità, l'irpino **Vincenzo Alaia**; l'avvocato e presidente del Cup **Maurizio De Tilla** e rappresentanti locali delle professioni e delle istituzioni sanitarie. Ne è scaturito un dibattito vivace.

Con la parte deontologica a fare da cornice ad una riflessione sulla professione ben più ampia e interessante. Con i temi del lavoro costantemente al centro e non senza un vivace contraddittorio, soprattutto sulle politiche sanitarie della Regione Campania. A moderare i lavori della giornata gli infaticabili presidenti dei collegi Ipasvi di Salerno, **Cosimo Cicia**, di Benevento **Andrea Della Ratta**, di Caserta, **Mario Falco**, di Campobasso/Isernia **Mariacristina Magnocavallo**, di Potenza, **Vito Milone**. Tutti componenti del Coordinamento interregionale Basilicata, Campania, Molise, organizzatore dell'evento. Nel saluto ai relatori e

alla platea, Maurizio Roca cita l'articolo 1 della bozza di codice deontologico in discussione tra gli iscritti: *“Qui l'infermiere è definito come professionista della sanità che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici”*, ricorda il Presidente di Avellino, con un plauso al lavoro svolto dalla Federazione. *“In queste parole c'è tutto: ci sono decenni di lotte, di fatica e di sudore per scrollarsi di dosso la visione antiquata del semplice ausiliario parasanitario, volenteroso, ma poco professionale. Noi oggi non siamo più la manovalanza della sanità. Non è stato un miracolo e neppure un regalo degli Dei. Lo dicono le leggi dello Stato. E i romani, creatori straordinari di diritto, dicevano che le leggi nascono dai fatti, il diritto nasce dalla realtà. E noi questa realtà ce la siamo conquistata e la praticiamo tutti i giorni”*.

Una particolare nota di rilievo merita la singolare e suggestiva rappresentazione teatrale del Codice deontologico offerta dalla consigliera Ipasvi di Campobasso/Isernia, **Antonietta Fantacone**. Sia i testi, sia la lettura in prosa, sia le due cose messe insieme, hanno dato un'idea di deontologia assai più penetrante e immediata di qualsivoglia testo etico e filosofico.



Codice Deontologico
Avellino

su misura per la professione”

MANGIACAVALLI - Tocca alla Presidente Barbara Mangiacavalli entrare nel vivo della discussione. E parla della revisione messa a punto sul vecchio Codice deontologico come di “una manutenzione ben fatta da un gruppo di lavoro che ha lavorato bene, a lungo e con coscienza”. *“Quello che verrà fuori - dice la Mangiacavalli - sarà un vestito fatto su misura, ascoltando tutti, ma che poi tutti i 440mila infermieri dovranno indossare”.*

Le questioni legate alla deontologia, al comportamento e al decoro professionale sono temi molto sentiti dalla Presidente. Dunque, nessuna meraviglia se li affronta con la stessa decisione con cui parla dei temi caldi: del lavoro e delle competenze avanzate. *“I problemi legati alla professione, all’implementazione delle competenze sono per noi importanti e cruciali - dice la Mangiacavalli - anche per la difesa del Sistema sanitario nazionale e dei bisogni del cittadino. Così pure i temi del lavoro. Occorrono più infermieri negli ospedali e sul territorio. E la questione occupazione deve entrare nelle agende del Governo e dei presidenti delle Regioni come un tema dirimente. Ma al pari con le questioni sopra citate c’è il decoro della professione. Abbiamo bisogno come il pane di una carta valoriale adeguata alle mutate condizioni professionali a cui rifarsi. Dobbiamo ispirarci a modelli di comportamento adeguati. E ciascuno deve sapere da se cosa è deontologicamente corretto e cosa no. Il Codice deontologico affianca il professionista nelle scelte dei modelli comportamentali professionali più appropriati. E allora. Vi invito a dibattere tra voi, in seno ai Collegi, sulle piattaforme on line che abbiamo messo a punto. Ma dibattiamo sui contenuti. Anche perché saranno quelli che alla fine vestiranno la nostra professione e ci accompagneranno nelle scelte etiche, deontologiche di tutti i giorni”.*

DE TILLA - L’avvocato Maurizio De Tilla, Presidente Associazione Nazionale Avvocati Italiani, e autore di un interessantissimo lavoro sull’etica delle professioni,



mette subito i piedi nel piatto *“Gli ordini professionali sono degli autentici baluardi contro il caos. E questa interessante discussione degli infermieri sul codice deontologico ne è la riprova. Vuol dire che nel dna di ciascuno di voi c’è qualcosa di etico, di deontologico che prescinde, che è alla base del vostro essere professionale, che vi fa abbracciare questa professione. Siete voi infermieri i veri protagonisti dell’assistenza, dell’accoglienza. La vostra professione e queste vostre naturali spinte verso i comportamenti etici devono essere maggiormente valorizzati nell’equilibrio delle professioni sanitarie. E considero sacrosanto tutto questo impegno per dare alla vostra professione una dimensione deontologica, univoca e condivisa”.*

D’AMELIO - Anche la presidente del Consiglio Regionale della Campania. Rosetta D’Amelio spende non poche parole di apprezzamento per l’impegno e tico e deontologico degli infermieri. Ma non perde l’occasione per lanciare un appello al Governo **Gentiloni**, (Lorenzin e Padoan, in particolare) sulla necessità di nominare al più presto un nuovo commissario in Campania. *“Nove anni di commissariamento hanno devastato la sanità in Campania. Ci sono pochi infermieri in corsia e sul territorio e molti sono disoccupati e precari.*

Nel frattempo tutti gli indici che misu-

rano la qualità dell’offerta di salute sono ampiamente negativi. De Luca ha chiesto a Roma di sbloccare una situazione ormai insostenibile. Ha chiesto di essere chiamato a fare il commissario, la legge c’è e io condivido la sua richiesta.

Sarebbe una buona cosa De Luca Presidente e Commissario. Si potrebbero dare risposte agli infermieri e ai cittadini perché per riportare la sanità campana ai livelli di eccellenza che ci competono bisogna ricominciare ad assumere negli ospedali e sul territorio”.

ALAIA - Anche per il consigliere Alaia c’è da fare presto per riportare la Campania fuori dalle secche del commissariamento e per dare più opportunità ai giovani infermieri in cerca di lavoro.

SILVESTRO - Ma la senatrice Annalisa Silvestro (Pd) non è della stessa opinione. E lo dice con la franchezza che gli è riconosciuta e per la quale è tanto apprezzata. *“Sono molti in Parlamento a pensare che, visti i risultati portati a casa fin qui, sarebbe solo una iattura affidare al presidente De Luca anche il ruolo di Commissario”, dice senza mezzi termini e incurante del fatto che Vincenzo De Luca è suo compagno di partito. “Dire qui - dice rivolgendosi agli esponenti politici che l’avevano preceduta - che lo si auspica per risolvere in un sol colpo tutti i ritardi della sanità campana mi sembra un poco troppo. Si perché - ragiona la Silvestro - non è solo questione di personale. E’ fin troppo semplice dire, mancano gli infermieri, mancano i medici, e via dicendo. Faccio i concorsi e ho risolto tutto. Non è così. Così si parla alla pancia della gente per compiacerli. Per fare consenso. E’ innanzitutto questione di organizzazione della sanità, delle sue strutture ospedaliere e territoriali. E’ questione di appropriatezza. Trovo giuste e sacrosante le vostre rivendicazioni - dice infine rivolte ai presidenti dei Collegi Ipasvi presenti - per la stabilizzazione dei precari, per l’apertura di nuovi concorsi. Ma bisogna anche essere presenti lì dove si decide il governo della sanità regionale”.*

**Politica
Sanitaria**

Censis: gli italiani si fidano degli

Lo dice un'indagine commissionata da Ipasvi e Enpapi. Esplode la domanda privata



di Pippo Trio

Gli italiani si fidano degli infermieri e li cercano soprattutto sul territorio. È quanto emerge dalla ricerca “Il mercato delle prestazioni infermieristiche private e l’intermediazione tra domanda e offerta” realizzata dal Censis per Ipasvi e Enpapi. Secondo il Censis l'84,7% degli italiani si fida degli infermieri. La fiducia resta molto alta trasversalmente ai diversi gruppi sociali e ai territori. Si fidano dell'infermiere l'84,1% dei residenti del Nord-Ovest, l'87,3% al Nord-Est, l'85,6% nelle regioni del Centro e l'83,3% nel Sud. Particolarmente alta è la fiducia tra le persone anziane (90,1%).

Boom di richieste - A testimoniare l'alto livello di gradimento degli italiani nei confronti della professione infermieristica, anche il dato economico. Per le prestazioni infermieristiche private, solo nell'ultimo anno, gli italiani hanno sborsato di tasca propria oltre 12,6 milioni. E uno su due ha pagato in nero. Nel dettaglio, secondo la ricerca Censis nel 2016 sono stati spesi per prestazioni infermieristiche a domicilio 7,8 milioni per una prestazione una tantum, 2,3 milioni per avere assistenza prolungata nel tempo, 2,5 milioni per avere sia assistenza prolungata nel tempo sia prestazioni una tantum. Un mercato destinato a crescere per ragioni diverse quali la croni-

cità in aumento, i deficit del Servizio sanitario nell'assistenza territoriale e a domicilio. Si sono rivolti privatamente a un infermiere pagando di tasca propria il 24,7% dei cittadini del Nord-ovest, il 16,9% del Nord-Est, il 19,2% del Centro ed il 32,8% del Sud-isole. Alta la domanda di prestazioni infermieristiche proveniente da famiglie con un non autosufficiente (920 mila), ma molto consistente quella pediatrica con 2,5 milioni di famiglie con minori di cui 720 mila con bimbi fino a tre anni. Molto articolata la tipologia di prestazioni richieste: prelievi (31,5%), iniezioni (23,5%), assistenza in generale (15,4%), misurazione e registrazione di parametri e valori vitali (14,3%), medicazioni e bendaggi (13,5%), flebo, infusioni, perfusioni (13,4%), assistenza notturna (4,3%). Il valore delle prestazioni infermieristiche erogate in un anno da infermieri è pari a 6,2 miliardi di euro. Per area geografica: 2,9 miliardi al Nord, 500 milioni al Centro e 2,8 miliardi al Sud-Isola. Ma c'è anche un rovescio della medaglia. È cresciuto il sommerso nel welfare in generale, perché l'acquisto di servizi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie, formative, sociali in senso ampio si è moltiplicato per effetto dei tagli all'offerta pubblica e anche nel mercato infermieristico si registra un sommerso rilevante e crescente: 6,3 milioni di italiani hanno acquistato prestazioni al nero, senza fattura, di questi 4,7 milioni in toto e 1,6 milioni in parte. La spesa privata al nero vale 1,4

infermieri

miliardi, di cui 455 milioni al Nord, 150 milioni al Centro e 820 milioni al Sud-isole.

Identikit - Il Centro studi della Federazione degli infermieri ha anche condotto un'ulteriore analisi in base ai dati Istat della rilevazione delle forze di lavoro, grazie alla partnership Ipasvi-Istat, per comprendere dove lavorano gli infermieri, chi fa cosa e quali problemi ci sono nei vari settori. I dati più recenti dicono che gli "attivi" sono 371mila circa, i disoccupati poco più di 16mila. Chi lavora lo fa soprattutto negli ospedali (288mila), poi negli studi medici (31mila) e nelle strutture di assistenza residenziale (30mila). Circa 14mila infermieri lavorano in altri servizi di assistenza sanitaria, 4mila in strutture non residenziali e altri 4mila in altre attività economiche diverse dalla sanità. Oltre il 96% degli attivi è dipendente, poco meno del 5% autonomo. La maggior parte (280mila) sono donne e il 66% degli attivi ha un'età compresa tra 35 e 54 anni, con il 36,5% che si concentra tra i 45 e i 54 anni.

Gli infermieri sono meno "precari" di altre professioni: il 6,1% contro il 15,9%, ma l'occupazione femminile che prevale su quella maschile è anche decisamente più precaria. Nelle altre professioni le differenze nella quota di lavoro precario tra uomini e donne sono invece molto contenute. E che la disoccupazione e la precarietà col-



pisca soprattutto i giovani, soprattutto per colpa dei blocchi del turn over nei servizi pubblici e per la difficoltà attuale ad accedere a una libera professione strutturata e organizzata, lo dimostrano le età medie degli infermieri: circa 45,5 anni per quelli "stabili" (ma nel Ssn l'età media aumenta a 49 anni e in alcune Regioni del Sud e in piano di rientro dove i blocchi al personale sono più rigidi, le differenze raggiungono anche 8 anni di età superando i 50), 31 anni per i precari. Per i dipendenti la soluzione è quella ormai nota da anni: sblocco del turn over, stabilizzazione dei precari e riapertura delle assunzioni.



Politica
Sanitaria

Bisogni formativi

La Campania chiede 1300 medici e 1000 infermieri

di Peppe Papa

Eppure c'è un rapporto medici/infermieri che penalizza i secondi. Accese polemiche dopo l'ufficializzazione delle richieste presentate dalle Regioni sui bisogni formativi. Dura replica della Federazione Ipasvi: sono stati utilizzati parametri vecchi. Inascoltate le indicazioni della Joint Action europea.

Rispetto a quanto indicato dalla Federazione nazionale, ci saranno in futuro 4910 infermieri (4mila tagliati dal ministero della Salute e 910 dalle Regioni) in meno, e 2mila medici in più rispetto alle richieste di Ministero e Fnomceo. La proposta delle Regioni sul fabbisogno 2017-2018 di posti per le lauree di area sanitaria non va nella direzione della Joint Action europea "Health Workforce Planning and Forecasting" come richiesto dal ministero della Salute. Sulle proposte avanzate dalle Regioni c'è l'assenso della Commissione. Ma spetterà al Miur ora riequilibrare il tutto, ma sarà stato vanificato il lavoro di oltre un anno di incontri, audizioni, discussioni, avendo come obiettivo l'allineamento alla Joint Action europea "Health Workforce Planning and Forecasting", su cui i fabbisogni si sarebbero dovuti basare per avere un quadro a lungo termine e non creare alla distanza nuovi disoccupati. Invece si ripropongono vecchie cifre, dimenticando quanto dicono le statistiche. In Italia ci sono quasi quattro medici ogni 1000 abitanti. A renderlo noto è uno studio dell'organizzazione Ocse (Organisation for Economic Co-operation and Development), che ha analizzato il numero complessivo di persone, che nel mondo si occupano di assistenza e di cure mediche. E il risultato parla chiaro: nel nostro Paese si contano 3,9 dottori ogni 1000 abitanti. Un numero elevato, che pone l'Italia al quinto

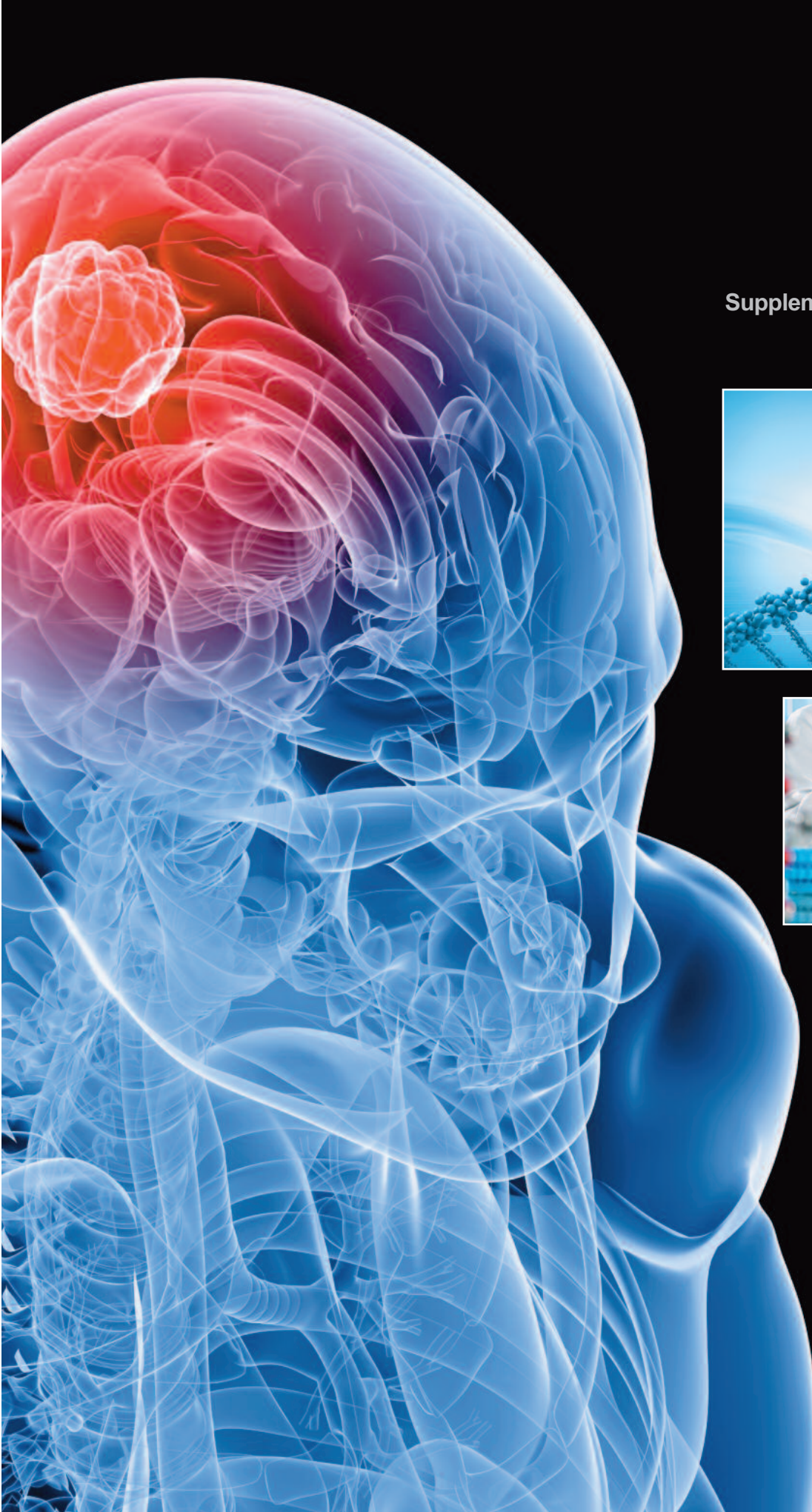


posto di questa speciale classifica, dietro a Grecia (6,29 dottori ogni 1000 abitanti), Austria (4,9), Germania (4,05) e Svizzera (4,04). Invece mancano gli infermieri. A conti fatti, considerato l'adeguamento all'orario europeo, alla copertura dei posti resi vacanti per il turn over e all'infermieristica sul territorio carente soprattutto al Sud, ne occorrerebbero 50 mila.

