NapoliSana Campania

Inserto di ricerca infermieristica
NSC Ursing
All'interno, pgg. 19/30

Organo Ufficiale Ipasvi di Napoli Anno XXII n°3 Sped. Abb. Post. art. 2 Comma 20/c legge 662/96 Filiale di Napoli

Per ogni infermiere diciotto pazienti

Lavorare sotto stress, attenti al Burnout

Convegno Matera
"Con due leggi facciamo una rivoluzione"
da pag.10 a 13

Politica sanitaria
Il Piano territoriale fa infuriare gli infermieri
da pag. 14 a 16

L'austerity mina la salute

Se l'infermiere lavora troppo il paziente rischia di più

In Italia mancano 47mila infermieri per raggiungere livelli accettabili di sicurezza nelle cure. E ben 7.500, a causa di tagli alla spesa e blocchi del turn over, ne sono stati persi tra il 2009 e il 2014. Una 'emorragia' che ha colpito in particolare le Regioni in piano di rientro: Campania, Lazio e Calabria, da sole, in cinque anni, hanno perso 5.439 professionisti.

L'Editoriale

di Ciro Carbone

Nomine manager va bene, ma la sanità ha bisogno d'infermieri

L'ultima nomina riguarda il Pascale. Era necessaria. Anzi, indispensabile per riportare un'eccellenza nostrana ai livelli che merita e per dare certezze di cura ai cittadini in fuga dalla sanità campana. E' l'ultima di un'infornata di manager che ha ridisegnato il management di un pezzo importante della sanità regionale. Policlinici, Asl, Ospedali. In pochi mesi sono stati nominati manager e direttori generali in luogo di stanchi commissari, ormai in scadenza da tempo, senza più idee e motivazioni. Un restyling atteso da tempo. Indispensabile per riportare alla normalità aziende sanitarie ormai prive di programmazione, di futuro e di progettualità. L'obiettivo dichiarato dal Governatore è quello di uscire dal commissariamento entro il prossimo anno; riportare i Lea ai livelli della media italiana; chiudere con la stagione delle emergenze. Speriamo. Noi siamo d'accordo. E se perseguirà mete condivisibili saremo tra i primi a dargli una mano. Ma i mali della sanità nostrana sono tanti. E non tutto si risolve con il decisionismo. Spesso bisogna ascoltare, prima di agire. Cosi non è stato per la stesura del piano ospedaliero. E cosi non è stato per progettare il piano territoriale. Noi infermieri siamo classe dirigente della sanità.

E sappiamo cosa serve per svolgere bene il nostro mestiere: non lo sanno i medici, né i manager. E al Governatore, ai commissari, diciamo allora che non tutto si risolve nominando generali. Quella era una cosa che andava fatta. Bene. Ma quello che manca in primis alla sanità campana sono gli infermieri: senza di essi si chiudono i reparti; si allungano le liste d'attesa; non riparte la sanità sul territorio. Ricerche scientifiche attendibili dicono che un numero adeguato di infermieri per ogni ammalato consente di ridurre la mortalità del 20 per cento. Noi in Campania invece siamo maglia nera nel rapporto infermieri/ammalati. Alcune cifre. Secondo il Rapporto della Ragioneria generale dello Stato (Rgs), la spesa per il personale del Sistema sanitario nazionale è crollata da un incremento annuo del 2,9 per cento nel 2006/2010 a un decremento del -1,2 per cento nel 2011-2015. Ragionando in posti di lavoro, si sono perse 35mila unità. In quattro anni si passa dal 33 al 31 per cento.

Un risultato scontato: le politiche di soli tagli e razionalizzazioni hanno avuto il loro effetto positivo sul contenimento della spesa. Ma a pagare è stata l'organizzazione del personale, falcidiato da tagli e risparmi oltre ogni misura accettabile, e il cittadino, in termini di qualità e quantità delle cure.

Lo sappiamo bene noi in Campania, ma in tutto il Sud la musica è la stessa. Le politiche al risparmio delle regioni interessate dai piani di rientro, circa il 50 per cento dell'utenza dell'intero Ssn, hanno aggiunto tagli a tagli. Ed ecco spiegato il disastro sanità nelle regioni del Sud. Dove le liste d'attesa crescono, le barelle nei corridoi pure, i livelli essenziali d'assistenza restano sotto la media nazionale, il divario con la sanità benghmark del Nord cresce. Lo diciamo con argomenti e cifre nelle pagine interne di questo numero di Napolisana: in Campania si sono persi migliaia e migliaia di posti di lavoro tra gli infermieri e infermiere pediatriche negli ultimi cinque anni che per ripristinare una condizione di normalità bisognerebbe bandire concorsi ogni mese, avviare un serio programma di mobilità interregionale, mettere mano al territorio. A conti fatti, servono almeno altri cinquemila infermieri.

Questi dati dovrebbero far ragionare sia il Governo che le Regioni. Ed essere utili come base di trattativa ora che siamo in piena stagione contrattuale. La carenza è evidente, così come lo è la situazione difficile a livello generale, ma sicuramente a rischio nelle Regioni in piano di rientro come da noi in Campania, dove ogni infermiere mediamente tiene in carico 18 pazienti. Numeri da terzo mondo. In una prossima comunicazione con la Regione invieremo un nostro progetto di piano territoriale. Un contributo che servirà, grazie anche alle elaborazioni del tavolo tecnico nazionale, a ribadire nel merito la centralità dell'infermiere nell'assistenza sanitaria. Ma soprattutto servirà a dire che le rivoluzioni in sanità si possono fare. Ma come in ogni esercito che si rispetti, guai a pensare che bastano solo i generali.

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 XXII- N. 3 - SETTEMBRE 2016

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

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

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Comitato scientifico

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

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Alessandro D'Auria, Massimo Esposito, Gianpaolo Gargiulo, Simona Lopes, Carmela Mele, Claudia Panico, Maria Teresa Peyer, Teresa Rea, Vincenza Sansone, Silvio Simeone, Pippo Trio.

Editore, direzione e redazione: **Collegio Ipasvi Napoli**
Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,
Tel. 081 440140, Fax 081 440217
e-mail: napoli@ipasvi.legalmail.it web: www.ipasvinapoli.org

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA
QUORUM - NUOVA POGGIOREALE 8 - 80143 NAPOLI

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

In questo numero:

3 L'Editoriale

Nomine manager va bene, ma la sanità ha bisogno d'infermieri

di Ciro Carbone

6 Emergenza Sanità

Ad ogni infermiere toccano 18 pazienti

Analisi Ipasvi sulla professione: la situazione regione per regione. Tagli alla spesa e blocchi del turn over hanno fatto perdere in cinque anni, tra il 2009 e il 2014, migliaia di posti di lavoro. L'emorragia più forte nelle Regioni in piano di rientro: Campania, Lazio e Calabria

Servizi a cura di Pino De Martino

In questo NUMERO

Emergenza Sanità 8

Carbone, *"In Campania mancano 5mila infermieri"*

Chiesto sblocco del turn over, mobilità interregionale. Attenzione particolare al territorio con infermiere di famiglia, assistenza domiciliare.

10 Convegno Matera

"Con due leggi facciamo una rivoluzione"

Convegno a Matera su Ordini e Responsabilità promosso dal Coordinamento interregionale Ipasvi di Basilicata, Campania e Molise.

di Pino De Martino

Politica Sanitaria 14

Il Piano territoriale fa infuriare gli infermieri

Dura protesta del Coordinamento Ipasvi Campania: *"La struttura commissariale della Regione vara il progetto senza confrontarsi. Questa è scorrettezza istituzionale". "Faremo un piano territoriale alternativo che presto sarà spedito ai commissari".*

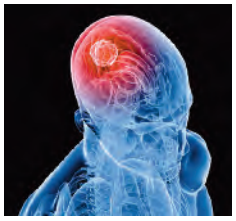
di Pino De Martino

17 Politica Sanitaria

Gli infermieri nel nuovo modello di assistenza

Si articola su quattro cardini il contributo della Federazione nazionale Ipasvi al documento del Tavolo tecnico per la professione infermieristica insediato presso il Ministero della Salute

di Pippo Trio



NSC Nursing 19

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg.19/30

31 Qui Napoli

Premio "Buona Sanità" al Collegio Ipasvi di Napoli

Nel corso della cerimonia al Teatro Mediterraneo, premiato anche il Consigliere Gennaro Ascione

Qui Benevento 33

Vertenza Rummo, Della Ratta incontra Pizzuti

di Pino De Martino

34 Qui Benevento

Contratto Adi, infermieri sul piede di guerra

di Pino De Martino

Dentro la professione 35

L' infermieristica e le cure complementari

di Maria Teresa Peyer

42 Ospedali e territorio

Prescrizione elettronica delle visite specialistiche

all'interno, pgg. 39/46

Emergenza Sanità

Ad ogni infermiere toccano

Analisi Ipasvi sulla professione: la situazione regione per regione. Tagli alla spesa e blocchi del turn over hanno fatto perdere in cinque anni, tra il 2009 e il 2014, migliaia di posti di lavoro. L'emorragia più forte nelle Regioni in piano di rientro: Campania, Lazio e Calabria da sole in questo periodo ne hanno perso 5.439, il 72,5% del totale. Turni massacranti e rapporto medici/infermieri sotto la media.

di Pino De Martino

In Campania ci sono cosi pochi infermieri in ospedali e sul territorio che in media, ciascun professionista deve badare a 18 pazienti. E' un dato che da solo dà la cifra del dramma che si sta vivendo in Campania nell'assistenza sanitaria pubblica. Si sono persi migliaia di posti di lavoro tra gli infermieri negli ultimi cinque anni che per ripristinare una condizione di normalità bisognerebbe bandire concorsi ogni mese.

Il confronto con i numeri di altre regioni (vedi tabella pubblicata a lato) può dare forse meglio l'idea. Nelle Regioni "virtuose", cosiddette benchmark, (Emilia Romagna, Lombardia e Toscana, per esempio) abbiamo un rapporto infermiere/paziente rispettivamente di 1/11; 1/13 e 1/9. Eppure, studi internazionali indicano che se i pazienti per infermiere scendono numericamente da 10 a 6, la mortalità si riduce del 20%: in Italia la proporzione media nazionale è di 12 pazienti per infermiere e se alcune Regioni – poche – ce la fanno a scendere anche se di poco sotto i 10, ce ne sono altre, tra quelle in piano di rientro, che di più scontano il blocco del turn over e la carenza di personale, dove si arriva anche a 18 pazienti per infermiere. Come la Campania.

L'analisi minuziosa, impietosa e drammaticamente reale è opera della Federazione nazionale Ipasvi, elaborata sui dati del Conto annuale. "Professione infermiere: le carenze, la condizione economica e occupazionale Regione per Regione".

Ne viene fuori un quadro complessivamente difficile a livello nazionale. Ma in alcuni casi, come la Campania, decisamente allarmante. Gli infermieri sono troppo pochi per garantire sicurezza ed efficienza dei servizi: a livello nazionale ne mancano circa 47mila per raggiungere livelli accettabili. Per di più, tagli alla spesa e blocchi del turn over ne hanno fatti perdere in cinque anni – tra il 2009 e il 2014 – quasi 7.500, con un'emorragia più forte nelle Regioni in piano di rientro: Campania, Lazio e Calabria da sole in questo periodo ne hanno 5.439 in meno, il 72,5% del totale.

E chi lavora lo fa con mille difficoltà: retribuzioni ridotte in valore assoluto nei cinque anni di 70 euro, ma in termini di potere di acquisto almeno del 25%; un rapporto infermieri/medici che a livello ottimale sarebbe di 3 a 1, ma in alcune Regioni (ancora quelle in piano di rientro come Campania, Calabria e Sicilia) si ferma a malapena a 2; turni massacranti testimoniati, sempre nelle Regioni in piano di rientro, da un significativo aumento della spesa per straordinari (dove il personale manca, chi c'è deve lavorare di più).

L'analisi svolta dalla Federazione Ipasvi (la prima del genere) è corredata di cifre Regione per Regione. E ci racconta della condizione della forza lavoro infermieristica in Italia, relativa al 2014, in base ai dati presenti nell'ultimo Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato in vista dell'apertura delle trattative sul nuovo contratto.

Regioni	Totale infermieri Ssn 2014	Differenza 2014/2009	Differenza %	% Part Time su totale 2014	Differenza % part time con 2009
CAMPANIA	**19.156**	**-2.102**	**-9,89**	**0,32**	**-27,91**
BASILICATA	2.975	-76	-2,49	2,62	18,18
CALABRIA	7.409	-1.444	-16,31	0,55	-38,81
ABRUZZO	6.279	24	0,38	3,79	-19,32
EMILIA ROMAGNA	24.763	-458	-1,82	12,2	-7,05
FRIULI VENEZIA GIULIA	7.933	-112	-1,39	16,19	-17,37
LAZIO	20.706	-1.893	-8,38	3,49	-21,07
LIGURIA	10.185	-571	-5,31	10,82	-28,58
LOMBARDIA	38.846	16	0,04	18,07	-8,69
MARCHE	8.243	228	2,84	5,97	-9,39
MOLISE	1.383	-174	-11,18	2,82	-18,75
PIEMONTE	21.467	-644	-2,91	16,22	-8,2
PA BOLZANO	3.076	81	2,7	49,54	12,89
PA TRENTO	2.922	98	3,47	32,24	8,03
PUGLIA	15.686	-189	-1,19	1,89	15,56
SARDEGNA	8.506	75	0,89	4,1	-27,74
SICILIA	18.109	146	0,81	1,18	-10,83
TOSCANA	21.443	-284	-1,31	5,51	-25,71
UMBRIA	4.699	-32	-0,68	8,36	-16,91
VALLE D'AOSTA	703	40	6,03	26,32	14,91
VENETO	24.660	-192	-0,77	20,24	-8,66
Totale complessivo	269.149	-7.463	-2,21	10,18	-10,73

18 pazienti

Obiettivo: "Alla vigilia della nuova stagione contrattuale – spiega Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Ipasvi – questi dati dovrebbero far ragionare sia il legislatore che le Regioni ed essere utili come base di trattativa per i sindacati. La carenza è evidente, così come lo è la situazione difficile a livello generale, ma sicuramente a rischio nelle Regioni in piano di rientro che rappresentano ormai a livello di popolazione oltre il 47% dei cittadini italiani. Il nostro compito è di tutela della professione perché mantenga la sua dignità e soprattutto dei pazienti che si affidano a noi: sapere con cosa abbiamo a che fare è un buon inizio".

Dall'analisi Ipasvi emergono poi anche altri dati, come quello dell'età media dei professionisti che aumenta per il mancato ricambio generazionale, con una percentuale di infermieri over 50 – meno adatti a turni pesanti e a manovre rischiose per se stessi e i pazienti – che pesano il 69% circa sugli infermieri fino a 65 anni di età, potenzialmente, quindi, "operativi". E la necessità di un'assistenza capillare, caratteristica della professione infermieristica, sul territorio dove i cittadini over 60 (ma la situazione è diversa tra le Regioni) sfiora ormai il 30% e dove i pazienti non autosufficienti, cronici e comunque fragili che hanno bisogno di assistenza h24 sono oltre 16 milioni. Per questi, calcola l'Ipasvi, servono almeno 30mila infermieri "dedicati" che non possono essere davvero né i più anziani, né i meno esperti.

Un "placebo" possibile, infine, per alleggerire seppure momentaneamente e non in via definitiva la situazione estrema nelle Regioni in piano di rientro sarebbe la mobilità volontaria che la legge concede, ma che aziende e Regioni "bloccano" non rilasciando i necessari nulla osta. A richiederla infatti sono soprattutto le Regioni del Sud commissariate e ad aderire sarebbero gli infermieri di quelle stesse Regioni che per esigenze lavorative sono ormai anche a migliaia di chilometri da casa, ma in questo modo non riescono ad aprire la via del ritorno.

E una soluzione in più se non altro per rendere reale l'attuale consistenza di personale, oltre alla stabilizzazione dei precari, potrebbe essere quella di assumere part time al 50% circa 9-10mila unità di personale: attualmente infatti, come spiega l'analisi Ipasvi, circa il 10% dei 270mila infermieri in servizio nel Ssn, lavora a tempo parziale, con una riduzione conseguente, quindi dell'effettivo numero di ore-lavoro a tempo pieno e un aggravio ulteriore del lavoro per alcuni, specie nei turni e nelle situazioni che richiedono maggiore continuità.

Stipendio medio annuo 2014 (euro)	Differenza % stipendio con 2009	Di cui straordinario nel 2014 (euro)	Differenza % straordinario con 2011 *	Rapporto medici/ infermieri 2014	Numero pazienti per infermiere nel Ssn
22.083,40	**-6,05**	**1.489,20**	**23,65**	**2**	**18**
22.084,80	-1,21	385,8	-1,15	2,4	9
22.105,60	0,54	1.269,30	66,82	2	11
22.103,90	0,7	449,1	7,14	2,3	11
22.091,60	-9,17	407	9,69	2,9	11
22.080,90	-3,13	251,4	1,23	3	8
22.023,90	1,33	1.431,90	16,48	2,5	16
22.110,10	1,11	373,2	-8,72	2,7	9
22.072,40	-2,54	499,7	4,33	2,7	13
22.097,10	-0,56	574,5	48,61	2,8	10
22.101,80	1,12	355,9	0,77	2,7	15
22.080,10	-0,57	359,7	3,52	2,5	10
26.354,00	5,88	422	186,68	3,3	10
22.432,90	0,94	414,1	-18,37	2,8	10
22.051,30	-1,65	833,7	-15,96	2,5	14
22.073,40	-6,88	423,4	23,35	2	11
22.097,90	-0,84	662,4	29,81	1,9	12
22.126,60	0,14	306,3	0,96	2,6	9
22.060,60	-5,92	287	-11,54	2,7	11
22.079,50	0,92	218,5	-52,13	1,9	12
22.087,80	-0,17	487,2	-6,43	3,1	9
22.094,50	**-1,74**	**622,1**	**11,93**	**2,5**	**12**

Emergenza Sanità

Carbone, *"In Campania mancano 5mila infermieri"*

Chiesto sblocco del turn over, mobilità interregionale. Attenzione particolare al territorio con infermiere di famiglia, assistenza domiciliare.

"Dopo una attenta analisi, anche leggendo i dati Istat, abbiamo calcolato che in Campania oggi mancano almeno 5mila infermieri, volendo equiparare la nostra regione alla media nazionale, che pure non rappresenta il top in Europa". A parlare è il Presidente **Ciro Carbone**, commentando con i giornalisti i dati diffusi dalla Federazione sullo stato dell'arte della professione regione, per regione.

"In Campania – ha spiegato Carbone - ***abbiamo un rapporto di 4,2 infermieri per ogni mille abitanti, mentre la media nazionale è di 6,5. Considerando che da noi si sfiorano i 6 milioni di abitanti, il conto è presto fatto. E spiega perché in Campania non riusciamo a garantire quell'assistenza necessaria per curare i nostri cittadini che preferiscono migrare nel Centro e nel Nord Italia".***

A chi gli chiede il motivo di questo deficit di infermieri, Carbone spiega che "da almeno 10 anni in Campania c'è un blocco del turn over dovuto anche a una ben nota cattiva gestione della sanità. Questo non consente assunzioni se non con una percentuale minima, che è variata dallo zero degli anni scorsi, al 25 per cento del 2015. Quest'anno la Regione ha autorizzato le aziende ospedaliere all'assunzione del 65 per cento del personale in pensione. Una buona notizia perché in passato ne andavano in pensione 10 e non ne sostituivano neanche uno".

Carbone ha denunciato anche il colpevole silenzio sull'argomento del commissario. ***"Insieme agli altri presidenti dei collegi della Campania, abbiamo avuto almeno tre incontri in Regione da quando sono stati nominati i commissari*** **Joseph Polimeni** e **Claudio D'Amario**, ***ma non siamo riusciti fino ad oggi a portare a casa un risultato tangibile. Una volta ci dicono che bisogna aspettare il piano ospedaliero, poi lo sblocco del turn over, e poi le nomine dei commissari. Ci sembra quasi una presa in giro. Abbiamo presentato una serie di proposte praticabili per sbloccare la mobilità extraregionale e consentire a tanti nostri infermieri che da anni lavorano fuori Regione di entrare negli ospedali campani. Questa operazione si potrebbe fare in due-tre mesi e ci consentirebbe di far lavorare personale giovane e che ha fatto una grande esperienza nel centro Nord. Questo ci potrebbe aiutare a risolvere il problema. L'altra grande risorsa per dare occupazione ai giovani, risposte ai cittadini e decongestionare gli ospedali è il territorio. In Campania*** – ha detto infine Carbone - ***siamo all'anno zero: il malato cronico, anziano, con più patologie che viene dimesso dagli ospedali non riesce a trovare nei territori assistenza adeguata. Molto facilmente dopo qualche giorno è costretto a ritornare in ospedale perché sul territorio mancano strutture e infermieri. Noi ci aspettiamo molta attenzione su questa parte*** delle n***ostre richieste: assistenza domiciliare, infermieri di famiglia, sblocco del turn over"***.

Emergenza Sanità

Lavorare sotto stress, attenti al Burnout

Lo stress da lavoro ha molte cause: precarietà del lavoro, la minaccia della perdita o di aumento del lavoro, e conflitti con altri lavoratori o con il capo. Ma soprattutto; turni e carichi di lavoro eccessivi. La letteratura psicologica sull'argomento è vasta. Soprattutto per i lavoratori della sanità. I sintomi di stress da lavoro possono includere la depressione, l'ansia, un calo nelle prestazioni di lavoro, la sensazione di essere sopraffatti, stanchezza, mal di testa e un aumento di giorni di malattia e assenteismo. Le aziende e i datori di lavoro dovrebbero riconoscere lo stress da lavoro come un problema significativo per la salute e la sicurezza. Un numero crescente di ricerche ha messo in evidenza l'effetto negativo dello stress da lavoro sia sul numero di incidenti nel corso dell'attività lavorativa che sulla salute fisica e psichica del lavoratore, in particolare sul rischio di incorrere in malattie cardiovascolari. Secondo il modello dell'Aggravio di lavoro - *Job strain model*, lo stress lavorativo sarebbe causato soprattutto dalla combinazione di un eccessivo carico di lavoro e una scarsa possibilità di controllo sui compiti da svolgere. In queste condizioni di lavoro spesso accade che il lavoratore accusi disturbi di vario genere: di tipo fisico o organico. Ad esempio mal di testa, digestione difficile, gastrite, dolori muscolari senza grosso affaticamento fisico.

Inoltre le manifestazioni dello stress, soprattutto se sono prolungate nel tempo, possono determinare nella persona una compromissione delle funzioni emotive, che comprendono delle reazioni d'ansia, depressione, senso di impotenza e di disperazione. E tutto ciò aumenta la propensione del lavoratore a considerare le condizioni lavorative come pericolose per la propria salute (Frascheri, 2009). Alle conseguenze emotive si affiancano quelle cognitive, ossia la difficoltà di concentrazione e di memoria, le quali tendono sovente a perdurare anche al di fuori dell'ambiente lavorativo. La cosiddetta "stanchezza mentale", o "sovraccarico cognitivo". Senza tralasciare gli effetti comportamentali. Molti lavoratori stressati lamentano di essere facilmente irritabili e aggressivi. Altri si descrivono come "asociali" o con una tendenza a estraniarsi o evitare le situazioni di confronto (Falco e all, 2010). In alcuni casi vi potrebbe essere il ricorso all'alcol o al tabagismo o una ricerca di conforto nel cibo (Richardson, Rothstein, 2008). Queste considerazioni fanno riflettere e introducono un concetto già noto: quello del burnout. È un termine inglese, la cui traduzione letterale è "bruciato", e sta ad evidenziare una sindrome derivante da un processo stressogeno che colpisce le persone in ambito lavorativo e porta con sé una perdita della motivazione, ossia un disamoramento verso il proprio lavoro, con conseguente impedimento di vedere il reale obiettivo delle proprie mansioni (Lloyd e all, 2002). Una definizione corretta e condivisa è la seguente: "Sindrome complessa, a componente prevalentemente psichica, che si instaura come risposta a una condizione di stress lavorativo prolungato" (Tomei, Tomao, Sancini, 2003).

