

NapoliSana Campania

Inserto di ricerca infermieristica
All'interno, pagg. 21/28
NSC
ursing

12 maggio, Giornata Internazionale dell'Infermiere

Una mobilitazione per il lavoro



QUI BENEVENTO
Appropriatezza clinica
e uso dei farmaci
ai tempi di Internet

Alfredo La Monica a pag. 32



QUI NAPOLI
Scriviamo insieme
la nuova 'Carta'
della Professione

a pag. 29



WE CAN. I CAN.

**INSPIRE
ACTION
TAKE
ACTION**



**WORLD
CANCER
DAY4FEB**





L'Editoriale

di **Ciro Carbone**

Bocciata la sanità dei ragionieri Ora investiamo in posti di lavoro

Dice la Ministra Lorenzin: "I commissariamenti come li abbiamo immaginati fino ad ora hanno fatto il loro tempo". Lo dice in un passaggio a commento dei gravi risultati sui Lea di cinque regioni: Calabria (147 punti), Molise (156), Puglia (155), Sicilia (153) e Campania, arretrata a 99. Tutte regioni del Sud. Tutte commissariate, o in piani di rientro. Sono le Regioni canaglia. Ma sono anche la ricchezza di quelle virtuose. Sono le Regioni che versano la gran parte dei 4,1 miliardi di euro nelle casse della sanità del Nord per effetto della migrazione sanitaria. Sono parole importanti quelle pronunciate dalla Ministra. Autocritiche. Parole che forse annunciano l'imminente via libera al Presidente De Luca nella carica di commissario. Ma soprattutto sono parole con le quali si ammette che l'esperienza dei commissari è stata un fallimento. Ora si fa marcia indietro. Ma nel frattempo il disastro è servito. In Campania e nel resto del Sud c'è una sanità da serie B. Dopo nove anni di commissari, in Campania siamo all'ultimo posto per i livelli essenziali d'assistenza e per tantissimi altri indici clinici, strutturali e di servizio. In nove anni si è smembrato il tessuto ospedaliero e disarticolato il territorio. In nove anni di commissari si sono persi 15 mila posti di lavoro nella sola sanità, di cui circa un terzo a carico degli infermieri. Da nove anni i cittadini pagano tasse salatissime per recuperare un deficit finanziario che ora è azzerato. Ma a caro prezzo.

Quella bocciata dalla Lorenzin è la sanità dei Commissari. La sanità dei ragionieri. La sanità ottusamente legata allo zero virgola. E' la sanità voluta dagli stessi politici che ora la bocciano perché produce disastri. Qualche tempo fa, sempre dalle colonne di questo giornale, esortavo a considerare il Sistema salute del nostro Paese non come un costo, ma come un volano di sviluppo. Una tesi supportata da eminenti analisi socio economiche. Oltre a garantire il diritto alla salute dei cittadini, esso è un formidabile produttore di crescita, sviluppo e innovazione. Possiamo dire, con magra soddisfazione, che avevamo ragione. Ora è accertato che la sanità non può essere considerata una partita doppia, un registro di entrate e uscite. La sanità è fatta da uomini e per gli uomini. Dunque, mai più ragionieri alla guida della salute. Ma persone che assumano su se stesse la

responsabilità delle scelte. In modo da poter essere giudicati dai cittadini e dagli operatori. Se fai bene, c'è il consenso. Se fai male: a casa.

Ora bisogna ripartire. Dobbiamo ritornare ad essere un'eccellenza. Perché ai cittadini sia offerta la migliore sanità possibile, in ospedale e sul territorio. Perché il diritto alla salute vale anche per chi abita a Napoli e in Campania. Perché nel frattempo i disoccupati, i precari, gli emigranti della sanità sono diventati tanti, troppi. E allora è tempo di mobilitarsi per il lavoro. Perché dove mancano gli infermieri sono a rischio i livelli essenziali di assistenza; la qualità delle prestazioni; le liste d'attesa si allungano; i reparti si accorpano o semplicemente chiudono; i cittadini emigrano in cerca di cure e d'assistenza.

Dove mancano gli infermieri c'è più disoccupazione, soprattutto tra i giovani che per lavorare sono costretti a lasciare le famiglie per andare all'estero; dove sono pagati meglio, accolti bene e ben considerati, sia dal punto di vista sociale, sia da quello professionale.

Dove mancano gli infermieri la professione subisce un crollo. Siamo allo stremo per turni massacranti; per le troppe ore di straordinario; per l'impossibilità conseguente a fornire prestazioni a livelli degli standard qualitativi previsti. Troppe ore in corsia rendono difficile l'aggiornamento e la riqualificazione professionale. Soprattutto, la carenza d'infermieri azzerava ogni sforzo per migliorare l'assistenza ai cittadini. Anzi, dove mancano gli infermieri si guarisce di meno e più tardi. Dove mancano gli infermieri sono a rischio anche le conquiste della professione. Ogni aumento del fabbisogno di competenze infermieristiche richiede un aumento di personale. Senza infermieri i servizi stentano. E ciascuno è chiamato a rimbocarsi le maniche per assistere al meglio. Ed allora addio appropriatezza. Addio nuovi Lea. Addio a tutte le competenze aggiuntive conquistate dagli infermieri in questi anni con i denti, con la passione, con l'acquisizione di nuovi saperi.

E allora. Diamo vita da subito ad un'intensa, forte, incisiva battaglia per il lavoro. Servirà non solo ai giovani infermieri disoccupati, precari, emigranti. Ma servirà per dare sostanza e corpo a quel patto infermiere/cittadino cui siamo vincolati e ispirati da sempre.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

**Organo ufficiale dei Collegi Ipasvi
di Napoli e Benevento**

ANNO XXIII- N. 1 - MARZO 2017

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

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

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Comitato scientifico

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

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

**A. Buonocore, A. D'Auria
D. De Martino, G. Gargiulo, A. Lanzuise,
A. La Monica, P. Muoio, P. Papa,
M. Perrone, T. Rea, C. Sepe, P. Trio**

Editore, direzione e redazione: **Collegio Ipasvi Napoli**

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

Tel. 081 440140, Fax 081 440217

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

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - GALLERIA UMBERTO I, 50 - 80132 NAPOLI

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



In questo numero:



3 L'Editoriale

**Bocciata la sanità
dei ragionieri.
Ora investiamo
in posti di lavoro**

di **Ciro Carbone**

6 Vertenza occupazione

**Una grande mobilitazione
per il lavoro**

I Collegi Ipasvi della Campania lanciano una compagna per l'occupazione. Si parte il prossimo 12 maggio con la Giornata internazionale dell'Infermiere dedicata ai temi del lavoro, alla stabilizzazione di tutte le forme di precariato, alla mobilità regionale e allo sblocco definitivo del turn over.



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Vertenza occupazione 8

Turn over e territorio, un potenziale di 5mila occupati

Le richieste dell'Ipasvi alla Regione: attivazione di nuovi modelli organizzativi e adeguati percorsi clinico-assistenziali.

di Dario De Martino

10 Vertenza occupazione

Gli infermieri italiani in giro per l'Europa



Inghilterra, Irlanda, Francia, Austria e Germania i principali mercati di destinazione. Ma anche Medio Oriente, Canada e Stati Uniti.

di Pippo Trio



Politica Sanitaria 12

Fondi Ue per formare l'infermiere di famiglia

Dalla Regione Campania 17 mln di euro per la formazione. Selezionati 48 giovani under 35 per un tirocinio di sei mesi.

Agli Ordini e ai Collegi professionali la responsabilità dei progetti.

di Pippo Trio

15 Politica Sanitaria

Manager sanità, la nomina torna alle Regioni

I direttori saranno però scelti da un albo degli idonei istituito presso il Ministero della Salute.



di Peppe Papa



Politica Sanitaria 16

Edilizia e Piano ospedaliero, pronti i primi 180mln

Con la via libera dei ministeri della Salute e dell'Economia, si sbloccano anche le risorse economiche per un nuovo programma di edilizia sanitaria.

di Peppe Papa

18 Politica Sanitaria

Da Sud a Nord in cerca di buone cure

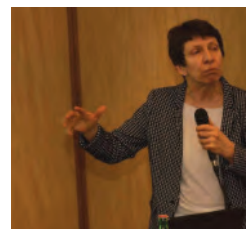
di Anna Buonocore



Politica sanitaria 20

Male i Lea, ma peggio ancora i commissari

21 NSC Nursing
Supplemento di ricerca infermieristica all'interno, pagg.21/28



Qui Napoli 29

"Scriviamo insieme la nuova 'Carta' della professione"

di Chiara Sepe

32 Qui Benevento
Appropriatezza clinica e uso dei farmaci ai tempi di internet

di Alfredo La Monica



Ospedali e territorio 38

Vertenza occupazione

I Collegi Ipasvi della Campania lanciano una campagna per l'occupazione. Si parte il prossimo 12 maggio con la Giornata internazionale dell'Infermiere dedicata ai temi del lavoro, alla stabilizzazione di tutte le forme di precariato, alla mobilità regionale e allo sblocco definitivo del turn over. Una vertenza per il lavoro, per la difesa del diritto alla salute, per un'offerta sanitaria in linea con l'Europa.

di Pino De Martino

Una mobilitazione per il lavoro. Contro l'immobilismo delle istituzioni (leggi Governo, Regione e amministrazioni sanitarie locale) sul fronte dell'occupazione e la politica degli annunci senza riscontro. L'hanno decisa i presidenti Ipasvi delle cinque province campane riuniti nel Coordinamento regionale dei Collegi, presieduto da **Andrea Della Ratta**. Si partirà dal prossimo 12 maggio.

La tradizionale giornata internazionale dell'infermiere sarà appunto dedicata al tema dell'occupazione, allo sblocco del turn over, alla stabilizzazione di tutte le forme di precariato, alla mobilità regionale. Il primo ad annunciarlo è stato **Ciro Carbone**. Nella sua relazione all'Assemblea per il bilancio (di questo parliamo meglio in un altro articolo a pag., ndr) il Presidente di Napoli e consigliere nazionale ha detto: *"Dedicheremo la Giornata Internazionale dell'infermiere al tema dell'occupazione. Sarà una grande mobilitazione per il lavoro, per la difesa del diritto alla Salute, per una Sanità in Campania più equa e solidale. Continueremo ad essere una spina nel fianco per le istituzioni regionali e commissariati di governo che hanno l'obbligo verso i cittadini campani di garantire a livello regionale i Lea e, nel fare ciò, non può che esserci una positiva ricaduta occupazionale, considerate le migliaia di posti di lavoro persi nell'ultimo decennio"*. Carbone ha ricordato il grave deficit di infermieri che si registra oggi sia negli ospedali, che nelle strutture private e sul territorio. *"Sull'annoso e ormai insostenibile blocco del turn-over abbiamo ricevuto fin qui risposte burocratiche che non intendiamo più ascoltare"*, ha detto. *"Dobbiamo favorire il rientro dei tanti colleghi che lavorano fuori regione, l'attivazione di concorsi per infermieri e infermiere pediatriche e la stabilizzazione dei precari, ove ancora esistenti, e di tutte le forme di lavoro atipico. Penso ai tanti colleghi interinali ed ai colleghi che lavorano su progetti regionali e/o aziendali. Abbiamo bisogno di tutti per restituire ai cittadini napoletani e della Campania quell'offerta di salute che altre regioni riescono a dare e che la Costituzione sancisce per diritto"*.

I duri scontri con l'ex commissario **Joseph Polimeni** sul fronte occupazione li ha ricordati Andrea Della Ratta. *"In due anni abbiamo incontrato l'impossibile: prima Coscioni, poi ripetutamente*

Una grande



Polimeni. Infine l'attuale commissario D'Amario, tutti a raccontarci chiacchiere", ha denunciato Della Ratta nel corso dell'Assemblea per il bilancio. *"Ora basta promesse. E basta con lo scaricabarile delle responsabilità tra Presidenti, Commissari e dirigenti"*. Il presidente del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi fa ricorso alla letteratura scientifica per declinare il suo aperto contrasto con la politica sanitaria della Regione Campania. E cita uno studio internazionale secondo il quale il tasso di mortalità risulta del 20% inferiore quando ogni infermiere ha in carico un numero di pazienti almeno pari a 6. *"In Italia la media è di 12 pazienti. In Campania, come sappiamo, raggiunge i 18 pazienti per ogni infermiere. Record nazionale. Un record che non ci fa onore. Che lascia a casa i giovani. Che ci fa essere ultimi in Europa"*.

Un altro studio sottolinea che il rischio di morte aumenta con l'esposizione a turni con ore di presenza infermieristica superiori a

Vertenza
occupazione

mobilitazione per il lavoro



quelli contrattualmente previsti. Un brutto segnale visto che meno personale si traduce in più straordinario e turni necessariamente più lunghi. “Sono questi dati che devono dare più forza alla nostra battaglia per il lavoro.

Senza un’adeguata presenza di infermieri negli ospedali e sul territorio - ha detto infine Della Ratta - si rischia il fallimento del diritto alla salute”. La mobilitazione è dunque lanciata. Si partirà dal prossimo dodici maggio con una giornata dedicata all’occupazione, alla stabilizzazione di tutte le forme di precariato, alla mobilità regionale e allo sblocco definitivo del turn over. “Ciascun Collegio organizzerà proprie iniziative”, precisa Carbone. “Ma l’attenzione per il lavoro, o per meglio dire per la mancanza di esso è unanime, ci vede tutti dalla stessa parte. Sarà una mobilitazione per il lavoro, per la difesa del diritto alla salute, per una sanità in Campania veramente solidale e universalistica”.