Su questi dati statistici oggettivi, le Regioni propongono al Miur di formare più medici e meno infermieri. Se questa è programmazione, allora è evidente che il Ssn nazionale rischia seriamente di andare in default. La Campania non è da meno in questa speciale performance. Ha chiesto infatti che per il triennio 2017/2018 vengano formati più medici che infermieri: 1300 i primi, 1000 i secondi. Barbara Mangiacavalli, Pre-

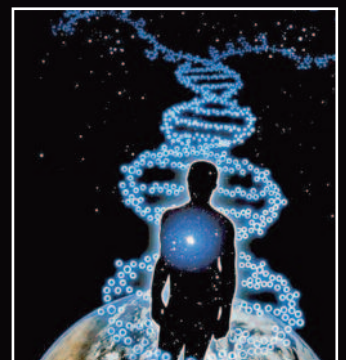
sidente nazionale dei Collegi Ipasvi si è detta delusa e amareggiata. "Abbiamo lavorato due anni col ministero della Salute e, credevamo, con le Regioni per mettere a punto un meccanismo di fabbisogno di nuovi professionisti in linea con quanto chiesto dall'Europa.

Abbiamo calcolato tutto, grazie al lavoro intensissimo della direzione delle professioni del ministero e alla fine il lavoro è stato formalizzato con richieste precise per il prossimo anno accademico, ma anche con proiezioni altrettanto precise per quanto riguarda gli anni fino al 2035. Ora le Regioni hanno gettato tutto il lavoro alle ortiche e basandosi su uno storico che si sarebbe dovuto abbandonare, tornano ai vecchi numeri di fabbisogno. Anzi, nell'ottica di una spesa sem



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento
Ricerca infermieristica

Efficacia del metodo SBAR: garantire la sicurezza delle cure e la continuità assistenziale: revisione narrativa della letteratura

ABSTRACT

Introduzione. Una comunicazione inefficace è associata ad eventi avversi.

Il ricorso ad una metodologia standardizzata consente di migliorare le competenze in materia di comunicazione.

Il metodo "Situation-Background-Assessment-Recommendation" (SBAR) viene indicato per standardizzare il passaggio di consegne e per migliorare la qualità della comunicazione in urgenza.

Obiettivo. Determinare l'efficacia della metodologia SBAR nel miglioramento di specifici outcomes assistenziali, indagare outcomes di efficienza ed esaminare gli esiti dell'introduzione dello strumento nel processo di cura in relazione all'assistenza infermieristica.

Metodo. Revisione narrativa della letteratura

Risultati. La metodologia SBAR può migliorare la comunicazione intra e interprofessionale e rappresentare uno strumento utile per il miglioramento di specifici outcomes del paziente

Conclusioni. Il passaggio di consegne infermieristiche costituisce un momento fondamentale per la continuità assistenziale. Il ricorso alla metodologia SBAR, consentendo una comunicazione più efficace durante il passaggio di consegne, può migliorare il processo di assistenza e gestione del paziente garantendo maggiori standard di sicurezza delle cure. Studi futuri dovrebbero mirare a sperimentazioni di tale strumento con un metodo scientifico rigoroso.

Parole chiave: SBAR, comunicazione, risultati dei pazienti

INTRODUZIONE

In sanità, una comunicazione non ottimale non è soltanto un'evenienza comune ma è anche associata ad eventi avversi.¹

Secondo quanto emerge dal Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella (5° Rapporto)² una comunicazione non corretta rappresenta il secondo fattore contribuyente all'insorgenza di tali eventi. Per evento sentinella si intende un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.³

Inoltre, l'esistenza di differenze riguardo la formazione, gli stili e le aspettative nella comunicazione tra infermieri e medici rappresenta una criticità nella comunicazione interprofessionale.⁴

Il metodo "Situation-Background-Assessment-Recommendation" (SBAR) è suggerito^{7,8,9} come metodo per standardizzare la pratica del passaggio di consegne; è stato messo a punto per la prima volta dalla Marina Americana per migliorare la comunicazione di informazioni critiche⁵. Tale strumento fornisce una struttura comune e prevedibile al messaggio⁶, ai fini di una reciproca comprensione⁴ tra professionisti sanitari.

SBAR è l'acronimo di Situation (cosa sta succedendo al paziente); Background (qual è il quadro o il contesto clinico); Assessment (quale penso sia il problema); Recommendation (cosa dovrei fare per correggerlo)⁶.

In campo sanitario, oltre che nei momenti di briefing, il metodo SBAR può essere utilizzato per il passaggio di consegne e per migliorare la qualità della comunicazione in condizioni di urgenza⁷.

Data la presenza di evidenze^{7,8,9} a sostegno dell'impiego del metodo SBAR nella comunicazione intra e interprofessionale, l'ipotesi alla base di questa revisione è che tale approccio sia capace di incidere anche su altri aspetti rilevanti per il contesto sanitario, oltre quello già citato della comunicazione.

di Maria Annunziata*, Marco Perrone **, Giampaolo Gargiulo **,
Assunta Guillari **, Teresa Rea **

OBIETTIVI

Tale revisione intende valutare l'efficacia del metodo SBAR nel miglioramento di specifici outcomes assistenziali (riduzione del numero di eventi avversi e dei giorni di degenza), indagare outcomes di efficienza e gli esiti dell'introduzione dello strumento nel processo di cura in relazione all'assistenza infermieristica.

MATERIALI E METODI

I quesiti di ricerca della revisione sono stati formulati attraverso la metodologia PICOS (**Tabella 1**) che individua: Popolazione (P), Intervento (I), Confronto (C), Risultati/ Outcomes (O), Disegno dello studio (S).

La ricerca, eseguita da Febbraio ad Aprile 2017, è stata effettuata sulle banche dati

Supplemento Ricerca infermieristica

Tabella 1 Quesito metodologico individuato tramite metodologia PICOS

P	Infermieri
I	Implementazione del metodo SBAR in contesti assistenziali intra e/o extra-ospedalieri
C	Con pratiche già presenti o interventi alternativi proposti
O	Migliori outcomes assistenziali specifici (riduzione del numero di eventi avversi e dei giorni di degenza), outcomes di efficienza, esiti dell'introduzione dello strumento nel processo di cura in relazione all'assistenza infermieristica
S	Revisione narrativa della letteratura

MEDLINE, CINAHL e SCOPUS.

La keyword utilizzata è stata "SBAR", non sono stati utilizzati limiti temporali.

Sono state selezionate tutte le pubblicazioni che per titolo, keywords e abstract risultavano rilevanti ai fini della revisione. In seguito, una volta eliminati i duplicati, si è provveduto ad analizzare i full-text dei rimanenti studi in maniera indipendente da 2 ricercatori applicando i criteri di eleggibilità. Non vi sono state incongruenze nella selezione degli articoli.

La revisione include Randomised Clinical Trial (RCT) e studi quasi-sperimentali. Si sono selezionati tutti i manoscritti pubblicati in lingua inglese (l'inclusione di soli studi in lingua inglese raramente compromette il risultato né ha implicazioni per la maggioranza di interventi e affermazioni¹⁰) ed italiana. In tutti gli studi inclusi gli interventi di implementazione del metodo SBAR, eseguiti in contesti assistenziali intra e/o extra-ospedalieri, sono stati messi a confronto con una pratica di passaggio di consegne già esistente nel setting in questione, oppure con un intervento alternativo definito nello studio. Fondamentale era la partecipazione di personale infermieristico.

Sono stati esclusi studi che vedono come partecipanti altre figure professionali diverse dall'infermiere che riguardano l'utilizzo del metodo in ambito formativo-didattico, studi qualitativi, simulazioni, " ", dissertazioni. (Tabella 2)

Sono stati considerati risultati primari:

- Outcomes correlati al paziente come il numero di eventi avversi registrati nello specifico ambito di ricerca (ad esempio, errori in terapia, complicazioni, eventi sentinella, mortalità¹¹)

- riduzione dei tempi di degenza¹²

Rappresentano dei risultati secondari o di efficienza:

- il tempo richiesto per il passaggio di consegne (o in aumento o in riduzione) in relazione con l'efficacia dello stesso

- la riduzione del tempo richiesto per risolvere problemi scaturiti da una comunicazione incompleta e la riduzione di azioni infermieristiche prevenibili (ad esempio doppia consegna o chiamate telefoniche

Tabella 2 Descrizione dei criteri di eleggibilità degli studi

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
➤ 1) Studi pubblicati: - RCT - studi quasi-sperimentali - in lingua inglese e italiana ➤ Interventi di implementazione del metodo SBAR in contesti assistenziali intra e/o extra-ospedalieri ➤ Equipe con presenza di almeno un infermiere ➤ Studi che analizzano l'efficacia di SBAR in termini di outcomes primari (numero di eventi avversi, tempi di degenza) secondari o di efficienza, esiti dell'introduzione dello strumento nel processo di cura in relazione all'assistenza infermieristica	➤ Studi che non interessano gli infermieri ➤ Grey literature ➤ Dissertazioni ➤ Studi che utilizzano il metodo in abito formativo - didattico ➤ Simulazioni ➤ Studi qualitativi ➤ Studi in lingua diversa dall'italiano e dall'inglese

non necessarie).

Infine si vogliono indagare gli esiti dell'introduzione dello strumento in relazione all'assistenza infermieristica

: miglior memoria delle informazioni fornite, migliore compliance con il piano di cura (misurata ad esempio tramite l'ade-

renza ad indicatori), tempestivo passaggio di informazioni (misurato in termini di differenza di tempo tra il metodo attuale e quello programmato), riduzione di informazioni incongruenti (informazioni differenti dalla situazione attuale) e delle omissioni (informazioni che potrebbero aumentare l'inefficienza se non inserite nel passaggio di consegne)¹³.

RISULTATI

La ricerca ha identificato 649 potenziali studi ed ha portato alla selezione di 409 pubblicazioni dopo la rimozione dei duplicati. Successivamente sono state rimosse 344 pubblicazioni che non risultavano coerenti con i criteri di inclusione a seguito alla lettura di titolo e abstract. La lettura dei full-text ha

portato poi alla selezione finale di 9 manoscritti. (Figura 1 a pag. 22).

I 9 studi inclusi^{15,23} (tabella 3) (*l'articolo integrale comprensivo della tabella 3 è disponibile nella versione online*), sono presentati secondo una metodologia narrativa¹⁴.

Lo studio di Cornell et al.15 esamina l'u-

continua da pagina 21

utilizzo di SBAR cartaceo ed elettronico durante il passaggio di consegne e i giri multi/interdisciplinari⁹ (meccanismo “patient-centred” attraverso il quale operatori sanitari di differenti discipline si incontrano per coordinare l’assistenza al paziente) in un’unità medico- chirurgica. La riduzione del tempo per completare il passaggio di consegne (shift report) con SBAR cartaceo ed elettronico rispetto al baseline, la riduzione dell’utilizzo di fogli stampati e la riduzione dei tempi per il riesame del paziente durante i giri interdisciplinari sono i risultati dello studio.

Cornell et al.¹⁶ nel loro studio utilizzano lo SBAR (cartaceo ed elettronico) per migliorare i passaggi di consegne. Dallo studio emerge che la il tempo dedicato alla scrittura durante il passaggio di consegne diminuisce con SBAR cartaceo rispetto al baseline ma aumenta con SBAR elettronico ($p < .01$); il tempo speso nell’utilizzo di fogli personali diminuisce con SBAR cartaceo ed elettronico ($p < .01$).

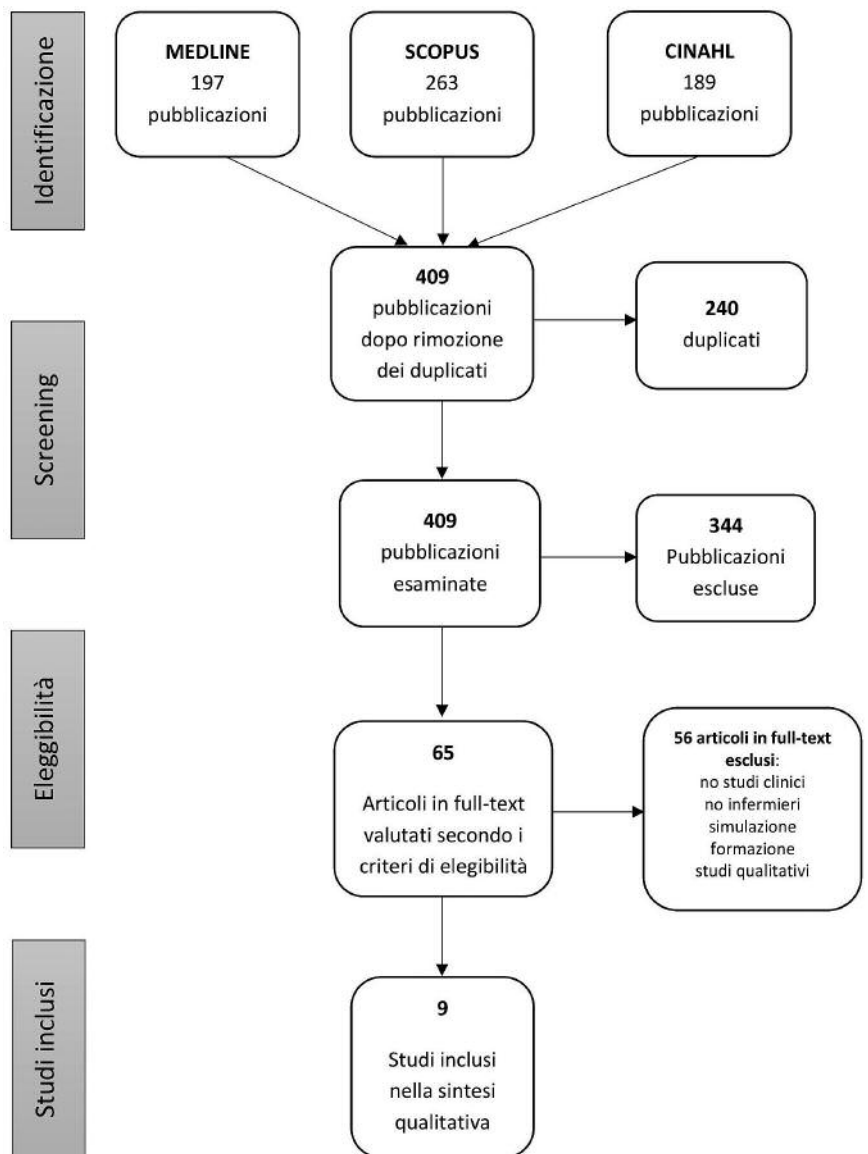
Va sottolineato che i due studi^{15,16} sopra citati presentano un disegno con pre e post-test in cui i limiti rappresentati dai ridotti tempi di osservazione e campionamenti senza randomizzazione.

Ciò rendono difficile la generalizzazione dei risultati al di fuori del contesto in cui sono stati conseguiti.

In un secondo studio Cornell et al.¹⁷ esaminano se l’introduzione dei giri multidisciplinari e di un protocollo di comunicazione SBAR sia capace di migliorare gli outcomes dei pazienti (ad es. i tempi di degenza). Dallo studio risulta una differenza statisticamente significativa del tempo per il patient review durante i giri multidisciplinari e durante l’utilizzo di SBAR cartaceo ed elettronico rispetto al baseline. I tempi di degenza non si riducono in maniera significativa.

Lo studio di Townsend-Gervis¹⁸ et al. valuta l’impatto di tre interventi (protocollo SBAR, valutazione del rischio di ri-ammissione e giri multidisciplinari) sulla compliance nella rimozione del catetere Foley ed esamina il tasso di ri-ammissione ospedaliera dei pazienti... Il ricorso ai tre interventi consente di migliorare la compliance nella rimozione del catetere vescicale (intesa come percentuale di pazienti chirurgici che riprendono la normale minzione dal secondo

Figura 1 revisione della letteratura



giorno post-operatorio con successo dopo rimozione del catetere Foley), e di ridurre le ri-ammissioni a 30 giorni ($p < .001$). La conduzione monocentrica dello studio, l’assenza di un gruppo di controllo e la mancanza di randomizzazione costituiscono dei limiti di tale studio.

Andreoli et al.²⁰ nel loro studio valutano se lo strumento SBAR adattato per l’uso in due teams multidisciplinari di riabilitazione

sia in grado di prevenire e gestire le cadute. Emerge che il numero di near-miss e di cadute maggiori totali mostrano un trend in diminuzione, ma le cadute totali nelle unità di studio sono aumentate. Tuttavia, tale studio mostra dei limiti per quanto riguarda i tempi di osservazione troppo brevi, la mancanza di randomizzazione, lo scarso controllo su variabili che possono aver influito sulla direzione dei risultati (il rischio di cadute e altri

Supplemento Ricerca infermieristica

eventi sono una parte inerente al processo di riabilitazione).

Nello studio di De Meester et al.¹⁹ si riporta l'effetto dello SBAR sull'incidenza di eventi avversi seri in 16 unità medico-chirurgiche dell'ospedale. Lo studio riporta differenze significative quali riduzione del numero di morti inaspettate senza che sia stata attivata la procedura di rianimazione ed aumento del numero di trasferimenti non pianificati presso un'Unità di Terapia Intensiva. La monocentricità dello studio e la mancanza di randomizzazione non consentono di affermare che l'effetto sia soltanto il risultato dell'intervento dello studio.

Field et al.²³ hanno condotto un trial clinico randomizzato di un protocollo di gestione del paziente in terapia con warfarin utilizzando l'approccio SBAR per facilitare la comunicazione tra infermieri e medici. I risultati mostrano un aumento medio di 16 giorni nell'intero anno di terapia in cui il paziente ha un INR nella norma ($p < .01$), nessuna differenza statisticamente significativa riguardo il tasso di eventi avversi prevenibili (lievi, severi, life-threatening o fatali) e potenziali...

Randmaa et al.²⁴ nel loro studio indagano se ci sono cambiamenti nella proporzione di incident reports causati da errori di comunicazione in seguito all'introduzione di SBAR. Dallo studio risulta una riduzione significativa di incident reports dovuti ad errori nella comunicazione.

Randmaa et al.²², infine, nel loro studio si propongono di valutare se l'utilizzo di SBAR incide sulla capacità di memorizzare informazioni dopo il passaggio di consegne nella fase post-operatoria tra gli operatori della sala operatoria e lo staff delle UU.OO. di cura post-anestesia. Nel gruppo di intervento di questo studio, la percentuale di sequenze di informazioni ricordate dai "ricevitori" (coloro ai quali vengono trasmessi dati del paziente) è aumentata significativamente. Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nella durata del passaggio di consegne.