Convegno a Matera

"Con due leggi facciamo

Convegno a Matera su Ordini e Responsabilità promosso dal Coordinamento interregionale Ipasvi di Basilicata, Campania e Molise. Presenti Il sottosegretario Vito De Filippo, le senatrici Annalisa Silvestro e Maria Antezza, buona parte del Comitato Centrale Fnc Ipasvi, una decina di presidenti di Collegi e oltre trecento infermieri proventi da Napoli, Salerno, Benevento, Avellino, Caserta, Potenza, Campobasso, Isernia e Foggia.

di Pino De Martino

MATERA - Un sottosegretario, due senatrici, buona parte del Comitato Centrale della Federazione, una decina di presidenti provinciali dell'Ipasvi e la Sala congressi dell'Hotel Palace stracolma d'infermieri. Li ha messi insieme, con un'innegabile capacità organizzativa, **Vita Spagnuolo**, la dinamica presidente del Collegio Ipasvi di Matera. Ha raccolto nella meravigliosa e ospitale città lucana le folte delegazioni dei collegi Ipasvi di Napoli, Salerno, Benevento, Avellino, Caserta, Potenza, Campobasso, Isernia e Foggia. Più di trecento congressisti. Insomma, un bel pezzo degli infermieri del Sud per un giorno tutti riuniti per discutere su due importanti disegni di legge: il ddl sulla responsabilità professionale (cosi detto disegno **Gelli**, dal nome del relatore, il pd Federico Gelli) e il ddl sugli ordini professionali della sanità (cosi detta legge **Lorenzin**, dal nome del Ministro della salute). Due provvedimenti, una sola rivoluzione, come hanno detto in tanti nel corso della giornata di studio.

Il Presidente nazionale Ipasvi **Barbara Mangiacavalli**

L'approvazione dei due disegni di legge, infatti, completerebbe il quadro disegnato dalla direttiva europea sulle competenze professionali degli infermieri e farebbe compiere un ulteriore passo avanti all'accordo da raggiungere nella Conferenza Stato/Regioni sulle competenze specialistiche degli infermieri.

Dunque grande attenzione su una discussione che mette insieme le vertenze più importanti che oggi riguardano la professione. Lo ha detto con efficacia la stessa presidente Spagnuolo nel sul suo indirizzo di saluto in apertura. *"Abbiamo tutti un unico e condiviso obiettivo: erogare una buona sanità valorizzando il ruolo degli infermieri"*. E lo ha ribadito **Cosimo Cicia**, Presidente del Collegio di Salerno e del Coordinamento interregionale, dopo i saluti di rito delle tante autorità locali intervenute: *"Siamo qui buona parte degli infermieri del Sud perché abbiamo trovato e rafforzato le ragioni che ci uniscono, ci fanno lavorare insieme perseguendo obiettivi comuni"*. Poi sotto con gli interventi dei big, moderati da **Andrea Della Ratta**, Presidente del Collegio Ipasvi di Benevento e del Coordinamento regionale della Campania e da **Maurizio Roca**, Presidente Ipasvi Avellino.

Molto atteso soprattutto quello di **Vito De Filippo**, Sottosegretario di Stato alla Salute del Governo Renzi. Con un sistema parlamentare e legislativo più semplice, cosi come il referendum del 5 dicembre propone, queste due leggi le avremmo sicuramente

Nella foto da sinistra, i presid
Vita Spagnuolo
Maurizio Roca
Cosimo Cicia,
Andrea Della Ratt

Convegno a Matera

una rivoluzione”

già approvate, sembra voler dire l’esponente del governo quando accenna all’imminente appuntamento referendario. *“Il referendum costituzionale* - dice De Filippo - *dirà molto proprio sul versante della sanità”*. E poi: *“Ci farà superare ad esempio una mostruosità come quella di venti sistemi sanitari diversi ereditati grazie alla devastante stagione politica caratterizzata dall’ubriacatura federalista. Questo Parlamento e questo Governo stanno per varare con l’approvazione di due disegni di legge un’autentica rivoluzione sulla sanità. Facendoci superare, da una parte i gravissimi danni economici prodotti dalla medicina difensiva, dall’altra superando un ormai insopportabile moltiplicarsi di sistemi sanitari diversi da regione a regione”*. Sulla stessa lunghezza d’onda l’intervento di **Maria Antezza**, senatrice della Repubblica, materana di nascita e di formazione. *“Stiamo lavorando per dare ai cittadini e agli operatori della sanità due leggi che faranno fare al nostro Paese un importante passo in avanti lasciandoci alle spalle una normativa vecchia e inadeguata”, ha detto, “due riforme per combattere abusivismo nella professione, zone d’opacità fiscale e un conflitto tra professionisti della sanità che non fa bene al sistema sanitario nel suo complesso, non aiuta il cittadino, danneggia le stesse professioni”*.

Barbara Mangiacavalli, Presidente della Fnc Ipasvi, ha detto che *“c’è un filo sottile che unisce i due disegni di legge e che insieme essi porteranno ad una evoluzione della professione infermieristica di pari passo con una evoluzione del sistema sanitario nazionale”*.

Su una cosa in particolare ha insistito la Mangiacavalli parlando del disegno di legge Lorenzin: *“La riforma degli ordini professionali della sanità (un provvedimento che riguarda 1.100.000 operatori) non serve a tutelare gli infermieri. Serve soprattutto a dare certezze e garanzie ai cittadini. Essi devono sapere che chi interviene sulla loro salute, sulla loro pelle è un professionista con i titoli riconosciuti e previsti, con una professionalità e un bagaglio di conoscenze sancito per legge, orientato da un codice etico e deontologico preciso”*.

denti dei Collegi Ipasvi:
, Matera;
, Avellino;
Salerno;
a, Benevento

A dare la sveglia al sistema ci pensa come spesso capita la Senatrice **Annalisa Silvestro**, battagliera e tenace come sempre. Secondo la Silvestro, dei due provvedimenti di legge ancora sballottati tra Camera e Senato, almeno uno avrebbe dovuto essere già approvato. Lasciando capire senza mezzi termini da che parte sta sulla vicenda referendum costituzionale: *“Sono più di tre anni che Il ddl Lorenzin va avanti e indietro. La trasformazione in ordine della professione infermieristica è un atto dovuto. Non ci regalano niente. Anzi. C’è di fatto un sistema che continua a non voler riconoscere quello che gli infermieri oggi già sono in termini di competenze, conoscenze, titoli e capacità professionali. Una cosa ci aspettiamo da questo ordinamento: che tutte le professioni sanitarie siano poi sullo stesso livello d’importanza. Insomma pari dignità, ciascuna con le sue specifiche competenze, ma in un quadro di rispetto reciproco”*.

La Senatrice
Annalisa Silvestro

Con l’intervento di **Beatrice Mazzoleni,** segretaria della Fnc Ipasvi, sulla Tessera professionale si è poi conclusa la prima sessione.

La seconda parte della mattinata è stata dedicata all’“***Applicazione della normativa europea nella gestione dell’orario di lavoro”***, relazione affidata a **Rita Maricchio**, Direttore professione sanitarie dell’Aou di Ferrara e all’ “Assistenza transfrontaliera”, relazione affidata a **Ciro Carbone,** Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli e componente Comitato Centrale Fnc Ipasvi.

I lavori della seconda sessione sono stati presieduti da **Vito Milone**, Presidente del Collegio Ipasvi di Potenza e moderati da **Mariacristina Mangnocavallo**, Presidente Collegio Ipasvi di Campobasso/Isernia e da **Mario Falco**, Presidente Collegio Ipasvi di Caserta.

Convegno a Matera

Responsabilità professionale del personale sanitario

Il disegno di legge denominato dal relatore on. Federico Gelli è già stato licenziato dalla Camera dei Deputati il 28 gennaio di quest'anno ed attualmente è all'esame del Senato. Se dovesse diventare legge, essa come già la legge "Balduzzi", avrebbe fra gli scopi principali quello di scongiurare la cosi detta "medicina difensiva", e cioè i comportamenti dei sanitari volti più ad evitare eventuali addebiti, che non a prendersi cura del paziente: esami inutili, ma costosi e magari anche rischiosi per il paziente. Senza contare la tendenza ad evitare interventi che comportino un elevato rischio infausto. Una delle novità più significative, ed anzi rivoluzionarie, del ddl in esame è contemplata dall'art. 6, sulla penale responsabilità dell'esercente la professione sanitaria.

Questo articolo introduce una nuova norma nel codice penale, l'art. 590 ter (sarà in effetti il quater), composto da due commi. Il primo comma prevede che "l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli artt. 589 e 590 solo in caso di colpa grave".

Il secondo comma statuisce che "agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge". Perché queste previsioni sono considerate rivoluzionarie? Non tanto per quanto precettato nel primo comma. Quanto piuttosto per ciò che si contempla nel secondo comma, laddove viene esclusa ogni responsabilità penale colposa (per imperizia) in capo all'esercente la professione sanitaria relativamente ai delitti di lesioni e omicidio colposi, laddove l'operatore si sia attenuto alle buone pratiche ed alle linee guida. L'operatore sanitario è esentato da responsabilità penale per i reati indicati allorquando segua le linee guida e se l'eventuale colpa sia configurabile quale imperizia (e non quindi imprudenza e negligenza o violazione di specifiche norme di comportamento).

Nella foto in alto a sinistra, la Senatrice **Maria Antezza** in alto a destra, il Sottosegretario, **Vito De Filippo.** In basso a sinistra, **Mariacristina Magnocavallo,** Pres. Ipasvi Campobasso/Isernia, affianco **Alessandro Olivieri,** Ipasvi Napoli

Convegno a Matera

Riordino delle professioni sanitarie

Il ddl Lorenzin sul riordino delle professioni sanitarie è giunto alla Camera per la sua seconda lettura. In Senato la proposta di legge è passata con 164 sì e 27 no.

Ora il provvedimento passa all'esame della Camera dei Deputati in attesa di essere approvato al più presto. Si tratta, infatti, di un grande passo avanti in un campo rimasto a normative vecchie di decenni. Per le professioni sanitarie il disegno di legge del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin segna una "rivoluzione" per infermieri, fisioterapisti, assistenti sanitari, biologi e osteopati, visto che introduce nuovi albi e incorpora ordini professionali e Professioni sanitarie, ecco cosa cambia in 7 punti

Esaminiamo ora gli aspetti salienti del testo di legge per quanto riguarda le professioni sanitarie.

1) Nuovi albi professionali e ordini. L'albo degli infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia (Ipasvi) va a confluire in Ordine e Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche. L'albo delle vigilatrici d'infanzia assume la denominazione di albo degli infermieri pediatrici; i collegi delle ostetriche diventano "Ordini delle professioni delle ostetriche"; i collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica diventano "Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione".

2) Inasprimento delle pene in caso di esercizio abusivo e maltrattamenti

In caso di esercizio abusivo della professione sanitaria o di maltrattamento e danni alle persone ricoverate presso le strutture sanitarie vengono previste aggravanti e quindi condanne previste dal codice penale.

Politica Sanitaria

Il Piano territoriale fa infuriare

Dura protesta del Coordinamento Ipasvi Campania: *"La struttura commissariale della Regione vara il progetto senza confrontarsi. Questa è scorrettezza istituzionale". Errore di metodo innanzitutto. Ma anche nel merito ci sono omissioni, lacune e tante altre criticità: quanti infermieri saranno coinvolti? Per fare che? A quali strutture faranno riferimento? "Faremo un piano territoriale alternativo che presto sarà spedito ai commissari".*

di Pino De Martino

La Regione scrive il Piano sanitario territoriale e fa infuriare gli infermieri. ***"Siamo alle solite"***, dice **Andrea Della Ratta**, a nome del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi, mentre si appresta a scrivere a muso duro una lettera di protesta indirizzata al Governatore **Vincenzo De Luca**, al Commissario ad Acta **Joseph Polimeni** e al subcommissario **Claudio D'Amario**. ***"Prima ancora di entrare nel merito delle cose scritte, e di sciocchezze ce ne sono tante*** - dice infuriato il responsabile del Coordinamento campano – ***offende il metodo. Ancora una volta la Regione partorisce piani, sempre più simili a mostri a due teste, senza aver la compiacenza di confrontarsi con i destinatari di tali progetti. Lo hanno già fatto con il piano ospedaliero licenziato lo scorso maggio in gran segreto. E' stato redatto e mandato al ministero della Salute, dove lo tengono ora in naftalina, senza sentire nessuno, né infermieri, né medici, né sindacati. Ora si ripetono con il piano territoriale. Questa è scorrettezza istituzionale. Sciatteria relazionale, oltre che abominevole presunzione"***.

Si contesta il metodo, dicevamo. Ma anche nel merito del progetto gli infermieri ci vedono omissioni, gravi lacune e forti criticità. Quanti infermieri saranno coinvolti? Per fare che? A quali strutture faranno riferimento? I punti sono tanti e cosi rilevanti che i cinque presidenti dei Collegi di Napoli, Salerno, Caserta, Benevento e Avellino stanno pensando di mettersi al lavoro e presentare una proposta alternativa. ***"Nel piano si parla di tutto, di medici di medicina generale, degli specialisti e degli ambulatori, dei distretti pubblici e dei Pediatri di famiglia, di Aft, di Uccp, di ospedali di comunità e di strutture polifunzionali. In certi casi*** – dice con sarcasmo Della Ratta – **sembra più simile a un libro dei sogni, una raccolta di favole dove, come nella pubblicità in televisione, tutto è previsto, tutto funziona, tutti sono felici e contenti. Non è cosi. Di infermieri non si parla proprio. Eppure siamo 35mila in Campania.**

gli infermieri

E la sanità territoriale in tutto il mondo parla soprattutto il linguaggio dell'assistenza infermieristica (vedi articolo sul tavolo tecnico Ipasvi nelle pagine a seguire 17 e 18, ndr): ***infermieristica di famiglia e di comunità; assistenza infermieristica domiciliare; assistenza infermieristica ambulatoriale; ospedali di comunità o di prossimità. Di tutto questo si sono dimenticati i commissari, che forse erano distratti o poco informati".***

Ecco il progetto licenziato dalla Regione

Filosofia del Piano - Il Piano territoriale scritto dalla Regione Campania considera il territorio come la seconda gamba su cui far camminare a passo spedito la Sanità campana e permetterle così di risalire la china del tortuoso sentiero che conduce dai piani bassi delle Regioni, cui oggi è confinata, alle vette auspicate dal presidente De Luca, sul fronte della qualità ed efficienza dei livelli di assistenza. Una strada che, tra l'altro, nelle finalità della Regione, conduca fuori dal tunnel del piano di rientro. Un piano territoriale alle battute finali, da integrare solo con l'ultimo tassello della medicina oncologica territoriale, prima di passare al vaglio degli organismi regionali e quindi tramutarsi in decreto commissariale. Il piano, dunque, sarebbe dovuto essere operativo già entro fine settembre, ma non è andata cosi. Con il piano, la Regione Campania intende realizzare un'assistenza territoriale capillare ed efficiente che alleggerisca gli ospedali e le strutture di pronto soccorso e consenta l'ottimizzazione e l'omogeneità assistenziale dei distretti sanitari campani, dando ampio terreno alla medicina d'iniziativa e alla prevenzione da un lato e alla fragilità e cronicità dall'altro, per una logica dell'assistenza che sposti finalmente il proprio baricentro dall'ospedale al territorio.

Le finalità – Esso mira a ridefinire ruoli e funzioni dei medici di Medicina generale, degli Specialisti e degli ambulatori e dei distretti pubblici e dei Pediatri di famiglia individuando una rete i cui nodi saranno le aggregazioni funzionali territoriali (Aft), le Unità complesse di cure primarie, (Uccp), gli ospedali di Comunità e le Strutture polifunzionali per la salute (Sps), laddove queste due ultime articolazioni saranno vere e proprie nuove strutture da aprire sul territorio (sfruttando le dismissioni preventivate dal Piano ospedaliero) delle varie Asl e su cui ricadrà il primo livello assistenziale del servizio sanitario. Per ora, fatte salve alcune sperimentazioni di Uccp nel beneventano, l'unica cosa chiara resta la mission: ossia intercettare il fabbisogno di cure dei cittadini che oggi impropriamente si rivolgono agli ospedali, in particolare affollando i pronto soccorso (codici bianchi e verdi) e gli ambulatori di alta specializzazione dei grandi centri di eccellenza. Questi ultimi (come il Monaldi, il Pascale e i Policlinici), avrebbero il precipuo ruolo di accogliere pazienti solo in un secondo step, che definisce l'alta complessità, ovvero dopo che il quadro clinico sia già stato delineato e quando le cure primarie mediche e di piccola chirurgia non sono sufficienti a risolvere il problema di salute insorto.

Le attività - Secondo il piano, Sul territorio si praticheranno assistenza primaria e continuità delle cure, ma anche aderenza alle terapie, assistenza ai pazienti cronici e anziani e appropriatezza organizzativa del distretto: sono questi i temi affrontati dal Piano sanitario territoriale. Al territorio, dunque, spetterà rappresentare e svolgere appieno la funzione di filtro, presa in carico e cura delle cronicità e garantire percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che garantiscano un approdo appropriato nei pronto soccorso cittadini oggi ingolfati per l'80 per cento da codici bianchi e verdi a nulla

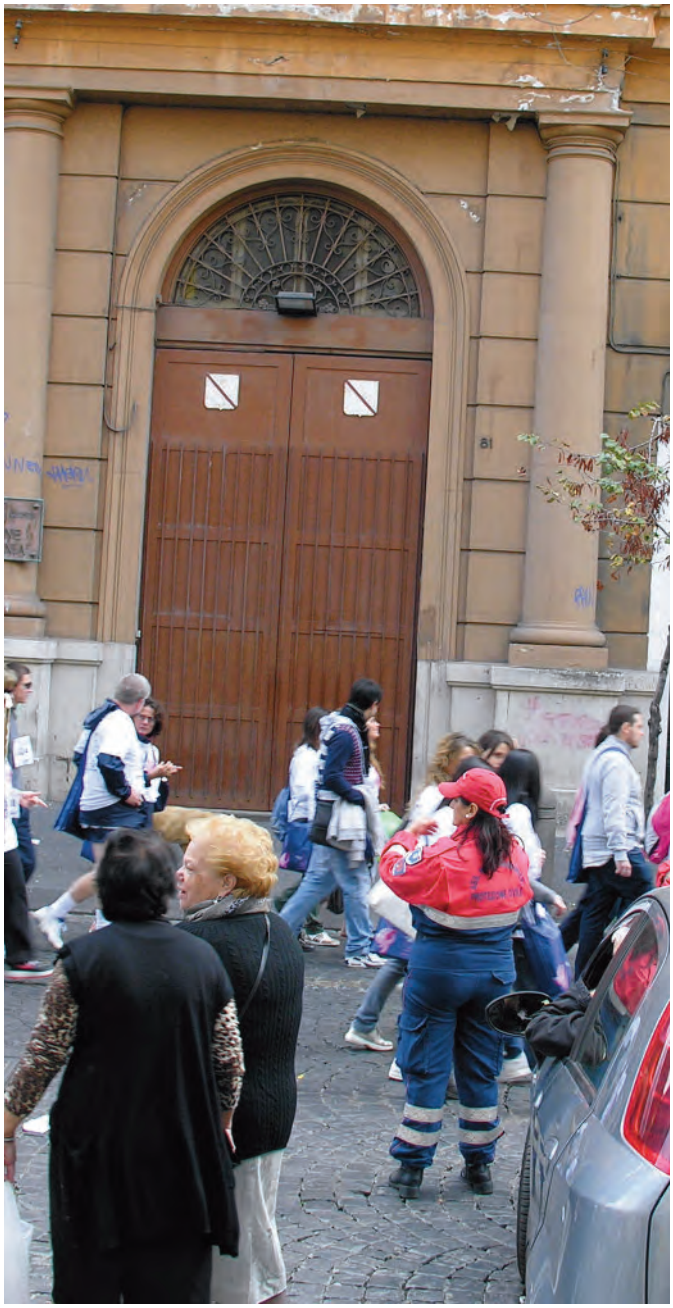
continua a pagina 16

Politica Sanitaria

continua da pagina 15

o bassa urgenza con il conseguente notevole dispendio di risorse e l'epifenomeno delle barelle. Tutti nodi di cui si è occupato negli ultimi mesi e a più riprese il presidente della Regione Vincenzo De Luca in un momento in cui si profila il ruolo unico della Medicina generale e gli studi medici si avviano al funzionamento sulle 16 ore giornaliere, mentre le diverse forme aggregative della medicina di base sono ormai pronte al salto di qualità per diventare il caposaldo di una riorganizzazione innovativa ed efficiente dell'assistenza primaria.

I presidi - I principali presidi territoriali previsti dal piano saranno dunque costituiti dalle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft, 1 ogni 30 mila abitanti, per un totale di 72 cui si aggiungono quelle pediatriche 1 per ogni distretto per un totale di 84). La loro mission sarà quella di prendere per mano i pazienti e condurli nei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali per le principali patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva, nefropatie, sclerosi laterale amiotrofica, demenze) con l'eventuale coinvolgimento delle strutture convenzionate. I pediatri saranno impegnati principalmente nell'attività di sostegno alla genitorialità in collegamento col Consultorio familiare, e nell'attività di prevenzione e gestione delle patologie croniche in età pediatrica. I finanziamenti? Deriveranno da indennità e incentivi attualmente erogati per l'associazionismo, collaboratori e infermieri di studio dei medici. Altre risorse saranno liberate dalla dismissione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni e utilizzate per acquisire beni necessari per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Le Aft generali e quelle pediatriche saranno funzionalmente collegate con le Unità complesse di cure primarie (Uccp), localizzate in ciascuna Asl (5 a Napoli) e che andranno a superare e sostituire tutte le forme associative della medicina convenzionata sinora realizzate in Campania. Obiettivo, assicurare un servizio h 24 che ingloba la medicina generale (ambulatoriale e domiciliare), la pediatria di famiglia, la guardia medica avviando il ruolo unico della Medicina generale per assicurare assistenza ambulatoriale specialistica, infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e sociale a rilevanza sanitaria. Qui saranno effettuate anche indagini diagnostiche di base con vari servizi di supporto. La Uccp, di norma a sede unica (tranne nelle aree montuose o rurali e in quelle metropolitane), costituiscono uno dei nodi della rete dei servizi distrettuali, porta unica di accesso per prevenzione, screening, presa in carico globale del paziente fragile con un ruolo anche nei codici bianchi nei pronto soccorso. Ci saranno ambulatori dedicati per patologia tenuti dal medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali che provvederanno anche alla integrazione con l'ospedale e alle ammissioni e dimissioni protette dando risposte al bisogno sociosanitario di natura complessa occupandosi anche di bambini e adolescenti con malattie croniche e rare in integrazione con i servizi ospedalieri. Un altro tassello del puzzle assistenziale saranno gli ospedali di comunità (una decina in tutto e solo a Teano già attivo), gestiti da medici di famiglia e infermieri dedicati a pazienti cronici e anziani. Infine le Strutture polifunzionali per la Salute (Sps) da ubicare in ospedali in dismissione (Bisaccia, San Bartolomeo in Galdo, Cerreto Sannita, Teano, ospedale San Gennaro, Procida, Pollena, Torre del Greco, Scafati, Agropoli e Sant'Arsenio). Ospiteranno Uccp, postazioni del 118, punti di primo intervento, Psaut, Ospedali di Comunità, Rsa per anziani o disabili, Centri per le cure palliative, Hospice, Centri per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e altre strutture per cronici e rappresentano presidi strategici del Distretto sanitario, una forma organizzativa avanzata a complessità variabile e ad elevata flessibilità nell'ottica di intercettare i tanti accessi impropri al pronto soccorso e mettere la parola fine sul fenomeno delle barelle.



Gli infermieri nel nuovo modello di assistenza

Si articola su quattro cardini il contributo della Federazione nazionale Ipasvi al documento del Tavolo tecnico per la professione infermieristica insediato presso il Ministero della Salute: infermieristica di famiglia e di comunità; assistenza infermieristica domiciliare; assistenza infermieristica ambulatoriale; ospedali di comunità. Si tratta di un nuovo modello dei percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio

di Pippo Trio

"La presa in carico degli assistiti, territoriale e ospedaliera – spiega in premessa **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi - *deve prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura, puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza. E', infatti, particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare e multiprofessionale"*. L'intera offerta assistenziale dovrà garantire la continuità assistenziale. Anche nel recente Piano nazionale per la cronicità la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell'esercizio della funzione di care management e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete. Il documento Ipasvi illustra quattro tipologie di assistenza infermieristica per il nuovo modello. Eccole, in sintesi.

Infermieristica di famiglia/comunità. Si struttura in un modello teorico-pratico che ripensa il sistema dei servizi a livello delle comunità locali e propone un nuovo modo di progettarli e attivarli, intendendoli come reti integrate di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti primari (famiglie, gruppi, associazioni,) e servizi organizzati (sia pubblici che privati) mediante relazioni di reciprocità sinergica. L'infermieristica di famiglia/comunità trova attuazione nei distretti, nei servizi territoriali, a domicilio, nelle scuole etc. e può contribuire a potenziare e sviluppare tutti gli interventi di primary care necessari per "fare" prevenzione, garantire accesso alle cure, realizzare continuità delle cure, erogare assistenza infermieristica generale e specialistica, promuovere livelli di benessere e diffondere pratiche di autocura. E' programmata, svolta e verificata da gruppi di infermieri portatori di competenze diversificate ossia generaliste, avanzate e specialiste. I percorsi, i processi e le prestazioni che si sviluppano e implementano attraverso "pool" di infermieri di comunità dedicati e operativi nei tre macro ambiti in un definito territorio, sono "governati", mantenuti dentro la rete dei servizi e condotti ad unitarietà di obiettivo, risultato ed esito da un Infermiere Specialista (infermiere con

continua a pagina 18

Politica Sanitaria

continua da pagina 17

laurea magistrale ad indirizzo clinico) nell'area della Sanità pubblica - infermiere di famiglia/comunità. L'Infermiere di famiglia/comunità è il professionista che, grazie alla sua peculiare formazione, è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare/comunitario.