CIRO CARBONE:

“Dedicheremo la Giornata Internazionale dell’infermiere al tema dell’occupazione.

Dobbiamo favorire il rientro dei tanti colleghi che lavorano fuori regione, dobbiamo ottenere l’apertura di concorsi per infermieri e infermiere pediatriche e la stabilizzazione dei precari, ove ancora esistenti, e di tutte le forme di lavoro atipico. Penso ai tanti colleghi interinali ed ai colleghi che lavorano su progetti regionali e/o aziendali. Abbiamo bisogno di tutti per restituire ai cittadini napoletani e della Campania quell’offerta di salute che altre regioni riescono a dare e che la Costituzione sancisce per diritto”.



ANDREA DELLA RATTA:

“Ora basta promesse. E basta con lo scaricabarile delle responsabilità tra Presidenti, Commissari e dirigenti.

Senza un’adeguata presenza di infermieri negli ospedali e sul territorio si rischia il fallimento del diritto alla salute. In Italia la media è di 12 pazienti. In Campania, come sappiamo, spesso superiamo i 18 pazienti per ogni infermiere.

E’ un record nazionale che non ci fa onore. Che lascia a casa i giovani. Che ci fa essere ultimi in Europa”.

Vertenza occupazione

Le richieste dell'Ipasvi alla Regione: attivazione di nuovi modelli organizzativi e adeguati percorsi clinico-assistenziali. Ospedali di comunità, Ambulatori infermieristici, infermiere di famiglia e di comunità. Tante le strade per creare occupazione migliorando l'assistenza. Ma dalla struttura commissariale nessuna risposta.

di Dario De Martino

«Non si può dire che non c'è la possibilità di creare lavoro in Campania. Ce ne potrebbero essere migliaia di occasioni, risolvendo contemporaneamente un sacco di problemi. Al massimo si può dire che non c'è la volontà politica di farlo». Così il Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli **Ciro Carbone** ha risposto alle parole alate, ma senza fatti concreti, pronunciate dall'ex Commissario **Joseph Polimeni** nel corso dell'ultimo incontro in Regione, prima che lasciasse.

Un confronto, l'ennesimo, richiesto proprio per verificare possibilità, modalità e tempi per le nuove assunzioni promesse da tempo e fin ora restate sulla carta.

Al commissario era stato fatto grosso modo questo ragionamento: mettendo insieme la copertura dei posti persi per il blocco del turn over negli ultimi sette anni, l'applicazione della normativa comunitaria sull'orario di lavoro e quanto prevede la programmazione sulla sanità territoriale, si potrebbero creare abbastanza posti di lavoro per favorire contemporaneamente il rientro dei tanti colleghi che lavorano fuori regione, l'attivazione di nuovi concorsi per infermieri e infermiere pediatriche, la stabilizzazione dei precari, ove ancora esistenti, e di normalizzazione di tutte le forme di lavoro atipico: infermieri interinali, a progetto e quant'altro.

Turn over e territorio,



A corredo di queste richieste, una dettagliata analisi sui nuovi fabbisogni assistenziali, (infermiere di famiglia) che pure in Campania si dovranno attuare per crescere sui Lea, per liberare il pronto soccorso, per organizzare il territorio e risparmiare sui ricoveri impropri.

Anche la struttura commissariale si è mostrata consapevole che i tradizionali servizi assistenziali e i loro modelli sono destinati a profonde riorganizzazioni imposte sia dall'aumento oggettivo dei bisogni di salute, sia dalle crescenti aspettative di nuovi servizi e di migliore qualità delle prestazioni.

Ma senza offrire soluzioni. In questo quadro agli infermieri potrebbero aprirsi varie

possibilità occupazionali, considerando la società che invecchia e i crescenti bisogni di interventi a lungo termine: promozione della salute, prevenzione, assistenza al paziente cronico e con più patologie, come consulente individuale e familiare, senza contare gli interventi di assistenza infermieristica diretta.

Gli stessi ambulatori potrebbero essere una risposta sul territorio ai codici bianchi o alle richieste di consulenza per monitoraggio parametri, sicurezza ambientale, aderenza alle terapie, corretti stili di vita, con riduzione accessi impropri al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri inutili.

I Pot, (presidi ospedalieri territoriali) ad

Vertenza
occupazione

un potenziale di 5mila occupati



il Ministro: «Presto in arrivo nuove assunzioni»

«Per la sanità in Campania stiamo valutando la possibilità di effettuare nuove assunzioni, dopo che è stato approvato il piano regionale». Queste le parole del Ministro per la Coesione territoriale ed il Mezzogiorno, **Claudio De Vincenti**, pronunciate a Città della Scienza il 10 febbraio scorso, replicando al governatore della Campania **Vincenzo De Luca** che aveva sollecitato lo sblocco del turn over e rilanciato la proposta di un piano di assunzioni nella PA per i giovani del Sud. Uno spiraglio, l'ennesimo impegno fino ad ora sulla carta, per nuove opportunità lavorative in Campania, alla presenza del Commissario europeo per le politiche regionali, **Corina Cretu**. Il ministro punta sull'utilizzo dei fondi europei. «Il Governo - ha spiegato **De Vincenti** - è impegnato al massimo per la ripresa del Sud. Occorre costruire occasioni di lavoro produttivo per i giovani». Per il governatore De Luca, però, i fondi europei non sono sufficienti. In un contesto in cui la disoccupazione giovanile supera il 50% ed il reddito pro capite dei napoletani è pari alla metà di quello dei milanesi, occorre ben altro. «Dobbiamo intervenire perché siamo in una specie di dopoguerra - ha detto il governatore. Gli anni della crisi hanno determinato un bilancio occupazionale pesante. Dal 2007 ad oggi il Sud ha perso 500mila posti di lavoro.

I fondi europei dovevano essere aggiuntivi rispetto alle risorse statali ordinarie, ma nella realtà non è così, ormai sostituiscono le risorse normali».



In Italia in un anno persi circa 3mila posti

In un solo anno - tra il 2014 e il 2015 - il Servizio sanitario nazionale ha perso in tutto 10.444 unità di personale (-1,6%). Tra questi, 2.788 (il 27% del calo totale) sono infermieri. Questi i dati subito visibili da una prima analisi del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato 2015. E per gli infermieri l'analisi diventa più preoccupante, al di là del dato nazionale, se si guarda alle singole Regioni. Le perdite maggiori infatti, sono quasi tutte nelle otto Regioni in piano di rientro, quelle con organici già al di sotto dei livelli accettabili per un'assistenza appropriata che da sole comprendono il 70% circa dell'intera perdita di professionisti e fanno registrare situazioni che, ad esempio, contro il calo medio dell'1% a livello nazionale, registrano il -3% in Molise e oltre il -2% nel Lazio e Campania. E poi i servizi fanno fatica a essere erogati con la massima appropriatezza dovuta ai cittadini. E sul territorio c'è il vuoto. Da troppo tempo l'allarme è stato lanciato senza che nessuno lo ascolti. Oggi c'è una carenza minima di almeno 47mila infermieri di cui 18mila sarebbero necessari solo per rispettare le regole Ue sugli orari di lavoro che, invece, ancora sembra sia in alto mare.

esempio, sono strutture multiservizi deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e socio sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici.

Nulla di nuovo, sia chiaro. Toscana, Veneto ed Emilia da tempo puntano su realtà diversamente chiamate "casa della salute", "ospedali di comunità" o "ospedali di prossimità" che dir si voglia.

Tutte accumulate da una base pressappoco comune: medicina generale, medicina specialistica, servizi sociali e servizio amministrativo. Target di circa 20.000 abitanti come popolazione di riferimento. Orario di apertura: da un minimo di 8 ore al giorno, fino all'h.24.

**Vertenza
occupazione**

Gli infermieri italiani in giro

Inghilterra, Irlanda, Francia, Austria e Germania i principali mercati di destinazione. Ma anche Medio Oriente, Canada e Stati Uniti. Buone le retribuzioni e le opportunità professionali

di Pippo Trio

Anche se con la brexit il Regno Unito non è più la prima scelta, resta alta la presenza d'infermieri italiani sul territorio britannico. E si conferma quel flusso inarrestabile di giovani professionisti in fuga dall'Italia per raggiungere paesi come Germania, Francia, Austria, Svezia, Irlanda e Spagna dove c'è una crescente domanda di professionisti dell'assistenza sanitaria. Soprattutto gli infermieri italiani continuano ad essere super richiesti in tutta Europa. Il motivo è molto semplice: un terzo degli infermieri occupati nei paesi richiedenti ha già più di 50 anni e la professione non è più tanto ambita dai giovani del posto. Coincidenza, questa, che ha portato a un'esplosione della domanda nel settore, cui il paese può far fronte in tempi rapidi solo importando forza lavoro dall'estero. E in particolare dall'Italia, visto che, come succede in Francia e in Germania, i nostri giovani sono apprezzati non solo per il fatto di essere molto preparati e professionali, ma anche perché dimostrano di essere dei grandi lavoratori.

Opportunità di guadagno – Occupazione a parte, ciò che attrae



tanti giovani infermieri all'estero sono le buone retribuzioni e i riconoscimenti sociali e professionali. Se in Italia i contributi mensili oscillano dai 1500 ai 1900 euro, a seconda della specializzazione e del ruolo, chi lavora in Europa riceve una retribuzione indicativa di partenza che varia dai 25 ai 33mila euro annuali. Per chi invece non risulta iscritto agli albi professionali, il salario oscilla tra i 19 e i 23mila euro.

Non solo Europa - Dopo essersi creati la reputazione di personale competente e disponibile, i giovani infermieri italiani hanno iniziato ad essere richiesti anche sui mercati extra-europei, Medio Oriente, Canada e Stati Uniti in particolare. Le opportunità sono talmente tante che nazioni come la Germania hanno deciso di andare incontro anche a quei giovani che il tedesco non l'hanno ancora imparato, offrendo contratti base in cui è inserito un periodo di formazione linguistica con due mesi di studio intensivo in Italia, cui seguono sei mesi in Germania con 20 ore di corso e 20 ore di lavoro per settimana. Il tutto a fronte di un salario di 850 euro. Per quelle posizioni per cui è richiesto un livello di tedesco B2, sono più avvantaggiati i candidati che possono aggiungere al loro curriculum una certificazione rilasciata dal Goethe Institute.

Il problema della lingua - L'u-



Vertenza
occupazione

per l'Europa



nico vero ostacolo per i giovani italiani è quello della lingua. Per svolgere una professione a contatto con il pubblico parlare l'idioma del posto è fondamentale. E chi è in grado di dimostrare al colloquio una certa padronanza della lingua, la strada è da subito in discesa. E questo forse al momento l'ostacolo maggiore per i giovani infermieri del Bel Paese. Perché il mercato è in continua espansione. Al momento si riesce a soddisfare appena il 15 per cento delle richieste di Inghilterra e Irlanda.

Fabbisogni formativi L'Ipasvi ne chiede 18.516

Per il prossimo anno accademico servirebbero 18.516 iscrizioni ai corsi di laurea in infermieristica. È questa la proposta al rialzo sostenuta dalla Federazione nazionale dei collegi Ipasvi all'incontro tecnico che si è svolto al Ministero della Salute in vista dell'accordo sui fabbisogni formativi relativi alle professioni sanitarie, che dovrebbe arrivare al dunque entro aprile. Sul fronte del nursing è previsto un aumento nei prossimi 13 anni della domanda di infermieri da 370mila a 440mila nei servizi pubblici. Un incremento legato ai maggiori bisogni sul territorio dovuti all'invecchiamento della popolazione, alla sempre maggiore incidenza della non autosufficienza e delle cronicità, alla richiesta in crescita di assistenza domiciliare anche per dare continuità assistenziale alle fasi post ricovero. In questo contesto, va però considerata anche la variabile dell'orario di lavoro europeo. Se le nuove norme fossero effettivamente applicate come dovrebbero, gli infermieri oggi in esubero (circa 16mila disoccupati) sarebbero infatti rapidamente riassorbiti assieme ai circa 7mila precari. Dunque, tenendo conto che la carenza stimata per offrire servizi validi sul territorio è di almeno 47mila unità, la Federazione ha chiesto per l'anno accademico 2017-2018 iscrizioni per 18.516 ai corsi di laurea.



A Benevento cercano "nurses", ma il lavoro è in Germania

Si cercano infermieri diplomati, si offre un impiego stabile e uno stipendio adeguato. Ma a richiedere lavoro sono gli ospedali della regione di Amburgo. L'annuncio, "wollte Krankenschwestern" fa parte di un accordo sottoscritto con il servizio Eures di Benevento e i servizi sanitari dei land settentrionali tedeschi, ormai da anni alle prese con la carenza di personale ospedaliero. La notizia va sui giornali. E anche la Rai nazionale vi dedica un approfondito servizio. La selezione è fissata per il 22 marzo, a Benevento. Il bando è stato reso noto da Claudio Ricci, presidente della Provincia sannita, responsabile dei

centri per l'impiego. Non viene specificato quanti sono i posti a disposizione; è stato reso noto invece che l'offerta riguarda personale in possesso di laurea in scienze infermieristiche conseguita in un paese Ue e che non è richiesta la conoscenza della lingua tedesca.