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questa revisione è stato quello di valutare l'efficacia dello strumento SBAR nel miglioramento degli outcomes per i pazienti (riduzione del numero di eventi

avversi¹¹), riduzione dei giorni di degenza¹² ed indagare gli esiti dell'introduzione dello strumento nel processo di cura in relazione all'assistenza infermieristica (miglior memoria delle informazioni fornite, migliore compliance con il piano di cura, tempestivo passaggio di informazioni, riduzione di informazioni incongruenti e delle omissioni)¹³. Ulteriore scopo è stato quello di indagare outcomes di efficienza (tempo richiesto per il passaggio di consegne in relazione con l'efficacia dello stesso, riduzione del tempo richiesto per risolvere problemi scaturiti da una comunicazione incompleta e la riduzione di azioni infermieristiche prevenibili). Solo uno tra gli studi inclusi, cioè l'RCT di Field et al.²³, presenta un disegno e metodo scientifico rigorosi. I restanti otto studi¹⁵⁻²² riportano un disegno di pre e post-implementazione di esperienze locali con iniziative di miglioramento della qualità dell'assistenza in cui l'approccio SBAR e il modo in cui esso viene utilizzato vengono descritti a vari gradi, rendendone difficile la riproduzione. L'aspetto negativo di questo tipo di disegno è l'elevato rischio di bias, poiché è impossibile valutare la reale efficacia dello strumento visti i tempi brevi di osservazione, i campionamenti ridotti, la mancanza di controllo e di randomizzazione. Inoltre ci sono frequenti cambi nella popolazione e/o variazioni nella pratica che, non correlati all'intervento di miglioramento qualitativo, potrebbero produrre l'effetto desiderato. Il ricorso allo SBAR in un setting di riabilitazione non consente una riduzione significativa del numero di near miss e di cadute totali²⁰. Inoltre, nell'unico RCT non si registra alcuna differenza²³ significativa riguardo il tasso di eventi avversi prevenibili e potenziali nella gestione del paziente in terapia con warfarin.

Nello studio di Cornell et al.¹⁷ non è stata osservata una riduzione significativa dei tempi di degenza.

Non è possibile affermare che l'utilizzo di SBAR possa consentire una riduzione né un aumento del tempo impiegato per il passaggio di consegne, visti i risultati discordanti^{15,16,22}. Tuttavia se SBAR viene utilizzato all'interno di un intervento più ampio che comprenda l'esecuzione di giri multidisciplinari e la valutazione del rischio di riammissione, è possibile ridurre in ma-

niera significativa le riammissioni a 30 giorni e migliorare la compliance nella rimozione del catetere vescicale¹⁸.

Rappresentano dei risultati significativi:

- riduzione¹⁹ del numero di morti inaspettate senza che fosse stata attivata la procedura di rianimazione in UU.OO. medico-chirurgiche;
- aumento¹⁹ del numero di trasferimenti non pianificati presso un'unità di terapia intensiva (ad indicare che gli infermieri sono meglio preparati a chiamare il medico utilizzando gli items dello strumento per registrare i dati del paziente);
- aumento²³ medio di 16 giorni nell'intero anno di terapia in cui il paziente in trattamento con warfarin ha un INR nella norma;
- riduzione²¹ di incident reports dovuti ad errori nella comunicazione;
- riduzione¹⁷ dei tempi per il riesame del paziente (patient review) durante i giri interdisciplinari e durante l'utilizzo di SBAR cartaceo ed elettronico;
- riduzione del numero di morti inaspettate senza che fosse stata attivata una procedura di rianimazione (=evento avverso)
- maggior tempo¹⁶ speso nella comunicazione verbale espresso in percentuale rispetto al tempo totale dello shift report.

In accordo con i risultati della presente revisione, oltre a confermare quanto già riportato in letteratura riguardo l'utilità del metodo SBAR nel consentire una comunicazione efficace^{15-17,21}, sono stati evidenziati dei miglioramenti significativi in termini di efficacia ed efficienza dello strumento. Infine, emerge che tale metodo permette all'operatore di memorizzare molte più informazioni ottenute durante il passaggio di consegne, anche se non consente di ricordarle a distanza di tempo²².

CONCLUSIONI

Il passaggio di consegne può rappresentare una criticità se le informazioni clinicamente rilevanti non vengono condivise in maniera accurata e tempestiva. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha suggerito il ricorso a SBAR come metodologia adeguata per garantire la sicurezza delle cure⁹.

Le conoscenze attuali sull'argomento consentono di affermare che il metodo SBAR appare efficace nella gestione del paziente

continua da pagina 23

in terapia con anticoagulanti orali²³. Può contribuire ad aumentare il numero di informazioni memorizzate²² dall'operatore durante il passaggio di consegne e a ridurre¹⁹ il numero di morti inaspettate senza che sia stata attivata la procedura di rianimazione.

Studi futuri dovrebbero mirare a speri-

mentazioni nel medio-lungo periodo di tale approccio nei contesti assistenziali dove la ricerca è già stata avviata ed altri ancora inesplorati, ricorrendo ad un metodo rigoroso e meno suscettibile a variabili organizzative.

Nessun finanziamento istituzionale o commerciale

Conflitti di interesse da dichiarare: nessuno

*Infermiera Pediatrica A.O.U. Policlinico
Federico II, Napoli

**Infermiere A.O.U. Policlinico
Federico II, Napoli

BIBLIOGRAFIA

1. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality Patient Safety* 2006;32(3):167-75.
2. Ministero della salute. Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella, 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012) (Consultato: febbraio 2017)
Disponibile all'indirizzo:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf
3. Ministero della salute. Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella. (consultato: aprile 2017)
Disponibile all'indirizzo:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf
4. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice* 2016; 19: 36-40
5. Eberhardt S. Improve handoff communication with SBAR. *Nursing* 2014; 44 (11): 17-20
6. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care* 2004; 13(Suppl 1): i85-i90
7. WHO. Human Factors in Patient Safety. Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. April 2009
8. WHO. Communication During Patient Hand-Over. Patient Safety Solutions 2007 (consultato: aprile 2017)
Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
9. Ministero della Salute. Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012 (consultato: febbraio 2017)
Disponibile all'indirizzo:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf
10. Crawford C, Boyd C, Jain S, Khorsan R, Jonas W. Rapid Evidence Assessment of the Literature (REAL©): streamlining the systematic review process and creating utility for evidence-based health care. *BMC Research Notes* 2015;8:631
11. Patterson ES, Wears RL. Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2010; 36(2):52-61
12. Halm MA. Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care* 2013; 22(2):158-62
13. Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; (6):CD009979
14. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *The European Medical Writers Association* 2015; 24(4): 230-235
15. Cornell P, Townsend Gervis M, Yates L, Vardaman J M. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *MEDSURG Nursing* 2014; 23 (5): 334-342
16. Cornell P, Townsend Gervis M, Yates L, Vardaman J M. Improving Shift Report Focus and Consistency With the Situation, Background, Assessment, Recommendation Protocol. *The Journal of Nursing Administration* 2013; 43 (7/8): 422-428
17. Cornell P, Townsend Gervis M, Yates L, Vardaman J M. Improving Situation Awareness and Patient Outcomes Through Interdisciplinary Rounding and Structured Communication. *The Journal of Nursing Administration* 2014; 44 (3): 164-169
18. Townsend-Gervis M, Cornell P, Vardaman J M. Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Readmissions and Improve Some Patient Outcomes. *Western Journal of Nursing Research* 2014; 1-12
19. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs K G, VanBogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation* 2013; 84: 1192-1196
20. Andreoli A, Fancott C, Velji K, Baker G R, Solway S, Aimone E, Tardif G. Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams. *Healthcare Quarterly* 2010; 13 Special Issue: 94-101
21. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *British Medical Journal Open* 2014; 4: e004268
22. Randmaa M, Swenne C L, Mårtensson G, Hogberg H, Engstrom M. Implementing situation-background-assessment-recommendation in an anaesthetic clinic and subsequent information retention among receivers. *European Journal of Anaesthesiology* 2016; 33:172-178
23. Field T S, Tjia J, Mazor KM, Donovan J L, Kanaan A O, Harrold L R, Reed G, Doherty P, Spenard A, Gurwitz J H. Randomized trial of a warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach. *The American Journal of Medicine* 2011; 124 (2): 179.e1-e7

Puntura arteriosa e dolore: l'efficacia delle tecniche analgesiche Una revisione della letteratura

ABSTRACT

Introduzione: La puntura arteriosa è una procedura che permette di valutare lo stato di ventilazione del paziente, il suo equilibrio metabolico ed i suoi livelli glicemici. Una spiacevole caratteristica di questa tecnica è che provoca spesso dolore; la parete arteriosa infatti a differenza di quella venosa, è particolarmente ricca di recettori del dolore. Nonostante numerosi studi invitino a un uso di tecniche analgesiche, questa procedura viene riconosciuta dal paziente come una delle principali fonti di preoccupazione e come una delle più spiacevoli esperienze del ricovero. I vantaggi offerti dalle tecniche analgesiche comprendono sia la riduzione del dolore percepito dall'assistito che l'evitare frequenti situazioni quali trattenere il respiro o iperventilare che potrebbero essere causa di una alterazione dei valori emogasanalitici. Lo scopo del seguente elaborato è quello di valutare, attraverso una revisione della letteratura, l'efficacia delle tecniche analgesiche per la gestione del dolore associato alla puntura arteriosa, eseguita su pazienti adulti.

Materiali: È stata effettuata una ricerca bibliografica che ha previsto la consultazione delle banche dati Cinahl, Embase e Pubmed, utilizzando un quesito di ricerca formulato attraverso la metodologia PIO.

Risultati: Le tecniche analgesiche emerse dalla presente revisione della letteratura riguardano la riduzione del calibro dell'ago, la crioanalgesia e l'analgesia farmacologica. I risultati hanno mostrato che la riduzione del calibro dell'ago può essere una valida tecnica analgesica per i pazienti che non richiedono valutazione elettrolitica. La crioanalgesia è risultata efficace nella riduzione del dolore, mentre sono emersi risultati discordanti per quanto riguarda la somministrazione di analgesici farmacologici prima della puntura arteriosa.

Conclusioni: Le tecniche analgesiche individuate hanno avuto un ottimo riscontro, tuttavia sono ancora poco utilizzate. Ulteriori studi sarebbero necessari per chiarire la reale efficacia e definire in modo adeguato le modalità di utilizzo.

Parole chiave: *arterialpuncture, pain management, injection site pain, painprevention & control, painlevel.*

INTRODUZIONE

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emotiva sgradevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale¹. McCaffery M. in Pain: Clinical Manual affermano che il dolore esiste quando la persona che lo sperimenta dice che esiste². Già dalla lettura di tali definizioni è evidente la componente multidimensionale del dolore e la sua natura estremamente soggettiva.

Il dolore è una delle più frequenti cause di richiesta di assistenza sanitaria e si può manifestare come conseguenza di patologie, di esami diagnostici o trattamenti.³ La gestione del dolore è considerata un aspetto molto importante dell'assistenza infermieristica, tanto che l'American Pain Society ha definito il dolore come il quinto parametro vitale.³ Ciò sottolinea l'importanza della sua valutazione. Per gestire in modo efficace il dolore, esso deve essere accuratamente accertato, trattato e costantemente ri-valutato. La natura soggettiva del dolore

rende il suo accertamento una sfida per tutti i clinici, e richiede un rapporto di fiducia con la persona assistita. Per una valutazione completa del dolore, è necessario accertarne l'intensità, la qualità, il tempo, la localizzazione, i fattori che lo alleviano o lo aggravano.⁴ Per questo, sono disponibili opportune scale di accertamento del dolore, utili a documentare il bisogno di interventi analgesici o a valutare l'efficacia di essi.

La puntura arteriosa è una procedura piuttosto invasiva che viene eseguita con lo scopo di raccogliere campioni di sangue per eseguire l'emogasanalisi o per valutare i livelli glicemici in soggetti con ipoglicemia grave⁵. Questa tecnica, spesso richiesta nelle terapie intensive e nei reparti generali, è essenziale ad accertare lo stato di ventilazione e quello metabolico del paziente. La sede preferibile per l'esecuzione della procedura è l'arteria radiale, in quanto facilmente reperibile e con un circolo collaterale che può essere valutato attraverso il test di Allen.¹² L'accuratezza di questo test, tutta-

via è stata recentemente messa in discussione in quanto i criteri per definire la sua anomalia non sono univoci, non è riproducibile, ha alto rischio di falsi positivi e non è facilmente applicabile su pazienti non coscienti⁶. Altre sedi di puntura, non frequentemente utilizzate, sono la sede femorale, la brachiale e la dorsale del piede.

Per una corretta esecuzione della puntura radiale di particolare importanza risulta il posizionamento del paziente, esso deve essere in posizione seduta o in semifowler, con il polso iperesteso a 60°C. Questo permette di stabilizzare l'arto ed aiuta ad immobilizzare il vaso. Eseguire la tecnica in modo corretto riduce il rischio di possibili complicanze, quali lo sviluppo di ematoma, l'infezione, l'occlusione o la lacerazione del vaso, episodi di natura vasovagale o lesioni delle terminazioni nervose prossimali al vaso⁵.

Da un'indagine italiana condotta nel 2000 dall'Associazione Nazionale degli Infermieri in Area Critica con l'obiettivo di

continua da pagina 25

stimare la prevalenza delle manovre che provocano dolore nei pazienti ricoverati in terapia intensiva, e la percezione degli infermieri sulla necessità di analgesia, è emerso che tra le pratiche considerate più dolorose dagli infermieri, è stata identificata la puntura arteriosa.⁷ Ciò è stato confermato anche da uno studio condotto da Valero M. con l'obiettivo di esaminare le conoscenze e attitudini degli infermieri riguardo l'uso della anestesia locale nella puntura arteriosa, i risultati affermano che il 63% degli infermieri vorrebbe ricevere un'analgesia se dovesse essere sottoposto a questa procedura.⁸ In effetti il dolore è provocato dalla penetrazione dell'ago attraverso il tessuto della parete arteriosa che, a differenza di quella venosa è molto ricca di recettori del dolore.⁸ La percezione del dolore provocato dalle procedure cliniche quali le punture dei vasi è influenzata da fattori individuali e tecnici, per quanto riguarda i primi il dolore percepito è diverso in relazione al sesso, all'etnia, alla lateralità. Per quanto riguarda i secondi alcune caratteristiche dell'ago, il piccolo calibro, l'essere corto e il tipo di punta hanno dimostrato il potere di mitigare il dolore percepito.⁹

In uno studio del 2006, condotto su pazienti che necessitavano di puntura arteriosa è emerso che questa procedura è tra quelle che maggiormente causano profonda preoccupazione e che gli assistiti riconoscono come una delle esperienze più spi-

cevoli del ricovero. È dunque evidente che, nonostante la puntura arteriosa sia una procedura utile a valutare alcune funzioni vitali del paziente, una sua spiacevole caratteristica sia il dolore ad essa associato a tal punto che i pazienti definiscono questa procedura più dolorosa di altre manovre invasive, quali l'aspirazione tracheale.¹⁰ Molti studi non ne raccomandano l'analgesia essendo essa di breve durata, altri sostengono che, l'uso di analgesia prima di questa procedura non solo riduce il dolore dell'assistito, ma aiuta anche ad evitare frequenti situazioni quali trattenere il respiro o iperventilare, che potrebbero a loro volta contribuire a alterare i valori dei gas.⁵ Emerge comunque un uso ancora limitato dell'anestesia locale durante questa manovra.⁸

La mancanza di opportune tecniche analgesiche, o l'inadeguata applicazione di esse, può produrre ansia e può far sì che la puntura arteriosa sia più difficile da completare con successo.¹¹

L'ago standard per l'esecuzione della puntura radiale è di 22 Gauge ed è sufficiente a permettere che la siringa ad esso collegato si riempia una volta raggiunto il lume arterioso.¹⁰ Numerosi studi sono stati eseguiti per valutare l'efficacia della puntura arteriosa con ago di calibro minore, in quanto ciò permetterebbe di creare meno traumi alla parete del vaso e di conseguenza minor dolore e minor rischio di complicanze post-procedurali, ma i risultati sono stati contrastanti.¹²

La crioanalgesia è considerata da tempo

una tecnica non invasiva e non farmacologica, utile nella gestione del dolore. L'applicazione del freddo è comune nei disturbi muscoloscheletrici, nel dolore post-operatorio, nella prevenzione dell'edema e per ridurre il discomfort da infiltrazione locale di anestetico.¹³ L'uso del ghiaccio sul sito di puntura prima dell'esecuzione della puntura stessa, produce un processo caratterizzato da diversi meccanismi, riduzione della conduzione nervosa, inattivazione dei nervi sensoriali, inibizione del dolore, effetto analgesico e controirritante, rilascio di endorfine. Alcuni studi^{12,13} hanno dimostrato che per raffreddare i tessuti a fine analgesico l'applicazione del ghiaccio dovrebbe essere mantenuta per almeno 10 minuti ma per quanto riguarda la puntura radiale visto il rischio di spasmo dell'arteria, il tempo di applicazione deve essere ridotto.

In letteratura sono presenti inoltre studi^{10,19} che analizzano diversi tipi di terapie analgesiche farmacologiche. Le pomate anestetiche sono indicate quando la puntura arteriosa è pianificata, in quanto richiedono circa 45 minuti di contatto con la cute per realizzare una efficace analgesia. L'infiltrazione di lidocaina agisce invece modo più rapido ma presenta lo svantaggio di provocare dolore per cui è importante identificare le situazioni in cui essa può essere utilizzata in modo efficace. Il cloruro di etile agisce invece raffreddando la cute, portandola ad una temperatura di circa -20 C°, ma la sua durata d'azione è limitata e la sua efficacia ancora da dimostrare.⁵

di Federica Barresi e Manuela Ferrari

OBIETTIVO

Reperire e sintetizzare la letteratura sull'efficacia delle tecniche analgesiche nella riduzione del dolore nel paziente adulto sottoposto a puntura arteriosa radiale. A tal fine è stato elaborato un quesito di ricerca utilizzando la metodologia PIO, specificando paziente (P), intervento (I) e risultati (O).

MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione della letteratura nel mese di aprile 2016, attraverso la consultazione delle banche dati Cinahl, Embase e Pubmed. Le parole chiave sono state ricercate come termini Mesh o Major o come termini liberi, e sono poi state combinate tra di loro utilizzando gli operatori booleani "AND" e "OR". La strategia di ricerca è riassunta in **Tabella 2**.