Analizza i bisogni del paziente e della famiglia, garantisce sul territorio la continuità assistenziale e contribuisce alla promozione della salute. È responsabile della gestione dei processi assistenziali sanitari, socio sanitari nell'ambito della comunità. L'infermiere di famiglia/comunità prende in carico il paziente con i suoi bisogni espressi, definisce gli interventi assistenziali in collaborazione con il Mmg o il consulente medico specialista, sostiene l'integrazione delle attività degli eventuali altri operatori sanitari e si occupa dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari. Elemento fondamentale, che supporta l'efficacia degli interventi, è il suo agire non in modo isolato ma in stretta collaborazione con il Mmg e altri componenti dell'equipe/rete dei servizi, secondo strategie integrate.

Assistenza infermieristica domiciliare. E' rivolta a persone in condizioni di temporanea o permanente impossibilità ad accedere ai presidi distrettuali, a persone che desiderano rimanere nel proprio domicilio pur necessitando di assistenza sanitaria e/o di strumenti vicarianti le funzioni vitali, a persone in terminalità di vita. Il sistema per gli interventi e i servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni e dei processi, intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente.

Le prestazioni possono essere attuate in forma singola o in semplice associazione, dagli specifici professionisti coinvolti oppure con modalità integrata pluridisciplinare e pluriprofessionale.

Assistenza infermieristica ambulatoriale. Gli ambulatori infermieristici possono rappresentare un nodo significativo del sistema delle cure primarie/infermieristica di comunità. Attraverso gli infermieri di comunità operanti negli ambulatori infermieristici è

possibile effettuare, in correlazione con i Mmg, il monitoraggio dei fattori di rischio, l'informazione e l'educazione sanitaria, l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali offerti, il follow up e erogare variegate risposte sanitarie di prossimità. Una dimensione innovativa del setting infermieristico ambulatoriale è il triage telefonico per il monitoraggio a distanza.

Attraverso il telenursing, la cui efficacia è comprovata da diversi studi che documentano un significativo miglioramento nell'aderenza alla terapia e riduzione dei comportamenti sociali a rischio, può essere favorito sia un utilizzo razionale delle risorse, sia una corrispondente ottimizzazione del servizio offerto.

Attraverso i follow-up telefonici, inoltre, potrebbero essere ipotizzati anche controlli standard riferiti a percorsi clinico-assistenziali territoriali e dare, in tal modo, ulteriori ed efficaci strumenti alla sanità di iniziativa.

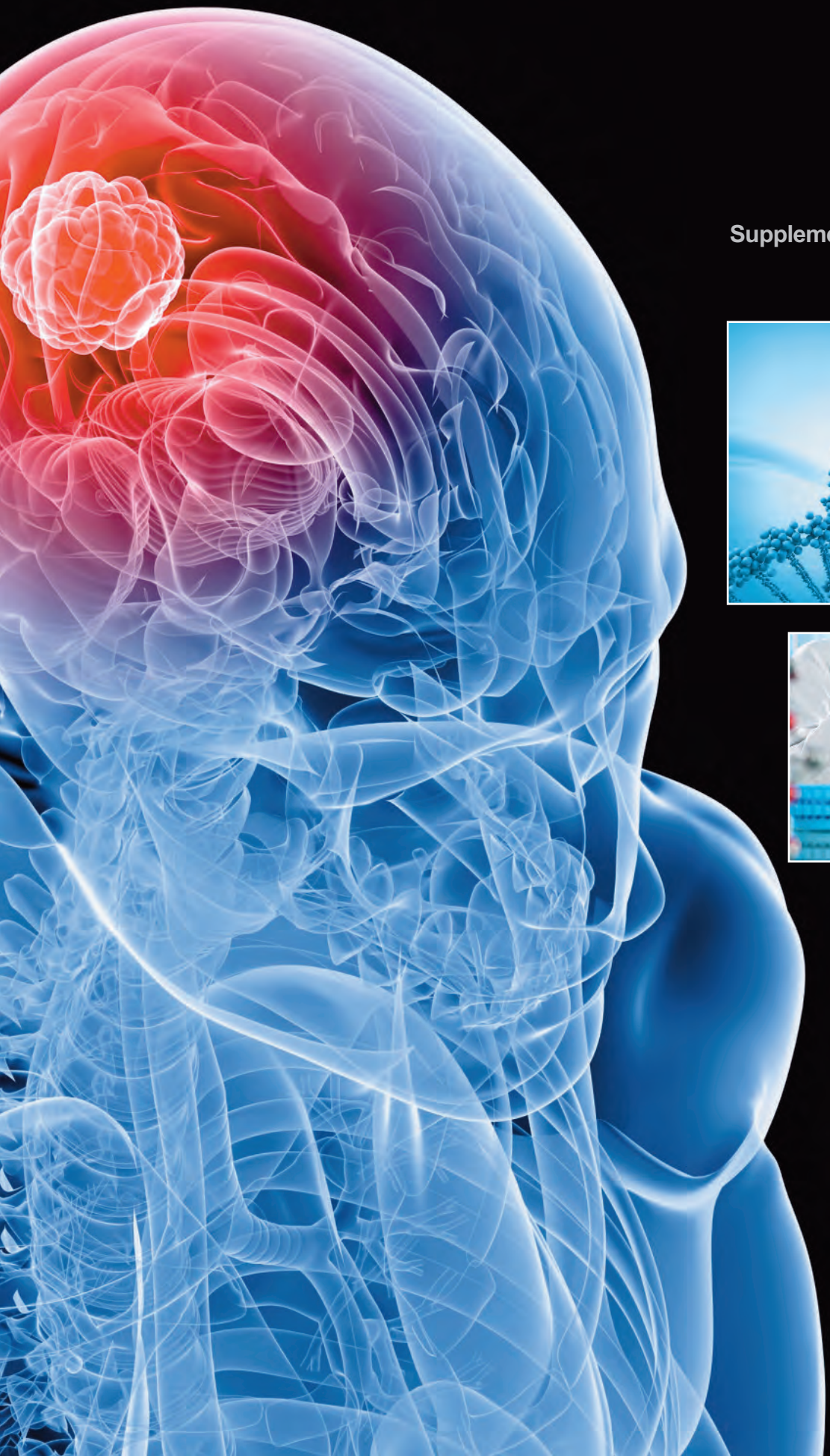
Un altro ambito in cui può esprimersi efficacemente l'infermieristica di famiglia/comunità attraverso il setting ambulatoriale, è quello scolastico: attraverso l'ambulatorio scolastico possono essere rilevati i bisogni assistenziali all'interno delle comunità scolastiche, le risorse degli studenti e delle famiglie e valutate le disponibilità delle strutture scolastiche per una risposta - anche in questo caso - di prossimità.

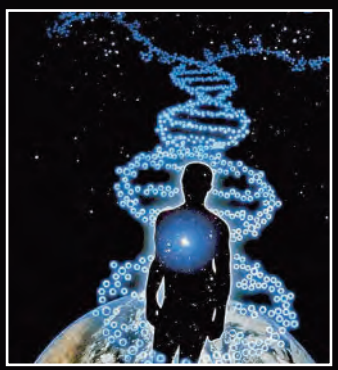
Ospedali di comunità. Le degenze territoriali di prossimità a gestione infermieristica (ospedali di comunità) sono uno degli ambiti in cui si esprime l'infermieristica di famiglia/comunità e rientrano negli obiettivi che il ministero della Salute ha identificato per l'utilizzo appropriato della rete ospedaliera e per il potenziamento delle cure primarie. L'infermiere di famiglia/comunità che opera in tali strutture, prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa o di interventi sanitari che sarebbero potenzialmente erogabili a domicilio a causa del riacutizzarsi di patologie croniche ma che, in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare), necessitano di ricovero in queste strutture. La gestione dei processi di cura, assistenza e gestione negli ospedali di comunità è infermieristica.

Gli infermieri, oltre a porre in essere quanto prescritto dal Mmg di ognuno dei pazienti "ricoverati", pianificano e attuano i processi assistenziali, valutano e comunicano ai mmg la risposta ai trattamenti, individuano elementi di eventuale instabilità clinica, attivano, in accordo con i Mmg, le figure sanitarie necessarie al paziente e pongono in essere quanto di necessità per garantire la continuità assistenziale e l'interazione con la rete dei servizi territoriali e ospedalieri. L'obiettivo da raggiungere è il recupero della stabilità clinico assistenziale e della maggiore autonomia possibile per il rientro al proprio domicilio del paziente.

NSC Nursing

Supplemento di ricerca infermieristica





Ricerca infermieristica

Prevenzione delle malattie da sostanze tossiche

Revisione della letteratura

a cura di Massimo Esposito* e Carmela Mele**

Abstract

Introduzione:

La civiltà contemporanea ha introdotto enormi modifiche nella vita delle persone. L'evoluzione della tecnologia, soprattutto dal punto di vista industriale, ha portato con se una serie di "effetti collaterali". Uno di questi è rappresentato dell'impatto che le delle sostanze tossiche hanno che ha sulla salute della popolazione.

Metodi:

E' stata effettuata una ricerca bibliografica che ha previsto la consultazione delle banche dati The Cochrane Library e PubMed. Sono stati inoltre consultati documenti di organismi ufficiali, nazionali ed internazionali, quali OMS e ISS

Risultati:

Gli studi suggeriscono che molti agenti chimici presenti nell'ambiente quali metalli pesanti, prodotti agrochimici, e vari tipi di idrocarburi possiedono una tossicità che causa svariati danni alla salute, soprattutto ai polmoni, al sistema immunitario ed al sistema nervoso centrale.

Conclusioni:

Gli effetti delle sostanze tossiche sulla salute, prodotte principalmente dall'uomo, sono di notevole importanza. L'impatto della chimica e dei metalli pesanti, sulla salute rappresenta un problema emergente contro il quale si fa ancora poco. La prevenzione riveste un ruolo cruciale e gli infermieri secondo il CD partecipano alla promozione della salute e diffusione della tutela dell'ambiente.

Parole chiave: *sostanze tossiche, prevenzione, salute*

Background

L'esposizione alle sostanze tossiche prodotte dall'uomo come effetto della civiltà industriale, sta compromettendo seriamente lo stato di salute della popolazione.

Sono considerati tossici tutti quei preparati e quelle sostanze che per inalazione, ingestione o penetrazione attraverso la pelle possono comportare rischi gravi, acuti o cronici, o morte, causando lesioni anatomiche o funzionali e dei disturbi reversibili o irreversibili dei normali processi fisiologici.

Gli agenti tossici, che siano essi di natura chimica o fisica, sono estremamente diffusi, sia nell'ambiente che nei prodotti di largo consumo, essi penetrano in maniera insidiosa nel nostro organismo attraverso cibi, bevande, aria, acqua, cosmetici, farmaci, vestiti, vernici e oggetti di uso quotidiano e sono pericolosi in quanto tendono a bioaccumularsi, cioè ad aumentare la propria concentrazione lentamente e progressivamente nelle ossa, nel fegato, nei reni, nei tessuti connettivi, nel cervello e in altri organi. I più pericolosi sono quelli che provocano mutamenti delle strutture fondamentali dell'organismo, ossia le cellule. Fanno parte di questa categoria, i cancerogeni, i mutageni, che causano alterazioni alla struttura genetica, e i teratogeni, cioè che provocano anomalie nello sviluppo del feto.

L'eccessiva presenza nel nostro corpo di queste sostanze, blocca l'attività di molti complessi enzimatici, determinando un danno metabolico e generando così una vasta gamma di sintomi che molto spesso sono difficili da interpretare.

Gli effetti delle sostanze tossiche sulla salute umana possono essere generali o localizzati e sono influenzati dalle proprietà chimiche e fisiche delle sostanze, dal tempo di esposizione, dalla dose assorbita, dalla modalità di introduzione nell'organismo e dalle condizioni fisiche della persona esposta. In ogni caso queste sostanze tendono a colpire principalmente organi specifici, definiti organi o tessuti bersaglio e, pertanto, si parla di epatotossine, neurotossine, immunotossine, tossine cardio-muscolari e quelle che colpiscono il sistema respiratorio e riproduttivo, oppure specifici distretti dell'organismo, come la pelle, i reni, la tiroide, il sangue, etc. In particolare il sistema respiratorio può essere il bersaglio di una quantità innumerevole di sostanze tossiche oppure può fungere da punto di entrata per tutti quegli agenti che, venendo a contatto con il sangue, si diffondono poi nel resto del corpo. L'inalazione di sostanze tossiche porta alla produzione di molteplici citochine e altri mediatori, che a loro volta producono molteplici effetti infiammatori[1]. Il compito di tale apparato è quello di rifornire l'organismo dell'ossigeno necessario alla sopravvivenza ed eliminare allo stesso tempo i gas residui della respirazione. Queste funzioni però non permettono di distinguere le varie sostanze aerodisperse, per cui i vari agenti tossici, possono penetrare all'interno del corpo con estrema facilità. Gli effetti tossici a riguardo possono spaziare da una semplice irritazione e costrizione del passaggio dell'aria, alla fibrosi, all'edema, al cancro etc.

In genere gli effetti irritanti sono reversibili tuttavia l'esposizione cronica ad un irritante può comportare l'insorgenza di un danno permanente a livello cellulare.

Le cellule nervose hanno un'elevata velocità metabolica e per questo richiedono un maggiore apporto di ossigeno rispetto

alle altre cellule del corpo, condizione che rende il sistema nervoso particolarmente esposto alle sostanze tossiche.

Il fegato invece, svolge un'azione detossificante nei confronti della maggior parte delle sostanze tossiche, anche se la sua azione metabolica può rivelarsi dannosa, in alcuni casi modifica la struttura delle sostanze pericolose, trasformandole in sostanze tossiche e causando così un danno più o meno grave.

Particolarmente sensibili all'insulto delle sostanze tossiche, sono i bambini. L'inquinamento atmosferico, contiene molte sostanze tossiche, note per la loro influenza sulla funzione neurologica e per gli effetti sul feto[3].

Alcuni agenti tossici infatti, possono comportarsi da potenti teratogeni, causando delle anomalie fisiche ai figli oppure determinando un ritardo della loro crescita fisica o mentale o vari effetti tossici a carico di organi specifici. Possono comportare anche alterazioni dello sviluppo degli organi sessuali e la definitiva compromissione delle capacità riproduttive.

I bambini possono entrare in contatto con queste sostanze anche attraverso il latte materno, per cui l'esposizione a questi agenti è assolutamente da evitare anche nel periodo dell'allattamento naturale e non solo durante la gestazione. Studi recenti, infatti hanno riportato l'associazione tra l'esposizione perinatale all'inquinamento atmosferico e disturbo dello spettro autistico (ASD) nei bambini[4].

Recensioni US EPA hanno evidenziato, da studi condotti sia sugli umani che sugli animali, che gli inquinanti possono suscitare effetti sul sistema nervoso e sul feto[5]. L'arsenico, il cadmio, il cromo, il mercurio, il cloruro di metilene, il nichel, lo stirene, il tricloroetilene e il cloruro di vinile, sono anche noti o sospettati mutageni e sono stati implicati nell'eziologia per ASD.

Studi epidemiologici hanno stimato che l'esposizione prenatale al mercurio in utero, è associata allo scarso sviluppo cognitivo ed a disturbi comportamentali nei bambini[6].

Da una recente revisione della letteratura sull'esposizione prenatale al metilmercurio (MeHg)[7], si evince che vi sono prove coerenti che tale sostanza abbia importanti ricadute sulla disfunzione neuro cognitiva in prima infanzia; limitata evidenza per effetti cardiovascolari e possibili associazioni con la crescita del feto tra i gruppi a rischio di esposizione.

Tabella 1

Keywords	Risultati	Selez.	Articoli reperiti
enviromental toxicants AND chronic disease (("environment"[MeSH Terms] OR "environment"[All Fields] OR "environmental"[All Fields]) AND toxicants[All Fields]) AND ("chronic disease"[MeSH Terms] OR ("chronic"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "chronic disease"[All Fields]) AND (Review[ptyp] AND "loattrfree full text"[sb] AND "2011/07/19"[PDat] : "2016/07/16"[PDat]	9	1	Lung inflammation caused by inhaled **toxicants**: a **review**.
enviromental toxicants AND neurological effects (("environment"[MeSH Terms] OR "environment"[All Fields] OR "environmental"[All Fields]) AND toxicants[All Fields]) AND (neurological[All Fields] AND effects[All Fields]) AND ("2011/07/19"[PDat] : "2016/07/16"[PDat])	14	3	1) Chronic Administration of Benzo(a)pyrene Induces Memory Impairment and Anxiety-Like Behavior and Increases of NR2B DNA Methylation. 2) Mechanistic overview of immune modulatory **effects** of **environmental toxicants**. 3) Perinatal air pollutant exposures and autism spectrum disorder in the children of Nurses' Health Study II participants.
enviromental toxicants AND neurodevelopment (("environment"[MeSH Terms] OR "environment"[All Fields] OR "environmental"[All Fields]) AND toxicants[All Fields]) AND neurodevelopment[All Fields] AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2011/07/19"[PDat] : "2016/07/16"[PDat])	14	3	1) Prenatal exposure to the organophosphate insecticide chlorpyrifos enhances brain oxidative stress and prostaglandin E2 synthesis in a mouse model of idiopathic autism. 2) Differential DNA methylation in umbilical cord blood of infants exposed to mercury and arsenic in utero. 3) Of decrements and disorders: assessing impairments in **neurodevelopment** in prospective studies of **environmental** toxicant exposures.
organophosphate pesticide exposure and neurodegeneration (("organophosphates"[MeSH Terms] OR "organophosphates"[All Fields] OR "organophosphate"[All Fields]) AND ("pesticides"[Pharmacological Action] OR "pesticides"[MeSH Terms] OR "pesticides"[All Fields] OR "pesticide"[All Fields]) AND exposure[All Fields] AND ("nerve degeneration"[MeSH Terms] OR ("nerve"[All Fields] AND "degeneration"[All Fields]) OR "nerve degeneration"[All Fields] OR "neurodegeneration"[All Fields])) AND Review[ptyp	5	2	1)**Organophosphate pesticide exposure** and **neurodegeneration**. 2) **Pesticides exposure** as etiological factors of Parkinson's disease and other neurodegenerative diseases--a mechanistic approach.
enviromental toxicants AND cancer AND immune system (("environment"[MeSH Terms] OR "environment"[All Fields] OR "environmental"[All Fields]) AND toxicants[All Fields]) AND ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]) AND ("immune system"[MeSH Terms] OR ("immune"[All Fields] AND "system"[All Fields]) OR "immune system"[All Fields]) AND (Review[ptyp] AND "2011/07/19"[PDat] : "2016/07/16"[PDat])	3	1	**Environmental immune** disruptors, inflammation and **cancer** risk.
leukemia AND air pollution (("leukaemia"[All Fields] OR "leukemia"[MeSH Terms] OR "leukemia"[All Fields]) AND ("air pollution"[MeSH Terms] OR ("air"[All Fields] AND "pollution"[All Fields]) OR "air pollution"[All Fields])) AND (Review[ptyp] AND "2011/07/19"[PDat] : "2016/07/16"[PDat])	5	1	A **review** and meta-analysis of outdoor **air pollution** and risk of childhood **leukemia**.
heavy metals AND sclerosis multiple (("metals, heavy"[MeSH Terms] OR ("metals"[All Fields] AND "heavy"[All Fields]) OR "heavy metals"[All Fields] OR ("heavy"[All Fields] AND "metals"[All Fields])) AND ("multiple sclerosis"[MeSH Terms] OR ("multiple"[All Fields] AND "sclerosis"[All Fields]) OR "multiple sclerosis"[All Fields] OR ("sclerosis"[All Fields] AND "multiple"[All Fields]) OR "sclerosis multiple"[All Fields])) AND ("loattrfull text"[sb] AND "2011/07/19"[PDat] : "2016/07/16"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	20	1	Trace elements in scalp hair samples from patients with relapsing-remitting **multiple sclerosis**.

A livello domestico si parla di inquinamento indoor: a riguardo, tra le sostanze tossiche maggiormente riscontrabili distinguiamo i Composti organici volatili (VOC), ossia composti liberati dai prodotti a base di sostanze sintetiche, utilizzati per la finitura di pareti, pavimenti, soffitti e materiali isolanti. L'emissione di tali vapori tossici è più alta durante l'applicazione e l'asciugatura, e tende a diminuire nel corso degli anni. Gli effetti sulla salute dei VOC vanno dall'irritazione al cancro. Le sostanze chimiche estremamente tossiche che rimangono nell'ambiente per molto tempo e che si accumulano nella catena alimentare prendono il nome di Inquinanti Organici Persistenti (POP)[8]. In Europa, alcuni POPs come PCB e DDT, sono stati banditi diversi anni fa ma nonostante ciò, queste sostanze stanno ancora inquinando l'ambiente e la nostra catena alimentare, mentre altri composti tossici vengono tuttora prodotti o utilizzati in tutto il mondo industrializzato. Tra questi ultimi, il più cancerogeno e il più studiato è il Benzo(a)pirene, a causa della sua citotossicità, proprietà mutagene, genotossiche e cancerogene, l'esposizione a BaP è associato a molti effetti biologici avversi, tra cui l'immunosoppressione, la forma-

continua a pagina 22

continua da pagina 21

zione del tumore, teratogenicità, e disturbi ormonali[9].

Quando si parla degli effetti sull'organismo umano che hanno gli inquinanti ambientali e tutte le sostanze tossiche, non si può non parlare dell'epigenetica, definita come lo studio dei cambiamenti ereditabili nell'espressione genica che non sono causati da cambiamenti nella sequenza del DNA. Negli ultimi dieci anni la ricerca epigenetica ha dimostrato che i modelli di DNA trasmessi attraverso i geni non sono fissati alla nascita. Questo significa che le influenze dell'ambiente, compresa l'alimentazione, lo stress e le emozioni possono modificare i geni senza modificarne il modello di base. In particolare, quando viene richiesta l'attività di un gene, è un segnale proveniente dall'ambiente, e non una proprietà derivante dal gene stesso, che attiva l'espressione di quel gene. Un esempio di tali sostanze è il metilmercurio (MeHg), secondo recenti ricerche, vi sono prove sufficienti per affermare che l'esposizione dell'uomo con questa singola sostanza, oppure correlata con altri metalli, come l'arsenico (As), possa comportare danni genetici, sono infatti definiti "agenti tossici epigenetici". Uno studio epidemiologico in donne in gravidanza, nell'area del Mediterraneo ha riportano una correlazione positiva moderata tra biomarker di Hg e l'esposizione a questi agenti tossici epigenetici[10]. Tale studio ha individuato una correlazione positiva tra la presenza di elementi tossici come il mercurio ed il consumo di pesce, soprattutto in correlazione alla tipologia e alla quantità di pesce di cui le donne oggetto dello studio si sono nutrite.

OBIETTIVO

L'obiettivo principale della revisione è quello di reperire in letteratura studi effettuati per valutare la correlazione tra sostanze tossiche e salute al fine di avere maggiori conoscenze rispetto ai danni che impattano sull'organismo umano.

QUESITO

Le sostanze tossiche disperse nell'ambiente possono determinare patologie sulla popolazione? Quali malattie sono principalmente associate alle sostanze tossiche?