La contropartita della trasferta è allettante. Stante soprattutto la perdurante disoccupazione che regna in Italia, ma soprattutto al Sud: contratto di due anni o a tempo indeterminato, stipendio di 2.400 euro con notturni, festivi e fine settimana pagati a parte, corso di lingua tedesca gratuito e assistenza per il disbrigo di tutte le pratiche burocratiche. All'Avviso hanno risposto in tanti, provenienti persino dalla Toscana, dalla Repubblica di San Marino e da tante altre Regioni dell'Italia meridionale.

**Politica
sanitaria**

Fondi Ue per formare l'infermiere

**Dalla Regione Campania
17 mln di euro per la
formazione. Selezionati 48
giovani under 35 per un
tirocinio di sei mesi.
Agli Ordini e ai Collegi
professionali la
responsabilità dei progetti.**

di Pino De Martino

Ci sono anche gli infermieri tra i destinatari dei fondi regionali a favore delle professioni stanziati dalla Regione Campania. Ben 48 giovani non occupati e sotto i 35 anni, ai quali viene offerta la possibilità di realizzare un percorso di studio e di apprendimento professionale prima di avviare un'attività in proprio. La durata massima del tirocinio è di sei mesi e viene concesso un contributo mensile di 500 euro. L'avviso, pubblicato sul Burc della Regione Campania, prevede una procedura di presentazione delle domande a sportello per 1300 borse di studio, con un investimento totale di 4 milioni di euro. Quanto previsto



per i giovani professionisti rientra in un pacchetto di interventi per un totale di 17 milioni di euro destinati alle libere professioni e alle piccole e medie imprese. La delibera utilizza fondi di rientro Fesr ed ha come riferimento normativo la legge approvata dal Consiglio Regionale della Campania nel 2012 e mai attuata nella passata legislatura. In pratica con l'atto firmato dagli assessori

Marciani e Lepore, si concedono agevolazioni alle libere professioni, dando priorità a giovani di età non superiore a 35 anni, finalizzate allo sviluppo delle attività professionali con l'implementazione delle più moderne tecnologie. Viene finanziata inoltre per un totale di 7 milioni la creazione di partenariati tra ordini professionali, università, e altre organizzazioni di insegnamento professionale per la realizzazione di un'offerta formativa orientata alle professioni per gli studenti universitari; la partecipazione dei liberi professionisti a percorsi formativi individuali attraverso percorsi di formazione per liberi professionisti e lavoratori autonomi volti al miglioramento delle competenze professionali; tirocini formativi per liberi professionisti.

Per l'organizzazione dei percorsi formativi, la legge prevede il diretto coinvolgimento degli ordini professionali, a garanzia della serietà, della professionalità e delle finalità formative degli stages. *"Abbiamo organizzato con i medici pediatrici di Napoli un tirocinio non obbligatorio per più di 40 giovani colleghi"*, dice **Gennaro Ascione**, consigliere del Collegio Ipasvi di Napoli.

"I giovani che saranno inseriti nelle gra-



di famiglia



Nelle foto,
in alto a destra
l'assessore
Chiara Marciani
In basso,
il consigliere
Ipasvi di Napoli
Gennaro Ascione.

duatorie regionali
avranno dei medici
pediatrici come tutor

(per ogni medico con funzione di coach, due infermieri, ndr).

Lavoreranno con loro per realizzare sul territorio il progetto di infermiere di famiglia elaborato e proposto dal Collegio Ipasvi di Napoli. Con questa iniziativa che per la prima volta si realizza nella nostra regione - aggiunge Ascione - *perseguiamo due obiettivi: fornire un'occasione ai nostri giovani professionisti disoccupati di realizzare un'esperienza formativa importante con un piccolo contributo economico.*

E poi, gettare le basi per un'ufficiale istituzione dell'infermiere di famiglia tra le attività sanitarie territoriali. Per questo ringraziamo in particolare l'assessore Chiara Marciani per l'impegno profuso e per aver individuato nelle professioni i canali istituzionali attraverso i quali aiutare i giovani professionisti ad uscire dal dramma della disoccupazione. *Auspichiamo - conclude Ascione - che anche nei prossimi anni si possa contare su percorsi formativi e di sostegno quali quelli messi oggi in essere.*



“Una buona opportunità nelle mani delle professioni”

Parla Chiara Marciani, assessore alla Formazione e alle Pari opportunità della Regione Campania

Chiara Marciani è il più giovane assessore della giunta della Regione Campania guidata dal Presidente Vincenzo De Luca. Napoletana, 37 anni, sposata con due figli, è responsabile dell'assessorato alla Formazione e alle Pari opportunità. Laureata a 22 anni con il massimo dei voti in Scienze politiche, indirizzo internazionale, si è specializzata in programmazione, attuazione e controllo dei fondi europei. In virtù di questa competenza, è stata consulente per il Conseil Général Vaucluse di Avignone (l'ente che corrisponde alla nostra Provincia) e ha collaborato con il ministero dello Sviluppo economico. Coordina ed ha coordinato, dal 2003, team di assistenza tecnica dei Por, i programmi operativi regionali, finanziati dal fondo comunitario Fesr, per conto di società di consulenza internazionali.



Assessore Marciani, anche gli infermieri tra le 25 professioni destinatarie dei fondi per la formazione..

“Il settore sanitario è tra quelli più tenuti in considerazione da parte della Giunta regionale, a partire dal presidente De Luca che ha voluto fortemente questi corsi. Anche per medici e per altre professioni sanitarie. In tutto quattro avvisi per 17 milioni di euro complessivi da destinare a giovani ancora senza occupazione e con una forte spinta professionale”.

Per la prima volta gli Ordini professionali sono chiamati direttamente in causa quali mallevatori della formazione ...

“Abbiamo costruito un nuovo percorso che consente ai liberi professionisti di accedere ai fondi europei. La Regione Campania ha messo a disposizione le risorse comunitarie per interventi a sostegno dei lavoratori autonomi. Quattro milioni di euro sono a favore dei giovani per incentivare i tirocini. In più, tra l'assessorato alla Formazione e il coordinamento delle professioni si sono sviluppate in questo pur breve periodo delle buone pratiche ed eccellenti modalità di stare insieme che ci hanno portati a raggiungere questo brillante risultato. Un buon lavoro è stato fatto. E spero si possa continuare anche in futuro su questa strada. Ma questo dipenderà molto da come esse risponderanno a questa occasione”.

In che senso, assessore?

“Oggi la responsabilità della riuscita dei corsi è per buona parte in mano alle professioni. Spetta a loro saper sfruttare bene questa opportunità per trasformare un'occasione in progetti concreti a sostegno della formazione, quindi, di future opportunità di lavoro”.

Quindi non esclude un rinnovo del programma nei prossimi anni?

“Assolutamente no”.

Politica sanitaria



1. Concessione di agevolazioni per lo svolgimento di tirocini, obbligatori e non obbligatori, per l'accesso alle professioni ordinistiche. Il target di riferimento è costituito da persone non occupate fino ai 35 anni, che, coerentemente con il percorso di studio conseguito, devono o scelgono di realizzare un periodo di apprendimento professionale prima di avviare un'attività in proprio. La durata massima del tirocinio rimborsabile è di sei mesi e viene concesso un contributo mensile di 500 euro. L'avviso prevede una procedura di presentazione delle domande a sportello per un investimento totale di 4 milioni di euro.

2. Sostegno a percorsi formativi per liberi professionisti e lavoratori autonomi per 1,5 milioni di euro : sono concesse agevolazioni, senza limite di età, per la partecipazione a percorsi formativi al fine di rafforzare ed aggiornare, in termini di eccellenza e di qualità, le competenze e le abilità individuali dei professionisti e dei lavoratori autonomi. Rientrano in questa misura anche i liberi professionisti in possesso di partita IVA, non iscritti ad albi e ordini professionali. Il contributo viene concesso a copertura del 75% del costo del

percorso formativo per un massimo di 5000 euro.

3. Finanziamento di percorsi formativi curricolari per 1,5 milioni di euro: possono essere presentati dalle università progetti volti ad avvicinare i giovani alle professioni tramite esperienze formative in partenariato con ordini professionali e collegi ed associazioni. I professionisti, gli studi professionali le imprese o altri soggetti privati saranno soggetti ospitanti delle attività. Ogni progetto prevede il coionvolgimento di almeno 30 studenti.

4. Contributi a sostegno delle spese di investimento in impianti e beni intangibili per 10 milioni di euro: l'avviso prevede il finanziamento di programmi di investimento finalizzati all'avvio e allo sviluppo di attività professionali attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie e l'innovazione tecnologica e prevede tra le spese ammissibili: spese per investimenti materiali (esempio: acquisti macchinari, attrezzature a tecnologia avanzata, ecc.); spese per investimenti immateriali (esempio: acquisto brevetti, licenze, software, certificazioni, ecc.)

Manager sanità, la nomina torna alle Regioni

I direttori saranno però scelti da un albo degli idonei istituito presso il Ministero della Salute. Dal Ministro un giudizio positivo: *“Un cambio di passo verso la meritocrazia”*.

di **Peppe Papa**

Torna nelle mani dei governatori la responsabilità di scegliere i manager di strutture sanitarie territoriali e di ospedali. La bocciatura da parte della Corte Costituzionale dello schema di decreto, frutto della legge del ministro **Madia**, ha richiesto un nuovo pronunciamento del Consiglio dei Ministri che con un Dlgs correttivo e integrativo riassegna le competenze ai governatori. Ora, la valutazione dei candidati, i criteri e le modalità di valutazione, i tempi per la verifica, l'iter in caso di decadenza o di mancata conferma nell'incarico li decideranno di nuovo le Regioni, riassegnando libertà di scelta e potere ai governatori. La questione è ora all'esame della Conferenza Stato-Regioni. Ma non ci vuole l'indovino per capire che da quel tavolo uscirà di sicuro un via libera, dopo l'accoglimento di tutte le richieste dei governatori che hanno portato alla bocciatura del decreto che scippava alle Regioni la scelta dei propri manager. Passerà poi al Consiglio di Stato e concluderà il suo travagliato iter entro giugno. Nonostante il passo indietro, il Ministro **Lorenzin** si dice soddisfatto. *“Il problema della sanità italiana non è la mancanza di personale qualificato, perché medici, infermieri e tecnici sono di altissimo livello. Il problema è di tipo organizzativo e gestionale”*, ha commentato il Ministro. *“Abbiamo cambiato il modo di selezionare i direttori generali, lasciando le competenze alle Regioni, ma riportandole a criteri di valutazione meritocratici, validi per tutti. E quindi assicurando procedure conformi a principi di merito, imparzialità e trasparenza, con un albo nazionale cui potranno attingere le amministrazioni locali”*.

Per questo, viene istituito presso il Ministero della Salute un elenco nazionale di idonei, aggiornato ogni due anni attraverso una selezione di candidati da parte di una commissione di esperti. All'elenco dei direttori generali non potrà iscriversi chi abbia più di 65 anni e per accedere bisogna avere un attestato di formazione in materia di sanità pubblica e gestione sanitaria. Quindi, si dovrebbe trattare di manager con comprovata esperienza. La permanenza nell'elenco dura 4 anni: è un elenco aperto, che viene aggiornato e prevede un sistema di valutazione dei dirigenti, che gestiscono 113 miliardi della spesa sanitaria italiana. La grande novità riguarda poi il capitolo 'valutazione', con la perdita dell'incarico nel caso di non raggiungimento degli obiettivi. Ci sarà infatti una valutazione dei di-



rettori generali iscritti nell'albo, tenendo conto del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi. I livelli essenziali d'assistenza diventano dunque elemento primario di valutazione e tra i criteri viene inserita anche la riduzione delle liste d'attesa, che sui territori provocano disuguaglianza: *“Vogliamo raggiungere un'omogeneità del livello di assistenza a livello nazionale”*, ha spiegato Lorenzin. Vengono anche valutati i dati dei bilancio ed è prevista la decadenza dei direttori generali non solo in caso di violazione della legge e malasanià, ma anche nei casi in cui la valutazione delle performance sia negativa. Non c'è la possibilità di ricorso e si prevede la cancellazione dall'elenco e reinserimento solo dopo nuova selezione. A cascata, c'è un procedimento demandato alle regioni per la nomina dei direttori sanitari e dei servizi socio-sanitari: anche qui viene costituito un elenco regionale degli idonei e la selezione avviene per titolo e colloquio.

Politica
Sanitaria

Edilizia e Piano ospedaliero, pronti i

Con il via libera dei ministeri della Salute e dell'Economia al piano ospedaliero si sbloccano anche le risorse economiche per un nuovo programma di edilizia sanitaria. Campania obbligata ad accelerare la spesa, pena la perdita dei fondi per la seconda volta. Un'altra rata di 212 mln potrebbe arrivare entro quest'anno. Il saldo entro il 2018 con altri 865 milioni.

di **Peppe Papa**

Da Roma dicono ok al piano ospedaliero della Campania. Ma con una clausola: potenziare la riabilitazione e i servizi ai malati cronici. Dunque, c'è il via libera dei ministeri della Salute e dell'Economia al riordino delle degenze in Campania. Con il semaforo verde al piano ospedaliero, scatta anche il via libera per i fondi destinati ad aprire i cantieri del nuovo piano di edilizia sanitaria. Nel piatto, in questa prima fase, ci sono circa 180 milioni. Ma è solo una prima tranche. Una seconda rata potrebbe arrivare entro quest'anno per altri 212 milioni. In totale 382 milioni (363 statali e 19 regionali). Entro il 2018 poi il saldo di altri 865 mln per un totale di 1,18 miliardi dallo Stato, cui si aggiungono 62 milioni di fondi regionali vincolati e 29 provenienti da altre fonti. I soldi serviranno per i lavori di ristrutturazione e adeguamento edilizio della rete ospedaliera e territoriale pubblica in Campania. Circa 391 milioni sono destinati alle priorità per attuare il Piano ospedaliero e il riordino del territorio. Circa 180 milioni di



euro sono subito disponibili per progetti immediatamente cantierabili. Ma andiamo per gradi ed affrontiamo una questione per volta.