Sono stati inclusi gli studi sperimentali in lingua inglese, spagnola e italiana pubblicati negli ultimi dieci anni ed effettuati su popolazione adulta (età maggiore di 16 anni) sottoposta a puntura arteriosa

radiale. Sono stati esclusi gli studi secondari, quelli eseguiti su popolazione pediatrica e quelli inerenti all'accesso arterioso. È stato inoltre posto un limite temporale di dieci anni, escludendo gli articoli precedenti il 1 Gennaio 2006.

Il titolo e gli abstract individuati dalla ricerca bibliografica sono stati valutati indipendentemente da due revisori, al fine di identificare i report pertinenti al quesito posto. Successivamente sono stati reperiti i full-text ritenuti idonei allo studio, anch'essi sottoposti a valutazione con le stesse modalità al fine di decidere quali includere e quali escludere dall'analisi, non sono emerse discrepanze tra i valutatori.

RISULTATI

La figura 1 presenta il disegno di studio. In sintesi sono stati quindi considerati 8 report per l'analisi descrittiva, i risultati sono stati raggruppati in base al tipo di analgesia, il loro contenuto è sintetizzato nelle **tabelle 4 – 5 – 6**. (*L'articolo integrale comprensivo delle tabelle 4,5,6 è disponibile nella versione online*)

Relativamente agli studi inclusi si riconosce un certo grado di ete-

Supplemento Ricerca infermieristica

Tabella 1 Quesito secondo metodologia PIO

P (Paziente)	Paziente adulto sottoposto a puntura arteriosa
I (Intervento)	Utilizzo di tecniche analgesiche
O (Risultati)	Riduzione del dolore

rogenicità, l'analisi degli articoli fa emergere tre diverse aree sulle quali è possibile realizzare interventi finalizzati alla riduzione della sensazione dolorosa legata alla puntura arteriosa, calibro dell'ago, crioanalgesia, farmaci anestetici.

Calibro dell'ago

Nello studio RCT di Ibrahim I. avente come obiettivo la valutazione del dolore nella puntura radiale eseguita con due tipologie di aghi, sono stati inclusi 50 volontari con anamnesi negativa per vasculopatia periferica e condizioni cliniche dolorose. I soggetti sono stati sottoposti a due punture radiali bilaterali, per l'intervento è stata utilizzata una siringa da insulina da 1 ml con ago da 29 Gauge e 13 mm di lunghezza, per il controllo è stata utilizzata una siringa da 3 ml con ago ipodermico, 23 Gauge e 25 mm di lunghezza. I volontari sono stati randomizzati all'ago standard o all'ago da insulina come prima puntura. Le due punture sono state eseguite dallo stesso operatore con cinque minuti di intervallo tra l'una e l'altra. Il dolore è stato valutato con scala VAS immediatamente dopo l'iniezione, ulteriori outcomes indagati sono stati i valori medi di potassio, il tasso di emolisi e le complicanze immediate e a 24 ore dalla procedura. Dallo studio emerge che la puntura radiale eseguita con ago da insulina risulta meno dolorosa rispetto a quella effettuata con ago standard, anche le complicanze si sono presentate con un livello più basso nella puntura eseguita con ago da insulina. Inoltre il controllo crossover presente nel disegno dello studio ha compensato fattori che avrebbero potuto influenzare il dolore percepito quali la performance nella procedura e l'ordine di inserzione degli aghi, le conclusioni sono rafforzate dal fatto che l'indagine è stata eseguita su soggetti sani sottoposti volontariamente allo studio e non influenzati dunque da condizioni cliniche che potessero alterarne la percezione del dolore.¹⁴ In accordo con queste conclusioni anche lo studio di Guevara Sanz J, condotto su un campione di pazienti adulti con prescrizione di ega arterioso non urgente e con almeno una puntura arteriosa precedente, i soggetti sono stati randomizzati per il prelievo con ago calibro 25 oppure 22 Gauge. Ogni puntura è stata eseguita dallo stesso infermiere. Alle persone è stato chiesto di valutare il dolore con scala numerica e di compararlo a quello percepito nelle punture precedenti, è stata valutata inoltre la difficoltà tecnica del prelievo.¹²

In disaccordo con gli studi precedenti la ricerca di Patout M. condotta su un campione di 200 pazienti adulti con necessità di EGA non urgente, in un gruppo la procedura è stata eseguita con ago calibro 25 all'altro con ago calibro 23 Gauge, lo studio, condotto in doppio cieco, ha coinvolto infermieri con almeno tre anni di esperienza in pneumologia. Gli outcomes valutati sono stati il dolore con scala VAS-P e l'ansietà con scala VAS-A. Gli autori concludono

che l'uso di un ago 23 G riduce il tempo di riempimento della siringa allungando l'intera procedura e non si associa a un incremento del dolore.¹⁵

Crioanalgesia

Alcuni studi^{13,16} hanno valutato la crioanalgesia quale tecnica anestetica precedente la puntura arteriosa emogasanalitica. La crioanalgesia è stata realizzata tramite l'utilizzo di 12 cubetti di ghiaccio postposti in un sacchetto di plastica posizionato sulla sede di puntura senza compressione o massaggio. Il trial randomizzato e controllato di Haynes J. analizza un campione di soggetti con prescrizione di emogasanalisi ambulatoriale, stratificato in pazienti alla prima esperienza di puntura e no. La crioterapia è stata mante-

Tabella 2

Banca dati	Strategia di ricerca	Data e ora
CINAHL	("Pain" [Mesh] OR "PainMeasurement" [Mesh] OR "Treatment RelatedPain" [Mesh] OR "Wong-Baker FACES Pain Rating Scale" [Mesh] OR "BreakthroughPain" [Mesh] OR "Pain Control (Saba CCC)" [Mesh] OR "Pain (NANDA)" [Mesh] OR "Pain Management (Iowa NIC)" [Mesh] OR "Pain Level (Iowa NOC)" [Mesh] OR "Reduction painArterialPuncture" [Mesh])	29/04/2016 10:15
EMBASE	("BreakthroughPain" [Major] OR "Pain" [Major] OR "Reduction Pain[Major] OR "FacesPain Scale" [Major] OR "InjectionPain" [Major] OR "Injection Site Pain" [Major] OR "PainMeasurement" [Major] OR "PainAssessment" [Major] OR "Nociception"[Major]) AND ("ArteryPuncture" [Major])	29/04/2016 10:46
PUBMED	("ArterialPuncture" OR ("Arteries" [Mesh] AND "Punctures" [Mesh])) AND ("Pain" [Mesh] OR "Pain Management" [Mesh] OR "BreakthroughPain" [Mesh] OR "PainMeasurement" [Mesh])	29/04/2016 11:20

nuta per tre minuti e al gruppo di controllo non è stato praticato nessun trattamento. Il dolore è stato misurato con scala 100-mm VAS. Dallo studio emerge che i pazienti pre-trattati con ghiaccio hanno riferito dolore di minore intensità rispetto ai soggetti appartenenti al gruppo di controllo, l'analisi stratificata mostra che il dolore è minore anche tra i soggetti alla loro prima puntura radiale, non emergono inoltre differenze sui successi al primo tentativo.¹⁶ In accordo con queste conclusioni anche lo studio di Bastami M. che ha valutato il dolore percepito post puntura su un campione di 66 soggetti

continua da pagina 27

ammessi al dipartimento di emergenza. I soggetti sono statirandomizzati in due gruppi. Al gruppo di intervento la crioterapia è stata effettuata applicando un ice-pack a livello dell'arteria radiale e mantenuto per 5 minuti con un bendaggio molle, al gruppo di controllo non è stato effettuato alcun intervento. Il dolore, riportato immediatamente al termine della procedura e 5 minuti dopo, risulta significativamente più basso nel gruppo di intervento, inoltre non si sono evidenziati effetti collaterali né difficoltà nella localizzazione dell'arteria.¹³ Degli studi precedenti è bene tenere in considerazione che entrambi presentano un campione esiguo e che sono stati condotti in setting molto specifici.

Farmaci anestetici

Lo studio di Micu E. analizza l'effetto delle pomate analgesiche sulla percezione del dolore. Gli autori di tale studio hanno indagato un campione di 103 soggetti indirizzati al laboratorio di funzionalità polmonare, il campione è stato suddiviso in tre gruppi: impacco di pomata lidocaina-prilocaina, gruppo placebo (pomata fredda), nessun trattamento, gli outcomes valutati sono stati il dolore e l'ansia. Dalla ricerca non emerge una riduzione del dolore nel gruppo di intervento.¹⁷

Per quanto riguarda l'uso dell'analgesia sottocutanea, nello studio di France J. i soggetti sono stati randomizzati in tre gruppi: lidocaina 2% 0,5 ml, cloruro di etile spray, nessuna analgesia. Sono stati valutati il dolore relativo alla puntura arteriosa e all'infiltrazione, il numero di tentativi e il tempo necessari a terminare la procedura con successo. Gli autori concludono che l'infiltrazione di lidocaina ha potere analgesico ma il dolore legato all'infiltrazione è simile a quello provocato dalla puntura arteriosa senza analgesia, si afferma inoltre che l'uso del cloruro di etile non è stato efficace nella riduzione del dolore.¹⁸

Lo studio randomizzato di Matheson L. confronta tre diversi trattamenti anestetici, infiltrazione con lidocaina 1%, lidocaina 1% in soluzione tampone, soluzione fisiologica, tutte le infiltrazioni hanno rispettato la stessa procedura con anestetico a temperatura ambiente. Al gruppo di controllo non è stata praticata alcuna analgesia. Il

campione è composto da 40 pazienti con prescrizione di EGA non urgente. Il dolore è stato valutato dopo l'iniezione di anestetico e dopo la puntura radiale, gli autori concludono che la lidocaina 1% garantisce la maggior efficacia analgesica.¹⁹ È bene tenere presente che entrambi gli studi sono stati condotti su campioni limitati.

CONCLUSIONI

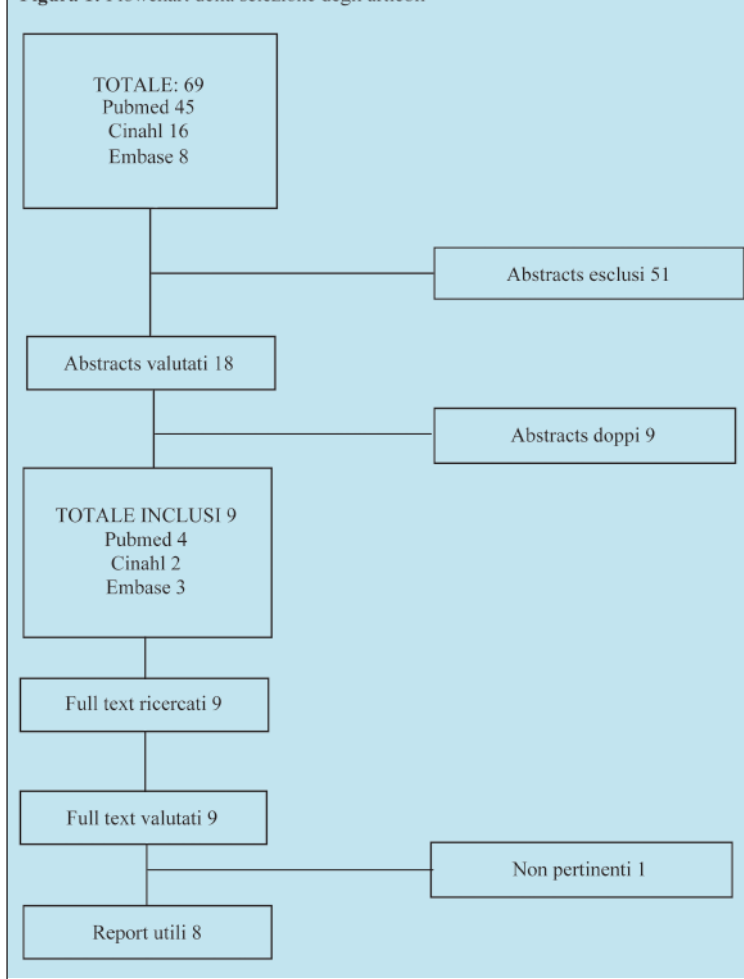
Analizzando gli 8 articoli presi in considerazione, risulta evidente che la puntura arteriosa è una tecnica dolorosa, che può creare ansia al paziente e anche all'operatore sanitario che la esegue, per questo motivo, risulta importante stabilire l'efficacia di tecniche analgesiche per la gestione del dolore provocato da questa procedura.

Rispetto alle indagini valutate, è emersa una certa eterogeneità sia per quanto riguarda le tecniche analgesiche somministrate, sia per il contesto clinico in cui i pazienti sono stati sottoposti allo studio.

Dagli studi che hanno indagato la riduzione del calibro dell'ago come tecnica antidolorifica, si può concludere che ad un ago di calibro minore corrisponde anche minor dolore associato alla puntura, tuttavia, poiché il calibro minore può provocare emolisi del campione sanguigno, questo tipo di puntura non può essere raccomandato in pazienti che richiedono valutazione elettrolitica poiché

il valore del potassio sierico può essere sfalsato, mentre può risultare utile in caso di punture ripetute o in caso di sola valutazione di pO₂ e pCO₂. Per quanto riguarda l'utilizzo della crioanalgesia, i due studi analizzati concordano sull'efficacia di questa tecnica. Essa ha vari aspetti positivi, non è invasiva, non è farmacologica, ha brevi tempi d'azione ed è poco costosa. Ulteriori studi condotti su campioni più ampi potrebbero determinare il tempo necessario a ottenere l'effetto analgesico tenendo in considerazione la profondità in cui l'arteria radiale è posta e il rischio di provocare vasocostrizione rendendo più difficile la procedura. Le modalità di utilizzo dunque dovrebbero essere approfondite in relazione a queste variabili al fine

Figura 1: Flowchart della selezione degli articoli



Supplemento Ricerca infermieristica

di definirla la reale efficacia. Un ulteriore studio condotto da Garcia V.20 non incluso in questa revisione perché non sperimentale, ha valutato l'efficacia del cloruro di etile nella riduzione del dolore associato alle punture vascolari. Seppur con i limiti di uno studio osservazionale sembrerebbe che il cloruro di etile sia una buona terapia analgesica grazie alla sua rapidità d'azione, alla facilità di somministrazione e al suo basso costo. Queste conclusioni sono però discordanti da quelle dell'indagine di France J. E.18 che ne evidenzia la scarsa efficacia analgesica. Le indagini relative alle terapie anestetiche farmacologiche hanno raggiunto risultati discordanti. L'iniezione sottocutanea di lidocaina riduce il dolore associato alla puntura arteriosa, ma il dolore dovuto all'infiltrazione risulta essere simile a quella della puntura arteriosa senza anestesia. E' possibile concludere dunque che il beneficio apportato da questa terapia deve essere ancora dimostrato tuttavia, considerando che l'effetto anestetico non svanisce immediatamente, questo tipo di analgesia può essere utile nel caso si necessiti di eseguire più punture consecutive. Ulteriori ricerche andrebbero condotte in questa direzione anche alla luce dei risultati di una revisione condotta da Hudson T. L.10 nella quale sono stati analizzati studi e raccomandazioni inerenti l'utilizzo delle infiltrazioni di lidocaina nella puntura arteriosa. Da questa ricerca è emerso che la somministrazione di lidocaina sotto-

cutanea diminuisce significativamente il dolore associato a questa procedura e non interferisce con il successo di essa.

Per quanto riguarda l'applicazione di pomate anestetiche, ulteriori studi sarebbero necessari per valutare in modo più preciso il tempo di applicazione necessario ad anestetizzare l'arteria radiale, posta più in profondità rispetto al circolo venoso. I limiti principali degli studi condotti finora sono stati la grandezza limitata del campione e la mancanza di confronti con tecniche analgesiche non farmacologiche. E' possibile concludere dunque sottolineando l'importanza di una attenta valutazione della situazione clinica nella quale si trova l'assistito, solo una reale contestualizzazione permette all'infermiere di scegliere la tecnica analgesica più opportuna.

Non provocare dolore, se non necessario, è un dovere di ogni infermiere che rispetta i diritti dell'individuo e aumenta la compliance del paziente. La necessità di somministrare anestesia locale prima della puntura arteriosa è rafforzata da alcune linee guida, quali quella della British Thoracic Society and the Association of Respiratory Technicians and Physiologists²¹. Risulta quindi importante approfondire la ricerca e la conoscenza infermieristica su questo tema, facendo emergere le migliori tecniche per la riduzione del dolore associato alla puntura arteriosa e ampliandone l'utilizzo nella pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Saiani. L, Brugnolli A. Trattato di cure infermieristiche. 2nda edizione. Idelson Gnocchi Napoli 2104.
2. Lynn P, Manuale di tecniche e procedure infermieristiche di Taylor. 2nda edizione. Piccin Padova 2013.
3. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. 2nd edition. International association for the study of pain (IASP), 1994
4. McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical manual. 2nd edition. 1999
5. American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and chronic cancer pain. 5th edition. 2003
6. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. Pain management nursing. 2004; 171-175
7. Di Giulio P. Puntura arteriosa. Evidence Based Nursing. 2012; 56-61.
8. Kohonen M, Teerenhovi O. Is the Allen test reliable enough? European Journal of Cardio-thoracic Surgery. 2007; 902-905
9. Sebastiani S, Di Giulio P. L'analgesia per le pratiche dolorose nelle terapie intensive. Atti XIX. Congresso Nazionale Aniarti. 2000
10. Valero Marco A V, Martinez Castillo C, Marcià Soler L. Anestesia local en la puncion arterial: actitudes y conocimientos de enfermeria. Archivos de Bronconeumologia. 2008; 360-363
11. Riley JL, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. Pain 1998; 74: 181-7
12. Hudson T L, Dukes S F, Reilly K. Use of local anesthesia for arterial punctures. American Journal of Critical Care. 2006; 595-599
13. Mc Swain S D. Is there an easy, effective, efficient, and inexpensive technique to reduce pain of arterial punctures? Respiratory Care. 2015; 141-142
14. Guevara Sanz J, Requena Castillo D. Effectiveness of arterial puncture with fine needle. Revista Rol. De enfermeria. 2011; 838-84
15. Bastami M, Azadi A, Mayel M. The use of ice pack for pain associated with arterial punctures. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015; 7-9
16. Ibrahim I, Yau Y W, Ong L, Chan Y H, Kuan W S. Arterial puncture using insulin needle is less painful than with standard needle; a randomized crossover study. Academic Emergency Medicine. 2015; 315-320
17. Patout M, Lamia B, Lhuiler E, Molano L-C, Viacroze C, Benhamou D, Muir J-F, Cuvelier A. A randomized controlled trial on the effect of needle gauge on the pain and anxiety experienced during radial arterial puncture. PlosOne. 2015; 1-10
18. Haynes J M. Randomized controlled trial of Cryoanalgesia (icebag) to reduce pain associated with arterial puncture. Respiratory Care. 2015; 1-5
17. Micu E, Guillot C, Badier M, Delpierre S, Règis J-M, Roussel P. Pain induced by radial artery puncture is not reduced by lidocaine-prilocaine patch. Respiratory Medicine Extra. 2006; 52-53
18. France J E, Beech F J M, Jakeman N, Benger J R. Anaesthesia for arterial puncture in the emergency department: a randomized trial of subcutaneous lidocaine, ethyl chloride or nothing. European Journal of Emergency Medicine. 2008; 218-22
19. Matheson L, Stephenson M, Huber B. Reducing pain associated with arterial punctures for blood gas analysis. Pain management nursing. 2014; 619-624
20. Garcia-Velasco Sanchez S. Ethyl Chloride. Revista Rol. De enfermeria. 2010; 664-668
21. Guidelines for the measurement of respiratory function: recommendations of the British Thoracic Society and the Association of Respiratory Technicians and Physiologists. Respiratory Medicine. 1994; 165-194

NORME EDITORIALI

"Napolisana Campania" nella sezione NSC Nursing, dedicata alla ricerca infermieristica, pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, 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, mail dell'autore per corrispondenza. Gli articoli devono essere inviati in WORD e strutturati secondo il seguente schema: 1) Riassunto; 2) Parole chiave (max 5); 3) Introduzione; 4) Obiettivi; 5) Materiali e Metodi; 6) Risultati; 7) Discussione; 8) Conclusioni; 9) Bibliografia. La lunghezza dell'articolo non deve superare i 15.000 caratteri, spazi inclusi. Gli articoli vanno accompagnati da un Riassunto significativo in italiano (max 250 parole) strutturato in: Introduzione, Obiettivo/Scopo, Metodo, Risultati e Discussione/Conclusioni. Non deve presentare abbreviazioni.