P: popolazione a rischio di esposizione tossicologica

I: strategie di identificazione delle malattie tossico correlate

C:

O: identificazione delle malattie associate

TABELLA 2 Risultati Descrizione degli studi

TITOLO	AUTORE	TIPO DI STUDIO	CAMPIONE	OBIETTIVO	RISULTATI
Lung inflammation caused by inhaled **toxicants: a review.**	Sánchez-Santed F, Colomina MT, Herrero Hernández E.	Descrittivo	Popolazione umana	Chiarire il percorso di sostanze tossiche per identificare potenziali bersagli terapeutici suscettibili di trattamenti anti-infiammatori.	Il presente studio suggerisce che l'infiammazione polmonare si verifica in risposta a patogeni batterici, virali ed inquinanti ambientali. Le fonti di inquinamento interno includono il fumo di sigaretta, micotossine,le particelle di amianto, silice, e metalli pesanti: l'esposizione a sostanze tossiche presenti nell'aria provenienti da diverse fonti ambientali possono portare a patologie polmonari acute e croniche o addirittura infiammazione sistemica. Microscopiche particelle di amianto e silice (da materiali da costruzione) e quelli di metalli pesanti (da vernice) sono ulteriori fonti di inquinamento dell'aria interna che contribuisce a malattie respiratorie. Dopo la consegna intranasale negli animali, non si localizzano solo nei polmoni, ma anche nel fegato, reni e milza suscitando danni ai diversi organi.
Chronic Administration of Benzo(a)pyrene Induces Memory Impairment and Anxiety-Like Behavior and Increases of NR2B DNA Methylation.	Zhang W, Tian F, Zheng J, Li S, Qiang M.	Caso controllo	Topi C57BL hanno ricevuto BaP in diverse dosi (1,0, 2,5, 6,25 mg / kg) o olio di oliva due volte a settimana per 90 giorni	Esaminare i meccanismi che regolano alla base l'impatto dell'esposizione cronica BaP sulle prestazioni neuro comportamentali.	I topi che hanno ricevuto BaP (2,5, 6,25 mg / kg) hanno mostrato deficit nella memoria a breve termine e un comportamento ansiogeno La vulnerabilità di NR2B rappresenta un bersaglio per gli agenti tossici. L'esposizione cronica al BaP induce un aumento della metilazione del DNA nel promotore del gene NR2B. Ciò può contribuire a determinare i suoi effetti neurotossici sulle prestazioni comportamentali ed alterazioni della memoria a BT
Mechanistic overview of immune modulatory **effects of environmental t oxicants.**	Bahadar H, Abdollahi M, Maqbool F, Baeeri M, Niaz K	Descrittivo	Popolazione umana	Dimostrare che gli agenti chimici presenti nell'ambiente causano alterazioni a carico del sistema immunitario	Gli studi suggeriscono che molti agenti chimici presenti nell'ambiente quali metalli pesanti, prodotti agrochimici, e vari tipi di idrocarburi possiedono tossicità immunitario e causano sia cambiamenti strutturali, funzionali o di composizione a vari componenti del sistema immunitario che altera la risposta immunitaria. E' presente una relazione bidirezionale complesso tra il sistema nervoso centrale (SNC) e il sistema immunitario. Recettori per neuropeptidi, neurotrasmettitori e gli ormoni si trovano su organi linfoidi. Pertanto, gli interferenti endocrini (IE) presenti nel nostro ambiente possono essere indirettamente coinvolti nel causare tossicità immunitaria attraverso canali neuroendocrini, e viceversa molti disturbi neurologici possono essere associati ad inquinanti ambientali che utilizzano percorsi immuno-neuro-endocrino
Perinatal air pollutant exposures and autism spectrum disorder in the children of Nurses' Health Study II participants.	Roberts AL, Lyall K, Hart JE, Laden F, Just AC, Bobb JF, Koenen KC, Ascherio A, Weisskopf MG.	Studio di coorte	116,430 infermieri da 14 stati degli Stati Uniti	Testare l'ipotesi che l'esposizione perinatale a inquinanti atmosferici è associata con ASD, concentrandos i sugli inquinanti associati a ASD in studi precedenti	Esposizioni perinatali al più alto rispetto al quintile più basso del gasolio, piombo, manganese, mercurio, cloruro di metilene, e una misura globale di metalli sono risultati significativamente associati con ASD, con odds ratio che variano da 1.5 (per la misura metalli complessivi) a 2,0 (per diesel e mercurio).Inoltre, le tendenze lineari sono stati positivi e statisticamente significativo per tali esposizioni (p <.05 per ciascuno). Per la maggior parte degli inquinanti, le associazioni erano più forti per i ragazzi (279 casi) che per le ragazze (46 casi) e significativamente diversi a seconda del sesso..
Prenatal exposure to the organophosphate insecticide chlorpyrifos enhances brain oxidative stress and prostaglandin E2 synthesis in a mouse model of idiopathic autism.	De Felice A, Greco A, Calamandrei G, Minghetti L.	Randomizzato	Topi maschi e femmine del ceppo BTBR e C57	Indagare se gli effetti comportamentali della somministrazione gestazionale CPF sono associati ad un aumento dello stress ossidativo del cervello ed alterazione del metabolismo lipidico	BTBR T + tf / J ceppo è altamente vulnerabile a fattori di stress ambientali durante il periodo di gestazione. L'ipotesi che lo stress ossidativo potrebbe essere il legame tra sostanze neurotossiche ambientali come il CPF e ASD. L'aumento dei livelli di stress ossidativo durante la prima vita postnatale potrebbe comportare alterazioni, ritardo di lunga durata in percorsi specifici rilevanti per ASD, di cui PGE_2 ha un ruolo rappresentativo. L'esposizione prenatale CPF, influenza in modo significativo lo stress ossidativo.

Metodo

La ricerca bibliografica è stata condotta sulle principali banche dati scientifiche: Pubmed e Cochrane Library. Sono stati utilizzati i termini Mesh ed eventualmente i loro sinonimi (Entry Terms) e le parole a testo libero.

È stato impostato, inoltre, il filtro temporale relativo agli ultimi cinque anni in modo da escludere citazioni precedenti già incluse nelle letteratura corrente.

Sono state esclusi articoli che contenessero la parola "Cancer" al fine di focalizzare la letteratura sulla malattie croniche. La ricerca bibliografica è stata condotta dal 13 novembre 2015 al 30 giugno 2016.

Differential DNA methylation in umbilical cord blood of infants exposed to mercury and arsenic in utero.	Cardenas A, Koestler DC, Houseman EA, Jackson BP, Kile ML, Karagas MR, Marsit CJ	Caso controllo	138 coppie madre-neonato dopo il parto. Donne in età compresa tra 18-45 anni che bevevano acqua di un pozzo privato	Dimostrare che l'esposizioni prenatali a sostanze tossiche, quali Hg e As anche a bassi livelli, sono associate a alterazioni epigenetiche che possono contribuire ad alterazioni del profilo immunitario	Una diminuzione complessiva della quota di monociti imputati è stato osservato in relazione ai crescenti livelli di esposizione al mercurio (β = -2.5%; 95% CI: -5.0, -1.0). Dopo stratificazione per sesso, l'associazione è rimasta significativa per le femmine (β = -2,6%; 95% CI: -5.0, -1.0), ma non i maschi (β = -1.9%; 95% CI: -8.0, 4.0). Un aumento della proporzione di cellule B è stata osservata anche con livelli crescenti di esposizione Hg in femmine soltanto (β = 3,5%; 95% CI 1.0, 7.0). L'esposizione al mercurio può influenzare la composizione dei leucociti e perturbare l'epigenoma anche a bassi livelli. Inoltre, l'esposizione ad As e Hg *in utero* possono interagire congiuntamente e influenzare l'epigenoma ipermetilando regioni rilevanti che hanno il potenziale per influenzare lo sviluppo neurologico.
Of decrements and disorders: assessing impairments in **neurodevelopment** in prospective studies of **environmental** toxicant exposures.	Sagiv SK, Kalkbrenner AE, Bellinger DC	Prospettico	Bambini	Fornire importanti indizi sull'eziologia dei disturbi dello sviluppo neurologico correlando tra i diversi fattori di rischio, l'esposizione a sostanze tossiche ambientali grazie al tipo di studio.	Studi prospettici, che reclutano i partecipanti prima dello sviluppo del risultato, possono migliorare notevolmente la qualità dei dati di esposizione attraverso la quantificazione delle esposizioni la tossicità ambientale durante "finestre" evolutivamente rilevanti (punti di tempo durante lo sviluppo, quando un insulto ha maggiore impatto potenziale sul successivo sviluppo), e impiegando biomarcatori o misure micro-ambientali.Identificare gli effetti di agenti tossici ambientali su disturbi dello sviluppo neurologico è particolarmente importante dal punto di vista della salute pubblica perché molte di queste esposizioni sono modificabili e possono essere oggetto di intervento
Organophosphate pesticide exposure and **neurodegeneration**.	Sánchez SF, Colomina MT, Herrero Hernández E.	Descrittivo	Popolazione umana	Individuare i meccanismi comuni che possono essere alla base dei deficit funzionali associati sia esposizione ai pesticidi e neurodegenerazione.	I pesticidi organofosfati (PO) sono ampiamente utilizzati in tutto il mondo. Le principali fonti di contaminazione per gli esseri umani sono l'ingestione alimentare e le esposizioni professionali che comportano una serie di effetti sia per l' esposizioni di alto che basso livello, durante la vita. Gli OP sono perciò da considerare fattori di rischio per le malattie del sistema nervoso e malattie croniche croniche. Gli OP inibiscono l'acetilcolinesterasi (AChE) ,alcuni ormoni,neurotrasmettitori, deficit neurologici e / o cognitive .
Pesticides exposure as etiological factors of Parkinson's disease and other neurodegenerative diseases--a mechanistic approach.	Baltazar MT, Dinis-Oliveira RJ, de Lourdes Bastos M, Tsatsakis AM, Duarte JA, Carvalho	Descrittivo	Tutta la Popolazione	Chiarire il ruolo dei pesticidi come fattori di rischio ambientali nella genesi del PD idiopatica e altre sindromi neurologiche	L'eziologia della maggior parte dei disturbi neurodegenerativi è multifattoriale e consiste di una interazione tra fattori ambientali e predisposizione genetica. Il ruolo dei pesticidi esposizione a malattie neurodegenerative è stato a lungo sospettato, ma gli agenti causali specifici e i meccanismi alla base non sono pienamente compresi. Per le principali malattie neurodegenerative come il morbo di Parkinson, il morbo di Alzheimer e la sclerosi laterale amiotrofica ci sono evidenze che collegano loro eziologia con un basso dosaggio a lunga esposizione a pesticidi come il paraquat, maneb, dieldrina, piretroidi e organofosfati . La maggior parte di questi pesticidi condividono caratteristiche comuni, vale a dire la capacità di indurre stress ossidativo, disfunzione mitocondriale e perdita delle cellule neuronali.
Environmental immune disruptors, inflammation and **cancer** risk.	Thompson PA, Khatami M, Baglole CJ, Sun J, Harris SA, Moon EY, Al-Mulla F, Al-Temaimi R.et.al			il ruolo che le sostanze chimiche e miscele hanno sulle cellule del sistema immunitario umano.	Un'area emergente in tossicologia ambientale che è stata più ampiamente perseguita in relazione alle malattie autoimmuni, allergie,asma e cancro; la risposta delle cellule immunitarie ha un ruolo importante nella tumorigenesi. L'attenzione viene posta sulle molecole e percorsi che sono stati meccanicamente collegate con l'infiammazione associata al tumore. Nel contesto di disturbi indotti chimicamente in funzione immunitaria come co-fattori nella carcinogenesi, le prove che collegano l'esposizione tossici ambientali con perturbazione in

Per rendere più sensibile la ricerca, sono stati combinati i risultati con gli operatori booleani. Per trovare tutti gli articoli contenenti le parole che rispondono allo stesso concetto, sono state combinate con "OR", mentre è stato usato "AND", al fine di individuare quei records che contengono simultaneamente tutte le parole chiave inserite. Sono stati selezionati studi epidemiologici, revisioni e metanalisi cui fosse accessibile il full text.

keywords:

Environmental toxicants; immune system; heavy metals; chronic disease; neurological effects; neurodevelopment; organophosphate pesticide exposure; neuro degeneration; air pollution; sclerosis multiple

Risultati

Nella **tabella 1** viene riportata la strategia di ricerca e la selezione degli studi. Nella **tabella 2** sono riportati i risultati della ricerca sintetizzati per obiettivi, tipologia di studio, popolazione e conclusione dei singoli studi reperiti.

DISCUSSIONE

Dalla ricerca effettuata sono emersi un numero considerevole di articoli in merito agli effetti che le sostanze tossiche hanno sulla salute umana.

Emerge che il meccanismo epigenetico è associato a malattie e/o alterazioni. In particolare gli di studi chiariscono come l'esposizione in utero a sostanze tossiche sia coinvolta nello sviluppo dell'ASD, di deficit cognitivi e neuro comportamentali, disabilità dello sviluppo neurologico, tra cui l'autismo, iperattività da deficit di attenzione, dislessia e altri disturbi cognitivi, patologie che colpiscono milioni di bambini in tutto il mondo. La frequenza di queste diagnosi è in aumento in Europa e nel resto del mondo.I risultati della ricerca supportano inoltre un legame tra l'esposizione ambientale per inquinamento da traffico e il rischio di leucemia infantile. L'esposizione a sostanze tossiche quindi,comporta modificazioni epigenetiche, alterazioni del sistema immunitario, endocrino, nervoso e stress ossidativo. A riguardo c'è un enorme corpo di prove sulla relazione tra esposizione a pesticidi ed elevato tasso di malattie croniche come diversi tipi di tumori, diabete, malattie neurodegenerative come il Parkinson, l'Alzheimer e SLA, difetti di nascita, disordini riproduttivi, problemi respiratori e malattie cardiovascolari. La caratteristica delle malattie croniche è un disturbo di omeostasi cellulare che può essere indotto tramite azione primaria da parte di sostanze tossiche come perturbazioni di canali ionici, enzimi e recettori.

E' stato evidenziato che la tossicità dopo l'inalazione di una dose tossica di micotossine comporta effetti sistemici esclusivi di danno polmonare e l'esposizione cronica ad alcuni IPA induce un aumento della metilazione del DNA nel promotore di particolari geni contribuendo a determinare effetti neurotossici sulle prestazioni comportamentali in particolare alterando la neurotrasmissione centrale.

Le diverse distribuzioni di elementi nei

continua a pagina 24

continua da pagina 23

capelli dei pazienti con SM rispetto ai controlli fornisce una prova indiretta supplementare di squilibrio metabolico di elementi chimici nella patogenesi di questa malattia.

CONCLUSIONI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto che circa 1/4 delle malattie è causato da fattori ambientali. Secondo le stime, il 23% dei decessi a livello mondiale (e il 26% dei decessi tra i bambini sotto i cinque anni) sono dovute a fattori ambientali modificabili.

L'Agenzia europea dell'ambiente (Aea) sottolinea che l'inquinamento ambientale contribuisce all'insorgenza di gravi malattie di natura cardiaca e respiratorie oltre che a tumori, riducendo la qualità e, di conseguenza, l'aspettativa di vita della popolazione.

Essa rileva inoltre che l'Italia è il paese dell'Unione Europea segnato dal record di morti premature rispetto alla normale aspettativa di vita a causa dell'esposizione a tali sostanze tossiche. A riguardo, secondo i dati diffusi dall'Istat nell'agosto del 2015, il numero di morti è aumentato di circa l'11,3% ovvero quasi 46.000 decessi in più rispetto allo stesso periodo del 2014. L'unica soluzione per limitare gli effetti di un inquinamento sempre più pervasivo, è rappresentata dalla prevenzione primaria.

Il legame tra infermieri e la tutela dell'ambiente potrebbe essere implementato, essendo essi tra gli attori più rilevanti nello scenario sanitario. Gli infermieri sono numericamente numerosi e distribuiti in modo molto capillare, caratteristiche che rendono questa figura strategica per promuovere e preservare la salute mediante comunicazione diretta, volta a ridurre l'impatto che l'uomo ha sull'ambiente e le sue conseguenze sulla salute. Inoltre, tale tematica, per gli infermieri, risponde ad un preciso dovere deontologico, come richiamato all' Articolo 19 del C.D: "L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione".

					bilico tra le risposte pro e anti-infiammatori è rivisto. Effetti riportati di bisfenolo A, atrazina, ftalati e altre sostanze tossiche comuni in materia di bersagli molecolari e cellulari sono coinvolti nel processo infiammatorio associata al tumore (ad esempio cicloossigenasi / prostaglandine E 2 , fattore nucleare kappa B, sintesi di ossido nitrico, citochine e chemiochine) sono presentate come esempio di molecola bersaglio mediata da perturbazioni rilevanti per il cancro.
A review and meta-analysis of outdoor air pollution and risk of childhood leukemia .	Filippini T, Heck JE, Malagoli C, Del Giovane C, Vinceti M.	Metanalisi	20 studi caso-controllo individuati in letteratura di cui sono stati messi in evidenza solo quelli sulla base della scala di Newcastle-Ottawa	Valutare l'esposizione residenziale alle sostanze inquinanti da traffico motorizzato calcolando la densità del traffico nelle strade vicine o vicinanza alle stazioni di servizio.	Poiche è stata osservata eterogeneità tra gli studi, sono stati riportati effetti casuali odds sintesi ratio (OR) e gli intervalli di confidenza al 95% (CI).Quando possibile abbiamo inoltre condotto analisi stratificate che confrontano la leucemia linfoblastica acuta (ALL) e leucemia mieloide acuta (AML). Limitando l'analisi agli studi di alta qualità (Newcastle-Ottawa scala ≥ 7), quelli che utilizzano la densità di traffico come metrica valutazione dell'esposizione ha mostrato un aumento del rischio di leucemia infantile nella massima categoria di esposizione (95% CI) . Tuttavia, abbiamo osservato evidenza di bias di pubblicazione. Risultati per NO 2 l'esposizione e il benzene ha mostrato un OR di 1,21 (95% CI 0,97-1,52) e 1,64 (95% CI 0,91-2,95), rispettivamente. Stratificando in base al tipo di leucemia, i risultati basati su NO 2 erano 1,21 (95% CI 1,04-1,41) per tutti e 1,06 (95% CI 0,51-2,21) per AML; sulla base di benzene era 1,09 (IC al 95% 0,67-1,77) per tutti e 2,28 (95% CI 1,09-4,75) per AML.
Trace elements in scalp hair samples from patients with relapsing-remitting multiple sclerosis.	Tamburo E, Varrica D, Dongarrà G, Grimaldi LM.	Caso-controllo	pazienti con SM e non.	Confrontare i livelli di Te a capelli del cuoio capelluto di pazienti con SM e controlli sani della stessa area geografica (Sicilia).	Pazienti con sclerosi multipla hanno mostrato una concentrazione di di alluminio e rubidio nei capelli (valori mediani: Al = 3,76 mcg / g vs 4,40 mcg / g e Rb = 0,007 mg / g vs 0,01 mcg / g;) e la concentrazione più elevata di capelli U (valori mediani U : 0,014 mg / g vs 0,007 g / g) rispetto ai controlli sani. Le percentuali di pazienti affetti da SM che mostrano nei capelli concentrazioni elementari superiori al 95 ° percentile della controlli erano 20% per Ni, 19% per Ba e U, e del 15% per Ag, Mo e Se. Viceversa, le percentuali di pazienti con SM mostrano capelli concentrazioni elementari inferiore al 5 ° percentile di controlli sani erano 27% di Al, 25% per Rb, 22% per Ag, 19% Fe, e il 16% per Pb. Dopo la stratificazione per sesso, soggetti sani non hanno mostrato alcuna differenza significativa nei livelli di oligoelemento,a differenza dei pazienti con SM.

*Infermiere, ASL Na2 Nord, P.O San Giuliano
**Laureanda in Infermieristica, Tor Vergata, sede Castel Volturno

BIBLIOGRAFIA

1. Churg A, Zhou S, Wang X, Wang R, Wright JL. The role of interleukin-1beta in murine cigarette amole-induced emphysema and small airway remodeling. Am J Respir cellulare Mol Biol . 2009; 40 (4): 482-490.

2. Cardenas A, Koestler DC, Houseman EA, Jackson BP, Kile ML, Karagas MR, Marsit CJ.(2015). Differential DNA methylation in umbilical cord blood of infants exposed to mercury and arsenic in utero. Epigenetics;10: 508-515

3. US Environmental Protection Agency (EPA) 2010

4. ISS. Disturbi dello spettro autistico. Pubblicato il 10-02-2010 in Autismo, aggiornato al 19-04-2013

5. US EPA. Pesticides Science. https://www.epa.gov/science-and-technology/pesticides-science. Consultato il 22, febbraio 2016

6. Boucher O, Muckle G, Jacobson JL, Carter RC, Kaplan-Estrin M, P Ayotte, Dewailly É, Jacobson SW. Prenatal exposure to methylmercury and PCBs affects distinct stages of information processing: an event-related potential study with Inuit children. Environ Health Perspect2014; 122 : 310;

7. Karagas M, Choi AL, Oken E, Horvat M, Schoeny R, Kamai E, Grandjean P, Korrick S. Evidence on the human health effects of low-level methylmercury exposure.Environ Salute Perspect 2012; 120: 799-806

8. US EPA. POPs: Persistent Organic Pollutants. https://www.epa.gov/science-and-technology/pesticides-science. Consultato il 22, febbraio 2016

9. Verma N, Pink M, Rettenmeier AW, Schmitz-Spanke S. Review on proteomic analyses of benzo[a]pyrene toxicity. Proteomics. 2012;12(11):1731–55.

10. Miklavčič A, Casetta A, Tratnik JS, Mazej D, Krsnik M, Mariuz M, Sofianou K, Špirić Z, Barbone F, Horvat M. Mercury, arsenic and selenium exposure levels in relation to fish consumption in the Mediterranean area. Environ res 2013; 120: 7-17

mation and cancer risk. Carcinogenesis, 2015; 36: 232-253.

Ricerca infermieristica

L'adesione alla vaccinazione antinfluenzale degli infermieri a contatto con pazienti immunocompromessi

a cura di Alessandra D'Auria, Simona Lopes, Claudia Panico, Vincenza Sansone, Gianpaolo Gargiulo, Silvio Simeone, Teresa Rea

Abstract

Introduzione: la vaccinazione antinfluenzale (VA) rappresenta uno degli interventi raccomandati per proteggere non solo operatori sanitari e pazienti ad alto rischio, ma la popolazione tutta.

Lo scopo dello studio è stato valutare l'adesione alla VA da parte del personale infermieristico dedicato all'assistenza dei pazienti immunocompromessi presso l'A.O.U. "Federico II" di Napoli negli ultimi cinque anni. Ulteriori obiettivi sono stati: rilevare il fabbisogno formativo e comprendere i motivi della mancata adesione alla VA.

Metodo: lo studio osservazionale è stato condotto da giugno a settembre 2015; è stato somministrato un questionario rivolto agli infermieri utilizzando un modulo di analisi on-line creato con la piattaforma G-Drive di Google.

Risultati: sono stati somministrati un totale di 227 questionari con un tasso di adesione del 67.8%. Il 61.3% del campione creda nelle vaccinazioni quali strumenti importanti per la riduzione/eliminazione delle malattie.

Nell'anno 2014-15, l'89% del campione non ha praticato la vaccinazione antinfluenzale. Negli ultimi 5 anni il 20.8% dichiara di essersi vaccinato soltanto una volta, l'11% due o più volte, mentre il 68.2% non si è mai vaccinato. Un ulteriore bisogno di informazioni è emerso nell'80% del campione.

Conclusioni: l'assenza di un protocollo aziendale e le misconception sulla VA sembrano essere i principali elementi che hanno determinato i risultati. Vi è la necessità di attuare interventi capaci di stimolare gli operatori a comprendere l'importanza della VA, sviluppando una maggiore l'adesione.

Parole chiave: ***vaccinazione antinfluenzale, infermieri, attitudini, comportamenti, adesione.***

Background

Il rischio infettivo associato all'assistenza socio-sanitaria rappresenta una condizione rilevante in ragione della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)[1].

In particolare, a seguito dei risultati di studi riguardanti ilsul contagio in ambiente ospedaliero, i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) raccomandano fortemente l'immunizzazione attiva del personale sanitario per la prevenzione di numerose patologie prevenibili, tra cui l'influenza stagionale[2].

Le epidemie di influenza, infatti, causano ogni anno un aumento della morbilità e della mortalità nelle strutture sanitarie, in particolare in gruppi ad alto rischio quali i bambini, le persone immunocompromesse o con patologie croniche.

I CDC[3,4] hanno raccomandanto che tutti gli operatori sanitari vengano sottoposti a vaccinazione antinfluenzale con tre obiettivi principali:1) ridurre il rischio per i pazienti di contrarre l'influenza dagli operatori, 2) proteggere gli operatori ed i loro familiari dall'influenza e 3) ridurre le assenze degli operatori durante il periodo influenzale, riducendo così i costi per il sistema sanitario. Una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia[5]. Nonostante la dimostrata efficacia delle vaccinazioni e le raccomandazioni nazionali ed internazionali - tra cui la direttiva comunitaria 2000/54/CE "Protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti biologici durante il lavoro"[6]- la copertura vaccinale fra il personale sanitario, anche se varia da Paese a Paese (dal 90% negli USA al 24% in Portogallo)[7,8], rimane bassa in tutto il mondo. Sebbene in Italia i dati di copertura vaccinale del personale sanitario non siano raccolti routinariamenteabitualmente, studi ad hoc mostrano tassi bassi sia durante le stagioni epidemiche sia in corso di pandemia (9). Per rispondere alla necessità di promuovere la vaccinazione tra gli operatori sanitari, secondo quanto indicato dagli obiettivi di copertura del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2012-14[10,11]è stato realizzato un progetto europeo intitolato "HProImmune - Promozione dell'immunizzazione degli operatori sanitari in Europa".