Piano ospedaliero - Dopo nove mesi di gestazione (il piano fu completato e spedito a Roma il 17 maggio del 2016 con decreto regionale n. 33) il Piano ospedaliero riceve il via libera da Roma. Con esso si ridefinisce il ruolo, la mission, la dotazione strutturale, strumentale e di personale di ogni singola azienda ospedaliera (autonoma o delle Asl) da collocare all'interno delle reti assistenziali provinciali. Il Piano stabilisce anche le discipline assistenziali, i posti letto e il numero

di dirigenti e primari da collocare nelle piante organiche, rispettando gli standard ministeriali definiti con il decreto n. 70 del 2015 (Lorenzin). Il Presidente **De Luca** è più che soddisfatto. *“C'è una sostanziale condivisione generale dell'impianto della riforma da parte dei ministeri - dicono i più stretti collaboratori - anche sul Piano di rientro. Poche le modifiche da apportare riguardo alla dotazione di personale in alcune discipline carenti”* (per riabilitazione, hospice, cronici e lungodegenti), a danno di altre invece ancora ridondanti come Medicina e Chirurgia che dovranno riequilibrare l'offerta assistenziale. Piccoli aggiustamenti,

primi 180mln



Fondo sanitario nazionale Alla Campania 54mln in più

La torta dei finanziamenti per la Salute ammonterà quest'anno a 112,578 miliardi di euro. Alla Campaniane sono attribuiti 10 miliardi e 254 milioni. Sono 54 milioni in più rispetto allo scorso anno. Gongola il Governatore De Luca, soprattutto perché per la prima volta viene stabilito che il criterio di riparto non tiene conto solo del dato anagrafico della Campania (regione più giovane) ma anche dello svantaggio socio economico. «È l'inizio di un cambiamento di metodo – dice soddisfatto **De Luca** – che potrà portare ad acquisire nel riparto il peso della condizione sociale della nostra regione». La novità è infatti che lo svantaggio sociale diventa un fattore di correzione del dato pro capite secco. Dalla torta dei 113 miliardi inizialmente preventivati per la sanità italiana nel 2017 è stata sottratta la fetta di 422 milioni di euro per il contributo al ripiano, da parte dei conti della salute, alla finanza pubblica. Il 44 per cento dei fondi messi a disposizione dallo Stato, come sempre, sarà assorbito dall'assistenza ospedaliera. Il resto è destinato alle Asl.

insomma, da accogliere negli atti aziendali attuativi. Il Piano ospedaliero avrà davanti un lungo lavoro di attuazione e sarà attuato per gradi, viaggiando di pari passo con il riordino dell'offerta di servizi territoriali, comprese le Case della salute e ospedali di Comunità, anche in chiave di filtro ai pronto soccorso.

Edilizia ospedaliera – Per la prima tranche di risorse c'è già una stringente agenda di impegni improcrastinabili. Troppe le strutture fatiscenti da ammodernare e ristrutturare. E poi ci sono ospedali e presidi da potenziare. Ecco una prima urgente lista di cose da fare. Partiamo dalla città di Na-

poli e dalle cifre più consistenti. Dodici milioni al Cardarelli. Al Primo Policlinico 11,7 milioni per la nuova Utic (Unità terapia intensiva coronarica all'edificio 2), il nuovo centro ipertensione e il progetto Cicogna. Undici al Santobono/Pausilipon. Sei all'Azienda dei Colli (Monaldi, Cotugno e Cto). Cinque milioni saranno spesi per l'adeguamento dell'ospedale San Paolo. Al Pascale sono destinati 3,5 milioni. Tre milioni alla riconversione dell'Annunziata. Due milioni e mezzo per il San Gennaro, che sarà trasformato in presidio territoriale e di primo soccorso.

Un milione e mezzo per gli Incurabili. Un

milione al San Giovanni Bosco. Uno anche al Capilupi di Capri, all'Elena D'Aosta e all'Ascalesi.

In provincia spiccano i 20 milioni assegnati a Pozzuoli per l'ampliamento del Santa Maria delle Grazie; per Ischia (Ospedale Rizzoli) tre milioni per i nuovi posti letto; per la riconversione in presidio di comunità dell'ospedale di Procida (costerà un milione) e l'ammodernamento dell'ospedale di Giugliano (tre milioni e mezzo). Per la Napoli 3 ci sono 17 milioni. La parte del leone la farà l'Ospedale di Nola. Altri 6 milioni saranno utilizzati per il Maresca di Torre del Greco e circa cinque per Boscotrecase.

Politica Sanitaria

Un milione di italiani in fuga verso la buona sanità. Sono i migranti della salute.

Partono dalle regioni meridionali, quasi tutte commissariate, e portano nelle casse di quelle ricche 4,1 miliardi di euro l'anno.

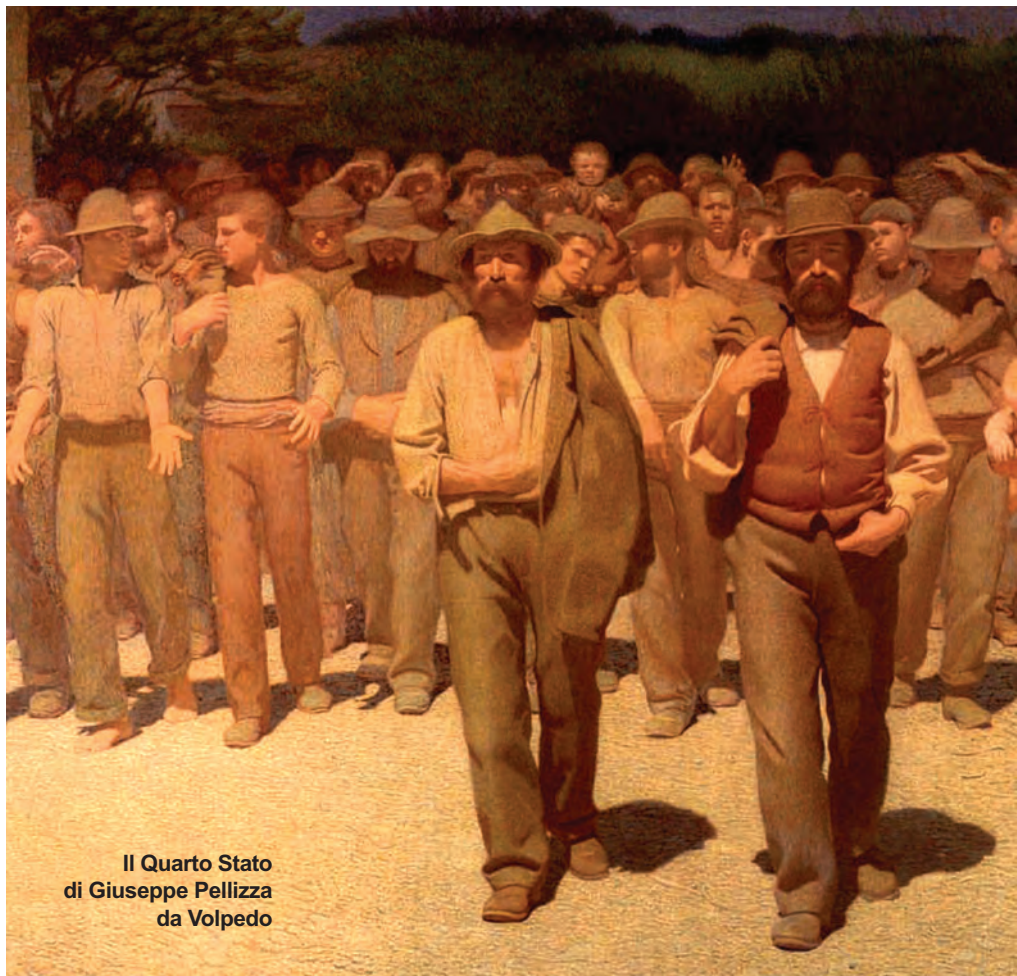
La Campania (-281 mln) guida la classifica di quelle in perdita.

di Anna Buonocore

È un esodo a caccia di cure dalla propria ad un'altra regione. Riguarda almeno 1 milione di italiani. Sono i migranti della salute perduta a caccia di cure fuori casa. Un flusso di ammalati in cerca di buone cure che vale 4,1 miliardi di euro l'anno.

Cifre da capogiro, che testimoniano forse più di ogni altro dato, quale sia la fotografia della sanità pubblica italiana: perché la fuga dalla propria regione tocca tutto il Sud, che non a caso è in perdita secca con Campania (-281 milioni), Calabria (-275) e Lazio (-231) in fondo alla classifica delle regioni debitorie. Mentre il Nord la spunta quasi sempre, eccetto Liguria e Piemonte, con Lombardia (+601 milioni), Emilia Romagna 8*347) e Veneto (+149) in cima alle regioni creditrici nel saldo tra "dare e avere" della mobilità sanitaria interregionale dei pazienti italiani. In tutto sono otto le regioni con un saldo attivo. Le altre hanno tutte un risultato negativo. A partire dalle regioni del Sud commissariate per gli extra deficit di Asl e

Da Sud a Nord in cerca di



Il Quarto Stato
di Giuseppe Pellizza
da Volpedo

ospedali. I dati italiani della fuga per le cure verso altre regioni sono gli ultimissimi a disposizione, risalgono al 2015 e sono la "matrice" in base alla quale i governatori hanno ripartito la torta da 113 miliardi del Fondo sanitario nazionale per il 2017.

Nel saldo tra dare (pazienti in uscita) e avere (pazienti in entrata) la Lombardia fa il pienone con +601 mln. Seguono Emilia Romagna (348 mln), Toscana (149,6), e via via Friuli Venezia Giulia, Bolzano, Umbria, Molise, Veneto (112,3). Poi basta. Poi tutte in perdita. Dal top di Campania (281 mln), Calabria (275), Sicilia (179), Abruzzo (72). Senza dimenticare naturalmente Piemonte,

Valle d'Aosta, Trento, Liguria, Marche, Basilicata e Sardegna.

Vale la pena sottolineare che le ultime cinque sommano 1,16 mld di saldo negativo. Mentre la Lombardia da sola ne incassa più della metà, sommata all'Emilia Romagna incassa quasi quanto tutte le ultime cinque in perdita. Chi vince è sempre al Nord, chi perde, tranne pochi casi, è al Sud, meglio, dal Lazio in giù. Vorrà pur dire qualcosa, questa ennesima conferma.

L'aspetto particolarmente interessante da esaminare è quello dei flussi. Da dove? Per dove? Ecco così che la Lombardia - tra 936 mln di entrate e 334 mln di uscite - pesca

buone cure



112 mln dall'Emilia Romagna, ma al tempo stesso ne versa 93,9 di milioni di euro. Con il Veneto ne incassa 65,9 mln, pagandone 66,5. E poi ancora pesca 76 mln dalla Campania, 78,9 dalla Puglia, 66,7 dalla Calabria, ben 95,5 dalla Sicilia. Ma anche 63 mln dalla Liguria e 41,8 dalla Toscana.

Mentre l'Emilia ha incassi per 46 mln dal Veneto ma ne paga 58, di 53 dalla Toscana a cui però ne paga 19, 34 da Lazio, 44 dalla Campania, 58 dalla Puglia e rispettivamente 34 e 38 da Calabria e Sicilia.

Il Lazio per la sua parte fa il pieno in Campania con oltre 76 mln, poi 46 in Calabria e 37 in Abruzzo, Calabria che a sua

TABELLA			
REGIONI	CREDITI 2015	DEBITI 2015	SALDI 2015
LOMBARDIA	937.805.981	340.175.118	597.630.864
E ROMAGNA	590.559.899	244.732.523	345.827.376
TOSCANA	330.197.342	183.813.640	146.383.702
VENETO	345.071.993	232.437.569	112.634.424
MOLISE	91.646.419	66.396.099	25.250.320
UMBRIA	107.875.808	90.133.976	17.741.832
FRIULI	90.389.727	77.350.887	13.038.840
BOLZANO	28.452.790	23.126.125	5.326.665
V D'AOSTA	11.890.779	20.254.644	-8.363.866
TRENTO	50.143.257	63.028.768	-12.885.510
BASILICATA	80.554.728	105.061.915	-24.507.187
LIGURIA	150.694.157	187.505.673	-36.811.517
PIEMONTE	212.610.819	259.944.227	-47.333.408
MARCHE	105.677.930	154.591.321	-48.913.391
SARDEGNA	17.085.723	87.614.317	-70.528.594
ABRUZZO	102.566.673	175.596.038	-73.029.365
PUGLIA	129.611.945	315.818.280	-186.206.336
SICILIA	69.207.009	260.354.011	-191.147.002
LAZIO	302.022.584	542.193.917	-240.171.333
CALABRIA	27.491.781	303.894.164	-276.402.384
CAMPANIA	137.768.550	420.235.487	-282.466.937
B GESU'	192.193.736	108.203	192.085.533
ACISMOM	42.847.272	0	42.847.272
TOTALE	4.154.366.903	4.154.366.903	0

volta ne versa 34 alla Sicilia. Non è un caso poi che la Lombardia sia la regina delle preferite degli italiani esodati per cure: 76 mln dalla Campania, 80 dalla Puglia, 66 dalla

Calabria, 98 dalla Sicilia, 32 dalla Sardegna. Pagandone a sua volta poco o punto. A dispetto delle migliaia di chilometri dei viaggi della speranza.