Le parole chiave (keywords) devono essere presenti nel testo e scelte, se possibile, dal Medical Subject Index List (database Mesh).

L'introduzione deve chiarire il contesto e l'obiettivo del lavoro. Materiali e Metodi: descrivere la metodologia utilizzata per la selezione dei partecipanti, lo/i strumento/i utilizzati, i criteri di inclusione e/o di esclusione, l'analisi statistica effettuata. Risultati: devono rappresentare gli esiti dello studio, senza le considerazioni personali. Discussione: considerazioni critiche sui risultati ottenuti, se possibile confrontandoli con quelli di altri studi. Conclusioni: correlate direttamente all'attività infermieristica e le loro implicazioni eventuali nell'attività assistenziale.

Specificare presenza/assenza conflitto di interesse. Specificare eventuali finanziamenti ottenuti.

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

Le figure e le tabelle, in formato digitale JPG o TIFF a risoluzione alta, devono essere scelte 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.

Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi solo agli autori citati nel testo. Tutti gli articoli devono essere supportati da aggiornate referenze bibliografiche. L'accuratezza delle citazioni bibliografiche e della bibliografia sono requisiti indispensabili ai fini della pubblicazione. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. 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. I rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo modo2; se si devono citare due o più fonti, riportare i numeri consecutivi seguiti dalla virgola3,4, più di due rimandi alla bibliografia, riportare il primo e l'ultimo numero delle citazioni corrispondenti5-8. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

Annas GJ. Reefer madness-the federal response to California's medical-marijuana law. N Engl J Med 1997;337:545-53.

- dopo il cognome inserire l'iniziale/le iniziali del nome dell'autore/degli autori;
- titolo dell'articolo;
- abbreviazioni delle testate delle riviste, quando devono essere abbreviate, senza punto;
- anno seguito dal punto e virgola, volume seguito dai due punti, numero di pagina/e;
- non utilizzare mai il corsivo.

In caso di un numero superiore a 6 autori, dopo il sesto può essere inserita la dicitura et al.

Libro o testo, di un capitolo

- Saccheri T. L'equivoco terapeutico. Promozione della salute e negoziazione sociale. Franco Angeli. Milano, 2007.

- Pagel JF, Pegram GV. The role for the primary care physician in sleep medicine. In: Pagel JF, Pandi-Perumal SR, editors. Primary care sleep medicine. 2nd ed. New York: Springer; 2014.

Una monografia/libro scaricato da internet

Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari (Internet). In: Pressato L, Cartabellotta A, Bernini G et al. L'educazione continua in medicina. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003. (pubblicato Marzo 2003; consultato: Marzo 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.pensiero.it/catalogo/pdf/ecm/capitolo2.pdf>

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli articoli proposti per la pubblicazione devono essere inviati solo in formato WORD e accompagnati dalla lettera di presentazione (come indicato nel file lettera di presentazione) PIPITONE! via e-mail all'indirizzo del Comitato Scientifico: cs.napolisana@gmail.com.

PROCESSO DI REVISIONE

Tutti gli articoli conformi alle norme editoriali saranno affidati ad uno più revisori che valuteranno la qualità metodologica del lavoro e le eventuali proposte di modifiche da inoltrare agli autori. Nella sua valutazione, il revisore potrà: valutare l'aderenza alle norme editoriali, la qualità metodologica dell'articolo ritenendolo idoneo alla pubblicazione, accettare l'articolo con richiesta di modifiche (motivandone le ragioni) o rifiutare l'articolo (motivandone le ragioni). La valutazione del revisore verrà comunicata entro 3 mesi all'indirizzo che l'autore ha fornito per eventuali comunicazioni.



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI NAPOLI

Infermiere aggredito Flash mob #iosonoalessandro

di Chiara Sepe

Una folla di camici bianchi sullo scalone dell'ingresso principale dell'Ospedale Cardarelli per esprimere solidarietà a Salvatore, l'infermiere aggredito a colpi di casco da un pregiudicato il giorno prima. Un flash mob con l'hashtag #iosonoalessandro si mette in moto subito. Diverse centinaia, tra infermieri, medici, dirigenti e personale sanitario si danno appuntamento radunati sulla gradinata del monumentale nosocomio, per gridare la loro solidarietà ad Alessandro.

Alla manifestazione, durata solo pochi minuti per garantire l'immediato rientro degli operatori sanitari nell'ospedale, ha preso parte lo stesso Infermiere con il volto ancora tumefatto dai colpi di casco subiti dall'aggressore. Una mobilitazione voluta fortemente dal Direttore Generale del Cardarelli, **Ciro Verdoliva** e dal Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli, **Ciro Carbone**. *"Siamo qui in tanti per testimoniare la vicinanza e la solidarietà al collega Alessandro"*, ha detto **Ciro Carbone** a margine dell'iniziativa. *"Ma anche per dire basta. Per trovare tutti insieme, infermieri, medici, aziende, sanitari, forze dell'ordine e istituzioni, le soluzioni al dilagare della violenza negli ospedali e nei luoghi di cura"*.

Alessandro era stato aggredito durante il turno di notte al pronto soccorso da un pregiudicato armato di casco. E' il marito di una degente.

L'aggressore voleva che l'Infermiere fornisse un materasso nuovo alla moglie, ricoverata nel reparto di chirurgia d'urgenza dell'ospedale Cardarelli di Napoli. Quando



Salvatore ha detto che non era possibile averne uno nuovo è scattata la violenta aggressione. L'infermiere è stato colpito ripetutamente al volto con un casco che ha procurato fratture delle ossa mascellari e non solo; prognosi di 22 giorni per la vittima. Tempestivo l'intervento della sicurezza interna e delle forze dell'ordine per bloccare l'aggressore.

L'uomo, pregiudicato, è stato denunciato in stato di libertà. Tra i primi a denunciare l'episodio ci sono il presidente Ipasvi di Napoli **Ciro Carbone** e il Direttore generale del Cardarelli, **Ciro Verdoliva**. *"L'ennesimo episodio di aggressione al personale sanitario rende indifferibile l'intervento diretto da parte delle forze dell'ordine a garanzia dell'incolumità degli infermieri, di tutto il*

personale sanitario e degli stessi cittadini nei luoghi di cura", dice il primo in un duro comunicato. *"Come Collegio Ipasvi di Napoli riteniamo sia giunto il momento di attivare un tavolo di confronto che coinvolga tutte le professioni, forze dell'ordine, Prefettura e le stesse aziende, per garantire tutti insieme le migliori condizioni di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie a tutela dei professionisti e degli stessi cittadini"*.

Verdoliva parla di *"episodi vergognosi che meritano punizioni esemplari"*. *"Voglio ringraziare – dice ancora Verdoliva – tutti gli infermieri che, unitamente ai medici e al resto del personale del Cardarelli, portano avanti ogni giorno un compito assistenziale determinante"*.

QUI NAPOLI

L'aggressione al Cardarelli Interrogazione parlamentare della Senatrice Silvestro



L'aggressione ad Alessandro, l'infermiere del Cardarelli aggredito con un casco, è al centro dell'interrogazione al Ministro della Salute e al Ministro degli Interni a firma della senatrice **Annalisa Silvestro**, per anni presidente Ipasvi e oggi autorevole componente direzione nazionale Fnc Ipasci. Scrive la Silvestro: Premesso che nella notte del 5 maggio presso l'Ospedale Cardarelli di Napoli si è registrata l'ennesima aggressione brutale ai danni di un infermiere, avvenuta da parte di un pregiudicato armato di casco. Che gli episodi di violenza all'intero degli ospedali, in particolar modo all'interno dei Pronto Soccorso, dei servizi di Psichiatria e delle farmacie operanti nelle 24 ore, rappresentano un fenomeno in continuo aumento. Che le aggressioni spesso non si limitano solamente alle offese verbali, ma il più delle volte evolvono col contatto fisico, fino all'aggressione con esiti che possono arrivare fino alla morte. Che molti di questi episodi avvengono all'interno di ospedali, strutture territoriali, in primo luogo servizi per la tossicodipendenza (Ser.T), centri di salute mentale, servizi residenziali e sociali. Si chiede di sapere: se il Ministro sia a conoscenza dei fatti sopraesposti e se non ritenga necessario assumere iniziative per prevedere un'ulteriore deroga al blocco del turn over relativa a queste tipologie di strutture, al fine di garantire al personale sanitario di operare nella massima sicurezza anche ai fini della qualità dell'accoglienza e dell'assistenza da erogare in tempi rapidi; quali azioni intendano adottare il Ministero della Sanità e il Ministero degli Interni per proteggere i professionisti che vengono brutalmente aggrediti durante l'esercizio delle loro funzioni, rendendo di fatto alcuni servizi estremamente pericolosi a tal punto da indurre gli operatori sanitari a lavorare senza indossare il tesserino al fine di non essere riconosciuti; se e quali iniziative intenda attivare il Governo per predisporre un piano di sicurezza e di potenziamento della presenza delle forze dell'ordine all'interno delle strutture ospedaliere, in particolare nell'ambito delle città metropolitane, in considerazione dell'aumento di fenomeni di violenza ai danni del personale sanitario al fine di consentire allo stesso di poter svolgere il proprio lavoro senza preoccupazioni per la propria incolumità; quale seguito intenda dare il Ministero della Salute alla Raccomandazione n. 8, novembre 2007, "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"



"Giù le mani dagli infermieri"

Il noto scrittore ed editorialista del Corriere del Mezzogiorno, **Maurizio de Giovanni** ha voluto dedicare un suo breve corsivo alla brutale aggressione subita dall'infermiere del Cardarelli nella consueta rubrica "Caffè ristretto"

di Maurizio de Giovanni

Siamo stanchi di dover leggere di infermieri e medici del Cardarelli che vengono picchiati dai parenti dei pazienti. È diventata lunghissima, la lista di questi episodi.

Gente coscienziosa e sensibile, preparata e abile, che fronteggia quotidianamente la cronica carenza di mezzi e risorse, la vecchiaia e la fatiscenza delle strutture; e si ritrova a subire l'ira e la violenza incivile di chi pretende cure a cinque stelle per i propri cari, solo perché credono gli sia dovuta.

Tutti quelli che si dicono civili si schierino al fianco di questi operatori, e facciano la voce più grossa di questi micromorristi infuriati.



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI BENEVENTO



Poco personale, il “Rummo” chiama ancora gli interinali

Ipasvi sul piede di guerra: “E’ contro legge. Bisogna fare scorrere le graduatorie”

di Pino De Martino

“Il lupo perde il pelo, ma non il vizio”, dice un vecchio adagio popolare. Una metafora che potrebbe ben applicarsi ai vertici dell’Azienda Ospedaliera G. Rummo di Benevento, Direttore Generale in testa. Già perché nonostante ci fosse una graduatoria disponibile ottenuta dopo mesi e mesi di pressioni e confronti, per affrontare l’emergenza estiva, l’azienda non ha trovato di meglio anche questa volta che ricorrere nuovamente ad una società interinale per affrontare la penuria di infermieri nel periodo estivo. Una iniziativa che ha mandato su tutte le furie il Presidente del Collegio Ipasvi di Benevento, **Andrea Della Ratta**: “Non possiamo accettare giustificazioni puerili come quelle rifilateci. E’ offensivo per chi ascolta sentirsi dire che il ricorso alla società interinale è dovuto ad una questione di urgenza. A parte il fatto che la procedura adottata è deliberatamente fuorilegge, in quanto espressamente vietata dalla Regione. Ma poi si poteva prevedere e programmare per tempo, prima del periodo estivo, la dotazione organica. Si acquisiva la preventiva autorizzazione da Regione e Ministero, e si incrementava il numero di infermieri da immettere in servizio. Soprattutto se si con-

sidera il fatto che gli infermieri in servizio vantano mediamente un credito di circa 50 giorni di ferie residue”. Benzina sul fuoco, dunque, nei rapporti tra Ipasvi Benevento e Rummo.

La luna di miele dei primi incontri tra le parti è ben presto finita. “Va dato atto al direttore generale dell’azienda di aver nominato, anche su nostre pressioni, in breve tempo la commissione per la mobilità. Ma poi le cose si sono complicate”.

Il Collegio degli infermieri rimprovera alla direzione generale dell’azienda il fatto che in un anno sono stati assunti solo 11 infermieri, mentre nella pianta organica ne mancano circa 70 e almeno 40 operatori sanitari. Contro questa disposizione aziendale, il Collegio Ipasvi di Benevento ha già avviato pressioni in Regione per lo scorrimento della graduatoria e per l’istituzione di un tavolo tecnico dove affrontare tutte le questioni. “Noi concordiamo pienamente con la Regione sulla necessità di effettuare le assunzioni attraverso lo scorrimento delle graduatorie e non attingendo dalle società interinali”, spiega il Presidente Della Ratta. “Ora, in qualità di ente pubblico delegato dallo Stato, chiediamo l’istituzione di un tavolo tecnico con l’azienda ospedaliera, per definire tutte le attuali criticità esistenti”. Oltre

alla questione occupazione, tra le parti restano da chiarire ancora tante cose. In cima i corsi di Laurea di primo livello. “Ho ricevuto dal direttore generale personale rassicurazione per la formazione di una graduatoria interna per la nomina dei Direttori delle attività pratiche e di tirocinio per i vari corsi di Laurea (Infermieri, Fisioterapisti, Ostetriche e Tecnici di Radiologia). Impegno fino ad oggi disatteso. Con l’aggravante che negli ultimi mesi hanno lasciato il lavoro la Direttrice Dottoressa **Anna De Vita** e la Dottoressa **Rosalba Gagliardi** che non sono state sostituite”. Ma il cahier de doléances, soprattutto sotto la voce formazione non finisce qui. Mancano all’appello i tutor d’aula che dovrebbero essere uno ogni 20 studenti (ne mancano almeno 7); non vengono ufficialmente nominati i tutor nelle UU.OO., scarseggiano le attrezzature in special modo quelle tecnologiche e ancora non sono stati predisposti i piani formativi Ecm. “Non sono atti di accusa quelli esposti, ma possibili aperture di credito e di collaborazione tra il Collegio professionale degli infermieri e l’azienda”, spiega infine Della Ratta. “Al direttore generale chiediamo in modo inequivocabile di dare la giusta importanza alla formazione degli Infermieri e delle altre professioni”.

QUI BENEVENTO

Il Collegio Ipasvi di Benevento incontra l'infermieristica di famiglia

di Giovanna Annese

Si è tenuto un incontro presso la sede del Collegio IPASVI di Benevento con la Dott.ssa Maria Rosa Genio, che ha portato l'infermiere di famiglia nel Varesino. L'occasione, propiziata dal cortese invito da parte del Presidente Della Ratta e del consigliere Giovanna Annese, ha visto il direttivo IPASVI impegnato in un proficuo confronto sulle tematiche dell'infermiere di famiglia, figura alla quale il Collegio IPASVI di Benevento intende destinare nel prossimo futuro molte risorse, impegno e lavoro.

La dott.ssa Maria Rosa Genio, ha portato la sua esperienza a Benevento. In particolare, si sono evidenziati i motivi che l'hanno spinta ad intraprendere un percorso proiettato verso la libera professione e nello specifico orientato all'infermieristica di famiglia. Durante la due giorni, ha illustrato il modello professionale su cui si basa l'attività professionale, la composizione del team multi professionale, ma soprattutto come agiscono ma-



terialmente sul territorio e le difficoltà incontrate durante il suo nuovo percorso professionale.

Con il direttivo Ipasvi, era presente anche la commissione consultiva sulla libera professione, presieduta dal Dott. Luigi Baldini che si occupa da tempo di libera professione.

Nel corso della seconda sessione dell'evento si è tenuto un incontro con gli iscritti (neo laureati).

I temi su cui si è centrata la giornata sono stati quelli della libera professione e delle opportunità professionali che un ambulatorio infermieristico potrebbe offrire al nostro territorio, con benefici al cittadino, ma soprattutto al professionista, che non si vede costretto ad emigrare all'estero per trovare lavoro.

E' stato un'esperienza interessante, durante la quale sono emersi molti spunti di riflessione e sono state analizzate le nostre realtà territoriali, su cui ora si comincerà a lavorare. In un Sistema Sanitario in cui la parola d'ordine diventa "de-ospedalizzare", si rende necessario potenziare il nostro territorio.