Il progetto, della durata di tre anni, ha prodotto e testato uno strumento di comunicazione e informazione (toolkit) per promuovere la vaccinazione degli operatori sanitari. La scelta di indagare la copertura vaccinale degli infermieri a contatto con i pazienti immunocompromessi è giustificata dalle raccomandazioni di organizzazioni sanitarie e governative internazionali e da diversi studi, i quali affermano che la vaccinazione antinfluenzale degli operatori sanitari e dei pazienti ad alto rischio sia il metodo più efficace di prevenzione dell'influenza [5,12,13]. Nella fase progettuale dello studio è stato verificato che nell'A.O.U. "Federico II" non è presente alcun documento aziendale in me-

continua a pagina 26

Ricerca infermieristica

continua da pagina 25

rito a tale tematica, pertanto lo scopo principale di questo studio è stato quello di valutare la percentuale di infermieri, infermieri pediatrici e coordinatori infermieristici dedicati all'assistenza a pazienti immunocompromessi che si sono sottoposti a copertura vaccinale antinfluenzale nell'A.O.U. "Federico II" negli ultimi cinque anni e confrontare tali dati con quelli di studi condotti nelle altre regioni italiane, in Europa e negli USA. Ulteriori obiettivi sono stati: rilevare il fabbisogno formativo del personale intervistato, comprendere i motivi di non adesione alla vaccinazione e proporre possibili strategie di promozione della vaccinazione antiinfluenzale.

UU.OO. Selezionate	Unità Infermieristiche Totali	Partecipanti	Adesione
Anestesia e Rianimazione e T.I. Chirurgica	26	24	92.3%
TIN	31	22	71%
Neonatologia	40	15	37.5%
Ematologia (DH – Degenza)	21	21	100%
Oncologia (DH – Degenza)	17	13	76.4%
Malattie Infettive	11	1	9%
Cardiochirurgia e Cardiochirurgia Pediatrica	27	21	77.7%
Chirurgia dei Trapianti	15	11	73.3%
Fibrosi cistica	10	4	40%
Fibrosi Cistica Pediatrica	20	15	75%
Immunologia e Allergologia	9	7	77.7%
Totale	**227**	**154**	**67.8%**

Tabella 1. UU.OO. di appartenenza del campione

a cura di D'Auria A., Lopes S., Panico C., Sansone V. Gargiulo G.,ARGIULO, Simeone S., IMEONE, Rea T.EA.

INTRODUZIONE

Materiali e Metodi

E' stato condotto uno studio osservazionale da giugno a settembre 2015. Sono state incluse nell'indagine le seguenti UU.OO. caratterizzate dalla presenza di pazienti in condizioni di immunocompromissione: Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva Chirurgica; Terapia Intensiva Neonatale; Neonatologia; Ematologia e Trapianti di Cellule Staminali Emopoietiche; Oncologia; Malattie Infettive; Cardiochirurgia e Cardiochirurgia Pediatrica; Chirurgia dei Trapianti; Geriatria e Fibrosi Cistica; Fibrosi Cistica Pediatrica; Allergologia e Immunologia Clinica.

Per le finalità dello studio è stato elaborato uno specifico questionario, attraverso una revisione del questionario utilizzato per il progetto europeo HProImmune. Al fine di renderlo più agevole e per permettere ai ricercatori di acquisire confidenza con lo strumento, il questionario è stato somministrato ai membri del gruppo di studio[4] e ad altri studenti del secondo anno del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II". Il questionario si compone di 20 item , a risposta aperta e con scale di Likert, ed è diviso in due parti: una prima parte, in forma anonima, che raccoglie dati socioanagrafici (età, sesso, titolo di studio, anni diesperienza, ecc.), e una seconda che esplora le conoscenze e i comportamenti circa la VA. Prima di procedere alla somministrazione dei questionari, è stata richiesta ed ottenuta autorizzazione scritta alla Direzione Sanitaria Aziendale. I dati raccolti, in forma anonima e aggregata, sono stati raccolti utilizzando un modulo di analisi on-line creato con la piattaforma G-Drive di Google.

Risultati

Dei 227 questionari somministrati, ne sono stati restituiti 154 compilati, mentre 73 non sono stati restituiti o non compilati, determinando una percentuale di adesione del 67.8 %. Gli infermieri in servizio presso le UU.OO. analisi esaminate incluse, hanno aderito allo studio in misura diversa, determinando un eterogeneo tasso di adesione **(Tabella 1)**. Il campione era così distribuitounità infermieristiche, così suddivise

Tabella 2 Caratteristiche generali del campione

	N° (154)	%
Fasce di età (anni)		
< 25 anni	6	3.9%
25 - 34 anni	21	13.6%
35 - 44 anni	36	23.4%
45 - 54 anni	37	24%
55 - 64 anni	51	33.1%
> 65 anni	3	1.9%
Sesso		
Maschile	66	42.7%
Femminile	88	57.3%
Titolo di Studio		
Diploma Regionale	78	51.3%
Laurea Triennale	62	40.5%
Laurea Magistrale	15	9.9%
Dottorato di Ricerca	1	0.7%
Master in Coordinamento	22	14.5%
Altro	4	2.6%
U.O. di appartenenza		
Anestesia e Rianimazione e T.I. Chirurgica	24	13.8%
Terapia Intensiva Neonatale	22	14.3%
Neonatologia	15	9.7%
Ematologia	21	13.6%
Oncologia	13	8.4%
Malattie Infettive	1	0.6%
Cardiochirurgia e Cardiochirurgia Pediatrica	21	13.6%
Chirurgia dei Trapianti	11	7.1%
Fibrosi Cistica	4	2.6%
Fibrosi Cistica Pediatrica	15	9.7%
Altro (Allergologia e Immunologia)	7	4.5%
Numero degli anni di servizio		
≤ 2	5	3.2%
2-5	17	11%
6-10	18	11.7%
10-20	44	28.6%
>20	70	45.5%
Numero degli anni di esperienza presso l'U.O.		
≤ 2	28	18.2%
2-5	19	12.3%
6-10	22	14.3%
10-20	35	22.7%
>20	50	32.5%

(Grafico 1): 110 infermieri (71.4%), 36 infermieri pediatrici (23.4%) e 8 coordinatori infermieristici (5.2%). I partecipanti allo studio hanno un'età media di 47 anni , la maggioranza è di sesso femminile. Il livello culturale è medio-alto, con esperienza pluriventennale sia lavorativa che inerente lo specifico ambito lavorativo **(Tabella 2)**. La seconda parte del questionario indagava inizialmente le convinzioni del personale infermieristico in relazione ai vaccini in

generale. Dai risultati si evidenzia che il 61.3% dei soggetti intervistati crede nelle vaccinazioni quali strumenti importanti per la riduzione/eliminazione delle malattie. **(Grafico 2)**. tuttavia, proseguendo con l'analisi dei dati si rileva che nell'anno 2014-15 solo l'11% degli operatori intervistati si è sottoposto alla vaccinazione antinfluenzale, mentre il restante 89% dichiara di non essersi vaccinato. Il personale vaccinato ha motivato tale scelta dichiarando la propria convinzione circa l'efficacia della vaccinazione e la volontà di voler evitare sia di contagiare che di essere contagiato **(Grafico 3)** Nei soggetti che non hanno aderito alla VA, nell'anno 2014-15, tra le principali ragioni è emersa l'assenza di direttive aziendali **(Grafico 4)**. Negli ultimi 5 anni il 20.8% del personale infermieristico intervistato (n 32) si è vaccinato soltanto una volta, l'11% (n 17) due o più volte mentre il 68.2% (n 105) non si è mai vaccinato. Si è successivamente indagata la conoscenza degli infermieri circa la presenza di un registro del personale vaccinato e di documenti aziendali. Il 63.4% (n 97) non è informato in merito all'esistenza o meno di un registro; il 35.9% (n 55) sa che non esiste; lo 0.7% (n 1) invece ne riconosce l'esistenza. Il 25.3% (n 39) è al corrente dell'inesistenza di documenti aziendali relativi alla VA; il 63.6% (n 98) dichiara di non sapere se questi esistono o no. Una esigua minoranza dell'11,1% (n 17) invece ritiene che esistono documenti in merito, in particolare: una Linea Guida (6.5%), un Protocollo (0,6%) e una Circolare (4%). In linea con questi ultimi risultati, alla domanda riguardo la richiesta da parte dell'azienda di vaccinarsi contro l'influenza stagionale annuale, il 90.3% (n 139) dichiara che tale vaccinazione non è richiesta. Una minoranza del 9.7% (n 15) dichiara il contrario. È stato chiesto chi proponesse la VA e quale potrebbe essere, in futuro, la modalità di proposta più efficace. I risultati rilevati **(Tabella 3)** evidenziano che 103 partecipanti (77%) non hanno ricevuto nessun invito a sottoporsi alla vaccinazione, mentre una proposta di vaccinazione da parte della Direzione Sanitaria in è stata riferita da 11 soggetti (8.2%), dall'Ufficio Igiene Aziendale in 9 soggetti (6.7%) e dal Coordinatore Inf.co o Dirigente Medico dell'U.O in 10 casi (7.7%). Nella parte finale del questionario

Tabella 3 - Proposta di vaccinazione antinfluenzale

LA VACCINAZIONE LE È STATA PROPOSTA DA:	N° (154)	%
Dal Coordinatore Infermieristico	3	2.2%
Dal Dirigente Medico	7	5.2%
Dall'Ufficio di Igiene	9	6.7%
Dalla Direzione Sanitaria	11	8.2%
Da nessuno	103	76.9%
SECONDO LEI, QUALE POTREBBE ESSERE LA MODALITÀ DI PROPOSTA DELLA VACCINAZIONE ANTINFLENZALE PIÙ EFFICACE?		
Invito scritto da parte del Dipartimento di Igiene/ Direzione Sanitaria	48	36.1%
Responsabilizzazione del Coordinatore Infermieristico/ Direttore U.O.	12	9%
Vaccinazione obbligatoria a livello aziendale	24	18%
Bonus	12	9%
Maggiore promozione della campagna vaccinale	36	27.1%
Altro	1	0.8%

DA QUANDO LAVORA IN QUESTA U.O. È STATO MAI ORGANIZZATO UN INTERVENTO EDUCATIVO IN MERITO ALLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE?	N°(154)	%
Si, ho partecipato	4	2.6%
Si, ma non ho partecipato	4	2.6%
No	107	69.5%
Non so	39	25.3%
RITIENE UTILE UN INTERVENTO EDUCATIVO FINALIZZATO AD IMPLEMENTARE LE CONOSCENZE INERENTI LA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE?		
Si	128	83.1%
No	26	16.9%
SE VENISSE ORGANIZZATO UN INTERVENTO FORMATIVO, LEI PARTECIPEREBBE?		
Si	108	70.1%
No	21	13.6%
Non so	25	16.2%

Tabella 4 - Fabbisogno Formativo in tema di vaccinazione antinfluenzale

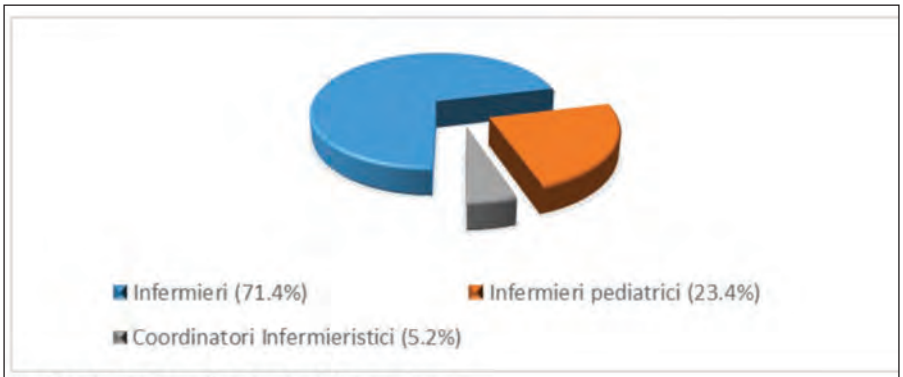


Grafico 1 Ruolo professionale del campione

continua a pagina 29

Ricerca infermieristica

continua da pagina 27

sono stati valutati sia l'eventuale organizzazione e partecipazione a un intervento educativo passato, sia il fabbisogno formativo futuro del personale infermieristico coinvolto. 107 partecipanti (69.5%) dichiarano che non è stato organizzato nessun evento durante il proprio periodo di lavoro presso l'AOU "Federico II", 39 (25.3%) non ricordano o non ne sono a conoscenza, 4 (2.6%) affermano che è stato organizzato un evento a cui però non hanno partecipato e altri 4 affermano che effettivamente hanno partecipato ad uno specifico evento sul tema. .

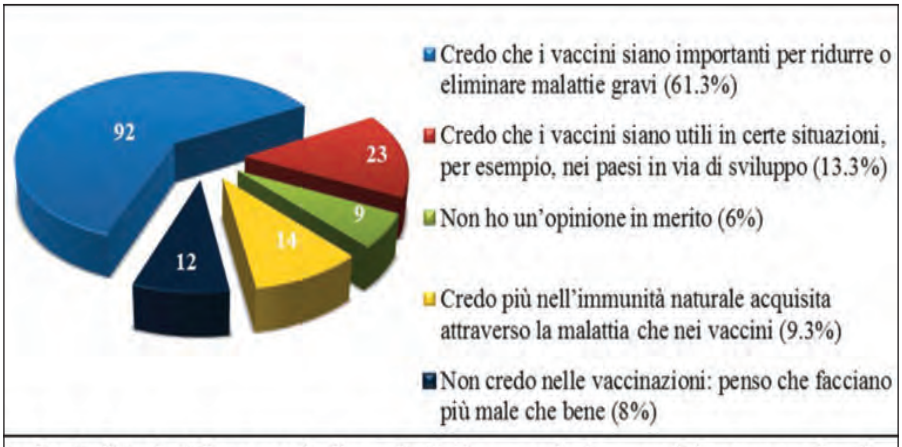


Grafico 2- "Quale delle seguenti affermazioni riflette meglio la sua opinione personale sui vaccini"

Discussione

L'adesione allo studio da parte del personale ha raggiunto una percentuale soddisfacente (> 65%) in quasi tutte le diverse UU.OO. ad eccezione del personale infermieristico delle UU.OO. di Neonatologia e di Fibrosi Cistica (< del 40%) e di Malattie Infettive (< al 10%) in cui è risultata insufficiente. La quantità di questionari non restituiti o consegnati non compilati rappresenta circa un terzo dei questionari totali (32.2%), mentre in altri studi sono state riscontrate percentuali di informazioni mancate variabili dal 15% al 28%[14,15]. Tra le possibili motivazioni della mancata adesione di altri colleghi allo studio, riportate da gran parte del campione incluso, vengono riportate l'eccessivo carico di lavoro e uno scarso interesse verso le attività di ricerca e formazione; in ogni caso l'80% degli stessi intervistati afferma che ritiene utile un intervento formativo, a cui parteciperebbe circa il 70% laddove fosse effettivamente organizzato. Altri possibili fattori correlabili alla ridotta adesione allo studio sono una mancata attività di formazione e aggiornamento relativa alla problematica vaccinale e l'età media piuttosto alta degli intervistati (il 35% ha un'età superiore ai 55 anni). Appaiono in contrasto anche altri risultati analizzati: infatti, sebbene il 61.3% degli infermieri (n 92) creda che, in generale, "i vaccini siano importanti per ridurre o eliminare malattie gravi", solo l'11% (n 17) si è sottoposto concretamente alla VA nell'anno 2014-15. Tale risultato evidenzia che solo una esigua minoranza (11%) della popolazione oggetto dello studio ha effettuato la VA, un dato sovrapponibile ai risultati emersi da alcuni studi simili condotti a livello nazionale, mentre risulta essere inferiore ad altre ricerche in cui la copertura vaccinale dichiarata è del 24.8%[16]. A livello europeo uno studio condotto nel 2009 ha individuato i tassi di copertura VA degli infermieri in diversi Paesi: Regno Unito 39.4%, Germania 36.7%, Austria 33.6%, Finlandia 52.2%, Irlanda 38.1%, Polonia 33.6%, Portogallo 24.0% (8). La percentuale italiana di adesione alla VA da parte del personale infermieristico risulta, pertanto, inferiore rispetto ai sopraccitati Paesi europei, eccezion fatta per il Portogallo. In confronto ai dati riscontrati da studi internazionali (tassi di adesione di circa il 90%), la copertura vaccinale raggiunta all'A.O.U. "Federico II" risulta nettamente inferiore, probabilmente in virtù della diversa politica sanitaria[8]. Il 68.2% (n 105) degli intervistati, benché presti assistenza a pazienti immunocompromessi, non ha mai praticato la VA negli ultimi 5 anni. In linea con studi internazionali[17], si evince che gli infermieri hanno diverse misconception circa la VA e che l'efficacia di tale vaccinazione dovrebbe essere enfatizzata[18, 19]. In quest'ottica sarebbe auspicabile porre in essere azioni per incrementare la copertura vaccinale degli infermieri, tra le quali: la stesura di un protocollo aziendale; l'organizzazione di un corso di formazione gratuito; il remind per la vaccinazione inviato via mail dall'Ufficio comunicazione a tutti gli operatori; un invito ai coordinatori infermieristici

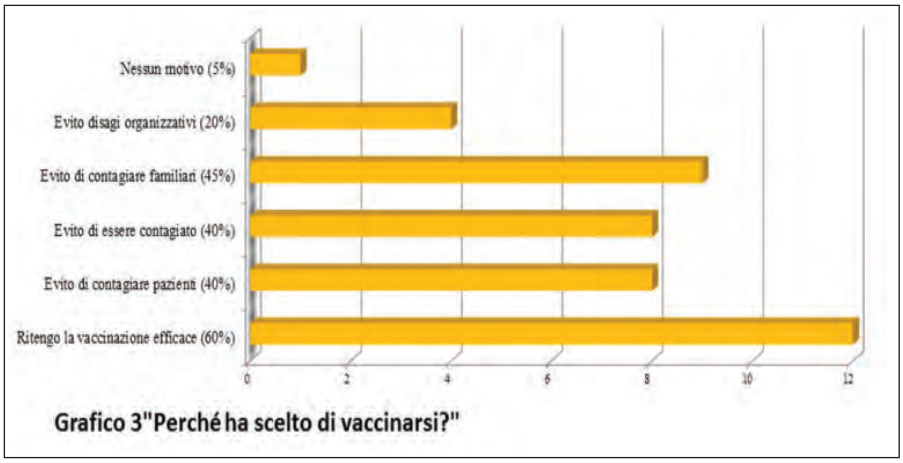
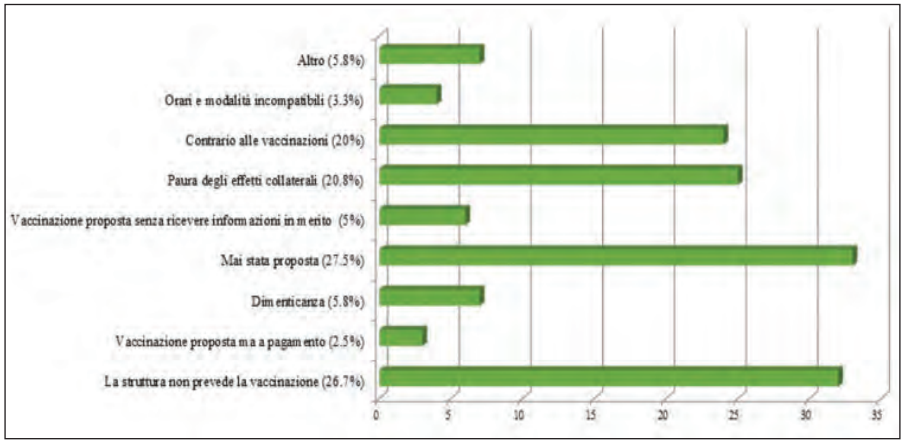


Grafico 3"Perché ha scelto di vaccinarsi?"

a proporre la vaccinazione; la distribuzione dei vaccini per gli operatori direttamente ai reparti (vaccinazione autogestita) o la convocazione degli stessi presso gli ambulatori di vaccinazione; l'affissione di manifesti specifici nelle UU.OO. Pur ritenendo necessarie ulteriori indagini di valutazione della copertura vaccinale antinfluenzale – da estendere a tutti gli operatori sanitari, a livello aziendale e regionale - lo studio ha fornito utili indicazioni sui limiti conoscitivi e sull'errata percezione dei rischi connessi alla malattia influenzale, aspetti che condizionano fortemente l'adesione degli operatori alla vaccinazione.



Bibliografia

1. Istituto di Medicina preventiva saeodA, Prolepsis. HproImmune - Promozione dell'immunizzazione degli operatori sanitari in Europa. 2014.

2. Centers for Disease Control and Prevention NCfIaRDN. Influenza Vaccination Information for Health Care Workers. 2016.

3. Ding H, Black CL, Ball S, Donahue S, Fink RV, Williams WW, et al. Influenza Vaccination Coverage Among Pregnant Women--United States, 2014-15 Influenza Season. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2015;64(36):1000-5.

4. Salgado CD, Farr BM, Hall KK, Hayden FG. Influenza in the acute hospital setting. The Lancet Infectious diseases. 2002;2(3):145-55.

5. Pearson ML, Bridges CB, Harper SA. Influenza vaccination of health-care personnel: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports/Centers for Disease Control. 2006;55(Rr-2):1-16.

6. Europea PEeCdU. Direttiva 2000/54/ce del Parlamento Europeo e del Consiglio del 18 settembre 2000 relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti biologici durante il lavoro. Gazzetta ufficiale delle Comunità europee L 262/21. 2010.

7. Black CL, Yue X, Ball SW, Donahue SM, Izrael D, de Perio MA, et al. Influenza Vaccination Coverage Among Health Care Personnel--United States, 2014-15 Influenza Season. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2015;64(36):993-9.

8. Blank PR, Schwenkglenks M, Szucs TD. Vaccination coverage rates in eleven European countries during two consecutive influenza seasons. The Journal of infection. 2009;58(6):446-58.

9. Romagna RE. Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici. Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna Parte seconda. 2013;92

10. Salute Md. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. 2012.

11. Salute Md. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2014-2015. 2014.

12. Organization WH. World Health Organization Strategic Advisory Group of Expertise. Background paper on influenza vaccines and immunization. 2012.

13. Amodio E, Restivo V, Firenze A, Mammina C, Tramuto F, Vitale F. Can influenza vaccination coverage among healthcare workers influence the risk of nosocomial influenza-like illness in hospitalized patients? J Hosp Infect. 2014;86(3):182-7.

14. Corà G, Lazzaro M, Cerutti B, Bernasconi E, Barazzoni F, Signorelli C, et al. La vaccinazione contro l'influenza presso l'ente ospedaliero cantonale. Conoscenze, attitudini e copertura vaccinale. Salute pubblica. 2003;17.

15. Festini F, Biermann KP, Neri S, Reali MF, de Martino M. [Influenza vaccination of nurses in an Italian pediatric hospital: effects on absenteeism and on costs, factors associated with vaccine uptake and analysis of personal motivations. A prospective cohort study]. Assistenza infermieristica e ricerca : AIR. 2007;26(1):5-13.

16. Alicino C, Iudici R, Barberis I, Paganino C, Cacciani R, Zacconi M, et al. Influenza vaccination among healthcare workers in Italy. Human vaccines & immunotherapeutics. 2015;11(1):95-100.

17. Fortunato F, Tafuri S, Cozza V, Martinelli D, Prato R. Low vaccination coverage among italian healthcare workers in 2013. Human vaccines & immunotherapeutics.

18. Dominguez A, Godoy P, Castilla J, Maria Mayoral J, Soldevila N, Torner N, et al. Knowledge of and attitudes to influenza in unvaccinated primary care physicians and nurses. Human vaccines & immunotherapeutics. 2014;10(8):2378-86.

19. Canning HS, Phillips J, Allsup S. Health care worker beliefs about influenza vaccine and reasons for non-vaccination--a cross-sectional survey. J Clin Nurs. 2005;14(8):922-5.

PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

NORME EDITORIALI

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

Gli articoli

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

E) l'Abstract dovrà contenere max 1.000 caratteri
F) l'Introduzione dovrà contenere max 1.300 caratteri
G) l'articolo dovrà contenere max 10.000 caratteri
H) la bibliografia dovrà contenere max 1.500 caratteri

Citazioni bibliografiche

In bibliografia vanno riportati solo gli articoli citati nel testo (max 30 voci bibliografiche). La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voce bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi.
Quando gli autori sono più di 6, vanno citati i primi 6, et al.

Figure, grafici e tabelle

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

Abbreviazioni, acronimi e maiuscole

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

Date e numeri

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

Parole straniere

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

Modalità e termini per l'invio dei lavori

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

cs.napolisana@gmail.com.