Politica
Sanitaria

Male i Lea, ma peggio ancora i commissari

Il ministro Lorenzin boccia la sanità campana: "Le carenze assistenziali sono troppe e vistose". Ma poi apre alle aspettative di De Luca: *"I commissariamenti come li abbiamo immaginati hanno fatto il loro tempo"*. E annuncia la disponibilità del Governo a: *"ridare alle Regioni la capacità decisionale"*. Ma avverte: Roma si riserva *"la possibilità di commissariare le singole Asl con standard bassi"*.

di Dario De Martino

Lo aveva annunciato il Ministro qualche giorno prima: ben 5 Regioni commissariate non raggiungono i livelli minimi di assistenza (Lea). E la Campania è in fondo alla black list. "Le carenze assistenziali sono troppe e vistose", aveva detto il ministro. Poi la conferma. I ministeri della Salute e dell'Economia hanno sancito nel corso del periodico tavolo di monitoraggio su Asl e ospedali che la sanità campana ha ancora molti, troppi parametri negativi. Sotto la lente le performance contabili e assistenziali del 2015 e del 2016: con 99 punti sui livelli minimi d'assistenza è ultima in Italia. Si sperava di recuperare qualche punto, ma a Roma è stata una bocciatura. *"Il punteggio minimo da raggiungere è 160 – precisa la Lorenzin ai giornalisti - ma dai primi risultati del 2015 sono ancora sotto soglia Calabria (147 punti), Molise (156), Puglia (155), Sicilia (153) e Campania arretrata a 99. Il dato della Campania è davvero preoccupante perché nel 2014 la Regione raggiungeva un punteggio di 139. Nell'ultimo anno si è notato un calo di ben 40 punti"*. Il duro affondo e la bocciatura della ministra potrebbe far pensare che la strada per diventare commis-

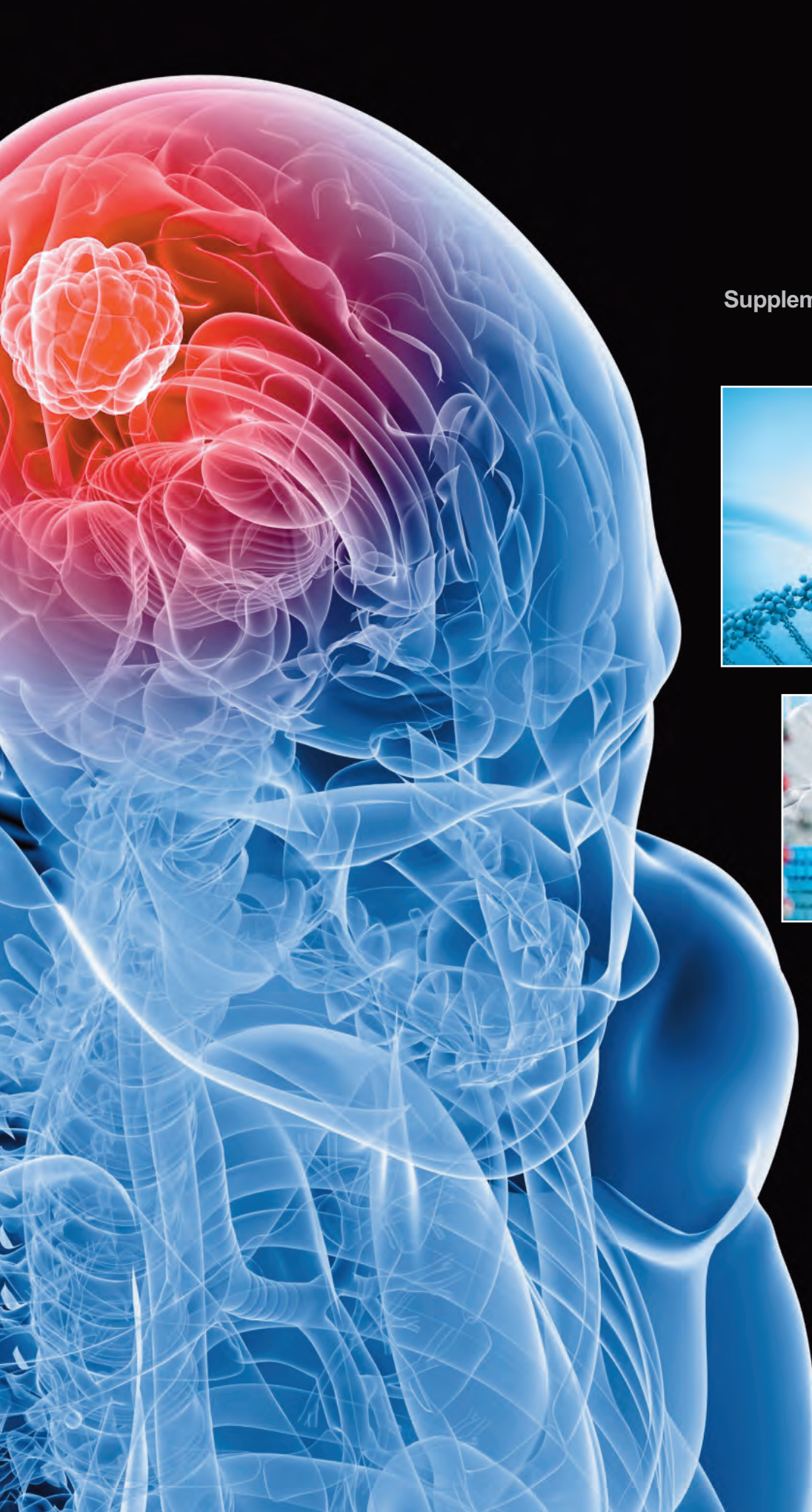


sario per **De Luca** sia tutta in salita. Ma altre dichiarazioni inducono a pensare il contrario. *"I commissariamenti come li abbiamo immaginati hanno fatto il loro tempo"*, ha detto inoltre la Lorenzin, a conferma di chi sostiene che l'intervento commissariale forse migliora i conti, ma peggiora i servizi offerti. E poi annuncia la disponibilità del governo a *"ridare alle Regioni la capacità decisionale completa, senza alibi"*, ma nello stesso tempo avverte che lo Stato potrebbe *"tempestivamente intervenire, commissariando le singole aziende sanitarie"*, se si continuassero a registrare "standard bassi di erogazione dei servizi sanitari ai cittadini". Insomma, si tratterebbe di sovranità limitata, visto dice ancora il ministro *"direttore generale, amministrativo e sanitario lo decidiamo noi, dando un tempo definito per la riorganizzazione ed esercitando poteri so-*

stitutivi completi". Lasciando da parte le questioni politiche, resta il duro giudizio da parte dei Ministeri di Salute e Economia sulla qualità delle cure in Campania.

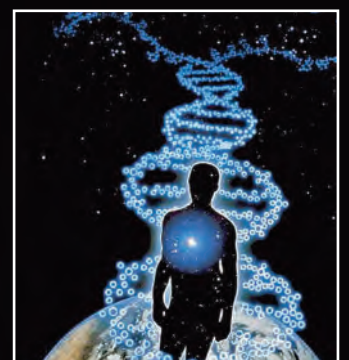
La conferma dei 99 punti Lea assegnati a dicembre arriva perché si è registrato uno scarso miglioramento sulla prevenzione oncologica e sullo stato di salute economico/contabile delle Asl napoletane. Gravi ritardi nel reclutamento del personale (poche assunzioni e troppi specialisti ambulatoriali in ospedale) e su investimenti per tecnologie.

Sui duri giudizi della Lorenzin replica con sicumera il Governatore: *"Il dato a cui si riferisce il ministro è del 2015, ad oggi noi siamo molto più avanti nella griglia. Dobbiamo continuare così. Su ogni punto noi stiamo andando avanti in maniera straordinaria"*.



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Ricerca infermieristica

Indagine osservazionale prospettica per la rilevazione del nursing workload in una unità di cure intensive pediatriche

ABSTRACT

Introduzione: La determinazione dello staffing infermieristico rappresenta un problema per i manager in tutti i setting assistenziali. E' ampiamente dimostrata l'associazione tra uno staffing infermieristico ridotto ed incremento della frequenza di outcomes negativi sui pazienti. Una corretta valutazione del carico e della complessità assistenziale consentirebbe una giusta collocazione delle risorse ed erogazione di cure più efficienti. In area critica pediatrica, la notevole instabilità dei pazienti ricoverati, rappresenta la principale sfida alla corretta razionalizzazione delle risorse. Lo scopo dell'indagine è stato di descrivere il nursing workload in una Unità Operativa di Rianimazione Pediatrica utilizzando il Nursing Activity Score adattato.

Metodo: Studio osservazionale prospettico monocentrico con campionamento di convenienza non probabilistico condotto dall'1 settembre al 31 ottobre 2015. Per la rilevazione delle informazioni è stato utilizzato il "Nursing Activities Score" (NAS). Per ogni giorno di osservazione è stata calcolata la media del NAS dei pazienti ricoverati e per ciascuna media è stato calcolato il numero di unità infermieristiche necessarie in turno utilizzando la formula: $(NAS/100) * N$ (numero dei posti letto occupati quotidianamente).

Risultati: sono stati calcolati indicatori di efficacia ed efficienza quali la degenza media, il tasso di occupazione, l'indice di rotazione dei posti letto e l'intervallo di turn-over, rispettivamente pari a 8.09%, 56.4%, 0.23% e 6.25 %. Lo score ha permesso di valutare la variazione del nursing workload in relazione alla diagnosi di ingresso. Circa il 25% dei pazienti ha determinato un carico assistenziale "alto", un quinto dei pazienti una "bassa" complessità assistenziale mentre il 4% - che ha incluso anche i decessi - è riconducibile alla categoria di complessità "molto alta".

Conclusioni: Un'assistenza sanitaria di qualità non può prescindere da una corretta allocazione del personale. La corretta determinazione dello staffing infermieristico permette l'erogazione di cure efficaci ed efficienti. L'area pediatrica è tutt'oggi priva di strumenti specifici validati. Individuare ed implementare l'utilizzo di strumenti in grado di determinare correttamente il staffing può influenzare scelte economiche senza mettere a rischio la qualità delle cure.

Parole chiave: *paziente pediatrico acuto, nursing workload, complessità assistenziale*

A. D'Auria*, G. Gargiulo*, M. Perrone*
A. Lanzuise**, T. Rea***, C. Carbone****

INTRODUZIONE

La carenza del personale infermieristico rappresenta una notevole sfida per i sistemi sanitari nel mondo; numerosi sono gli sforzi in atto a contrastare questa grave e rischiosa condizione¹. Da un lato vi è l'aumento dei costi dei servizi sanitari, dall'altro, la ricerca costante di un'efficienza che possa consentire il miglioramento dei servizi offerti.

Lo staffing infermieristico è da sempre sotto i riflettori dei manager; è dimostrata, inoltre, l'associazione tra uno staffing infermieristico ridotto ed un aumento di outcomes negativi sui pazienti quali aumento delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali^{2,3}, maggiori complicanze post operatorie, un aumento dei giorni di degenza con relativo aumento dei costi^{4,5} ed un netto aumento della mortalità^{6,7}. In particolare da uno studio retrospettivo condotto in Europa in 9 dei 12 paesi coinvolti, RN4CAST, è emerso che per ogni paziente in più gestito da un infermiere, il rischio di mortalità a 30 giorni dalla dimissione, aumenta del 7%⁸. Tuttavia uno staffing infermieristico sovrastimato determina un aumento ingiustificato dei costi che non si correla necessariamente con un miglioramento degli esiti positivi delle cure.

La complessità assistenziale ed il carico di lavoro infermieristico sono ormai alla base della corretta pianificazione ed erogazione delle cure, in particolar modo nelle Terapie Intensive Pediatriche⁹.

Il carico di lavoro infermieristico (nursing workload) è costituito dal tempo impiegato dagli infermieri nello svolgimento delle attività delle quali sono responsabili, direttamente ed indirettamente, connesse alla cura dei pazienti. Intuibile come tali attività dipendano oltre che dalle condizioni dei degenti, anche dalla struttura, dai processi assistenziali adottati, dalla natura della stessa équipe assistenziale¹⁰. Una corretta valutazione di tale carico permetterebbe una giusta collocazione delle risorse umane, e certezza di cure più efficienti¹¹.

In tali setting, la notevole instabilità dei pazienti ricoverati, rappresenta la principale sfida alla corretta razionalizzazione delle risorse infermieristiche¹². Pertanto è sembrato interessante valutare il nursing workload nell'Unità Operativa di Rianimazione Pediatrica dell'A.O.R.N. Santobono Pausilipon di Napoli.

Supplemento Ricerca infermieristica

MATERIALE E METODI

Studio osservazionale prospettico monocentrico con campionamento di convenienza non probabilistico. Sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati dall'1 settembre al 31 ottobre 2015. Per la rilevazione delle informazioni è stato individuato dalla letteratura il "Nursing Activities Score" (NAS)¹³ quale strumento più appropriato rispetto allo scopo ed allo specifico setting assistenziale dell'indagine^{14,15,16}. Per la valutazione del carico di lavoro è stato considerato il peso assistenziale di ogni unità-letto occupata per ciascun paziente che fosse stato in reparto per almeno 8 ore. La raccolta dei dati è stata effettuata alle ore 9:00 del mattino rilevando le attività assistenziali infermieristiche erogate in modo retrospettivo nelle 24 ore precedenti, così come indicato nelle istruzioni di utilizzo del NAS¹³.