Dentro la
professione

Allarme copertura vaccinale Il ruolo dell'infermiere

di Sonia Molinaro

L'Art. 32 della Costituzione sancisce che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. Proprio in virtù di questo articolo lo Stato ha il dovere di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini, sia salvaguardando l'individuo malato che necessita di cure sia tutelando l'individuo sano. Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, ed uno degli interventi più efficaci e sicuri in sanità è rappresentato dalla vaccinazione. L'obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è, infatti, quello di conferire uno stato di protezione a quei soggetti sani che, per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, sono esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni, nonché quello di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia. I vaccini sono in grado di venire incontro al bisogno di salute della popolazione e il riconoscimento del loro valore deve essere condiviso tra tutti coloro che operano nel sistema, siano essi cittadini, decisori politici o professionisti sanitari. E allora, c'è da chiedersi: Qual è il ruolo dell'infermiere? Per trovare una risposta dobbiamo citare il D.M. 739/94 ed il codice deontologico, poiché entrambi ribadiscono che “l'assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazionale, educativa”. Il nostro dovere è dunque quello di essere educatori alla prevenzione delle malattie e quindi intermediari tra cittadini e vaccinazioni, instaurando relazioni attente alle esigenze e alle preoccupazioni dei singoli, basate su un dialogo “chiaro” e “comprensibile”. La chiave della conoscenza è infatti nelle nostre mani, noi abbiamo il dovere e l'obbligo di diffondere conoscenze scientifiche valide alla collettività, affinché tutti abbiano gli strumenti per comprendere quando, come e perché vaccinarsi.



Il 24 aprile 2015 il Comitato Nazionale di Bioetica si è espresso con una mozione sull'importanza delle vaccinazioni. È un dato allarmante che la diminuzione della copertura vaccinale abbia determinato un sensibile aumento dei casi di morbillo in tutto il mondo. Nel 2014 in Italia sono stati segnalati ben 1.686 casi, ovvero il numero più alto in Europa. Nel 2016 in Italia ci sono stati circa 200 casi di meningite, di cui 16 in Campania. Il CNB prende atto di questi dati e rimarca la propria viva preoccupazione per la tendenza sempre più diffusa in Italia a dilazionare o addirittura rifiutare la somministrazione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dalle Autorità Sanitarie e universalmente riconosciute come efficaci. Occorre quindi smentire falsità e pregiudizi, come quelli riguardanti l'esistenza di una presunta correlazione tra vaccinazioni e insorgenza di autismo, ipotesi invece destituita di qualsiasi fon-

damento scientifico. L'infondata correlazione si deve ad un medico gallese, Andrew Wakefield, che per interessi personali pubblicò uno “studio truffa” con dati completamente infondati; tale studio imputava il vaccino trivalente quale colpevole dell'insorgenza di alcuni casi di autismo infantile. Wakefield fu radiato dall'albo, ma ormai il danno era fatto e la bufala prese piede. Oggi sappiamo che l'autismo è una patologia con cause genetiche come dimostrato anche da uno studio compiuto dalla compagnia statunitense Lewin Group e pubblicato sul journal of the American Medical Association (JAMA) nel 2015. Quanto accaduto ci fa riflettere sull'importanza dello sviluppo di una vera e propria “cultura vaccinale”, atta a sviluppare nel cittadino una maggiore consapevo-

lezza circa le potenzialità delle vaccinazioni e a contrastare, invece, il diffondersi di falsità forvianti. L'Italia ha ricevuto anche un richiamo esplicito da parte dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), affinché si prendessero provvedimenti per la ridotta adesione ai vaccini. Non a caso lo scorso 19 Maggio è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il Decreto Legge n° 73/2017, proposto dal Presidente Paolo Gentiloni e della Ministra Beatrice Lorenzin, contenente misure urgenti in materia di prevenzione vac-

Dentro la professione

continua da pagina 35

cinale. Il decreto è diretto a garantire in maniera omogenea sul territorio nazionale le attività dirette alla prevenzione, al contenimento e alla riduzione dei rischi per la salute pubblica con particolare riferimento al mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale, superando l'attuale frammentazione normativa. In questa prospettiva, che tiene conto anche degli obblighi assunti e delle strategie concordate a livello europeo e internazionale, vengono dichiarate obbligatorie per legge, secondo le indicazioni del Calendario allegato al Piano nazionale di prevenzione vaccinale vigente (età 0-16 anni) e in riferimento alla coorte di appartenenza, le vaccinazioni di seguito indicate: anti-poliomelitica; anti-difterica; anti-tetanica; anti-epatite B; anti-pertosse; anti-Haemophilus influenzae tipo B; anti-meningococcica B; anti-meningococcica C; anti-morbillo; anti-rosolia; anti-parotite; anti-varicella.

Le iniezioni da fare però saranno solo quattro, poiché molti vaccini sono combinati. Le prime 6 vaccinazioni rese obbligatorie, spiega l'esperto, "sono tutte raggruppate in un unico vaccino esavalente che viene fatto dal 60° mo giorno di vita in 3 dosi: a 3, 5 e 11/12 mesi di vita". Mentre i vaccini anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella sono somministrate con un unico vaccino quadrivalente in un'unica dose al 13° mo mese di vita, con un richiamo previsto a 5 anni di età". Infine i vaccini "antimeningococco A" e "antimeningococco B" sono da somministrare singolarmente. Tali vaccinazioni possono essere omesse o differite solo in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate e attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Al fine di assicurare l'adempimento dell'obbligo di vaccinazione, il decreto dispone le seguenti misure:

- in caso di violazione dell'obbligo vaccinale ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale e ai tutori è comminata la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 500,00 a euro 7.500,00. Le sanzioni vengono irrogate dalle Aziende Sanitarie
- anche nella scuola dell'obbligo, il dirigente scolastico è tenuto a segnalare alla ASL competente la presenza a scuola di minori non vaccinati. La mancata segnalazione può integrare il reato di omissione di atti d'ufficio punito dall'art. 328 c.p.
- il genitore o l'esercente la potestà genitoriale sul minore che violi l'obbligo di vaccinazione è segnalato dalla ASL al Tribunale dei Minorenni per la sospensione della potestà genitoriale
- non possono essere iscritti agli asili nido ed alle scuole



dell'infanzia, pubbliche e private, i minori che non abbiano fatto le vaccinazioni obbligatorie. In tal caso, il dirigente scolastico segnala, entro 5 giorni, alla Azienda sanitaria competente il nominativo del bambino affinché si adempia all'obbligo vaccinale

- anche nella scuola dell'obbligo, i minori che non sono vaccinabili per ragioni di salute sono di norma inseriti dal dirigente scolastico in classi nelle quali non sono presenti altri minori non vaccinati o non immunizzati
- se un bambino ha già avuto le patologie indicate deve farsi attestare tale circostanza dal medico curante che potrà anche disporre le analisi del sangue per accertare che abbia sviluppato gli anticorpi
- a decorrere dal 1° giugno 2017 il Ministero della salute avvia una campagna straordinaria di sensibilizzazione per la popolazione sull'importanza delle vaccinazioni per la tutela della salute. Nell'ambito della campagna, il Ministero della salute e il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca promuovono, dall'anno scolastico 2017/2018, iniziative di formazione del personale docente ed educativo e di educazione delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti sui temi della prevenzione sanitaria e in particolare delle vaccinazioni, anche con il coinvolgimento delle associazioni dei genitori.

BIBLIOGRAFIA:

Art. 32 della Costituzione Italiana
D.M. n° 73/2017
D.M n° 739/94
Codice Deontologico Infermieri 2009
Piano di Prevenzione vaccinale 2017/2019
www.epicentro.iss.it

Ospedali e territorio

Sanità out of pocket Campania ultima

NAPOLI. La visita dal medico in tempi veloci, l'esame senza aspettare le file che durano mesi, la terapia dello specialista di fiducia: tutte quelle spese per la salute fatte di tasca propria ammontano in media in Italia a 574 euro a persona. Con i valdostani che spendono il 162,6% in più rispetto ai campani (799 euro contro 304 euro). E il dato significativo è proprio questo: la Campania è l'ultima regione della classifica in materia di spesa sanitaria privata con appena 300 euro a persona. I dati contenuti nel rapporto della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica 2017, ed elaborati dall'Adnkronos, mostrano che gli abitanti delle regioni del Nord nel 2015 hanno speso 19,7 miliardi di euro, pari al 56,5% del totale. Ma ci dicono anche che in molti rinunciano alle cure perché troppo costose. La spesa sanitaria lievita inesorabilmente, sia per i privati cittadini sia per le casse pubbliche. Casse che comunque vengono foraggiate dai soldi degli stessi cittadini che dunque pagano due volte e spesso per avere prestazioni insoddisfacenti. Nel periodo che va dal 2001 al 2014, la spesa sanitaria privata pro capite è cresciuta di oltre 100 euro, passando da 449 a 553 euro.

Considerando le singole regioni la spesa pro capite più alta si registra in Valle d'Aosta (799 euro), seguita dalla Lombardia (782 euro) e dal Trentino (764 euro). Gli abitanti della seconda classificata da soli arrivano alla somma di 7,8 miliardi, cioè il 22,4% del conto nazionale, mentre la prima arriva al totale di 102 milioni e la terza a 808 milioni. Segue l'Emilia Romagna, dove la spesa pro capite arriva a 697 euro, e quella regionale a 3,1 miliardi; in Veneto le uscite per la sanità privata ammontano a 693 euro a persona e 3,4 miliardi totali, in Piemonte si fermano a 645 euro (e 2,8 mid). Bisogna arrivare al settimo posto per trovare una regione che non sia del Nord, con la Toscana (597 euro e 6,8 mid), seguita dal Lazio (592 euro e 3,5 mid). Poi torna il settentrione, con la Liguria (569 e 901 min), con il Friuli Venezia Giulia (567 euro e 676 min). Sotto la media nazionale si collocano tutte le regioni del Sud e qualcuna del centro: Puglia (513 euro e 2,1 mid), Abruzzo (474 euro e 631 min). Marche (456 euro e 707 min), Umbria (433 euro e 2,2 mid), Sicilia (422 euro e 2,1 mid), Basilicata (416 e 240 min), Molise (394 euro e 123 min), Calabria (377 euro e 745 min), Sardegna (354 euro e 589 min), Campania (304 euro e 1,8 mid).



Ministero della Salute Stop a foto e selfie in corsia

A sollevare il problema è una comunicazione della "Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Ssn" del ministero della Salute, inviata alla Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici) e alle Federazioni dei collegi Ipasvi (infermieri), dei collegi delle Ostetriche e dei collegi Trsm (Tecnici sanitari di radiologia medica). «Sono ormai frequenti le notizie di stampa che segnalano il dilagare del fenomeno della pubblicazione di fo-



tografie e selfies sui social network scattate da parte dei professionisti sanitari durante l'esercizio dell'attività lavorativa», si legge nella circolare firmata dal direttore generale Rossana Ugenti. Foto e selfie che talvolta rischiano di sfociare «nella violazione della privacy del paziente». Un problema «da tempo all'attenzione» del ministero, che in alcuni casi si è attivato chiedendo chiarimenti su fatti accaduti agli Ordini e ai Collegi interessati. Quello sanitario è un «ambito delicato», ricorda il dicastero guidato da Beatrice Lorenzin, in cui simili comportamenti «mettono a rischio il rispetto della privacy del paziente, compromettendo l'immagine degli stessi sanitari». Incidendo sulla fiducia tra pazienti e sistema sanitario. Insomma, il ministero sollecita a una riflessione in materia e sottolinea l'importanza di «contrastare siffatti avvenimenti», chiedendo ai destinatari della comunicazione di «farsi parte attiva attraverso l'invio di specifiche raccomandazioni agli Ordini e Collegi professionali nelle quali si evidenzia la problematica sopra esposta e si sottolinea la necessità del rispetto dell'etica professionale.

Ospedali e territorio

Rete Oncologica, coordinamento al Pascale

NAPOLI - La Roc, così come descritto nel Decreto Commissariale, mira a determinare una svolta nell'assistenza sanitaria ai malati di tumore. Il modello operativo scelto è quello del Comprehensive Cancer Center Network, che tende a includere le strutture presenti sul territorio e a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. Insomma, una griglia completa che definisce tempi certi e tempi giusti per un accesso alle cure più adeguate, sia per migliorare gli esiti, sia per intercettare una fetta consistente di pazienti che, per questa patologia, emigrano dalla Campania. I rappresentanti del Pascale, Federico II, Luigi Vanvitelli, Cardarelli, Ospedali dei Colli, Moscati, Rummo, San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona (i cosiddetti Corp, acronimo di Centro Oncologico di Riferimento Polispecialistico) hanno riconosciuto nel Pascale la funzione di coordinatore della Rete, individuando nello stesso il luogo dove definire le modalità di cooperazione per l'immediato avvio delle attività. Gli obiettivi che la Rete si è proposta nell'immediato sono: approvare Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (Pdta), non inclusi nel decreto, disporre di adeguate risorse economiche. I Progetti Obiettivi di Piano rappresentano, infatti, un'opportunità significativa di cui viene richiesta immediata disponibilità. Gli incontri avranno carattere mensile e si articoleranno in argomenti di volta in volta conditi. La Rete Oncologica Campana prevede l'istituzione da parte delle Aziende individuate quali Corp, dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), specifici per la singola patologia neoplastica. Le figure professionali fondamentali che compongono il GOM sono l'oncologo medico con il ruolo di coordinatore, il chirurgo, il radioterapista e l'infermiere Case manager, essenziale per la presa in carico del paziente e per l'attuazione delle procedure di integrazione con gli altri punti della rete e con il territorio. Possono far parte dei GOM anche specialisti provenienti da altre strutture del territorio regionale campano, con specifiche e qualificate competenze in ambito oncologico ed individuati dalle proprie direzioni generali. Spetta ai GOM indirizzare i cittadini e i pazienti presso i centri della Rete abilitati all'erogazione delle cure del caso. Un aspetto determinante della Rete oncologica, inoltre, è la definizione della tempistica con cui dovranno essere effettuate le procedure previste dal piano diagnostico terapeutico assistenziale.

Sinergia internazionale Arrivano i medici cinesi

NAPOLI - Arriveranno a gruppi di 35-40 medici, 450 in tutto, divisi in tre anni, 160 per ogni anno: oncologi medici, chirurghi, ricercatori, radiologi, radioterapisti, provenienti da ogni parte della Cina. E' quanto prevede l'accordo, che sigla la collaborazione tra il Pascale e la Cina, firmato a margine di una missione a Pechino e Shanghai guidata dal direttore generale dell'Istituto dei tumori di Napoli, Attilio Bianchi e composta dal direttore sanitario Rosa Martino, da Paolo Muto, Direttore della Radioterapia dell'Istituto e da Franco Naccarella, professore di Cardiologia dell'Università di Bologna e rappresentante legale della Società EuroChina per la Salute Srl. Per la parte cinese al tavolo sedeva Chen Ran, direttrice del TEMC (acronimo di International Emergency Management Society Emergency Medical Committee). Il primo gruppo di specialisti arriverà a ottobre: affiancheranno gli specialisti del Pascale e si confronteranno su metodologie di lavoro e condivisione di protocolli. Ogni gruppo verrà ospitato per 3 mesi. Poi scatterà il turn over. Il primo accordo del passo Pascale-Cina riguarda il potenziamento della cooperazione internazionale in ambito medico, tramite programmi di educazione selettiva e condivisione di esperienze in ambito clinico e di formazione e promozione delle scienze mediche e la ricerca in management sanitario. Un altro accordo è stato sottoscritto con il CICAMS (Cancer Institute and Hospital Chinese Academy of Medical Sciences Peking Union Medical College) per sviluppare simposi, conferenze, work shop, su argomenti specifici nella prevenzione del cancro nella sua fase iniziale, soprattutto per le patologie della cervice uterina e del cancro della mammella. Si sono, infine, sviluppati accordi per lo scambio di studenti nel settore della radioterapia e dell'epidemiologia. «La sostenibilità e la condivisione della conoscenza in oncologia - dice il direttore generale Attilio Bianchi - sono problemi che toccano i vari sistemi sanitari nazionali, indipendentemente dai modelli. L'internazionalizzazione dell'Istituto Pascale rappresenta uno degli assi portanti di questa visione. Siamo orgogliosi che una organizzazione governativa cinese abbia individuato il nostro istituto come sede di training per i propri oncologi e questo rappresenta per noi tutti un impegno permanente ad essere all'altezza della fiducia che ci hanno dimostrato».

Tumore al seno, vaccino sperimentale

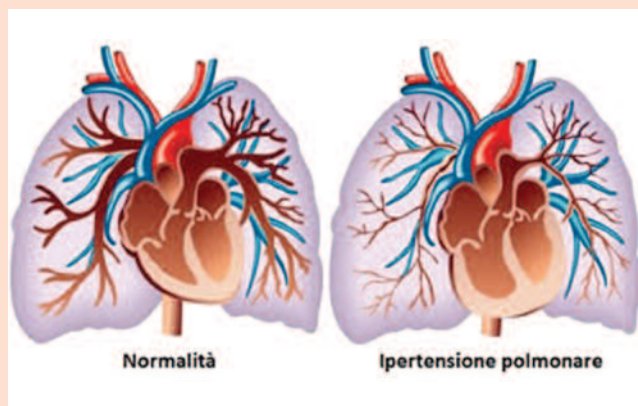


NAPOLI - Lo studio partirà nel 2018, a Napoli, e potrebbe rappresentare un grande traguardo nella lotta al tumore al seno. Si tratta di un vaccino i cui risultati preliminari sono stati presentati, a Chicago, nell'ambito del congresso American Society of Clinical Oncology e che vedranno l'Istituto nazionale dei tumori di Napoli Fondazione Pascale in prima fila visto che sarà l'unica struttura oncologica italiana a prendere parte alla sperimentazione. Lo studio, altamente innovativo, prevede la somministrazione del vaccino anti Globo H-KLH come

terapia adiuvante (cioè subito dopo l'intervento chirurgico al seno) in donne con tumore "triplo-negativo" con lo scopo di aumentare i tassi di guarigione di questo sottotipo di tumore mammario ad alta aggressività. La disponibilità del vaccino al si prospetta come grande opportunità per le pazienti con tumore mammario di avere accesso a trattamenti ad alta innovatività. I vaccini terapeutici mirano a scatenare una risposta immunitaria altamente specifica contro il tumore, in teoria potenzialmente più efficace e con meno effetti collaterali.