I Collegi della Campania informano

QUI NAPOLI

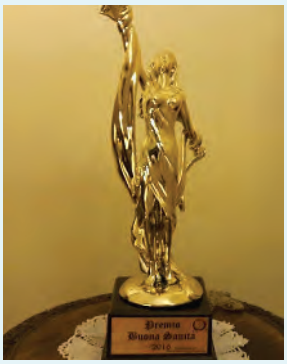
Premio "Buona Sanità" al Collegio Ipasvi di Napoli

Nel corso della cerimonia al Teatro Mediterraneo, premiato anche il Consigliere Gennaro Ascione

"Per la costante ed efficace tutela del cittadino utente a ricevere prestazioni sanitarie infermieristiche di qualità, per la formazione del personale altamente qualificato anche nel rispetto del codice deontologico e come testimonianza dell'abnegazione al lavoro di ogni infermiere". Con questa lusinghiera motivazione, è stato assegnato al Collegio Ipasvi di Napoli il premio Buona Sanità 2016. Nel corso della cerimonia tenuta presso il Teatro Mediterraneo della Mostra d'Oltremare, alla presenza di alte autorità del mondo civile, sanitario, accademico e del volontariato, è stato premiato anche il Consigliere Ipasvi Gennaro Ascione "per la sua dedizione e professionalità che rendono più efficace e generoso il proprio operato, perseverando nel bene rappresenta per noi tutti motivo d'orgoglio assurgerla come esempio da emulare per custodire la Buona Sanità". "Sono onorato e lusingato, sia per me stesso, sia per l'organizzazione che rappresento", ha detto Gennaro Ascione visibilmente commosso. "Questi riconoscimenti ti danno la forza e le motivazioni giuste per continuare e se è possibile fare ancora di più e meglio".

PREMIO BUONA SANITÀ 2016
conferito
quale pubblico riconoscimento
per la sua dedizione e professionalità, che rendono
più efficace e generoso il proprio operato,
perseverando nel bene rappresenta per noi tutti
motivo di orgoglio assurgerla come esempio
da emulare per custodire la Buona Sanità

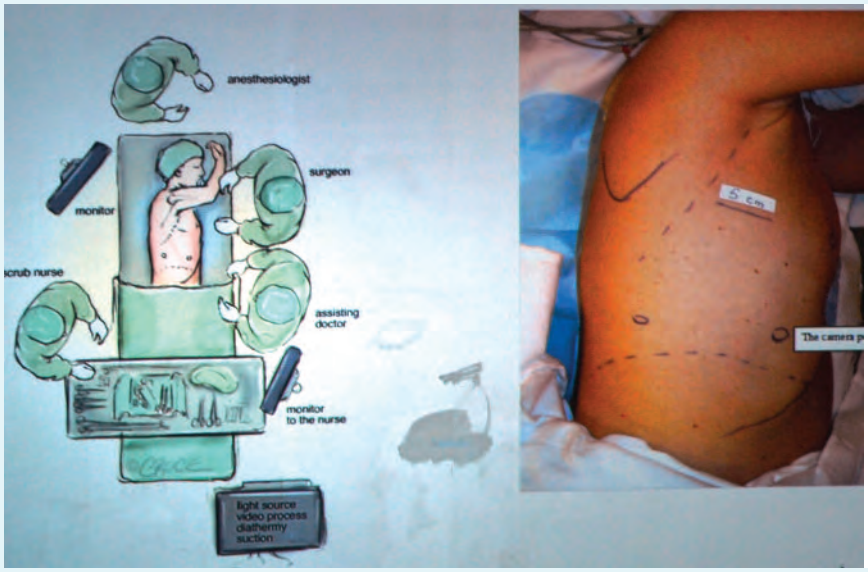
Giunta alla sua quinta edizione, il premio Buona Sanita 2016, intende premiare i progetti per la salute e l'impegno speciale dei singoli operatori: professionisti, associazioni, enti, forze dell'ordine, ospedali e case di cura. Organizzato dall'omonima Associazione "Buona Sanità", presieduta da Maria Rosaria Rondinella, il premio è sotto l'alto patronato delle Altezze Reali Carlo e Camilla di Borbone delle Due Sicilie – Duca e Duchessa di Castro, e patrocinato da varie istituzioni nazionali e locali. Il Premio intende dare luce, visibilità, speranza ai professionisti della salute che, con la loro testimonianza di vita, possono essere di esempio a quanti si avvicinano al mondo della umana sofferenza. Con ogni professionista viene premiato chi lavora egregiamente al loro fianco e fa rispettare la legalità per la tutela dei cittadini. Contestualmente, il Premio Giornalistico Buona Sanità mira ad incoraggiare e conferire un riconoscimento al giornalismo di qualità grazie al quale l'opinione pubblica viene sensibilizzata su tematiche quali la salute, l'assistenza sanitaria e i diritti dei pazienti. La corretta informazione su temi riguardanti la salute rappresenta oggi uno dei cardini principali della professione giornalistica. E questi argomenti sono tra i più richiesti e seguiti dal grande pubblico, sui giornali, on line, alla televisione o in radio. Questo accresce ancora più il senso di responsabilità degli operatori della comunicazione impegnati in questo settore, obbligandoli a un continuo aggiornamento rispetto ad una ricerca che in pochi anni è in grado di rivoluzionare tesi, approcci e dogmi delle scienze mediche.



QUI NAPOLI

A Napoli *"L'European Conference on General Thoracic Surgery"*

La più grande Società di Chirurgia Toracica mondiale ha scelto Napoli come sede del 24th European Conference on General Thoracic Surgery. L'intera struttura della Mostra d'Oltremare ha accolto al suo interno i più grandi specialisti provenienti da tutto il mondo. Idee, esperienze e progetti hanno dato vita a dibattiti interessantissimi e creato opportunità di crescita collettive. Il Nurse Symposium è stato ricco di interventi internazionali che hanno centrato l'attenzione anche su strategie preventive e di cessazione del fumo di sigaretta. I moderatori Jane Wild (Sheffiel,UK) e Jane Brice (Naples, IT) hanno condotto una sessione internazionale ricca di interessanti esposizioni. Colleghi danesi, cinesi, inglesi, spagnoli, islandesi, svizzeri ed italiani hanno portato qui le loro idee, i loro progetti e le loro esperienze. La Società Europea di Chirurgia Toracica ha richiesto l'intervento della Federazione Nazionale IPASVI per introdurre il tema così rilevante e di interesse pubblico attraverso una invited lectures and abstract presentation. La federazione Nazionale IPASVI ha qui esposto il suo "STOP SMOKING, IPASVI project". In delega erano presenti la dott.ssa Teresa Rea, PhD ed il dott. Silvio Simeone PhD. La collega Giovanna Ferreri in servizio presso L'Ircss Pascale di Napoli , ha presentato un lavoro sull'importanza degli interventi infermieristici per la cessazione del fumo di sigaretta, sottolineando che l'educazione del paziente e l'aderenza alla terapia sono la risultante dell'alleanza stabilita dalla relazione infermiere-paziente.



Segnaliamo il lavoro *"Nurse and Patient perceptions of the abc approach for smoking cessation with operable lung cancer patients"* di **Sigrid Ulvestad**, (Copenhagen/Dk) e ***"Feasibility of the fit4surgery app - can it replace conventional pre and post op pulmonary rehabilitation in the geriatric population?"*** di **Salma Kadiri** , (Birmingham/Uk) quali vincitori dei premi come migliori presentazioni orali del Nurse Symposium.

24th
EUROPEAN CONFERENCE
ON GENERAL THORACIC SURGERY
NAPLES ITALY

IPASVI Collegi della Campania

I Collegi della Campania informano

QUI BENEVENTO

Vertenza Rummo, Della Ratta incontra Pizzuti

***"Partiamo con il piede giusto. Incontro positivo e promettente, vedremo"*, Cosi Andrea Della Ratta, Presidente del Collegio Ipasvi sul faccia a faccia col direttore generale. Affrontati tutti i temi posti al centro del confronto. Positive risposte sul fronte dell'occupazione, della formazione e dei servizi infermieristici.**

di Pino De Martino

BENEVENTO – Non ci ha messo troppo Renato Pizzuti, da pochi mesi alla guida dell'Azienda ospedaliera Rummo, a convocare il Presidente del Collegio Ipasvi di Benevento. Senza dubbio un buon segno: velocità è politica si dice spesso. Esattamente il contrario della filosofia del commissario uscente. Con lui le questione poste ora al neo direttore generale si sono incancrenite, passando da problemi ad emergenze. L'incontro, lo ricordiamo, era stato sollecitato proprio da Della Ratta per discutere de visu, faccia a faccia, delle tante carenze, di alcune emergenze e di tanti altri punti importanti rimasti per anni insoluti.

"L'incontro è stato positivo. Siamo partiti con il piede giusto", ha commentato Della Ratta uscendo dallo studio di Pizzuti visibilmente soddisfatto. E spiega che sono state affrontate tutte le tematiche indicate nella lettera di auguri e di richiesta di incontro. "Sulle ormai insostenibili carenze di infermieri da noi segnalate, il Direttore ha garantito che accelererà l'iter per la mobilità interregionale", (il cui bando è scaduto a dicembre 2015 e ancora non è stata compilata la graduatoria dei titoli presentati). "Poi vuole procedere speditamente ad attivare la procedura concorsuale per i posti già autorizzati. Con queste due procedure, si vuole evitare il ricorso alle società interinali e alle cooperative. Su nostra sollecitazione – dice ancora Della Ratta, passando al delicato tema della formazione - il Direttore ha garantito che provvederà ad emanare un bando interno per selezionare in modo trasparente i Direttori dei corsi di Laurea per infermieri, per il corso di laurea di Ostetricia e quello di fisioterapisti".

Altro tema delicato al centro del colloquio, il concorso per Direttore dei servizi Infermieristici e Ostetrico, chiesto anch'esso da anni e mai preso seriamente in considerazione. Il Concorso già in itinere, dovrebbe ricevere, è questo l'impegno di Pizzuti, nei prossimi tempi una forte accelerazione. Infine, si è arrivati a concordare sulla necessità di effettuare una revisione delle attuali posizioni organizzative e dei Coordinamenti, stante il fatto che l'Azienda ha subito delle modifiche organizzative, vedi la revisione dei dipartimenti e il nuovo assetto di alcune unità operative. "E' presto per dare giudizi", dice concludendo Della Ratta. "Posso dire che le premesse per un corretto rapporto tra infermieri e manager ci sono. Saremo vigili nel verificare che quanto promesso si realizzi. Del resto, ogni richiesta avanzata dal Collegio degli infermieri è volta a trovare soluzioni nell'interesse della collettività, della migliore offerta di sanità possibile e della salvaguardia delle condizioni di salute dei cittadini".

Da parte nostra, aggiungiamo che con la nomina di Renato Pizzuti a direttore Generale dell'Azienda ospedaliera Rummo di Benevento, finalmente c'è un interlocutore con cui parlare. Gli anni del commissariamento sono alle spalle, ma nel frattempo i problemi si sono accumulati, fino a diventare, in alcuni casi, delle emergenze. Ci auguriamo che il cahier de doleance consegnato da Della Ratta a Pizzuti possa in breve trasformarsi in un lungo elenco di cose fatte e problemi risolti.

QUI BENEVENTO

Contratto Adi, infermieri sul piede di guerra

L'Ipasvi si mobilita: incontra D'Alterio e denuncia la vicenda. Ora si aspetta l'incontro col manager. Intanto ai lavoratori viene proposto un contratto di lavoro peggiorativo.

BENEVENTO - **pdm** - Il Collegio Ipasvi si è mosso subito. Da autentico mastino, Della Ratta non ha perso tempo. Detto, fatto ha incontrato il nuovo Direttore Sanitario dell'Asl, con la nomina in tasca ancora fresca. E qualcosa già si è mosso. Anche D'Alterio, infatti, non s'è fatto crescere l'erba sotto i piedi: ha mostrato di prendere subito a cuore la vicenda. Ha guardato le carte, ha chiesto chiarimenti ai suoi collaboratori. E, visto subito il marcio, si è impegnato in futuro a coinvolgere il Collegio e i liberi professionisti prima della scadenza contrattuale (giugno 2017).

D'Alterio vuole che il prossimo contratto venga siglato con la massima condivisione delle parti e la massima valorizzazione delle professionalità, migliorando per questa via le prestazioni assistenziali agli utenti fruitori del servizio.

Ma un atto definitivo e dirimente sul contratto ora in essere per gli infermieri Adi (Assistenza domiciliare integrata) lo potrà emanare solo il nuovo direttore generale di fresca nomina, l'ex Commissario Franklin Picker, al quale Della Ratta ha immediatamente inviato una urgente richiesta di incontro.

Nel frattempo restano sulla scrivania di Vincenzo D'Alterio (e sono atti ufficiali) le carte e le denunce presentate dall'Ipasvi.

Nel memorandum firmato dal presidente Della Ratta è scritto tutto il marcio della vicenda. Lo ricordiamo ai nostri lettori. Due anni fa, gli infermieri che operano a domicilio, hanno stipulato un contratto con le cooperative che si aggiudicarono l'appalto delle cure domiciliari (Adi). Un contratto che definire scandaloso è poco.

Gli infermieri dipendenti delle varie cooperative operano nel più assoluto disprezzo dei diritti del lavoro e da quelli stabiliti per legge dall'esercizio della professione infermieristica: prestazioni fuori da ogni rigorosa organizzazione professionale, pagate a pochi euro, con tempi non sufficienti per le singole prestazioni.

Uno sconcio. Di male in peggio, di recente le cooperative hanno sottoposto ai lavoratori una integrazione del contratto in vigore, la cui scadenza, come detto, è fissata a giugno 2017. Più che di una proposta, s'è trattato di una decisione capestro.

Una delle cooperative ha di fatto già applicato la clausola integrativa: gli infermieri sono stati quasi obbligati a sottoscrivere il contratto integrativo, altrimenti rischiavano di essere sostituiti da altri infermieri.

L' infermieristica e le cure complementari

di Maria Teresa Peyer*

L'impiego di terapie complementari nella cura delle malattie e più in generale nell'approccio alla salute, non è nuovo ed è decisamente in aumento il loro utilizzo in Italia, come del resto in Europa e negli Usa.

In un Rapporto tecnico dell'Oms del 1996 si legge: "*Gli infermieri di tutto il mondo sono divenuti sempre più consapevoli del fatto che ampi gruppi di popolazione in ogni Paese stanno usando approcci tradizionali e complementari per mantenere o recuperare la propria salute. In molti luoghi gli infermieri sono stati innovatori di questo movimento. Nei paesi industrializzati si stima che circa la metà della popolazione ricorra regolarmente ad approcci sanitari complementari. Alcuni di questi approcci possono far parte di un piano terapeutico con il paziente se sono appropriati ed accettabili. Il tocco terapeutico, il massaggio ed altri approcci complementari possono favorire l'assistenza infermieristica. Il personale infermieristico deve essere preparato a guidare i clienti nella scelta tra i differenti approcci assistenziali complementari e quelli tradizionali. Gli infermieri condividono la responsabilità di essere aperti e consapevoli circa tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria in cui lavorano*"[1]

In funzione di questa dichiarazione, il gruppo di lavoro della Federazione Nazionale definisce le Cure Complementari come cure olistiche e naturali che possono essere utilmente affiancate alle cure ufficiali sia infermieristiche che mediche. Il **National Center for Complementary and Alternative Medicine** definisce le cure complementari come un gruppo di sistemi e pratiche sanitarie che non sono considerati come parte della medicina convenzionale e che solo per parte di essi esiste una prova scientifica della loro sicurezza ed efficacia.

Il processo di nursing è il metodo sistematico e ordinato che consente di realizzare l'assistenza infermieristica attraverso la stima dei bisogni della persona, la pianificazione, l'attuazione e la valutazione dell'intervento infermieristico. È applicabile in ogni ambito e all'interno di qualunque struttura teorico-concettuale. Il D.M. del 14 settembre 1994 n.739, che ne delinea il profilo professionale, definisce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica negli ambiti preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo. Il decreto specifica chiaramente che l'assistenza, per essere denominata infermieristica, deve avere natura tecnica, relazionale ed educativa. Per ogni minimo atto assistenziale (che può essere anche il fornire un'informazione) si stabilisce necessariamente un atto relazionale, in cui l'infermiere è chiamato ad agire per la salute, attraverso un'opera di educazione sanitaria.

Da queste indicazioni, risulta che l'infermiere è il responsabile competente di un'assistenza olistica, preparato a operare su vari livelli di salute: dalla prevenzione, al trattamento dei malati e dei disabili di tutte le età, al mantenimento delle migliori condizioni, al raggiungimento della miglior qualità di vita nelle malattie croniche. In pratica, ogni condizione che riguarda la salute della persona può e deve rientrare in un progetto di assistenza infermieristica. Il codice deontologico del 1999 sottolinea nuovamente gli elementi suddetti e specifica che responsabilità dell'infermiere è curare e prendersi cura; rafforza il carattere olistico della professione, precisando che il destinatario dell'assistenza infermieristica, rappresentato dall'essere umano, è rispettato in tutti i suoi aspetti, inclusi i valori religiosi, ideologici, etici, culturali, etnici, sessuali. La legge del 26 febbraio 1999, n.42, dichiara che la professione infermieristica è una professione sanitaria autonoma, sancisce l'abrogazione del mansionario (D.P.R. 225/1974) e sottolinea che il profilo professionale e il codice deontologico definiscono in campo specifico di attività e di responsabilità della professione. Con questa legge, l'infermiere è riconosciuto come figura professionale autonoma e responsabile del proprio operato. Questi sono gli elementi che consentono di sviluppare nell'assistenza infermieristica l'apporto delle cure complementari [2] .

Tecniche e approcci promossi nell'ambito delle cure complementari possono offrire all'infermiere la possibilità di ampliare il proprio bagaglio di competenze, sia per quanto riguarda uno stile assistenziale maggiormente attento e rispettoso del principio dell'olismo, sia per un migliore e più efficace intervento per specifici problemi di salute come, ad esempio, la riduzione di sintomi verso i quali non sempre la medicina convenzionale riesce a proporre risoluzioni definitive. denominata infermieristica, deve avere natura tecnica, relazionale ed educativa. Per ogni minimo atto assistenziale

continua a pagina 36

continua da pagina 35

(che può essere anche il fornire un'informazione) si stabilisce necessariamente un atto relazionale, in cui l'infermiere è chiamato ad agire per la salute, attraverso un'opera di educazione sanitaria.

Da queste indicazioni, risulta che l'infermiere è il responsabile competente di un'assistenza olistica, preparato a operare su vari livelli di salute: dalla prevenzione, al trattamento dei malati e dei disabili di tutte le età, al mantenimento delle migliori condizioni, al raggiungimento della miglior qualità di vita nelle malattie croniche. In pratica, ogni condizione che riguarda la salute della persona può e deve rientrare in un progetto di assistenza infermieristica. Il codice deontologico del 1999 sottolinea nuovamente gli elementi suddetti e specifica che responsabilità dell'infermiere è curare e prendersi cura; rafforza il carattere olistico della professione, precisando che il destinatario dell'assistenza infermieristica, rappresentato dall'essere umano, è rispettato in tutti i suoi aspetti, inclusi i valori religiosi, ideologici, etici, culturali, etnici, sessuali. La legge del 26 febbraio 1999, n.42, dichiara che la professione infermieristica è una professione sanitaria autonoma, sancisce l'abrogazione del mansionario (D.P.R. 225/1974) e sottolinea che il profilo professionale e il codice deontologico definiscono in campo specifico di attività e di responsabilità della professione.

Con questa legge, l'infermiere è riconosciuto come figura professionale autonoma e responsabile del proprio operato.

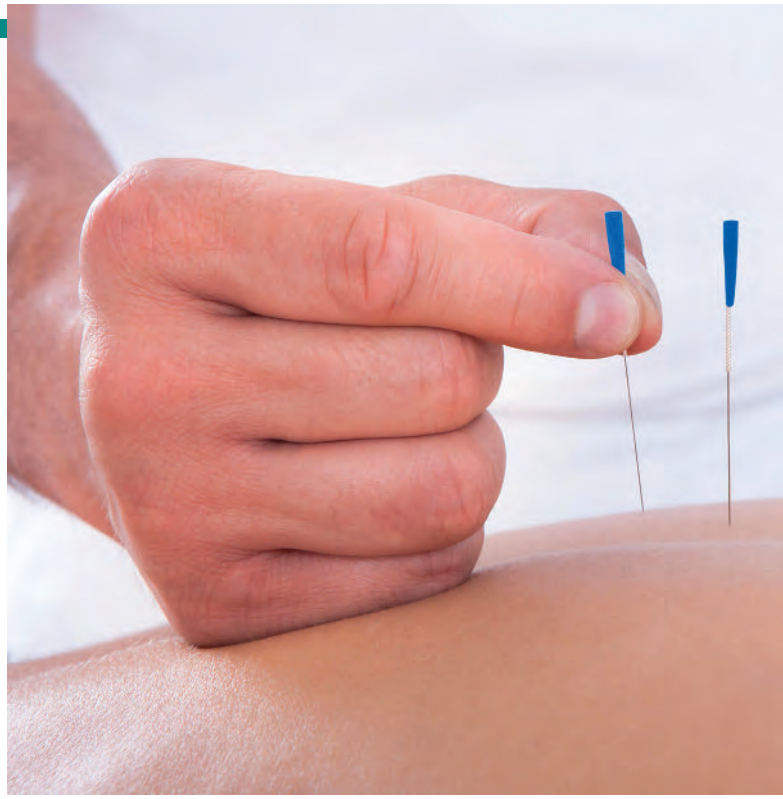
Questi sono gli elementi che consentono di sviluppare nell'assistenza infermieristica l'apporto delle cure complementari51 . Tecniche e approcci promossi nell'ambito delle cure complementari possono offrire all'infermiere la possibilità di ampliare il proprio bagaglio di competenze, sia per quanto riguarda uno stile assistenziale maggiormente attento e rispettoso del principio dell'olismo, sia per un migliore e più efficace intervento per specifici problemi di salute come, ad esempio, la riduzione di sintomi verso i quali non sempre la medicina convenzionale riesce a proporre risoluzioni definitive.

Le cure complementari possono essere utilizzate anche da sole. Nell'ambito dell'infermieristica sono considerate una serie di interventi che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico che possono essere proposti in autonomia dall'infermiere.[3]]

In ogni caso le cure complementari non vanno proposte come sostituzione di interventi basati sull'evidenza. Nell'ambito dell'infermieristica sono considerate cure complementari una serie di interventi individuati dalla Federazione Nazionale dei Collegi che non rientrano in veri e propri sistemi di medicina come l'agopuntura, l'omeopatia, la medicina tradizionale cinese, l'omotossicologia, la fitoterapia, la medicina antroposofica.

Le cure infermieristiche complementari possono essere rappresentate lungo un continuum di saperi e di pratiche diversificati fra loro che utilizzano il Tocco e che vanno dal tocco-massaggio alla riflessologia; interventi mente-corpo come visualizzazione, imagery, training autogeno; trattamenti fisici come impacchi e compresse; aromaterapia; fiori di Bach [4].

Attualmente esistono oltre 300 differenti forme di cura complementare, ma non è stato ancora elaborato un sistema di classificazione completo poiché le categorie a cui riferirsi per le cure complementari (come i nomi per le malattie) sono difformi sotto diversi aspetti: l'origine storico culturale (ad esempio, la medicina ayurvedica), l'ottica fisiopatologica (l'omeopatia), il meccanismo d'azione o la tecnica adottata (l'ipnosi, il massaggio,il tocco terapeutico, la fitoterapia).

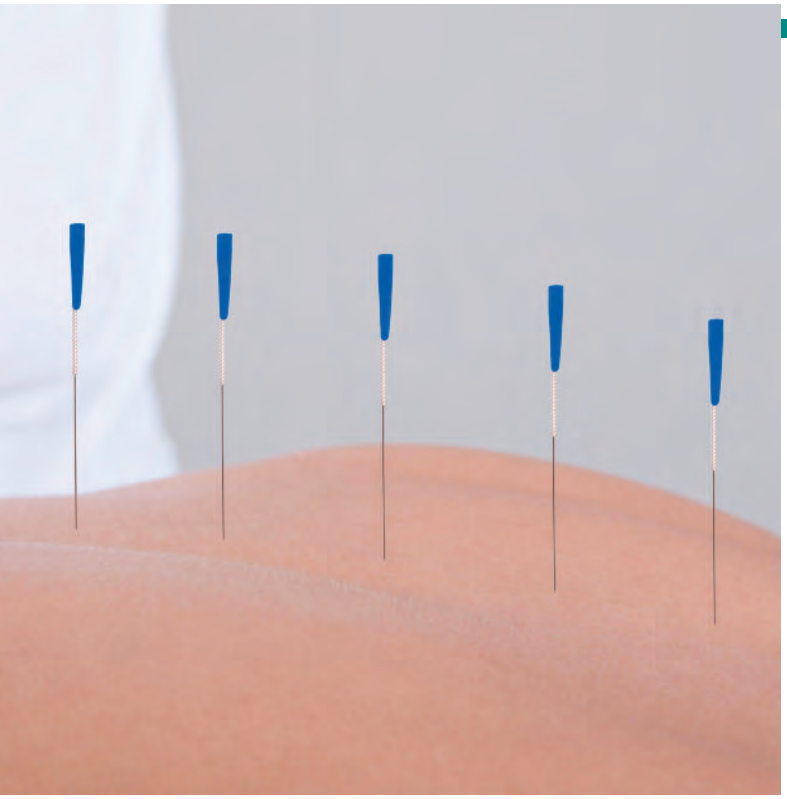


Per quanto riguarda le applicazioni nell'assistenza infermieristica, è possibile individuare i gruppi principali:

- **Pratiche di manipolazione del corpo:** Tocco massaggio,Tocco terapeutico, Rolfing, Gringberg, Osteopatia, Massaggio infantile, Massaggio ayurvedico, Massaggio cinese, Riflessologia plantare, Shiatsu;
- **Pratiche della mente:** meditazione, ipnosi, Rebirthing, Yoga, Petteraphy, musicoterapica, tecniche di respirazione, training autogeno, visualizzazione creativa, pensiero positivo;
- **Medicina energetica:** Reiki, Do-in, Qui Gong, Tai chi, Tui-na,
- **Sistemi terapeutico curativi completi:** Omeopatia, Agopuntura e auricoloterapia, Medicina Ayurvedica, Iridologia;
- **Altre tecniche:** aromaterapia, cromoterapia, floriterapia, gemmo terapia, oligoterapia, idroterapia.