Per una maggiore precisione nell'identificazione della tipologia delle prestazioni infermieristiche erogate, alcuni item sono stati adattati¹⁷, dopo incontri con il coordinatore infermieristico ed i membri dell'équipe infermieristica al fine di assicurare che il contenuto di ogni item fosse chiaro, fornisse una descrizione univoca e riducesse al minimo errori di interpretazione.

Al fine di consentire una maggiore familiarità con l'utilizzo del NAS, lo stesso è stato pretestato su otto pazienti, poi esclusi dall'indagine.

Per ogni giorno di osservazione è stata calcolata la media del NAS dei pazienti ricoverati e per ciascuna media è stato calcolato il numero di unità infermieristiche necessarie in turno utilizzando la formula: $(NAS/100) * N$ (numero dei posti letto occupati quotidianamente)¹⁸. Tale dato è stato poi confrontato con il numero degli infermieri presenti in media per ogni turno nell'arco delle 24 ore.

Il valore ottenuto indica di quanti pazienti, cui offrire assistenza diretta, è responsabile l'operatore. Inoltre, considerando ciascun punto dello score corrisponde a 14,4 minuti, è stato possibile calcolare i minuti di assistenza partendo dal punteggio medio giornaliero. Lo score NAS adattato all'U.O. di Rianimazione Pediatrica è di seguito riportato (tabella 1).

E' stata richiesta e ottenuta l'autorizzazione alla conduzione dell'indagine dalla

Tab. 1. NAS modificata (in tale tabella gli item modificati risultano sottolineati)

Indice	Variabili
1	Monitoraggio e di titolazione ☐ a) Monitoraggio orario segni vitali, regolare registrazione e di calcolo del bilancio idrico (introdotti ed eliminati) (<u>Monitoraggio di base</u>) ☐ b) Osservazione attiva e nursing per 2 ore o più per turno (per motivi di sicurezza, di gravità, o come terapia di ventilazione meccanica non invasiva, per procedure di svezzamento, agitazione, disorientamento mentale, posizione prona, procedure di donazione, preparazione e la somministrazione di fluidi o farmaci, assistenza procedure specifiche (<u>Monitoraggio medio-intensivo</u>) ☐ c) Per letto e attiva per 4 ore o più (<u>Monitoraggio massimo-intensivo</u>)
2	Laboratorio, indagini biochimiche e microbiologiche ☐ Si ☐ No
3	Medicinali, vasoattivi farmaci esclusi (allestimento terapie e procedure inerenti) ☐ Si ☐ No
4	Procedure igieniche ☐ a) Esecuzione di procedure in materia di igiene, come medicazione di ferite e cateteri intravascolari, cambio della biancheria, il lavaggio paziente, incontinenza, vomito, ustioni, ferite, perdite, medicazione con irrigazione, procedure speciali (ad esempio isolamento tecnico del paziente, cambio circuito/cannula, gestione stomie etc.) ☐ b) Procedure in materia di igiene che richiedono più di 2 ore per turno ☐ c) Procedure in materia di igiene che richiedono più di 4 ore per turno
5	Cura di drenaggi, tutti (tranne tubo gastrico) ☐ Si ☐ No
6	La mobilitazione e il posizionamento, comprese procedure quali: trasportare il paziente; mobilitazione del paziente; movimentazione dal letto alla barella; postura prona. ☐ a) Procedura di mobilitazione fino a tre volte per 24 ore ☐ b) Procedura eseguita più frequentemente di 3 volte per 24 ore, o con due infermieri, qualsiasi frequenza ☐ c) Procedura eseguita con tre o più infermieri, qualsiasi frequenza
7	Assistenza e cura dei parenti e del paziente, comprese le procedure, come le telefonate, interviste, consulenza, formazione, addestramento; ☐ a) Sostegno e cura del paziente o di parenti o che richiedono la piena dedizione per circa 1 ora, in ogni turno (<u>es. addestramento gestione stomie, tracheotomie e PEG</u>) ☐ b) Assistenza e cura del paziente o di parenti o che richiedono la piena dedizione per 3 ore o più per turno (gestione del lutto, morte cerebrale, gran numero di parenti, problemi linguistici, parenti ostili)
8	Gestione amministrativa ☐ a) Esecuzione di compiti di routine, quali il trattamento dei dati clinici, sistemazione di esami, carico e scarico degli stupefacenti, scambio di informazioni (ad esempio: riunioni di reparto), <u>richiesta di presidi, controllo scadenza farmaci e richiesta</u> . ☐ b) Esecuzione di compiti amministrativi e gestionali che richiedono la piena dedizione per circa 2 ore per turno come le attività di ricerca, i protocolli in uso, le procedure di ammissione e di dimissione del paziente ☐ c) Esecuzione di compiti amministrativi e gestionali che richiedono la piena dedizione per circa 4 ore o più di tempo, come la morte e la donazione di organi procedure, il coordinamento con le altre discipline

Direzione Generale ed Infermieristica. Il questionario è stato fornito in formato cartaceo ed elettronico, tramite l'elaborazione sulla piattaforma Google Drive di Google Inc.®. I dati sono stati raccolti sulla suddetta piattaforma e analizzati tramite Microsoft Excel®.

RISULTATI

L'indagine è stata condotta per sessantuno giorni consecutivi, 1 settembre, 31 ottobre 2015. Sono state registrate 415 rilevazioni su 51 pazienti ricoverati nell'U.O. durante tale periodo. La maggioranza del campione è di sesso maschile, con un'età maggior-

continua da pagina 23

mente compresa al di sotto dei 7 anni. Le principali diagnosi di ingresso all'U.O. di Terapia Intensiva riguardano insufficienza respiratoria e degenza post operatoria di chirurgia specialistica. Per la totalità del periodo di osservazione sono stati calcolati alcuni indicatori di efficacia ed efficienza quali la degenza media, il tasso di occupazione, l'indice di rotazione dei posti letto e l'inter-

vallo di turn-over, rispettivamente pari a 8.09%, 56.42%, 0.23 e 6.25. Lo score del NAS ottenuto è stato utilizzato per il calcolo del carico di lavoro. Quest'ultimo risulta lievemente differente nei due mesi osservati: la complessità assistenziale presentata dai pazienti ricoverati nel mese di settembre è minore rispetto a quella del mese di ottobre, anche in ragione del numero di ricoveri

maggiore (27 vs 20). I risultati del carico di lavoro quotidiano secondo NAS-RIA (media giornaliera), gli infermieri in turno nelle 24 ore, gli infermieri necessari secondo lo score, i minuti di assistenza calcolati e il rapporto infermieri/pazienti, sia reale che necessario, sono sintetizzati in tabelle per i due mesi di osservazione (**tabella 2; tabella 3**).

Lo score ottenuto da ciascun paziente ha permesso di valutare la variazione del nursing workload in relazione alla diagnosi di ingresso. In particolare, suddividendo il campione in percorsi di area medica e chirurgica (inclusi post-operatori e politrauma), è stata stimata la relazione esistente tra complessità assistenziale e giorni di degenza. I risultati circa il peso assistenziale di ciascun paziente sono stati analizzati e suddivisi per classi di complessità per rendere più comprensibili le rilevazioni, come già effettuato in precedenti studi¹⁹. La classificazione della complessità cui si è deciso far riferimento è la seguente:

- punteggio NAS tra 0-50: bassa
- punteggio NAS tra 51-75: media
- punteggio NAS tra 76-100: alta
- punteggio NAS >100: molto alta

I risultati dell'indagine dicono che poco più della metà dei pazienti ha richiesto prestazioni infermieristiche mediamente complesse; circa il 25% ha determinato un carico assistenziale "alto" rispetto ad un quinto dei pazienti che ha, invece, presentato una "bassa" complessità assistenziale; il restante 4% - che ha incluso anche i decessi - è riconducibile alla categoria di complessità "molto alta".

DISCUSSIONE

In ambito intensivo pediatrico non sono numerosi gli studi condotti sulla quantificazione del carico di lavoro infermieristico, soprattutto per l'assenza di score appropriati ad indagare tale ambito. Pertanto, oltre lo scopo principale di misurare il nursing workload, si è considerato anche la valutazione della fattibilità applicativa dello score adattato all'U.O. di Rianimazione Pediatrica. I valori medi mensili della Nas (65.93 e 66.91), sebbene facciano riferimento a un limitato numero di rilevazioni, sono lievemente più alti rispetto ad altri studi condotti in ambito intensivo pediatrico dove i valori si attestano tra il 55.67¹⁵ e il 57.0¹⁷; mentre ri-

continuazione Tab. 1. NAS modificata (in tale tabella gli item modificati risultano sottolineati)

Supporto Ventilatorio	
9	Supporto ventilatorio: qualsiasi forma di ventilazione meccanica / ventilazione assistita con o senza dispositivi di pressione di fine espirazione, con o senza miorilassanti, respirazione spontanea, con o senza tubo endotracheale, ossigeno supplementare con qualsiasi metodo ☐ Si ☐ No
10	Cura delle vie respiratorie artificiali: tubo endotracheale o Cannula tracheostomica o <u>naso cannule</u> ☐ Si ☐ No
11	Trattamento per migliorare la funzionalità polmonare: spirometria di incentivazione, la terapia inalatoria, broncoaspirazione ☐ Si ☐ No
Supporto Cardiovascolare	
12	Farmaci vasoattivi (non tener conto di tipo e dose) ☐ Si ☐ No
13	<u>Sostituzione endovenosa di ingenti perdite di fluidi</u> ☐ Si ☐ No
14	<u>Presenza catetere venoso centrale e/o periferico per infusione liquidi (gestione, medicazioni)</u> ☐ Si ☐ No
15	Rianimazione cardiopolmonare dopo arresto nelle ultime 24 ore ☐ Si ☐ No
Supporto Renale	
16	<u>Dialisi peritoneale</u> ☐ Si ☐ No
17	Diuresi oraria (per paziente con catetere vescicale) ☐ Si ☐ No
Nursing Neurologico	
18	Misurazione della pressione intracranica, <u>misurazione della Comfort Scale, controllo reattività pupille</u> ☐ Si ☐ No
Supporto Metabolico	
19	Trattamento di acidosi metabolica/alcalosi complicate, <u>trattamento ipo/iperglicemie, disoelettrolitemie</u> ☐ Si ☐ No
20	Preparazione e gestione nutrizione parenterale totale o parziale ☐ Si ☐ No
21	Nutrizione enterale, <u>gestione SNG e gestione PEG</u> ☐ Si ☐ No
Interventi Specifici	
22	Intervento/i specifici in terapia intensiva: Intubazione endotracheale <u>ed estubazione</u> , cardioversione, broncoscopie, chirurgia d'emergenza nelle precedenti 24 ore, <u>gestione emergenze, trasfusioni</u> ; Non sono inclusi interventi di routine, senza conseguenze dirette per le condizioni cliniche del paziente, come ad esempio: radiografia ecografia, elettrocardiogramma, o inserimento di linea venosa arteriosa o cateteri ☐ Si ☐ No
23	Interventi specifici al di fuori delle unità di terapia intensiva, interventi chirurgici o procedure diagnostiche (<u>TAC, RM</u>), trasporti intraospedalieri, <u>preparazione del paziente per la dimissione o spostamento in altri reparti</u> ☐ Si ☐ No

Supplemento

Ricerca infermieristica

Tabella 2. Rilevazioni mese di Settembre

Rilevazione effettuata il	% NAS media giornaliera	Minuti di assistenza calcolati	Media infermieri presenti in turno nelle 24h	Media infermieri necessari in turno secondo NAS	Differenza infermieri reali e necessari	Rapporto infermiere/p z reale	Rapporto infermiere/p z secondo NAS
01/09/15	68,24	982,70	5,33	4,78	0,55	1:1,47	1:1,31
02/09/15	75,20	1082,88	5,33	5,26	0,07	1:1,33	1:1,31
03/09/15	60,75	874,80	4,67	2,43	2,24	1:1,65	1:0,86
04/09/15	54,38	783,00	4,67	2,18	2,50	1:1,84	1:0,86
05/09/15	48,77	702,24	4,67	1,46	3,21	1:2,05	1:0,64
06/09/15	55,85	804,24	5,00	2,23	2,77	1:1,79	1:0,80
07/09/15	51,33	739,08	5,00	2,05	2,95	1:1,95	1:0,80
08/09/15	59,85	861,84	5,33	2,39	2,94	1:1,67	1:0,75
09/09/15	60,03	864,36	5,33	2,40	2,93	1:1,67	1:0,75
10/09/15	74,93	1079,04	5,33	2,25	3,08	1:1,33	1:0,56
11/09/15	66,28	954,43	4,67	3,31	1,36	1:1,51	1:1,07
12/09/15	80,26	1155,74	4,67	4,01	0,66	1:1,25	1:1,07
13/09/15	70,40	1013,76	4,67	3,52	1,15	1:1,42	1:1,07
14/09/15	69,68	1003,44	5,00	4,18	0,82	1:1,44	1:1,20
15/09/15	77,68	1118,52	5,33	6,21	-0,88	1:1,29	1:1,50
16/09/15	70,60	1016,64	6,00	4,94	1,06	1:1,42	1:1,17
17/09/15	74,48	1072,44	6,00	5,96	0,04	1:1,34	1:1,33
18/09/15	67,87	977,35	5,33	4,75	0,58	1:1,47	1:1,31
19/09/15	60,30	868,32	5,33	3,02	2,32	1:1,66	1:0,94
20/09/15	66,98	964,44	5,67	2,68	2,99	1:1,49	1:0,71
21/09/15	74,03	1065,96	5,33	2,96	2,37	1:1,35	1:0,75
22/09/15	73,48	1058,04	5,67	2,94	2,73	1:1,36	1:0,71
23/09/15	60,20	866,88	6,33	1,20	5,13	1:1,66	1:0,32
24/09/15	68,13	981,00	6,33	2,73	3,61	1:1,47	1:0,63
25/09/15	67,78	976,03	5,33	3,39	1,94	1:1,48	1:0,94
26/09/15	68,96	993,02	4,67	3,45	1,22	1:1,45	1:1,07
27/09/15	60,62	872,93	4,67	3,03	1,64	1:1,65	1:1,07
28/09/15	60,36	869,14	5,33	4,23	1,11	1:1,66	1:1,31
29/09/15	53,94	776,70	5,67	4,32	1,36	1:1,85	1:1,41
30/09/15	58,23	838,56	5,67	5,24	0,43	1:1,72	1:1,59

riusciti a gestire efficacemente i pazienti loro affidati, risultando anche in sovrannumero rispetto alle reali necessità.