Ipertensione polmonare Un network Italia

NAPOLI - Colpisce soprattutto le donne. Stanchezza, affanno dopo uno sforzo fisico anche minimo, gonfiore alle caviglie e senso di oppressione all'addome: è l'identikit dell'ipertensione arteriosa polmonare, malattia rara che purtroppo può risultare mortale entro due-tre anni dalla diagnosi in assenza di trattamento. Per un ideale approccio a questa patologia è necessario far riferimento ad alcuni centri che hanno sviluppato una specifica esperienza. Tra questi c'è sicuramente l'Ospedale Monaldi di Napoli dal quale si dovrebbe irradiare un network italiano ed internazionale che consenta una risposta sanitaria più adeguata e una gestione più razionale delle risorse. La creazione di un network specifico per l'ipertensione arteriosa polmonare rappresenta un momento imprescindibile per garantire un adeguato percorso diagnostico e per fornire al paziente le risposte terapeutiche più moderne. L'ipertensione arteriosa polmonare è una malattia grave, caratterizzata dal restringimento progressivo delle piccole arterie del circolo polmonare. E' una patologia abbastanza rara e per certi versi poco conosciuta: colpisce circa 50 persone su un milione, quindi in Italia si stima ci siano circa 3.000 pazienti. La malattia ha spesso un



esordio subdolo e poco specifico: dispnea, astenia, facile affaticamento. Condizioni che sono presenti nella maggior parte delle patologie cardiologiche o pneumologiche, dilatando proprio per questo i tempi di diagnosi. E proprio la diagnosi precoce della malattia può fare la differenza, soprattutto se si pensa al momento dell'esordio. Anche se può colpire tutte le fasce d'età, l'ipertensione arteriosa polmonare insorge in genere tra i 30 e i 50 anni, nel pieno cioè dell'attività lavorativa, affettiva e relazionale di una persona, se non addirittura quando un giovane sta ancora programmando il proprio futuro. L'Ospedale Monaldi segue oltre 250 pazienti con ipertensione arteriosa polmonare, configurandosi come polo di riferimento per tutto il Sud Italia. Attualmente è il secondo centro italiano per dimensioni e consente di trattare al meglio una malattia che è altamente invalidante, caratterizzata da un elevato tasso di ospedalizzazione e con un forte impatto sociale. Fortunatamente la ricerca in questo campo è in continua evoluzione e ha consentito di identificare degli ultimi due decenni numerose molecole attive sulle cellule delle arterie polmonari malate.

Ospedali e territorio



Cefalee, alla "Vanvitelli" un centro d'eccellenza

NAPOLI - Scrivi cefalee nello spazio url del motore di ricerca e subito compare: Centro Cefalee SUN Napoli. E il relativo link www.cefaleenapoli.it/ - Un click e sei nel sito internet del Centro Cefalee della I Clinica Neurologica e Neurofisiopatologia della Seconda Università degli Studi di Napoli. Una struttura - spiega il sito - dedicata sia ad un'intensa attività clinica, sia ad una proficua attività di ricerca scientifica nell'ambito di un settore della Neurologia che comprende numerosi disturbi, che vanno dai più frequenti, come l'emicrania e la cefalea tensiva ai più rari come la cefalea a grappolo e la nevralgia del trigemino. Qui opera a tempo pieno uno staff medico per garantire ai malati prestazioni clinico-diagnostiche di elevato livello qualitativo e professionale. Presso il Centro è possibile effettuare visite neurologiche specialistiche e, quando necessario, effettuare indagini diagnostiche e terapie mirate in regime di day-hospital e di ricovero ordinario presso la I Clinica Neurologica del Policlinico. I medici del Centro svolgono inoltre, secondo le proprie competenze, attività di ricerca scientifica nell'eziopatogenesi delle varie forme di cefalea avvalendosi di tecniche all'avanguardia, come la Risonanza Magnetica funzionale. Il centro cefalee della prima clinica neurologica dell'Università della Campania «Luigi Vanvitelli» diretto dal professor Gioacchino Tedeschi, coordinerà i centri cefalee più qualificati del Sud Italia per l'attivazione di un servizio gratuito di visite specialistiche. Lo scopo del progetto è creare una sinergia di competenze su tutto il territorio nazionale, per mettere a disposizione dei pazienti i migliori esperti e ampliare la cultura della prevenzione. Ma una buona pratica clinica non può essere disgiunta da una altrettanto valida ricerca scientifica che aiuti a capire approfonditamente i meccanismi sottostanti la patologia. Recentemente, il gruppo di ricerca della Luigi Vanvitelli ha chiarito i meccanismi sottostanti l'allodinia cutanea dimostrando che i pazienti affetti da emicrania e che presentano tale sintomo accessorio hanno un peculiare funzionamento dei circuiti cerebrali coinvolti nella processazione del dolore. I risultati della ricerca sono stati pubblicati su Cephalalgia, guadagnando la copertina dell'ultimo numero della rivista scientifica, la più importante al mondo nel campo delle cefalee.

Ospedali e territorio

Tumori tiroide, la Federico II indaga

NAPOLI - Chiarire i rapporti fra inquinamento ambientale e tiroide, valutando se l'esposizione umana a due sostanze abitualmente utilizzate dall'industria delle materie plastiche, i bisfenoli e gli ftalati, possano aumentare il rischio di sviluppare il cancro alla ghiandola. È l'obiettivo dello studio che sta portando avanti l'endocrinologo e dottore di ricerca napoletano Vincenzo Marotta, del Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia dell'Università "Federico II". Le ultime indagini su Terra dei fuochi e tumori infantili, hanno segnalato un aumento di cancro tiroideo in Campania e, specificamente, nel napoletano maggiore a quanto atteso. Tale picco sembrerebbe riguardare in particolare adolescenti e bam-

bini. Si tratta, tuttavia, di dati assolutamente preliminari da confermare attraverso una rigorosa analisi scientifica di confronto che coinvolga aree geografiche e popolazioni indipendenti. Va inoltre considerato che il contesto ambientale napoletano presenta un importante fattore confondente, il Vesuvio. Sono numerosi, infatti, gli studi che hanno riportato un nesso fra aree vulcaniche e sviluppo di cancro tiroideo. Per evitare di trarre conclusioni errate, quindi, l'associazione fra cancro tiroideo ed inquinamento ambientale va studiata attraverso approcci scientifici differenti, che valutino se l'esposizione umana a specifici agenti inquinanti possa effettivamente aumentare il rischio di sviluppare la malattia.



Cure costose, il Pascale apre ai meno abbienti



NAPOLI - L'Istituto Pascale, il Pio Monte e la Fondazione Santa Maria della Misericordia hanno firmato una convenzione per la realizzazione di un programma sanitario per la diagnosi precoce delle malattie oncologiche a favore delle persone meno abbienti. Si tratta di un primo intervento verso il sociale dopo

l'allarme degli oncologi del Pascale per la quale il fattore economico è determinante nelle cure oncologiche. Di tumore si muore anche per mancanza di fondi, come emerge da uno studio condotto dall'Istituto Pascale e presentato a Chicago al congresso dell'Aiom. Secondo l'intesa «nei locali della Fondazione Santa Maria della Misericordia, in cui sono già attivi ambulatori medici per pazienti con gravi problemi economici, una volta a settimana i medici del Pascale presteranno visite specialistiche. Nella fase iniziale il Pascale garantirà visite senologiche, otorinolaringoiatriche e colon rettal. Il progetto è finanziato dal Pio Monte, istituzione impegnata in attività di assistenza e beneficenza.

Il Pio Monte ha realizzato a Napoli, in collaborazione con la Fondazione Santa Maria, ambulatori medici attrezzati in varie discipline, tra cui l'oncologia, al fine di consentire diagnosi precoci e favorire l'accesso alle cure da parte di fasce di popolazione socialmente ed economicamente emarginate.



Alta mortalità, sospesi i trapianti pediatrici al Monaldi

NAPOLI - «Credo che sul Monaldi sia stato messo in atto un approccio di buon senso perché negli ultimi tre anni si è registrata una mortalità eccessiva». Lo ha detto all'Ansa il direttore del Centro nazionale Trapianti, Alessandro Nanni Costa, in relazione alla sospensione delle attività del centro trapianti nell'ospedale Napoli. Intervenuto alla presentazione di «Partenope Dona». Costa ha affermato che «non si può portare avanti un'attività se non ci sono le condizioni di sicurezza che vanno ristabilite, attività per cui - ha aggiunto - so che c'è grande attenzione da parte della Regione, del presidente De Luca e della direzione del Monaldi. È necessario che vengano fatte delle scelte relative alla riorganizzazione perché il modello precedente non ha prodotto risultati». Costa svela dunque il vero problema alla base della sospensione dei trapianti pediatrici al Monaldi. La vicenda aveva avuto una forte eco mediatica dopo le prolungate proteste dei genitori dei piccoli pazienti costretti ad andare fuori regione.

Ospedali e territorio

Il nuovo Fatebenefratelli ingloba l'ex alberghiero

NAPOLI - Altri reparti al Cavalcanti. Il nuovo Fatebenefratelli ingloba l'ex alberghiero NAPOLI. L'ospedale Fatebenefratelli si ingrandisce. Il presidio ospedaliero di via Manzoni avrà nuove stanze e reparti. La giunta comunale, su proposta dell'assessore all'Urbanistica Cannine Piscopo, ha approvato la delibera con la quale si riconosce «l'interesse pubblico all'ampliamento e al potenziamento della struttura ospedaliera del Fatebenefratelli» di via Manzoni, «attraverso l'abbattimento e ricostruzione del vicino ex Istituto Alberghiero Cavalcanti, dismesso e in avanzato stato di degrado». Il progetto prevede la realizzazione di un fabbricato destinato a struttura ospedaliera, in ampliamento dell'adiacente ospedale esistente, composto da tre piani (oltre il piano terra) da realizzarsi a parità di volume nella stessa area del precedente fabbricato, in particolare sono previsti: la demolizione del l'edificio esistente e la ricostruzione di un fabbricato destinato a struttura ospedaliera; la realizzazione di due corridoi interrati che consentono il passaggio tra la struttura da realizzare e l'adiacente complesso ospedaliero esistente; un intervento di mitigazione del rischio frana mediante la realizza-



zione di una paratia in cemento armato completamente interrata e collegata a mezzo travi con l'edificio da realizzare. L'area della preesistente scuola alberghiera è individuata dal Piano Regolatore tra le attrezzature pubbliche destinate a istruzione superiore, per cui l'intervento, che destina l'immobile ad attrezzatura sanitaria, viene sottoposto all'approvazione del Consiglio comunale. L'ampliamento prevede tra l'altro la realizzazione di ambulatori medici e aree

medico infermieristiche; un reparto da 20 camere di fisioterapia; un reparto di residenza sanitaria assistenziale (RSA) per anziani; un reparto di area medico chirurgica di 19 camere; un'Hospice per cure oncologiche da 16 camere. «Con l'intervento approvato ha spiegato l'assessore Piscopo - si realizza un incremento e un miglioramento dell'offerta sanitaria pubblica per una popolazione di circa nomila abitanti, in un momento in cui altri presidi vengono ridimensionati». Pa.Cu. La sede L'attuale facciata principale de! Fatebenef ratei! i di Napoli I i Comune ha presentato con Piscopo il progetto di allargamento dell'ospedale -tit_org- Il nuovo Fatebenefratelli ingloba l'ex alberghiero

Terme di Ischia Nove milioni di euro a sanità campana

NAPOLI - Valgono oltre 9 milioni di Euro l'anno i trasferimenti che le altre regioni italiane pagano alla Campania per prestazioni sanitarie termali che i propri cittadini effettuano nelle strutture di Ischia. Tale valore si incrementa fino a 17 milioni di euro se si considerano anche le prestazioni sanitarie effettuate al di fuori della convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale.

Con l'obiettivo di far crescere ulteriormente questa voce attiva del bilancio della sanità regionale, l'ASL Napoli 2 Nord e l'Associazione Termalisti dell'isola di Ischia hanno organizzato la "settimana del benessere", coinvolgendo 40 medici di famiglia provenienti da Piemonte, Veneto, Lombardia e Puglia. L'isola di Ischia è uno dei più straordinari sistemi turistico-termali esistenti al mondo. La valorizzazione di questo patrimonio potrebbe favorire anche



l'assistenza sanitaria pubblica, incrementando il virtuoso flusso di migrazione di cittadini di altre regioni che scelgono la Campania per sottoporsi a terapie sanitarie. Per fare questo, però, occorre realizzare una corretta informazione ai medici di famiglia circa i vantaggi terapeutici delle cure termali di Ischia; occorre diffondere la consapevolezza che fangoterapia, aerosolterapia e bagni terapeutici sono una "medicina" al pari di tutte le altre. Nei sei Comuni dell'isola sono presenti circa 104 fonti termali e 70 centri termali accreditati col Sistema Sanitario Nazionale. Nel solo 2016 i centri termali convenzionati di Ischia hanno erogato 1.170.000 prestazioni sanitarie.

Tigem Napoli, come bloccare le cellule tumorali

NAPOLI - È una delle scoperte più importanti in campo oncologico mai avvenute prima ed è tutta napoletana. I ricercatori del Tigem, istituto Telethon di genetica e medicina di Napoli, guidati dal direttore Andrea Ballabio, hanno individuato un meccanismo biologico la cui inibizione porta al blocco della crescita delle cellule tumorali. Lo studio è stato pubblicato oggi sulla rivista scientifica Science e presentato nel corso di una conferenza presso la sede dell'istituto a cui hanno partecipato, oltre ad Andrea Ballabio, Francesca Pasinelli, direttore generale di Fondazione Telethon, Vincenzo De Luca, presidente della Regione Campania e Chiara Di Malta, giovane ricercatrice Tigem autrice della scoperta. La ricerca è stata svolta in collaborazione con l'Istituto europeo di oncologia e resa possibile grazie al finanziamento di Fondazione Telethon, al quale si è aggiunto un contributo dell'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc).

Ospedali e territorio

Asl Napoli 1, De Luca punta sul salernitano Mario Forlenza

NAPOLI - Il nuovo manager è stato scelto. È Mario Forlenza il nuovo direttore generale dell'Asl Napoli 1. Forlenza lascia l'incarico alla direzione amministrativa dell'Asl di Benevento.. Una designazione che giunge all'indomani dell'ennesimo scandalo che scuote la sanità campana, con l'invasione di formiche in un reparto dell'ospedale

San Paolo, uno tra i principali presidi della Asl metropolitana. La decisione è maturata dopo settimane di interregno con la guida dell'Asl Napoli 1 affidata da De Luca a scavalco a Pasquale Di Girolamo Faraone, direttore sanitario della stessa azienda, che aveva assunto l'interim dopo l'interdizione da incarichi pubblici per un anno per l'ex manager Elia Abbondante, coinvolto in vicende giudiziarie. Una nomina attesa, maturata dopo il vaglio - da parte del governatore De Luca - di varie candidature circolate in queste settimane e poi accantonate per varie ragioni. Tra queste quella di Attilio Bianchi, attuale direttore del Pascale, e di Gaetano D'Onofrio, direttore sanitario dell'azienda ospedaliera Policlinico.



Disabilità' sensoriale Risorse per 500mila euro



NAPOLI - La Giunta De Luca, su iniziativa dell'Assessore all'istruzione e Politiche sociali Lucia Fortini, ha programmato risorse per la somma complessiva di € 500.000 per azioni regionali che puntano a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità sensoriale e rimuovere ogni forma di discriminazione. Le azioni di programmazione prevedono una serie di importanti interventi di inclusione sociale: Azioni ed interventi a sostegno degli alunni con disabilità visiva, finalizzati a fornire agli stessi i testi scolastici in formato braille e/o a caratteri ingranditi, in modalità cartacea o elettronica, per consentire loro di prendere parte utilmente alle attività scolastiche, per la somma di € 250.000; Azioni ed interventi finalizzati a garantire pari opportunità alle persone con disabilità uditiva attraverso l'assistenza di soggetti facilitatori per il superamento delle barriere immateriali di tipo comunicativo, per la somma di € 105.000; Azioni e interventi finalizzati all'aiuto post scolastico mirati a fornire alle persone con disabilità uditiva un aiuto specifico che consenta loro di superare le difficoltà che incontrano in ragione della loro disabilità, per la somma di € 145.000.



Federico II: arriva "Operetta"

NAPOLI - Con l'inaugurazione dei nuovi laboratori del Centro Interdipartimentale di Ricerca in Scienze Immunologiche di Base e Cliniche (Cisi) del Policlinico Federico II di Napoli l'intera struttura si potenzia ulteriormente, anche sotto il profilo tecnologico. Arriva infatti "Operetta". Si tratta di un super microscopico funzionale che dà risultati molto accurati e in tempi molto veloci, analizzando milioni di cellule ed identificando biomarcatori precoci delle malattie immunologiche. Un ulteriore passo che rende la ricerca di base sempre più connessa con la ricerca clinica. Il punto di forza di questi processi di innovazione è l'approccio traslazionale che, attraverso la combinazione di diverse discipline, risorse, competenze e tecniche intende promuovere miglioramenti nella prevenzione, nella diagnosi e nelle terapie. Già adesso, il Cisi è l'unico centro in Italia, ed uno dei cinque in Europa, accreditato come Centro di Eccellenza dalla World Allergy Organization (WAO), l'organizzazione mondiale che raggruppa tutte le società di Immunologia clinica ed Allergologia nel mondo e accredita, sulla base di criteri clinici, didattici e di ricerca, dei Centri di Eccellenza. Studi epidemiologici hanno documentato che negli ultimi 30 anni si è verificato un progressivo incremento di tutte le malattie del sistema immunitario come le malattie allergiche, le malattie autoimmunitarie e le immunodeficienze. La UOC di Medicina Interna ad indirizzo Immunoreumatologico è l'unica realtà della Regione Campania che offre una piattaforma di diagnosi precoce, monitoraggio immunologico e terapia delle malattie immunologiche.

Pineta Grande raddoppia

CASERTA - Un ospedale da trecento posti letto e venti camere operatorie sulla Domiziana. Fino a qualche anno fa era poco più che un sogno per Vincenzo Schiavone, il presidente della società che controlla anche la Clinica Pineta Grande. Tra poco, invece, sarà realtà. A breve è prevista la posa della prima pietra per l'ampliamento della struttura sanitaria che appunto farà di Pineta Grande uno degli ospedali più grandi di tutto il centro sud Italia. L'ambizioso annuncio nel corso della visita del governatore Vincenzo De Luca al presidio medico di Castel Volturno, dove sono stati presentati anche i render del nuovo ospedale. Nel dettaglio, Pineta Grande raddoppierà la propria capacità di posti letto e sale operatorie, vedrà la struttura passare da tre a cinque piani e crescerà anche il numero dei dipendenti. Attualmente, Pineta Grande è già di gran lunga la più grossa azienda privata di tutto il litorale Domizio, coi suoi seicentoventisei dipendenti. Quando l'ampliamento sarà completo, aumenteranno almeno di altre duecentocinquanta unità. Non crescerà soltanto la struttura e quindi l'offerta sanitaria. I dirigenti di Pineta Grande garantiscono che è stato deciso l'ampliamento per consentire un ulteriore passo in avanti alla clinica dal punto di vista della qualità dei servizi e delle prestazioni e per puntare sempre più all'eccellenza. Dal punto di vista finanziario, invece, imponente l'investimento previsto per realizzare l'opera.