Pur nella diversità, questi approcci si incontrano in alcuni tratti caratterizzanti:

- Approccio olistico
- Approccio individuale dove l'uomo è considerato entità unica e irripetibile;
-Il ruolo attivo e responsabile del paziente, dove lo stesso termine paziente è posto in discussione, in quanto la persona è vista come soggetto e non come oggetto di cure;
-L'uso dell'energia, presupposto che sta alla base di una visione del mondo ultrasensibile in virtù della quale l'essenza degli esseri non è solo la materialità fisica o chimica ma l'energia vitale che li abita (Bini et al .,2002) .



L'analisi della letteratura evidenzia come siano estremamente variegati i punti di vista assunti per osservare il fenomeno del ricorso alle terapie alternative. La vastità dei termini con cui vengono definiti, l'ambiguità spesso sottesa ai termini utilizzati, il numero elevato dei metodi, la diversità intrinseca che caratterizza l'universo di questi approcci, porta con sé le connotazioni valoriali di chi li propone. Per questo è importante fare un inquadramento concettuale e terminologico.

Le espressioni più comunemente utilizzate sono le seguenti:

Medicina non convenzionale

"Termine utilizzato prevalentemente in politica sanitaria per definire tutte quelle discipline che sono ancora in attesa di una regolamentazione giuridica definitiva. Ed in questa categoria gli Ordini dei medici includono l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia, l'antroposofia, l'ayurveda, l'omotossicologia, la medicina tradizionale cinese, l' osteopatia e la chiropratica" ;

Medicina alternativa

"Espressione spesso utilizzata dai mass media e nel linguaggio comune, sia dagli operatori sanitari, sia dalla popolazione in generale, per indicare tutte quelle tecniche che non sono riconosciute o non sono accettate dalla medicina scientifica. "57 In tal senso, questo termine enfatizza un approccio che si propone in alternativa, se non in contrasto, con la medicina ufficiale. Le medicine alternative sono considerate tali poiché: - non sempre hanno una provata base scientifica, ma più spesso sono fortemente ispirate dalla cultura e dall'etnocompetenza;

- assumono come elemento centrale l'approccio olistico e armonico (la ricerca di un equilibrio globale e di una rinnovata armonia con l'ambiente circostante), anziché quello biomedico; - accettano anche principi e fondamenti non dimostrabili secondo le comuni o attuali procedure scientifiche (ad esempio, il concetto vitalistico di "campo energetico");

- non disdegnano di proporsi come alternativa e sostituzione (più che integrazione) della medicina scientifica;

Medicina olistica

Secondo l'Associazione di Medicina Olistica Canadese (Canadian HolisticMedicalAssociation), essa viene definita come "un sistema di cura della salute, che incoraggia un rapporto di collaborazione tra coloro che ne sono coinvolti, orientato al raggiungimento di tutti gli aspetti della salute (fisica, mentale, emotiva, sociale e spirituale)";

Medicina complementare (o integrativa)

"Si riferisce a metodi non invasivi e non farmacologici, che rappresentano un buon complemento e un buon supporto del trattamento medico-chirurgico convenzionale.

Il termine complementare sottolinea come la medicina scientifica venga, in questo caso, ancora considerata come lo strumento primario di cura";

Medicina tradizionale

L' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito, in un documento redatto nel 1996 (FactSheet n.134), la medicina tradizionale come "quell'insieme di metodi utili a proteggere e a ristabilire la salute prima dell'arrivo della medicina moderna". Il termine "tradizionale" dunque si riferisce al fatto che queste metodiche terapeutiche derivano da un approccio alla salute e al benessere appartenente alla tradizione culturale propria di ciascun paese, tramandata di generazione in generazione;

Medicina dolce (o naturale)

È un termine divulgativo utilizzato per indicare al grande pubblico ed in particolare ai pazienti le varie discipline della medicina non convenzionale. Questa espressione viene generalmente attribuita agli approcci non invasivi e non cruenti (sempre più diffusi, invece, nell'ambito convenzionale), che per tale ragione sono ben accettati e tollerati dal paziente. Spesso, l'assenza di invasività è dovuta al ricorso a metodi o sostanze naturali e non di sintesi chimica

Medicina integrata

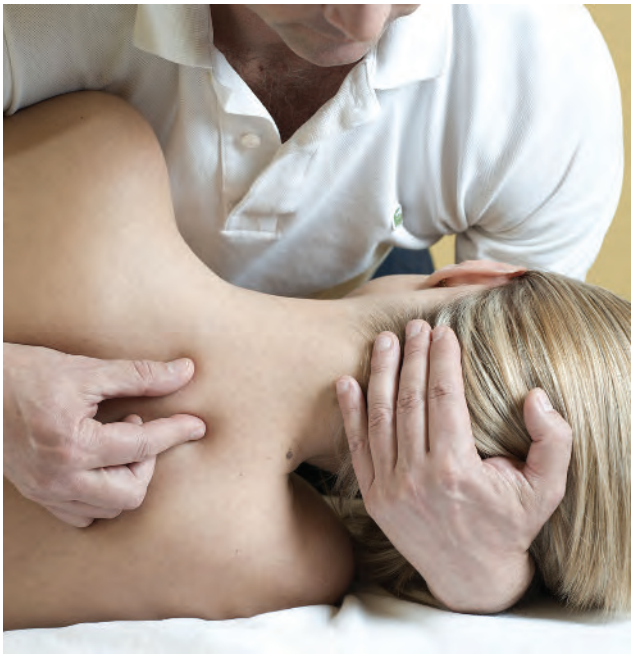
Con questo termine si indica quello che dovrebbe essere l'obiettivo di ogni medico : l'integrazione di diverse forme e strumenti di terapia al fine di migliorare la qualità di vita del paziente oltre alla prognosi

Il fiorire di queste definizioni dipende dall'evoluzione dell'applicazione di tale medicina nei paesi industrializzati. Autori inglesi come Catherine Zollman e Andrew Vickers specificano che la medicina complementare è una "caratteristica che incrementa la pratica sanitaria", pur ammettendo che c'è ancora molta confusione sulla sua definizione. In realtà, negli anni Settanta e Ottanta questo nuovo tipo di approccio alla persona fu denominato "medicina alternativa", essendo queste discipline fornite in alternativa al sistema convenzionale di cura. Il termine "medicina complementare" fu introdotto successivamente , quando i due sistemi (convenzionale e non convenzionale) cominciarono a essere utilizzati contemporaneamente. Nel tempo, il termine complementare fu sostituito da "non convenzionale", per distinguere queste discipline da quelle praticate nella cura convenzionale. Per ovviare al problema di utilizzare attributi di-

continua a pagina 38

continua da pagina 37

versi per esprimere un unico concetto si inizia ad utilizzare l'acronimo CAM (Complementary and Alternative Medicine) Nel settembre del 2002, il gruppo di lavoro sulle CAM promosso dalla Federazione Nazionale dei Collegi I.P.AS.V.I. ha pubblicato un documento che esprime una posizione fondamentalmente favorevole all'integrazione tra l'infermieristica e le cure complementari. Per la prima volta in Italia, forse in ritardo di qualche anno rispetto ad altri Paesi, l'infermieristica sembra comprendere, anche in via ufficiale, il significato di un nuovo tipo di approccio alla persona, che si integra, anziché opporsi, all'utilizzo di tutte le potenzialità tecniche già fatte proprie dalla professione, senza contrastarne i valori fondamentali, anzi esaltandoli. In un periodo storico in cui la disciplina infermieristica si caratterizza per la ricerca costante di evidenze scientifiche come fondamento della pratica assistenziale (Evidence-based Nursing) , allo scopo di aumentarne l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza, le CAM consentirebbero di proporre prestazioni infermieristiche più qualificate e complete, nella considerazione "olistica" della persona, della sua più profonda essenza e delle sue dimensioni psicologiche e socio-culturali. I postulati della cura sopra enunciati, nell'applicazione alle Cure complementari possono essere così descritti (Marsaglia, 1997):



• La responsabilità dell'assistenza infermieristica è proteggere e stimolare le forze di vita delle persone, ossia il potenziale di autoguarigione presente in ognuno di noi;

• La malattia è un sistema caratterizzato da feedback attraverso il quale la persona può essere confrontata con un conflitto interno di cui la manifestazione fisica è soltanto una delle componenti;

• Gli schemi di pensiero, le emozioni e i sentimenti, influenzano l'esperienza e il ben-essere o mal-essere della persona;

• Ci sarà vera guarigione se la persona riuscirà a entrare in contatto con tutte le componenti;

• Il professionista è un facilitatore, non un'autorità;

• La cura richiede volontà di adesione a un progetto in cui il professionista combatte non contro la malattia, ma con il malato in una relazione contrattuale in cui il cliente condivide la responsabilità della propria salute;

• Spesso gli interventi si basano su tecniche definite dolci, che non richiedono l'impiego di tecnologia; qualora questa sia richiesta è molto leggera.

In sintonia con l'OMS, la scelta effettuata dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI è di definire gli approcci che confluiranno nell'infermieristica come Cure complementari. Ciò al fine di sottolinearne una posizione non alternativa, "che manifesti una sorta di opposizione alla medicina ufficiale e non implichi una carica così fortemente ideologica", bensì dimostri la volontà di una dialettica costante.

Note

1. *Oms, Nursing practice. Serie rapporti tecnici, n. 860, Ginevra 1996, Infermiere-Informazione, n. 3-4, Luglio-Agosto 1997.*

2. *Ripa P.,Baffi E.(2005).Assistenza infermieristica e cure complementari.Nursing oggi.*

3. *D'Innocenzo M, Massai D.,Rocco G., Sasso L.,SilvestroA.,Valerio G., VallicellaF.Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. (2002).Linee Guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari. Formazione infermieristica.*

4. *Ripa P., Banfi E. (2004) La cure complementari e l'infermiere. La professione infermieristica. Carocci Faber.*

Bibliografia

• Barnes P M et al, Complementary and alternative medicine use among adults. UnitedStates, 2002, "Advance data", 2004, 343, pp. 1-19

• Bernardini S, Integrata, Integrativa o nuova medicina?, Homeopathy and Integrated Medicine Vol. 2 Numero2 Novembre 2011, pagg 37-45

•Burrai F, Infermieristica olistica, 2013

• F. Firenzuoli, L. Gori. L'abc delle medicine alternative e complementari in oncologia. Una guida per il malato e la sua famiglia. Ospedale San Giuseppe- Empoli Dipartimento di Medicina Uo Centro di Medicina Naturale.

• Gargiulo G.(1998).Il ruolo dell'infermiere professionale nell'applicazione delle tecniche di medicina naturale. Professioni infermieristiche.

• Giarelli G., Roberti P. di Sarsina.(2007).Le medicine non convenzionali in Italia. Franco Angeli

•Johnson G, Should nurses practise complementary therapies?, Complementary therapies in nursing &midwifery, 2000

• Iacchia V.(2009) Le cure complementari. Infermieristica e cure complementari. Ipasvi Como.

• Roberti di Sarsina P, Le Medicine Non Convenzionali in Italia: la situazione attuale, La medicina biologica, 2009

*U.O.C. Cardiochirurgia
Dipartimento delle Scienze Cardiologiche e Vascolari
A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano - Caserta

Al Pascale nuovo direttore De Luca nomina Attilio Bianchi

NAPOLI — Direttore dell'Azienda Sanitaria Unica delle Marche, direttore generale dell'Azienda Universitaria Ospedaliera di Salerno, direttore generale dell'Università degli Studi di Salerno, due master in Management sanitario alla Bocconi, direttore sanitario dell'ex Asl Napoli 3. E' l'invidiabile profilo professionale di Attilio Bianchi. Il presidente della Regione Vincenzo De Luca lo ha nominato Direttore Generale dell'Istituto Pascale di Napoli. «In tempi brevissimi» il direttore generale nominerà i nuovi direttori amministrativo e sanitario dell'Istituto. De Luca ha anche proposto al ministero della Salute la nomina di Gerardo Botti quale direttore scientifico.

Alzheimer In Campania la prima biobanca del Sud

Arriva in Campania la prima bio banca al Sud di tessuto nervoso estratto da pazienti ammalati di demenza. Un progetto di ricerca genetica sviluppato dal Cnr di Napoli con Aima Campania (Associazione italiana malati di Alzheimer). L'iniziativa è finalizzata alla raccolta ed alla conservazione di materiale biologico umano oggetto di donazione. I tessuti crioconservati saranno utilizzati per diagnosi, approfondimenti e studi sulla biodiversità e per la ricerca sulle demenze. I campioni biologici saranno collegabili a dati anagrafici, genealogici e clinici relativi ai soggetti da cui deriva il materiale biologico conservato. I dati acquisiti, che comprendono informazioni sulla salute e sullo stile di vita del paziente, forniranno risultati utili agli studi epidemiologici osservazionali sulle popolazioni sulla base del fatto che alcuni profili genetici sembrano esporre ad un maggior rischio di malattia.

Malformazioni del feto, una goccia di sangue le scopre

NAPOLI - Lo screening delle malformazioni fetali non avverrà più con pratiche invasive: per individuare i difetti dello sviluppo nel grembo materno basterà un prelievo ematico. Tutto grazie al "Marna test", un metodo diagnostico basato sull'analisi metabolomica di una sola goccia di sangue materno, ideato da due ricercatori che portano la Campania all'avanguardia in campo medico scientifico. I primi ad inventarlo e brevettarlo in Italia, infatti, secondo quanto riferiscono i due ideatori, sono stati Giovanni Scala, chimico e amministratore delegato della società Hosmotic, che vive e lavora a Vico Equense, e Jacopo Troisi, biologo del salernitano. Si tratta di una storia d'innovazione e ricerca tutta campana, quindi, molto probabilmente destinata a trasformare le metodologie diagnostiche fetali. Questo tipo di analisi, infatti, che può essere effettuata già nel primo trimestre di gestazione, permette - secondo quanto evidenziano i due ricercatori di conoscere le anomalie sia cromosomiche, congenite o acquisite, sia non cromosomiche. È possibile stabilire una prognosi e avviare in tempi rapidissimi un'efficace terapia prenatale. Fino ad oggi, i test di diagnosi precoci sono stati in grado di individuare solo cromosomopatie, come la sindrome di down. Il "Marna", invece, nelle intenzioni dei due ricercatori, consente di conoscere tutte le possibili malformazioni fetali, dalle malattie del sistema nervoso centrale a quello scheletrico, dalle patologie cardiache a quelle epatiche, senza dover attendere l'ecografia strutturale al quinto mese di gravidanza, quando il feto è più prossimo alla nascita che al concepimento.

Chiude la clinica, lavoratori a rischio

TORRE DEL GRECO. Chiude la Clínica Santa Maria La Bruna. Fatali i tagli alla Sanità imposti dalla Regione Campania, che ha ridotto drasticamente i tetti di spesa riservati alle strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale. Cento i lavoratori che verranno collocati in cassa integrazione in deroga per almeno tre mesi.

Ospedali e territorio

Cardarelli: promossi Paradiso e Iervolino

Poco dopo l'insediamento, il direttore Ciro Verdoliva ha messo mano al completamento della squadra che dovrà guidare per i prossimi tre anni l'ospedale Cardarelli di Napoli per il raggiungimento degli obiettivi indicati dal governatore Vincenzo De Luca. Il direttore generale Ciro Verdoliva ha scelto il nuovo direttore sanitario e amministrativo dell'ospedale. L'incarico di direttore sanitario è stato conferito a Franco Paradiso, mentre l'avvocato Anna Iervolino è stata scelta come direttore amministrativo. «Queste nomine - spiega il direttore generale Verdoliva - sono legate all'alto profilo morale e professionale ma anche all'esperienza curricolare che caratterizza i direttori incaricati». Paradiso, 63 anni, è dirigente e direttore medico di presidio del Cardarelli con comprovata esperienza nella gestione dei complessi processi di governo sanitario. Iervolino, 43 anni, laureata in Giurisprudenza e in Economia e Commercio, dirigente amministrativo del Cardarelli con riconosciuta esperienza in ruoli di gestione dei complessi processi di governo amministrativo. «Sono certo che insieme – ha detto il direttore generale - in linea con gli indirizzi del governo regionale, riusciremo a soddisfare i bisogni dei pazienti che da sempre vedono il Cardarelli come un punto di riferimento per la propria salute».

Ospedale Cardarelli

Un software contro le barelle in corsia

Si tratta di un applicativo che consente di verificare in tempo reale il numero dei pazienti in barella e di correre così subito ai ripari. È quanto escogitato al Cardarelli per tentare dimettere fine ad un' emergenza che dura da troppi anni. L'app, già in funzione, consente alla direzione sanitaria dell'ospedale di conoscere in tempo reale la eventuale presenza di barelle nelle corsie, il numero di accessi al pronto soccorso, i tempi di attesa. Il flusso di questi dati arriva al bed manager a cui spetta il compito di garantire una risposta pronta ed efficace. Il meccanismo studiato dal direttore generale Ciro Verdoliva servirà ad arginare il preoccupante fenomeno dei pazienti in barella, che da troppo tempo interessa il nosocomio più grande del Mezzogiorno. La app antibarelle è l'ennesimo escomotage adottato dal direttore generale Verdoliva, in sella da pochi mesi. «Per non abbassare mai la guardia, ma anzi progredire un mese dopo l'altro in questo cambiamento - sottolinea Verdoliva - abbiamo istituito, a costo zero per le casse dell'azienda ospedaliera, la figura del bed manager.

Arriva il Bed Manager

Per fronteggiare il fenomeno delle barelle parcheggiate lungo i corridoi, all'ospedale Cardarelli di Napoli arriva il 'bed manager'. E' il dottor Ciro Coppola, dirigente medico del nosocomio collinare, la figura scelta dal neo direttore generale del Cardarelli Ciro Verdoliva per contenere il malcostume delle barelle in attesa

"Far sparire le barelle dal reparto di Medicina d'urgenza - precisa lo stesso Verdoliva in una nota - non è stata una trovata propagandistica.

L'obiettivo del Presidente De Luca è forte e chiaro: al Cardarelli zero barelle, sempre. Lui ha avvitato una rivoluzione che ha già portato a cambiamenti ritenuti impensabili sino a qualche tempo fa, ora bisogna consolidare questo percorso di cambiamento". "Per questo - precisa Verdoliva - ho firmato una delibera che istituisce la figura del "bed manager" aziendale, al quale viene assegnato il compito di organizzare e gestire il flusso di pazienti per la riduzione dei tempi di attesa al Pronto Soccorso e quindi per il contenimento del "fenomeno barelle".

Definito fabbisogno per il diabete in Campania

La Giunta Regionale ha approvato la delibera che definisce il fabbisogno dei Centri diabetologici, pubblici e privati, in Campania. E' stato applicato lo standard di n.1 Centro ogni 100.000 abitanti che porta quindi a determinare nel numero di 59 il fabbisogno di Centri Diabetologici in tutta la regione. E' stato deliberato contestualmente di dare mandato alla Direzione Generale, di definire la quota relativa al fabbisogno pubblico e privato, sulla base di una puntuale ricognizione delle strutture pubbliche ambulatoriali esistenti di secondo livello assistenziale, che riguardano l'assistenza ambulatoriale al paziente diabetico. Le linee di indirizzo della Regione Campania per l'organizzazione dell'attività diabetologica e il percorso assistenziale, risalivano al 2005. "Affrontiamo in maniera concreta sul fronte dell'assistenza, della cura e della prevenzione– ha dichiarato il Presidente Vincenzo De Luca – una delle patologie in continuo aumento e che impatta in maniera drammatica sulla persona e sulle famiglie. Ricordiamo che il diabete è la seconda causa di insufficienza renale terminale, la causa più comune di cecità e di amputazioni degli arti inferiori (circa 600 l'anno in Campania). L'organizzazione dell'assistenza sanitaria risulta quindi fondamentale per il miglioramento degli obiettivi di salute, oltre che per la razionalizzazione della spesa". La prevalenza della patologia diabetica in Italia, secondo i dati Istat 2014, è del 5,5 per cento; mentre in Campania è del 6,9 per cento. Ecco la suddivisione dei centri secondo gli standard adottati:

Pascale: Scoperta la molecola che blocca la crescita del melanoma maligno

Una molecola, appartenente alla classe dei microRNA e chiamata miR-579-3p, svolge un ruolo importante nel melanoma maligno. Lo ha scoperto il gruppo di ricerca dell'Istituto Pascale di Napoli, guidato dal direttore scientifico, Gennaro Ciliberto, e dal direttore della struttura complessa di Oncologia medica Melanoma, Paolo Ascierto in uno studio finanziato da Airc ed in collaborazione con il laboratorio di Carlo Croce all'Università di Columbus negli Stati Uniti. I ricercatori hanno dimostrato che questa piccola molecola funziona da soppressore della crescita tumorale. È presente cioè in abbondanza nei normali nei, ma la sua quantità diminuisce sempre di più man mano che il melanoma diventa più aggressivo. Fatto ancora più importante è la sua ulteriore riduzione nei melanomi che diventano resistenti col tempo ai farmaci inibitori di Braf e di Mek. Il miR-579-3p controlla la produzione di due importanti proteine, chiamate oncogeni che promuovono la crescita tumorale: quando i suoi livelli si abbassano, quello dei due oncogeni salgono. Tuttavia, se la molecola viene «somministrata» alle cellule tumorali dall'esterno, i livelli degli oncogeni scendono e le cellule iniziano a morire. Inoltre, osservazione importante per le sue possibili implicazioni terapeutiche, la «somministrazione» di questa molecola insieme agli inibitori di Braf e Mek impedisce la formazione di cellule resistenti ai due farmaci. Alla luce di questi risultati, si può aprire la possibilità di utilizzare attraverso approcci nanotecnologici il miR-579-3p come farmaco per migliorare le attuali terapie. Inoltre si potranno misurare i livelli del miR nel sangue come nuovo biomarcatore per predire in maniera precoce l'evoluzione dalla malattia e lo sviluppo di resistenza alle terapie. La scoperta è oggetto di una recente pubblicazione sulla rivista Pnas.

Metastasi vertebrali: nuova cura

Un sistema di ablazione a radiofrequenza per il trattamento dei tumori ossei benigni e delle lesioni metastatiche maligne a carico dell'apparato scheletrico. La innovativa tecnica, chirurgica per il dolore vertebrale è stata sperimentata per la prima volta in Italia presso la struttura complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica dell'Istituto dei tumori di Napoli, diretta da Arturo Cuomo. Il sistema, si avvale di due sonde raffreddate ad acqua ad azione simultanea, che utilizza energia ad alta frequenza in modo mirato per la distruzione delle cellule tumorali. La terapia delle metastasi è, dunque, importante sia per il dolore in sé, sia per il rischio di complicanze ulteriori, quali fratture o crolli vertebrali, con riduzione notevole della mobilità della colonna e prognosi della malattia. Al Pascale esiste un centro specifico per la terapia del dolore e i trattamenti dedicati alle metastasi vertebrali, in grado di intervenire con tutte le metodiche oggi disponibili, tra cui le procedure di cifoplastica e vertebroplastica. La nuova tecnica rappresenta un'ulteriore evoluzione dell'approccio terapeutico alla patologia. Essa permette non solo di eliminare il dolore e consolidare la vertebra metastatica, ma, mediante l'utilizzo contemporaneo della radiofrequenza, anche di distruggere il tessuto tumorale. Ci troviamo, pertanto, di fronte a un sistema assolutamente innovativo che per la prima volta coniuga la terapia del dolore alla cura vera e propria della malattia a livello locale. Trattandosi di una procedura mininvasiva, eseguita in anestesia locale, è indicata anche in pazienti debilitati, sottoposti a terapie con chemioterapici o radioterapia, che non possono essere interrotte.