Durante il mese di ottobre sono stati raccolti 258 rilevazioni in parte riconducibili a pazienti altamente critici e che hanno espresso un elevato bisogno assistenziale, pertanto gli infermieri in turno non sono stati sempre sufficienti. È stato così possibile stimare la differenza tra numero di unità infermieristiche reali e necessarie, tenendo presente che tale discriminante ha ripercussioni importanti sull'outcome dei pazienti ricoverati: un organico infermieristico sottodimensionato contribuisce, infatti, all'aumento delle infezioni nel paziente critico, all'aumento del rischio di sviluppo di lesioni da pressione, all'aumento di eventi avversi, degli stati di shock e degli arresti cardiaci²⁰. La differenza tra il numero di unità infermieristiche presenti e quelle necessarie è in media +0.37 nel mese di settembre e +0.04 in ottobre: tale dato evidenzia, pertanto, che lo staffing infermieristico è adeguato al carico di lavoro e che le unità infermieristiche in turno riescono a fronteggiare le necessità assistenziali dei propri pazienti. Per analizzare il rapporto infermiere/paziente si sono utilizzati valori di riferimento noti al personale infermieristico: mentre alcuni suggerimenti riportano un rapporto 1:1 in terapia intensiva e 1:2 in sub-intensiva²¹, altri propongono un rapporto che varia in base alla complessità presentata - da 2:1 a 1.5:1, da 1:1 a 1:2 - in ambito intensivo pediatrico²². La differenza sembrerebbe giustificata dalle differenti caratteristiche presentate da ciascun paziente. Il calcolo di tale rapporto, pertanto, non può ridursi esclusivamente a un'operazione numerica, ma deve tener conto di ulteriori criteri quali la formazione e le skills infermieristiche e, ovviamente, la complessità assistenziale del paziente. Nello specifico, nell'U.O. osservata il rapporto infermiere/paziente reale è in media 1:1 per il mese di settembre e di 1:1.4 per ottobre, laddove il rapporto stimato secondo il punteggio NAS è di 1:1.5 per entrambi i mesi: questo risultato dimostra che il centro di Riattivazione Pediatrica non solo risponde adeguatamente alle necessità di cura secondo NAS, ma è in linea anche con i valori pre-

sultano eguali o lievemente più bassi se confrontati con unità intensive dell'adulto¹⁸. Questo dato è da collegare probabilmente alla presenza, durante il periodo di osservazione, di pazienti (tra cui 4 deceduti) con alta instabilità clinica-assistenziale e condizioni di salute precarie. L'utilizzo dello score ha permesso di evidenziare, nonostante tutti i limiti attribuibili alla limitatezza del periodo

di osservazione, che il personale infermieristico è sufficiente a ricoprire le necessità assistenziali dei pazienti ricoverati, al netto delle oscillazioni nei due mesi esaminati.

Nello specifico il mese di settembre, in cui sono stati compilati 157 questionari (a dimostrazione dello scarso numero di pazienti presenti nell'U.O.), non ha registrato un carico di lavoro elevato e gli infermieri sono

continua da pagina 25

senti in letteratura. Lo score relativo alla complessità è correlato alla diagnosi d'ingresso del paziente e ad eventi acuti quali shock anafilattico, sindrome da annegamento, chetoacidosi diabetica - con punteggio NAS rispettivamente del 152,75, 92,5 e 90,0, che hanno comportato un aumento quantitativo e qualitativo delle prestazioni da erogare. I punteggi medi ottenuti sono in parte distorti dal periodo di degenza ridotto nel caso dei pazienti post-operatori che, ricoverati dopo l'intervento e dimessi il giorno seguente in assenza di complicanze, presentavano bisogni assistenziali maggiori in prima giornata per monitoraggi intensivi. Lo score dei pazienti le cui condizioni cliniche erano gravemente compromesse e che, pertanto, necessitavano di un costante monitoraggio e interventi più mirati ed aggressivi, è risultato più elevato. Dai risultati dell'indagine emerge come la classificazione dei pazienti per complessità assistenziale permetterebbe di ridistribuire le unità infermieristiche in base all'intensità di cura necessarie in camere di bassa, media e alta intensità: è indubbio che tale riorganizzazione garantirebbe una più razionale allocazione del personale, al quale si consentirebbe di gestire in maniera più efficiente le proprie risorse e, conseguentemente, le richieste da assolvere. I limiti dell'indagine sono rappresentati dalla ristretta casistica, cui si è fatto riferimento, pertanto si rendono necessarie ulteriori indagini ed una campione di Unità Operative incluse più numeroso. Le modifiche apportate allo strumento, affinché si adattasse meglio al contesto, potrebbero non rispondere alle esigenze di un'altra realtà operativa. Un ulteriore limite è rappresentato dalla difficoltà della tipologia di rilevazione, retrospettiva di 24 ore, rispetto ad una più conveniente rilevazione a fine turno.

CONCLUSIONI

Nelle unità di terapia intensiva l'adeguata allocazione del personale infermieristico è essenziale per garantire un'assistenza sanitaria di qualità per rispondere alle richieste dei pazienti, aumentandone la sicurezza e, allo stesso tempo, riducendone i rischi dovuti a cure inadeguate. A tal fine l'utilizzo di strumenti di valutazione dei carichi assistenziali si propone quale approccio fondamentale per stimare lo staffing infermieristico di un'unità di cure intensive: se in passato questi stru-

Tabella 3. Rilevazioni mesi di Ottobre

Rilevazione effettuata il	% NAS media giornaliera	Minuti di assistenza calcolati	Media infermieri presenti in turno nelle 24h	Media infermieri necessari in turno secondo NAS	Differenza infermieri reali e necessari	Rapporto infermiere/pz reale	Rapporto infermiere/pz secondo NAS
01/10/15	60,94	877,50	6,00	4,88	1,13	1:1,64	1:1,33
02/10/15	52,32	753,36	5,33	3,14	2,19	1:1,91	1:1,13
03/10/15	59,17	852,00	5,33	3,55	1,78	1:1,69	1:1,13
04/10/15	58,12	836,88	5,67	3,49	2,18	1:1,72	1:1,06
05/10/15	57,87	833,28	5,67	3,47	2,20	1:1,73	1:1,06
06/10/15	71,16	1024,66	5,67	4,98	0,69	1:1,41	1:1,23
07/10/15	67,83	976,68	6,33	5,43	0,90	1:1,47	1:1,26
08/10/15	67,31	969,26	6,33	6,73	-0,40	1:1,49	1:1,58
09/10/15	63,94	920,80	5,67	5,76	-0,09	1:1,56	1:1,59
10/10/15	74,88	1078,24	5,67	6,74	-1,07	1:1,34	1:1,59
11/10/15	68,74	989,90	6,00	4,81	1,19	1:1,45	1:1,17
12/10/15	63,31	911,73	5,67	4,43	1,24	1:1,58	1:1,23
13/10/15	70,45	1014,48	5,33	5,64	-0,31	1:1,42	1:1,50
14/10/15	67,55	972,72	6,33	5,40	0,93	1:1,48	1:1,26
15/10/15	70,36	1013,22	6,67	5,63	1,04	1:1,42	1:1,20
16/10/15	80,04	1152,52	5,33	8,80	-3,47	1:1,25	1:2,06
17/10/15	63,20	910,08	6,00	6,32	-0,32	1:1,58	1:1,67
18/10/15	65,23	939,36	6,00	5,87	0,13	1:1,53	1:1,50
19/10/15	67,42	970,88	6,00	6,07	-0,07	1:1,48	1:1,50
20/10/15	64,38	927,04	6,33	5,79	0,54	1:1,55	1:1,42
21/10/15	64,51	928,94	6,00	6,45	-0,45	1:1,55	1:1,67
22/10/15	63,65	916,56	6,00	5,09	0,91	1:1,57	1:1,33
23/10/15	61,47	885,19	6,00	4,30	1,70	1:1,63	1:1,17
24/10/15	66,01	950,56	6,00	5,94	0,06	1:1,51	1:1,50
25/10/15	61,39	883,98	6,00	4,91	1,09	1:1,63	1:1,33
26/10/15	57,01	821,01	6,00	3,99	2,01	1:1,75	1:1,17
27/10/15	68,82	991,01	6,33	6,88	-0,55	1:1,45	1:1,58
28/10/15	74,47	1072,41	6,00	8,19	-2,19	1:1,34	1:1,83
29/10/15	72,58	1045,15	6,00	7,26	-1,26	1:1,38	1:1,67
30/10/15	70,96	1021,76	6,00	6,39	-0,39	1:1,41	1:1,50
31/10/15	78,76	1134,18	6,00	6,30	-0,30	1:1,27	1:1,33

menti prevedevano la valutazione delle prestazioni infermieristiche in rapporto alla gravità clinica, ad oggi considerano un più ampio numero di variabili maggiormente nursing-specifiche, attribuendovi un peso in relazione al tempo impiegato per effettuare le preposte attività. La quantificazione dei minuti assistenziali permette, infatti, di riorganizzare l'attività infermieristica, modu-

lando le risorse umane per turno in relazione al case-mix dei pazienti, che siano adulti o pediatrici. L'indagine ha mostrato che strumenti come il NAS - ideati per la rilevazione del carico assistenziale dei pazienti adulti in terapie intensive - possono essere applicati anche ad unità intensive pediatriche - una volta apportatevi le necessarie modifiche per gli specifici servizi forniti da ciascuna realtà

Supplemento Ricerca infermieristica

- per ricavare una più completa, eppure sintetica, documentazione infermieristica. Il monitoraggio quotidiano della complessità assistenziale dei piccoli pazienti non solo permetterebbe uno scrupoloso controllo del livello di performance del personale in relazione alla gravità delle persone assistite (stimolando inevitabilmente lo sviluppo di una più consapevole identità professionale e promuovendo un confronto solidale e formativo), ma rappresenterebbe anche una valida

guida per i responsabili infermieristici per il governo delle risorse umane. Rilevata, tuttavia, la scarsità di studi effettuati in unità intensive pediatriche, si auspica un maggiore e più coordinato interesse della comunità scientifica, anche con il coinvolgimento di un numero maggiore di organizzazioni coinvolte in studi multicentrici, che permetta di validare le metodiche in esame (proponendone una più ampia verifica delle criticità) al fine di estenderle diffusamente in un nuovo

contesto sanitario attento al valore della complessità.