Cinquantacinque sono i milioni d'euro previsti, settantacinque quelli programmati per l'accantonamento. Una parte di questi fondi, quasi il dieci per cento, sono stati stanziati da un'industria multinazionale nel settore delle attrezzature mediche che ha scommesso sulla clinica domiziana. Un anno e mezzo la previsione della durata del cantiere. In pratica, se tutto procede come da dettagliate previsioni, la nuova Pineta Grande sarà pronta a cavallo fra la fine del 2018 e i primi mesi del 2019.

Nola - Santa Maria della Pietà Pronto soccorso, triage e nuove tecnologie

NOLA - A gennaio i malati adagiati sulle coperte stese a terra. Oggi un software per gestire il flusso di accessi al pronto soccorso dell'ospedale Santa Maria della Pietà. Ecco come si sviluppa il processo di triage appena giunti in accettazione. Un infermiere rilascia all'ammalato un foglio su cui è scritto il codice che indica la gravità delle sue condizioni. Intanto sul grande monitor sistemato nelle sale d'attesa scorrono i numeri assegnati ai pazienti che ricevono anche le indicazioni sugli ambulatori nei quali sono attesi, le iniziali del nome, l'età e il percorso sanitario. Sempre in video gli ammalati sono informati sugli esami effettuati e sull'iter medico. Il tutto, ovviamente, senza violare la privacy di nessuno. Un modo per gestire, come avviene già in altre realtà italiane, non solo le code, ma anche per limitare al minimo i frequenti alterchi, non di rado sfociati in risse, tra familiari e personale sanitario. Del resto, il pronto soccorso rappresenta la prima interfaccia della struttura ospedaliera con le persone, il front-office del sistema assistenziale. Un filtro essenziale per una struttura che conta 60mila accessi l'anno, in un territorio di 550 mila abitanti. Le informazioni visibili sullo schermo hanno, infatti, un duplice vantaggio: riducono il carico di lavoro degli addetti al triage ed aumentano la percezione dell'attivismo della struttura rispetto al problema sanitario del paziente. Il software utilizzato per gestire il pronto soccorso a Nola sarà solo il primo di una serie di accorgimenti tecnologici per migliorare la qualità del servizio ed eliminare disagi all'utenza. Prevista, infatti, a breve, l'installazione dei lettori di tessera sanitaria che consentirà una registrazione facile ed automatica e che eliminerà anche i possibili errori di trascrizione dei dati anagrafici.

Il Maresca perde un altro pezzo

TORRE DEL GRECO (Na) L'Anatomia patologica del nosocomio di Torre del Greco finisce al San Leonardo di Castellammare di Stabia: manca il personale. Così, l'ospedale Maresca perde un altro pezzo. Le cause? Quelle che stanno mettendo in ginocchio la sanità pubblica in Campania: la carenza di organico. Eppure, sul presidio sanitario corallino s'erano spese tante parole per tenerlo in piedi. A rassicurare tutti lo scorso anno era stata la visita del presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca che annunciò una serie di iniziative per dare nuova linfa vitale al Maresca. Parole portate via dal vento. Infatti, ad un anno esatto da quella visita l'ospedale perde l'ennesimo reparto. L'Anatomia patologica è uno dei padiglioni storici del Maresca, che accoglie ogni anno oltre 200mila utenti. La scelta di spostarla altrove potrebbe innescare una reazione a catena penalizzando altri reparti, come quello dove vengono svolti gli esami del-



l'endoscopia digestiva e gli accertamenti oncologici. Uno dopo l'altro il nosocomio corallino ha visto andare via i reparti di Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Pediatria e Cardiologia. Le tanto sbandierate promesse di rilancio della struttura ad una ad una sono state disattese e l'ospedale Agostino Maresca, punto di riferimento per i residenti alle falde del Vesuvio si sta trasformando in uno stabile vuoto di personale e mezzi.

Ospedali e territorio

Servizio 118, intesa tra Asl di Benevento e di Avellino

BENEVENTO – C'è l'intesa tra le Asl e gli ospedali di Benevento e Avellino: attivata l'emergenza/urgenza tra le due province limitrofe. Si potrà dire basta ai rischiosi viaggi in auto di ammalati anche gravi fino a Benevento. I pazienti bisognosi di cure immediate residenti nei comuni irpini della Valle Caudina potranno essere trasportati in ambulanza all'ospedale «Rummo» di Benevento più vicino, piuttosto che al «Moscati» di Avellino. Lo stabilisce un protocollo d'intesa tra Asl irpina, Asl di Benevento e Azienda «Rummo». Si chiude con una delibera del direttore generale dell'Asl Maria Morgante la vicenda dei trasporti d'urgenza dalla Valle Caudina. La Morgante dice sì ad un protocollo d'intesa che consente alle centrali ope-



ratrice del 118 di Avellino, in particolare alla postazione di Cervinara, di raggiungere Benevento. L'accordo è stato preso insieme a Franklin Picker, manager dell'azienda sanitaria e Renato Pizzuti a capo dell'azienda ospedaliera beneventana. In sostanza i pazienti in codice giallo e rosso residenti nei territori di confine delle due province, da

Cervinara a Rotondi, a San Martino Valle caudina, potranno essere trasferiti presso il presidio più vicino. Vale dunque il principio della distanza minore e non quello dell'appartenenza all'Asl. Nella stessa delibera si chiarisce che non soltanto gli abitanti di questi centri si rivolgono ad Asl e ospedali del Sannio per consulenze generiche o specialistiche non legate ad emergenze particolari. «L'equipaggio di emergenza della postazione Saut di Cervinara - dice il documento - oltre a intervenire per i comuni irpini di Rotondi, Cervinara, San Martino, Roccabascera e Pietrastornina, quando è necessario è chiamato a soccorrere anche gli abitanti dei comuni sanniti di Paolise, Airòla, Moiano, Montesarchio, Pannarano e Arpaia.

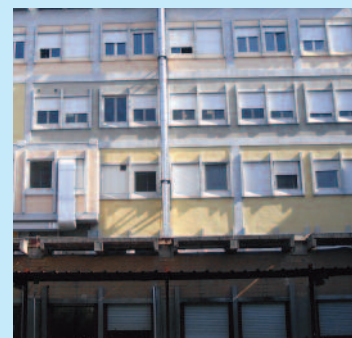
Donazione organi, l'Asl apre lo Sportello amico

AVELLINO - L'Asl di Avellino rilancia la campagna di sensibilizzazione per la Donazione di organi e tessuti. Un'iniziativa coordinata dalla manager Maria Morgante. E' stata ricostituita la rete delle postazioni territoriali, ubicate presso ogni Distretto e Presidio della Asl, dove operatori, appositamente formati, sono a disposizione dei cittadini per informare sulle modalità di espressione della volontà alla donazione. Ogni postazione è collegata telematicamente alla banca dati presso il Ministero della Salute dove confluiscono le dichiarazioni rilasciate dai cittadini. Lo sportello rientra nel piano di comunicazione regionale sui trapianti (istituito anche il numero verde 800202023) con la funzione di promozione della cultura della donazione e di informazioni sulle normative nazionali e regionali che regolano l'accesso ai trapianti e il rimborso delle spese accessorie di viaggio e soggiorno, prima e dopo il trapianto stesso. Nella Asl Avellino lo Sportello Amico è ubicato in Avellino in via Circumvallazione 77. E' on line anche lo sportello virtuale raggiungibile attraverso il sito www.aslavelino.it al link Sportello Amico Trapianti per ricevere ulteriori informazioni su giorni ed orari di apertura.



Parkinson, il Rummo rinnova

BENEVENTO - Arriva il trattamento «duodopa» per le cure del Parkinson all'ospedale «Rummo» di Benevento. Il nuovo metodo, finora eseguito solo all'Università Federico II di Napoli e dall'A.O. Universitaria di Salerno, prevede il supporto del neurologo e del gastroenterologo. Sarà eseguita dall'Unità Operativa Complessa di Neurologia, in collaborazione con la struttura Semplice Dipartimentale di Gastroenterologia. Questo tipo di trattamento incide positivamente sulla qualità di vita del paziente attraverso la somministrazione per via intestinale del farmaco destinato ai pazienti affetti dalla malattia di Parkinson complicata. Dopo l'approvazione del protocollo per la messa in atto della terapia, il «Rummo» è stato scelto come sede ospedaliera del trattamento «duodopa», che prevede il rilascio continuo per infusione di levodopa e carbidopa insieme. Il morbo di Parkinson è una malattia neurodegenerativa fortemente invalidante che può compromettere la vita relazionale e lavorativa del paziente. Per ottenere una riduzione dei sintomi si fa ricorso alla terapia farmacologica. La terapia per infusione intestinale consente di mantenere costanti le concentrazioni di levodopa nel sangue. Quindi, questo tipo di trattamento, proprio in quanto continuativo, riducendo i sintomi motori della malattia e gli effetti collaterali delle somministrazioni intervallate, migliora la qualità della vita del malato.



Ospedali e territorio

Ruggi, occhi elettronici contro le aggressioni

SALERNO - Si rafforza il sistema di controllo e di sicurezza dell'ospedale Ruggi, con l'installazione di nuove telecamere ad alta definizione in quattro punti della cinta ospedaliera. Si tratta di aree esterne, in particolare il piazzale dove si affaccia il reparto di Rianimazione e gli accessi al pronto soccorso.



La telecamera riuscirà inoltre a inquadrare l'area esterna prossima al tratto di edificio che conduce all'apparecchio marcatempo. Sempre nella stessa area, ma questa volta al lato opposto, è stata coperta pure la zona esterna vicina ai locali cucina. Altro punto monitorato è la Farmacia, (alle spalle del Centro unico prenotazioni), punto in cui arrivano tutti i medicinali per rifornire il presidio. Ora manca solo la copertura totale della zona perimetrale della torre cardiologica, per arrivare al controllo totale del perimetro ospedaliero. Queste nuove telecamere sono sofisticate al punto da poter azionare lo zoom e inquadrare chiaramente perfino la targa di un'auto senza registrare difficoltà nell'ingrandimento. Le zone dove saranno collocate sono state individuate quali punti strategici per l'ospedale e per garantire un sistema di vigilanza ancora più serrato. Gli episodi non si contano più, anche quelli in cui a reagire contro il personale sanitario sono persone giunte in ospedale per curarsi e che poi improvvisamente, per ragioni a volte legate ai tempi di attesa, imprecano contro il personale e giungono talora all'aggressione fisica. Uno degli ultimi episodi di aggressione si è verificato all'ingresso dell'ospedale, quando una guardia giurata fu presa a testate.

Eboli

Parte l'ambulatorio pediatrico

EBOLI - Via libera all'ambulatorio di continuità assistenziale pediatrica all'ospedale "Maria Santissima Addolorata". L'Ambulatorio di continuità assistenziale pediatrica è una risposta ai bisogni della comunità, penalizzata dall'improvviso quanto ineluttabile accorpamento del reparto di pediatria all'ospedale di Battipaglia. Ora i bambini della nostra città potranno accedere a un ambulatorio pediatrico, potenziato con alcuni servizi ospedalieri quali l'assistenza infermieristica, la radiologia e la diagnostica di laboratorio.



Capilupi, ok fondi e centro dialisi

C'è più di uno spiraglio per il futuro dell'ospedale Capilupi. È stata infatti avviata dalla direzione generale dell'Asl la procedura per dare inizio ai lavori di ammodernamento della vecchia ala e la costruzione del nuovo centro dialisi. La direzione dell'Asl ha dato l'ok alla delibera che da mandato a tutti gli organi competenti di bandire una gara d'appalto per i lavori di completamento della vecchia ala dell'ospedale e alla costruzione di un nuovo centro dialisi. Opere che godranno di un finanziamento di oltre un milione e 500mila euro.

Agropoli

Ospedale riaperto, 'un miracolo'

SALERNO - «Quello a cui abbiamo assistito è un miracolo: chiudere un ospedale è molto semplice ma aprirlo è estremamente complicato». Ha commentato così la riapertura del pronto soccorso dell'ospedale di Agropoli il governatore della Regione Campania, Vincenzo De Luca, presenziando alla cerimonia del taglio del nastro. La struttura torna attiva dopo ben quattro anni. Con il nuovo piano ospedaliero è stata riconfigurata come presidio ospedaliero in zona par-

ticolarmente disagiata, dotata di venti posti letto di medicina generale, di un servizio di pronto soccorso e di servizi di supporto quali: radiologia e laboratorio di analisi. L'assistenza in emergenza-urgenza è organizzata con la possibilità di trasmettere immagini radiografiche al centro hub o spoke più vicino, e di effettuare le principali indagini di laboratorio urgenti direttamente in pronto soccorso. Solamente annunciato un ulteriore intervento di potenziamento per il prossimo autunno. «Realizzeremo il primo esperimento in Campania di medicina territoriale - ha assicurato De Luca - Avremo quindi non solo un ospedale significativo ma tutta una serie di servizi territoriali che saranno concentrati qui».



Ospedali e territorio

“Al Moscati nessuna soppressione”

AVELLINO - "Al Moscati nessuna soppressione di reparti, solo riorganizzazione. E nessuna soppressione di posti letto nella struttura complessa di Fisiopatologia del dolore". E' quanto chiarito dal vice Presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale della Campania, il consigliere irpino Enzo Alaia, dopo le voci di possibili soppressione di reparti e posti letto. "L'azienda ospedaliera Moscati - spiega il consigliere regionale - conta una struttura complessa di Fisiopatologia del dolore che dal 10 marzo 2015, è individuata come Spoke, a valenza ambulatoriale, della rete territoriale della terapia del dolore, quindi senza posti letto. Scelta confermata dal Commissariato con decreto 33/2016 e dai programmi operativi 16/18. Quindi, non è mai stata riconosciuta come Hub a livello regionale. L'attuale management non ha soppresso nessun posto letto dedicato. Anzi, la dirigenza del Moscati ha ritenuto di rafforzare l'identità e la specificità della Fisiopatologia del dolore attraverso il mantenimento della Struttura Complessa nel nuovo Atto aziendale". Per Alaia, dunque, "non è stata prevista nessuna riduzione delle attività, ma solo una diversa organizzazione che faccia riferimento alla patologia prevalente del paziente trattato. Così come è completamente priva di fondamento - aggiunge - la notizia che vorrebbe la eliminazione del reparto di pneumologia per associarlo alla Unità Fegato. La direzione del Moscati, infatti, ha momentaneamente trasferito i posti letto della pneumologia presso il macro blocco della medicina interna-unità fegato, costituendo un pool unico di operatori sanitari che potrà così garantire l'apertura estiva di tutti i reparti".



Un Centro per il diabete in Alta Irpinia

LIONI (AV) - Un Centro Diabetologico di II livello al servizio del distretto di Sant'Angelo dei Lombardi, corrispondente al territorio dei 25 comuni del Progetto Pilota. Così ha deciso l'Asl Avellino, che ha pubblicato la delibera a firma del direttore generale dell'azienda Maria Morgante attraverso cui viene istituito ufficialmente questo nuovo presidio sanitario in Alta Irpinia. Il Centro Diabetologico di II livello sarà ubicato in Via del Parco, laddove per altro è già operativa l'assistenza ambulatoriale per il diabete ed un Centro Diurno della stessa Asl Avellino. E la novità non è di poco conto. Perché una struttura sanitaria del genere serve ad affrontare da una prospettiva più ampia questa malattia, ormai diffusissima: non solo un medico diabetologo, ma anche una serie di altri specialisti (cardiologi, neurologi, oculisti) ad affiancarlo, utili a diagnosticare e a curare nell'insieme tutte le malattie che ne possono conseguire dal diabete. Per la cura del diabete, in Irpinia convivono tre strutture private accreditate, rispettivamente ad Ariano Irpino, Avellino e Monteforte. La quarta, appunto, totalmente pubblica, sarà a Lioni. L'Asl motiva anche la scelta dell'ubicazione in Alta Irpinia, precisando come il distretto di S. Angelo dei Lombardi risulti quello col numero più alto d'incidenza di malati di diabete a livello provinciale: ben 9,1 persone ogni 100 abitanti. Ossia, 5681 pazienti in tutto. Mentre in Campania la media regionale si attesta al 6%. Numero che si abbassa, se si guarda invece al territorio afferente all'Asl Avellino nel suo insieme, dove non si supera il 5,5% di diabetici.

Melorio senza infermieri

SANTA MARIA CAPUA VETERE. Diego Colaccio, direttore sanitario, dell'ospedale lancia l'allarme: "Nessuno tra gli infermieri del Melorio ha meno di 40 anni; 44 infermieri hanno tra i 60 e i 64 anni e ben 9 hanno più di 64 anni". Il problema si chiama blocco del turn over, carenza di personale e accorpamento degli ospedali di Capua e Santa Maria, con il potenziamento dell'ospedale di Aversa, verso cui molti infermieri sono stati spostati. Ma all'ospedale sono fiduciosi. L'arrivo di circa un milione di euro mette fiducia anche nel personale più sfiduciato. L'accordo stipulato con l'am-



ministrazione comunale il 24 maggio scorso prevede l'avvio di due progetti di adeguamento strutturale dell'area chirurgica e del laboratorio analisi, consentendo all'ospedale di raggiungere quota 110 posti letto, 4 in più rispetto alla precedente dotazione, così come previsto dalle direttive regionali. Secondo il piano di ristrutturazione, il laboratorio, che prima era allocato accanto al Pronto Soccorso, verrà spostato al piano

meno uno e, per gestire meglio le urgenze, sarà attivata l'Obi, l'Osservazione breve intensiva. «Abbiamo risolto la maggior parte dei problemi» dichiara Diego Colaccio, direttore sanitario del presidio - e la decisione del direttore generale dell'Azienda di destinare 1 milione di euro al Melorio allontana il pericolo di una probabile chiusura». Aumentando la disponibilità di posti in Pronto Soccorso, aggiunge il direttore, si evita che le barelle siano usate come letti. Ma restano le criticità che caratterizzano tutta la sanità campana e che non sono solo del Melorio, spiega ancora Colaccio, carenza di personale e apparecchiature non sempre all'avanguardia: «Insieme all'ospedale di Sessa Aurunca, stiamo aspettando una tac che non arriva».

12.05.2017

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

SENZA INFERMIERI LA SANITÀ ARRETRA



IPASVI

Coordinamento
Regionale Campania

NAPOLI

VENERDI
23
GIUGNO
2017