Cure palliative e medicina del dolore Campania in pole

NAPOLI - Il sito dell'Osservatorio regionale sulle Cure palliative ha ottenuto la certificazione HONcode per il 2016/2017 dalla Fondazione Health on the Net.

A sette mesi dalla sua nascita, il sito www.hospicecampania.it dell'Osservatorio regionale Cure palliative e medicina del Dolore in Campania, diretto da Sergio Canzanella, ha ottenuto l'autorevole certificazione HONcode per gli anni 2016/2017.

La certificazione ad oggi è riconosciuta come la più importante garanzia di qualità ed attendibilità per le informazioni sulla salute presenti in rete e viene attribuita, a livello mondiale, dalla Fondazione Health on the Net, una organizzazione senza scopo di lucro, non governativa, accreditata al Consiglio Economico e Sociale dell'Onu.

La Fondazione Health On the Net si occupa di promuovere su internet informazioni affidabili sulla salute, oltre al loro uso appropriato; sviluppa standard etici a tutela degli utenti e rilascia l'HONcode, il codice etico di autoregolamentazione per la redazione e l'aggiornamento dei siti internet dedicati alla salute. HONcode è un progetto dell'Università di Ginevra che, dopo un'attenta istruttoria, certifica i siti di informazione sulla salute che rispondono a determinati requisiti.

La Fondazione Health On the Net ha sancito otto principi fondamentali che un sito web di sanità deve rispettare per poter essere considerato eticamente corretto. Conforme alle linee-guida di HONcode, a riprova dell'autorevolezza dei contenuti presenti sul sito web e di una politica editoriale eticamente corretta sviluppata dall'Associazione House Hospital onlus, il sito web www.hospicecampania.it si pregia di questo importante riconoscimento, primo in Italia sulle cure palliative e Medicina del dolore.

Ospedali e territorio

Nuove normative

Prescrizione elettronica delle visite specialistiche

NAPOLI - La Giunta regionale ha approvato la delibera con la quale si avvia il processo di de materializzazione della ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica. Come già avviene per le ricette farmaceutiche, il medico non dovrà più redigere su carta (il vecchio ricettario) la prescrizione, ma dovrà registrarle on line (sulla piattaforma "SAC", Sistema di Accoglienza Centrale) e consegnare al cittadino un promemoria che gli consentirà di ricevere la prestazione in tutte le strutture pubbliche o private.

Per i cittadini il percorso per usufruire delle prestazioni non cambia: per la ricetta elettronica restano le stesse norme in vigore per la ricetta cartacea, anche per quanto riguarda l'eventuale esenzione alla compartecipazione alla spesa sanitaria. La dematerializzazione, oltre ad essere un preciso adempimento della Regione nei confronti delle linee guida emanate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, costituisce un grande passo in avanti verso l'ammodernamento del sistema sanitario e tra l'altro consente alla Regione un più attento monitoraggio ed analisi della attività sia dei medici prescrittori, che delle strutture che erogano prestazioni sanitarie. Con la delibera inoltre si è inteso rendere più stringente e trasparente il controllo dei tempi di attesa per le prestazioni. La delibera infatti, nel fornire ai medici tutte le indicazioni sulle modalità di compilazione della ricetta, li richiama anche alla necessità di compilare rigorosamente tutte le informazioni già rese obbligatorie dal Piano regionale per il governo delle liste di attesa, che consente di monitorare attentamente quali siano i tempi entro i quali le strutture regionali riescono a garantire le prestazioni ai propri cittadini. La prescrizione elettronica riguarda tutte le prestazioni specialistiche: dalle visite cardiologiche a quelle neurologiche, dalle mammografie alle visite oculistiche, ortopediche e urologiche, agli esami radiologici.

Varato il nuovo servizio ispettivo della regione

E' in azione da alcuni mesi, nelle tre Asl della provincia di Napoli, il nuovo nucleo ispettivo insediato dalla Regione, che ha il compito di controllare e verificare le attività delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Sono al lavoro tre gruppi, composti da cinque unità ciascuno, cui è affidato il compito ispettivo nella Asl Napoli 1, Asl Napoli 2 e Asl Napoli 3.

L'obiettivo è controllare le attività delle singole Aziende sanitarie e quelle dei centri convenzionati, con particolare riferimento alla qualità delle prestazioni e all'appropriatezza delle stesse. Dei nuclei ispettivi fanno parte dirigenti medici, medici, farmacisti, veterinari e amministrativi.

Ricerca: Tumore ovarico, scoperta la firma molecolare

È stata denominata Mirovar. E' la firma molecolare del carcinoma ovarico, in grado di identificare in modo molto accurato il rischio di ricaduta delle pazienti, sin dal momento della diagnosi. Mirovar è stata individuata dai ricercatori della Fondazione Irccs Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, coordinati dalla dottoressa Della Mezzanzanica, in collaborazione anche con l'Istituto Pascale di Napoli, che hanno analizzato i microRna per caratterizzare da un punto di vista molecolare il carcinoma ovarico. La ricerca, pubblicata su "Thè Lancet Oncology", testimonia l'alta qualità e l'impatto della ricerca italiana a livello internazionale ed è stata possibile grazie alle competenze biomolecolari, bioinformatiche e cliniche dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e grazie alla collaborazione con il Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Medicina Molecolare (Marina Bagnoli, Silvana Canevari, Loris De Ceceo), con la struttura di Chirurgia Ginecologica (Francesco Raspagliesi) e con altri centri italiani di eccellenza per questa patologia, in particolare l'Irccs di Aviano (Erika Cecchin e Giuseppe Toffoli) e l'Irccs Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale di Napoli (Sandro Pignata, Daniela Califano e Francesco Perrone).

Lo studio è stato finanziato dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (Aire) e dalla Fondazione Cariplo. Il carcinoma ovarico è un tumore poco frequente, ma ad elevata mortalità. E di difficile diagnosi, è caratterizzato da un'elevata eterogeneità, sia patologica, sia molecolare e tende a ripresentarsi dopo la chemioterapia sviluppando resistenza ai trattamenti farmacologici.

Nasce a Napoli il Laboratorio di Ricerca sulla Longevità

NAPOLI _ Sarà un laboratorio di attività motoria di ultima generazione all'interno del Ceinge che servirà al monitoraggio dell'incidenza dell'attività fisica e dell'alimentazione sulla prevenzione e la cura di patologie cardiovascolari, oncologiche e neurologiche. Esercizio fisico costante e una dieta equilibrata con protocolli di restrizione calorica. Sono alcuni degli elementi della "ricetta della longevità" che si studia da oltre vent'anni al Ceinge grazie all'impegno dello scienziato Franco Salvatore, fondatore e presidente del Centro di Ingegneria Genetica partneopeo. Questi studi diventeranno parte integrante di un nuovo Laboratorio di Healthy and Active Longevityche, mettendo insieme il know how in ambito medico, scientifico e sportivo di tre diverse Università e dei ricercatori del Ceinge. Ciò consentirà di fare una valutazione integrata (clinico-fisica-diagnostica) e computerizzata degli effetti dell'esercizio fisico, anche in associazione alla corretta alimentazione, sulla salute degli individui.

La presentazione del progetto è avvenuta nella sala conferenze del Ceinge alla presenza di numerosi studiosi ed esperti anche internazionali, come Keith Gilbert dell'East London University e Luigi Fontana della Washington University, del sindaco di Napoli, Luigi de Magistris, dell'assessore alla formazione della Regione Campania, Chiara Marciani, del direttore della scuola dello sport del Coni, Rossana Ciuffetti, e di docenti e ricercatori delle tre Università italiane coinvolte nel progetto: l'Università degli Studi di Napoli Federico II, l'Università degli Studi di Napoli Parthenope e l'Università degli Studi di Roma "Foro Italico", rappresentata dal Rettore, Fabio Pigozzi. "Ci sono numerose evidenze scientifiche - ha spiegato Franco Salvatore – che dimostrano l'incidenza positiva dell'attività fisica sulla prevenzione di alcune gravissime patologie, come quelle cardiovascolari ma anche come quelle oncologiche, si pensi all'importanza del rapporto tra l'attività fisica e l'alimentazione a livello della flora intestinale per la prevenzione dei tumori. E ci sono numerosi riscontri anche sul miglioramento della qualità della vita che l'attività fisica comporta in soggetti affetti anche da gravi malattie. Si pensi ai miglioramenti della mobilità nei soggetti affetti da morbo di Parkinson o ai miglioramenti della memoria nei soggetti affetti dall'Alzheimer".

Sun, via al punto nascita

Ha iniziato a funzionare ad estate avanzata il Polo materno infantile della Seconda Università di Napoli. Fatte alcune assunzioni di ginecologi, ostetriche e personale infermieristico aggiunto ad uomini e mezzi dalla Terapia intensiva neonatale dell'Annunziata, la ginecologia e l'accettazione sono ormai in funzione h 24, così anche i 10 posti letto di assistenza neonatale attivati (4 posti intensivi e 6 sub intensiva. Sono 12 posti di Ostetricia, altrettanti di Ginecologia (24 a regime), 12 culle di supporto all'Ostetricia.

Prevista anche strutture per la procreazione medicalmente assistita, per le interruzioni volontarie di gravidanza, per la prevenzione della patologia pelvica.

Il dettaglio delle funzioni nella rete dell'emergenza, anche pediatrica (non ancora attiva alla Sun) sarà definito con la stesura del nuovo atto aziendale. Oltre a Cardiologia, Cardiochirurgia e Neurochirurgia di sicuro la Su n garantirà le funzioni di pronto soccorso di Pediatria e Psichiatria. Per Ginecologia il varo era atteso da anni.

Il punto nascita, diretto da Nicola Colacurci, dopo la chiusura degli Incurabili (oltre 600 nascita nel 2013) sarà l'unico in funzione nel centro storico di Napoli insieme a quello del Loreto Mare per ora dedicato a nascite non complicate. Il pronto soccorso ostetrico è dotato di camera calda che potrà accogliere l'ambulanza e consentire alla donna o al neonato di essere accettati dagli operatori in ambiente confortevole senza subire traumi o escursioni termiche.

Ospedale Annunziata

L'Asl: attività non saranno interrotte

Sulla vicenda della paventata chiusura del presidio SS. Annunziata, come già chiarito dal Presidente della Regione Vincenzo De Luca, la struttura commissariale della ASL Napoli 1 Centro assicura che le attività assistenziali pediatriche di propria pertinenza non saranno interrotte, con il mantenimento del presidio per la gestione del primo soccorso pediatrico, fino all'apertura dell'Ospedale del Mare, allorquando, con il trasferimento di alcuni reparti del Loreto Mare, sarà attivato il reparto di Pediatria, così come previsto nel piano ospedaliero. Nel frattempo, e comunque entro pochi mesi, la ASL provvederà a valorizzare il presidio SS. Annunziata quale centro innovativo deputato all'assistenza pediatrica e materno infantile con ambulatori polispecialistici, un consultorio materno infantile di II livello dotato di servizi di radiologia e prestazioni di ginecologia avanzata, e con un UCCP gestito da pediatri di Libera Scelta, anche con possibilità di degenze su 12 ore per patologie non gravi.

Ospedali e territorio

Campania, approvata la legge sull'uso terapeutico della cannabis

Il consiglio regionale della Campania ha approvato all'unanimità la legge che regola l'uso terapeutico della cannabis. Per una volta hanno votato insieme M5s, centrodestra e maggioranza. Grazie al provvedimento, i pazienti che usano la cannabis terapeutica potranno vedersi rimborsare l'acquisto, mentre fino ad oggi erano costretti a coprire l'intera spesa per proprio conto. Il voto arriva proprio mentre il tema della cannabis, e la depenalizzazione del consumo non solo a fine medico, è al centro di numerose polemiche ed è all'attenzione del dibattito parlamentare. Adesso servono le coperture finanziarie per far si che i malati ne possano usufruire senza spese ingenti: circa 500 euro per una confezione di farmaco importato dall'estero. Bisogna lavorare sui decreti attuativi che serviranno a trovare i fondi necessari per permettere che tali farmaci possano arrivare a costare anche solo 50 euro grazie all'esenzione ticket. La cannabis, come trattamento sanitario, è utilizzata soprattutto come terapia per alleviare il dolore, ad esempio per i malati di cancro, e in molte malattie nervose o per i malati di sclerosi multipla. È utilizzata anche in alcune alcune patologie psicologiche come l'anoressia.

Santa Maria delle Grazie

Chiude la scuola per infermieri, il caso in Regione

POZZUOLI - Chiude la scuola per infermieri, ma il caso finisce all'attenzione del Consiglio regionale perché non è del tutto chiaro il motivo.

Quella scuola offre anche un aiuto concreto all'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli dove, di fatto, gli studenti sono di supporto alle attività di assistenza sanitaria, vista la carenza di personale infermieristico. Il trasferimento da Pozzuoli a Frattamaggiore ha già creato malumori tra gli studenti del polo didattico di Pozzuoli.

Dopo aver perso la direzione amministrativa dell'azienda sanitaria locale a vantaggio di Frattamaggiore, ora Pozzuoli perde anche la scuola infermieristica e la possibilità di usare le trenta professionalità come tirocinanti nell'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli.

Rummo, nominati direttore sanitario e amministrativo

BENEVENTO - Sono stati finalmente nominati il nuovi direttori sanitario e amministrativo dell'Ospedale Rummo. Si tratta, rispettivamente, di Mario Iervolino e Alberto Pagliafora. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera Rummo, Renato Pizzuti, ha scelto i due manager che lo affiancheranno nella gestione del nosocomio completando la triade. Mario Iervolino, classe 1960, medico chirurgo, è nato a Ottaviano, comune dell'hinterland napoletano di cui è stato anche sindaco dal 2004 al 2009 (eletto con l'Udeur) e dal 2009 al 2012. Viene dalla Asl Na 1 dove ha ricoperto il ruolo di direttore responsabile del presidio sanitario polifùnzionale del Corso Vittorio Emanuele e dove precedentemente aveva ricoperto l'incarico di commissario straordinario. Pagliafora ha 54 anni originario di Frattamaggiore e laureato in Economia e Commercio. Poi diventa revisore dei conti presso l'Asl Salemo 2 dove viene nominato successivamente dirigente. Nel 2010 diventa direttore del dipartimento amministrativo dell'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta e nel 2012 approda alla Asl di Foggia in qualità di direttore amministrativo.

Record di parti a Villa Betania

È record di parti a Villa Betania. L'Ospedale Evangelico di Napoli nei mesi estivi ha fatto registrare un'impennata record di nascite. Anche per la contemporanea chiusura nell'assistenza materno infantile in altre strutture private, si è registrato un incremento del 25% dei parti e nell'assistenza. La struttura di Ponticelli è stata indicata come modello dal presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca nel suo intervento sulla Sanità in Consiglio Regionale del 26 luglio scorso. «L'impegno dell'Ospedale Evangelico per mantenere questi standard nei mesi estivi è davvero notevole anche dal punto di vista economico, per il potenziamento degli organici quando altre strutture li riducono», ha detto Pasquale Accardo direttore generale di Villa Betania. La bassa incidenza di parti cesarei tra le prime gravide è una delle cifre caratteristiche dell'Unità operativa complessa di Ostetricia e Ginecologia di Villa Betania che, con il suo Centro nascita ha garantito nel 2015 l'assistenza a 2250 parti e grazie alla sua TIN contribuisce notevolmente alla riduzione della mortalità neonatale in Campania. "Ci sono strutture ospedaliere in cui abbiamo il 90% dei parti cesarei. Questa si chiama delinquenza, non sanità", aveva sottolineato al riguardo il Presidente De Luca.

Importante riconoscimento dalla American Academy of Nursing

La professoressa Loredana Sasso unica italiana ad essere selezionata come Fellow. Cerimonia il 22 ottobre a Washington.

La American Academy of Nursing ha reso noto di aver selezionato come Fellow 164 infermieri "leader" in tutto il mondo. Per l'Italia, l'unica personalità a ricevere il prestigioso riconoscimento il prossimo 22 ottobre a Washington sarà la professoressa Loredana Sasso, dell'università di Genova. Sasso è anche parte integrante, in qualità di esperto, del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica, nato in seno al Collegio Ipasvi di Roma, dove si occupa di formazione dei ricercatori.

I Fellow sono chiamati a contribuire insieme all'Accademia nella trasformazione del sistema sanitario degli Stati Uniti e in particolare la loro competenza è richiesta per migliorare la qualità della salute e l'assistenza infermieristica; promuovere un invecchiamento sano; ridurre le disparità di salute e le disuguaglianze; integrare la salute mentale e fisica; rafforzare il sistema di cura e la salute in generale, a livello nazionale e internazionale.

De Masi direttore amministrativo all`ospedale di Caserta

CASERTA - È stato nominato il nuovo direttore amministrativo dell'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta. Si chiama Giovanni De Masi e sostituirà l'ex direttore amministrativo del nosocomio casertano, Alberto Di Stasio, che il 24 giugno scorso presentò la lettera di dimissione alla direzione strategica della struttura di via Palasciano. Classe 1958, il nuovo direttore De Masi, originario di Sant'Agata dei Goti, è stato fino all'altro ieri direttore amministrativo del dipartimento di Prevenzione dall'AsI di Benevento. Avvocato e iscritto all' elenco dei Pubblicisti dell'albo dei giornalisti della Campania, De Masi ha ricoperto diversi ruoli di responsabilità nell'ambito dell'azienda sanitaria locale di Benevento, oltre ad essere anche referente aziendale per la privacy e responsabile del procedimento per l'attuazione delle misure di sicurezza dei dati personali e componente dell'ufficio per i procedimenti disciplinari dell'Asl di Benevento. Il passaggio di testimone nella direzione dell'ospedale casertano, dunque, avviene tra due beneventani, visto che Di Stasio, originario di Castelvetere Val Fortore in provincia di Benevento, è stato anche direttore amministrativo dell'ospedale Rummo di Benevento. A questo punto, resta da aspettare che venga nominato anche il direttore sanitario, per completare così il nuovo team operativo della direzione amministrativa del nosocomio.

Ospedale Moscati

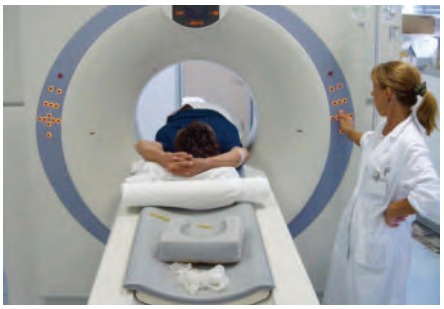
Impiantato defibrillatore sotto pelle

AVELLINO - Innovativo intervento chirurgico all'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino. L'équipe del Laboratorio di Elettrostimolazione dell'Unità Operativa di Cardiologia Utic, ha infatti per la prima volta impiantato un defibrillatore sottocutaneo, una delle frontiere più avanzate della medicina mini invasiva, su un paziente 58enne, a rischio di morte cardiaca improvvisa. Data l'impossibilità di impiantare nel paziente un defibrillatore tradizionale con elettrodi trans venosi, i cardiologi dell'Azienda "Moscati" hanno ritenuto che il defibrillatore sottocutaneo, per le sue caratteristiche non invasive, fosse l'unica alternativa possibile per salvare la vita al 58enne. L'intervento, eseguito dai cardiologi Francesco Rotondi e Felice Nappi, è stato portato a termine con successo.

Ospedali e territorio

Maresca e Ravello, arriva la Tac

TORRE DELGRECO. Non c'è ancora nessuna certezza per quanto riguarda il futuro dell'ospedale, ma nel frattempo arriva la nuova Tac e ripartono le visite al pronto soccorso. Dopo la rottura del macchinario a inizio estate e tre mesi di disagi registrati dai pazienti di tutto il Vesuviano, tutto torna alla normalità. Si tratta di una Tac di ultima generazione, costata circa 200mila euro, che consentirà ai medici del pronto soccorso di tornare a eseguire diagnosi accurate e di riorganizzare l'unità di radiologia che, per tutta l'estate, aveva funzionato a mezzo servizio. Il precedente macchinario - un dispositivo vecchio di 12 anni, acquistato nel 2004 e riparato a più riprese ma senza esiti - aveva smesso di funzionare improvvisamente a inizio giugno: il tubo di radiogeno che ne alimenta il meccanismo si era guastato. Con la conseguenza che i camici bianchi della struttura sanitaria di via Montedoro, per tutta l'estate non hanno potuto eseguire gli esami clinici necessari a curare i malati. Un bacino d'utenza di oltre 400mila pazienti è stato dirottato in altre strutture, costretto a rivolgersi alle cure dei medici dell'ospedale di Boscotrecase o a quelle degli studi privati. Entro novembre un nuovo dispositivo di ultima generazione simile a questo sarà installato anche presso l'ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia. Nel frattempo, il destino dell'ospedale resta sempre appeso a un filo. Tra i nodi da sciogliere quello dei posti letto: stando al Piano regionale della Sanità, ancora in attesa di approvazione, nel 2017 per il Maresca ce ne saranno 140. In particolare 16 per il reparto di chirurgia generale, 8 per l'ematologia, 16 in gastroenterologia, 20 per la medicina generale, per l'oncologia 16 mentre per le unità di ortopedia e traumatologia dovrebbero esserci 12. In pediatria 8 letti, così come in terapia intensiva. Contemplato anche il recupero e la riabilitazione funzionale - con 24 posti letto - e dei lungodegenti con 12 ricoveri.



Anche all'ospedale di Ravello arriva la nuova Tac. La struttura d¡ Castiglione era sprovvista dell'apparecchiatura. Nel corso della visita del nuovo direttore sanitario dell'azienda ospedaliera S. Giovanni di Dio e Ruggì D'Aragona, Nicola Silvestri. l'incontro durante il quale è stato confermato l'arrivo a breve tempo di una nuova tac. È stato confermato anche l'arrivo di nuovo personale. Questa spinta in avanti giunge in seguito al riconoscimento di ospedale in deroga / zona disagiata previsto dal nuovo piano ospedaliere regionale.

Interventi ortopedici sprint, progetto pilota a Salerno

SALERNO - Parte dal Ruggi una rivoluzione in Campania nel trattamento delle fratture al collo del femore per gli ultrasessantacinquenni. Si tratta di un protocollo pilota per ridurre i tempi di attesa per l'intervento chirurgico, così come indicato dalle linee ministeriali. Il progetto permetterà di passare dagli attuali 6-7 giorni a soli 2 dal ricovero. Sono a disposizione 15 posti letto della clinica ortopedica, aumentati di 5 posti rispetto ai precedenti 10, oltre a una equipe di ortopedici, anestesisti e infermieri provenienti dalle procedure di reclutamento straordinarie messe in campo negli ultimi tempi. L'obiettivo da raggiungere è semplice: ridurre i costi delle degenze ed evitare che pazienti anziani siano parcheggiati per giorni sulle barelle in attesa di essere operati.

Agropoli, chiude il primo soccorso

AGROPOLI – Come ampiamente previsto, con la fine dell'estate chiude i battenti il presidio di primo soccorso "potenziato" di Agropoli.

Si torna al passato, a prima del 25 luglio, data a partire dalla quale l'Azienda sanitaria locale diede il via al nuovo dispositivo per l'estate (una guardia medica di Rianimazione h24, una guardia Cardiologica 7 giorni su 7 in h12 – quest'ultima non attivata, è stata in funzione la Tele-cardiologia – una guardia Radiologica 7 giorni su 7 in h12 con reperibilità notturna, la navetta per il trasporto di prelievi tra Agropoli e il presidio di Roccadaspide).

Al presidio resterà attiva la sola Radiologia, con i medici che erano già presenti in organico, non saranno invece presenti i rianimatori. Al loro posto ci saranno le ambulanze rianimative: una ad Agropoli, l'altra a Licinella di Paestum. Inoltre sarà presente il laboratorio analisi.

Quella appena trascorsa potrebbe essere l'ultima estate precaria perché per il 2017 la Regione ha previsto l'attivazione di un pronto soccorso attivo: 20 posti letto multidisciplinari, quindi con medicina d'urgenza con medici, infermieri e personale di supporto con chirurgo, anestesista, medico internista.

Vallo, l`Asl riapre Psichiatria

VALLO DELLA LUCANIA - Dopo la visita del neo manager Antonio Giordano, c'è la certezza: riapre il reparto di psichiatria, e vengono riattivati i reparti di Oculistica e Otorino.

In pieno autunno saranno operativi Chirurgia generale e vascolare.

World Alzheimer's Month

World Alzheimer's Month

September

#WAM2016 #RememberMe

2 out of 3

people globally believe there is little or no understanding of **dementia** in their countries

Every **3** **seconds**

someone in the world develops **dementia**

LA PREVENZIONE È UN MESSAGGIO PER TUTTE NOI

ADERISCI ANCHE TU
ALLA CAMPAGNA NASTRO ROSA

LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

per sostenere la ricerca e la prevenzione
CONTRO IL CANCRO AL SENO