La versione integrale dell'articolo è reperibile sul sito del Collegio Ipasvi di Napoli: www.ipasvinapoli.org

*AOU Federico II, Napoli

**P.O.S. Maria della Pietà

***Università degli Studi di Napoli Federico II, di Napoli

****A.O.R.N. Santobono Pausilipon, Napoli

BIBLIOGRAFIA

- Oulton JA (2006) The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy Politics Nurs Pract* 7:34S–39S;
- Hugonnet S, Harbarth S, Sax H, Duncan RA, Pittet D (2004) Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection? *Curr Opin Infect Dis* 17:329–333;
- Halwani M, Solaymani-Dodaran M, Grundmann H, Coupland C, Slack R (2006) Cross-transmission of nosocomial pathogens in an adult intensive care unit: incidence and risk factors. *J Hosp Infect* 63:39–46;
- Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ, Lipsett PA (2000) ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Med* 26:1857–1862;
- Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ, Lipsett PA (2001) Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *Am J Crit Care* 10:376–382;
- Cho SH, Yun SC (2009) Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in-hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an intensive care unit: cross-sectional analysis of survey and administrative data. *Int J Nurs Stud* 46:1092–1101;
- Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ (2000) Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. *Lancet* 356:185–189;
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, for the RN4CAST consortium (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824–1830;
- Padilha KG, de Sousa RM, Garcia PC, Bento ST, Finardi EM, Hatarashi RH (2010) Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: a pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive Crit Care Nurs*;26(2):108-13;
- Queijo AF, Padilha KG (2009) Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*; 43(Esp):1018-25;
- Altafin JA, Grion CM, Tanita MT, Festti J, Cardoso LT, Veiga CF, Kamiji D, Barbosa ÁR, Matsubara CC, Lara AB, Lopes CC, Blum D, Matsuo T (2014) Nursing Activities Score and workload in the intensive care unit of a university hospital. *Rev Bras Ter Intensiva*. Jul-Sep;26(3):292-8;
- Trindade LL, Coelho A, Pires de Pires S, ED (2013) Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho. *Enferm Global*;29:373-82;
- Miranda DR, Nap A, De Rijk W, Schaufeli W, Iapichino G (2003) Nursing activities score. *Crit Care Med*; 31: 374-82;
- Nunes BK, Toma E. Assessment of a neonatal unit nursing staff: Application of the Nursing Activities Score. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013 Jan.-Feb.;21(1):348-55;
- Campagner AO, Garcia PC, Piva JP. Use of scores to calculate the nursing workload in a pediatric intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(1):36-43;
- Freya B, Hossleib JP, Sigrist MS, Cannizzaro V. Measurement of resident workload in paediatric intensive care. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13844;
- Debergh DP, Myny D, Van Herzele I, Van Maele G, Miranda DR, Colardyn F. Measuring the nursing workload per shift in the ICU. *European Journal of Intensive Care Medicine*. August 2012;
- Lucchini A, Chinello V, Lollo V et al. The implementation of NEMS and NAS systems to assess the nursing staffing levels in a polyvalent intensive care unit. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2008; 27 (1): 18-26;
- Mattiussi E. studio osservazionale prospettico per la valutazione dei carichi assistenziali in terapia intensiva, attraverso l'utilizzo del "Nursing Activity Score": dati preliminari. *Relazione di fine Master in Evidence Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico Assistenziale*. Bologna – 19 Ottobre 2011;
- Inouel KI, Matsuda LM. Sizing the nursing staff in an Intensive Care Unit for adults. *Acta Paulista de Enfermagem* 2010; 23(3):379-84.117;
- William G. Nursing workforce standards and planning in Australian intensive care units. *Connect* 2004; 13(2): art 3;
- Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche. Nuovi standard RCN sulle dotazioni organiche infermieristiche in pediatria. *Gli Infermieri dei Bambini*. Gennaio 2011, n°59

NORME EDITORIALI

"Napolisana Campania" nella sezione NSC Nursing, dedicata alla ricerca infermieristica, pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato Scientifico. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori che, nel rispetto delle vigenti leggi sulla privacy, devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, mail dell'autore per corrispondenza.

Gli articoli devono essere inviati in WORD e strutturati secondo il seguente schema: 1) Riassunto; 2) Parole chiave (max 5); 3) Introduzione; 4) Obiettivi; 5) Materiali e Metodi; 6) Risultati; 7) Discussione; 8) Conclusioni; 9) Bibliografia. La lunghezza dell'articolo non deve superare i 15.000 caratteri, spazi inclusi. Gli articoli vanno accompagnati da un Riassunto significativo in italiano (max 250 parole) strutturato in: Introduzione, Obiettivo/Scopo, Metodo, Risultati e Discussione/Conclusioni. Non deve presentare abbreviazioni.

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

Le figure e le tabelle, in formato digi-

mente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permettere la riproduzione senza modificazioni.

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi solo agli autori citati nel testo. Tutti gli articoli devono essere supportati da aggiornate referenze bibliografiche. L'accuratezza delle citazioni bibliografiche e della bibliografia sono requisiti indispensabili ai fini della pubblicazione. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi. I rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo modo²; se si devono citare due o più fonti, riportare i numeri consecutivi seguiti dalla virgola^{3,4}, più di due rimandi alla bibliografia, riportare il primo e l'ultimo numero delle citazioni corrispondenti⁵⁻⁸. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

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



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI NAPOLI

“Scriviamo insieme la nuova ‘Carta’ della Professione”

La Senatrice Annalisa Silvestro ha illustrato agli iscritti di Napoli e Salerno i punti fondamentali della bozza predisposta dalla Federazione e ora all'esame degli iscritti. Gli interventi di Angela Basile, Aurelio Filippini e Maurizio De Tilla. Carbone: *“Aiutateci a scrivere il miglior codice possibile”*

di Chiara Sepe

“Il Codice deontologico è uno strumento degli infermieri e per gli infermieri. Oggi, per la prima volta, la sua revisione viene condivisa con tutti gli iscritti ai Collegi Ipasvi. Una revisione dal basso che coinvolge l'intero corpo professionale prima della sua definitiva approvazione. Aiutateci a scrivere il miglior codice possibile offrendo on line il vostro parere”. Così **Ciro Carbone**, Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli e Consigliere della Federazione Nazionale, spiega la motivazione dell'evento promosso dai Collegi di Napoli e Salerno: **“Verso il nuovo codice deontologico”**.

Una discussione tra gli iscritti, alla presenza della Senatrice **Annalisa Silvestro**, **Angela Basile**, docente di Etica e Bioetica all'Università di Tor Vergata e al San Raffaele di Milano e **Aurelio Filippini**, Presidente del Collegio Ipasvi di Varese.

Tutti componenti del Comitato ristretto che ha curato la bozza del nuovo codice oggi al confronto con gli iscritti.

Tra gli ospiti, l'avvocato **Maurizio de Tilla**, presidente del Comitato unico delle professioni e autore di un interessante pamphlet su **“Codice deontologico delle Professioni”**. *“La dignità dell'infermiere deve essere al centro del vostro codice che a sua volta deve ispirarsi a dei valori etici e bioetici fondanti”*, ha detto De Tilla. *“Siamo in un mondo dove le prassi sono in declino. Le regole ed i valori devono aiutarci a guardare al meglio. Soprattutto per voi infermieri che agite su vite umane. La vostra – ha detto infine l'avvocato tra gli applausi – è una professione fondamentale. Difendetela con delle regole scritte importanti e vincolanti”*.

Alla Silvestro poi il compito di illustrare i punti fondamentali del codice, tenendo il filo conduttore della discussione e chiamando, di volta in volta, la Basile e Filippini a chiarirne gli aspetti etici e professionali più importanti. Si inizia con una sintesi del lavoro svolto per redigere la bozza: (15 incontri e numerose comunicazioni) 40 gli



articoli, raggruppati in 6 capitoli, ognuno con una titolazione specifica. Più le disposizioni finali. Spiega Silvestro: *“Il codice deontologico non è solo dell'infermiere ma del cittadino infermiere, che ha una precisa specificità per far sì che l'andamento sociale in termini assistenziali vada a buon fine.”* Tanti anche i consulenti chiamati a dare un contributo. *“Ma - ha precisato subito la senatrice - il nuovo codice lo scriveranno gli infermieri e sarà scritto guardando anche al futuro della professione”*. Poi si chiede: *“Ma cosa vogliamo che sia il codice? Noi non vogliamo un documento che normi situazioni poco chiare, ma un riferimento generale per ogni professionista, guardando al futuro, perché il codice possa durare almeno cinque anni”*. Per Angela Basile, il codice deontologico che si va riscrivendo deve essere ispirato all'impegno etico della professione: *“L'ideale di servizio è un valore che segue il registro del desiderio. Esso – dice la Basile – è tale quando se ne percepisce la possibilità di realizzazione. In caso contrario, si inciterebbe in un sogno. La finalita' è quella di rendere un servizio in modo giusto, al fine di assistere le persone rispettandone la di Lei dignità e libertà. Tale è necessario per essere definiti professionisti”*.

Aurelio Filippini sottolinea invece l'aspetto sociale della professione: *“L'infermiere persegue l'Ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, delle famiglie, della collettività”*.

Alla fine, tanti gli interventi dalla platea per chiarimenti e per contributi al dibattito. A testimonianza di quanto la strada della discussione dal basso sia stata azzeccata e apprezzata dagli iscritti.

QUI NAPOLI

La comunicazione digitale, opportunità e rischi

Le implicazioni giuridiche, professionali e deontologiche. Seminario promosso dal Collegio Ipasvi di Napoli con esperti del settore.

di Chiara Sepe

A quali rischi è esposto l'operatore sanitario che adopera la comunicazione digitale? In quali problematiche deontologiche e giuridiche può incorrere? Quali i vantaggi per la professione infermieristica? E quali i rischi? Le questioni aperte su questi temi e sui tanti altri interrogativi che la comunicazione 2.0 pone sono state affrontate nel corso del seminario di studio "La comunicazione digitale e le implicazioni istituzionali, giuridiche, deontologiche e professionali".

Un seminario voluto dal Collegio Ipasvi di Napoli per affrontare in modo professionale, consapevole e informato il confronto con i social media. Oltre trecentocinquanta infermieri hanno affollato l'Aula AT8 del Polo Didattico di Biotecnologie dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Con il saluto del Presidente **Ciro Carbone** si è ben compreso il tema in discussione. *"La relazione professionista-cittadino, fondamentale per rispondere a bisogni di cura complessi in continua e rapida evoluzione, è uno degli elementi cardine del sistema salute"*, ha detto Carbone. *"L'informazione e la comunicazione sono componenti essenziali di questa relazione. E il cambiamento generato dallo sviluppo di internet offre un'opportunità di comunicazione diretta con il cittadino, senza precedenti."*

Le opportunità di natura professionale offerte dai social media sono numerose: favoriscono le relazioni professionali e sociali; migliorano la comunicazione con il cittadino e in tempo reale; possono fungere da strumento didattico per studenti infermieri e docenti; permettono la diffusione rapida di messaggi, campagne di sensibilizzazione; favoriscono la diffusione e la discussione di buone pratiche di assistenza, di educazione sanitaria e dei risultati della ricerca; permettono di costruire una rete di riferimento affidabile sui temi della salute. Inoltre per-

mettono la condivisione di esperienze; aumentano l'aggregazione professionale e consentono di rappresentare e tutelare la professione infermieristica. Quindi, non usare i social media anche in ambito sanitario significherebbe rimanere un passo indietro rispetto alla realtà attuale e perdere i vantaggi offerti da questi nuovi mezzi di comunicazione".

Ma le potenzialità di comunicazione dei social media sono così elevate che richiedono una maggiore responsabilità e conoscenza del loro utilizzo. Per sfruttare al meglio i social media, occorre conoscerli bene ed essere consapevoli dei possibili rischi di un loro uso improprio: violazione della privacy di pazienti o colleghi; inappropriata condivisione e diffusione di informazioni sensibili; violazione dei confini professionali; violazione della riservatezza di informazioni sanitarie; compromissione dell'immagine dell'infermiere e dell'organizzazione a cui appartiene o del sistema sanitario. Nel contesto sanitario l'uso improprio dei social media si può riflettere lungo tutti i livelli del rapporto tra l'assistito e il sistema sanitario: il rapporto paziente/cittadino, il rapporto tra professionisti e tra questi e l'organizzazione. Su questi temi si sono confrontati gli esperti chiamati da Carbone.

Prima di entrare nel vivo delle questioni, c'è da riportare il saluto che il professor Luigi Califano, Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Studi Federico II ha portato all'assemblea. Un breve intervento, con tanto di complimenti rivolti alla professione e alla qualità dei corsi Ecm proposti.

E con una ciliegina sulla torta: la consegna



del sigillo dell'Università Federico II alla consigliera Ipasvi **Teresa Rea**. Poi si entra finalmente nel vivo. **Annalisa Silvestro**, Senatrice della Repubblica, pone subito l'accento sull'ingresso del mondo digitale nel contesto professionale, parla infatti di *"politica professionale"* intesa come *"capacità di raggiungere obiettivi, operando delle scelte"*. Sottolinea con decisione la *"carenza di risposte territoriali a discapito dell'assistenza ospedaliera"*, evidenzia la capacità degli infermieri a fornire risposte valide anche in condizioni difficili. Ribadisce però che occorrono mezzi, strumenti e metodi per comunicare in modo appropriato: *"Dobbiamo saper comunicare le nostre competenze, le nostre capacità, le nostre strategie. Anche per questo occorre che la comunicazione di ciascuno sia appropriata. Essa non riguarda il singolo professionista, ma l'intera comunità professionale"*.

Poi la parola passa ad **Angela Basile** in-

fermiera e docente di etica e bioetica all'università Tor Vergata e al San Raffaele di Milano: Con parole semplici ma dense di significati culturali e filosofici, la Basile spiega come è difficile parlare di comunicazione, soprattutto se ci riferiamo al mondo digitale introdotto nel contesto professionale. Secondo la Basile infatti, *“la condizione es-*



senziale per un infermiere che vuole comunicare in modo valido, inizia con il saper incontrare l'altro guardandolo in faccia”. Conclude poi *“la comunicazione digitale non è il solo modo di comunicare, ma semplicemente uno strumento di comunica-*

Assemblea Ipasvi, Approvato il bilancio

L'Assemblea degli iscritti del Collegio Ipasvi di Napoli ha approvato il bilancio consuntivo 2016 e di previsione 2017. Il bilancio consuntivo 2016 è stato approvato con 296 sì e 8 astenuti. Il bilancio di previsione 2017 ha fatto registrare un consenso ragguardevole: hanno votato sì 317 infermieri, con una sola astensione. La Sala Poseidone dell'Hotel “Gli Dei” di Pozzuoli era gremita. Un segnale eloquente della sentita partecipazione degli iscritti ai momenti clou della professione. Prima che il Presidente **Ciro Carbone** desse lettura della relazione, la vice presidente **Antonietta Peluso** ha ricordato, con un minuto di raccoglimento, la figura dell'avvocato **Nicola Ferraro**, per anni consulente legale del Collegio Ipasvi di Napoli e della Federazione. Poi si è passati alla Relazione. Tra i passaggi significativi della relazione di Carbone c'è quello che vedrà impegnato il collegio sul fronte dell'occupazione, a partire dalla Giornata internazionale dell'Infermiere, il prossimo 12 maggio. “Sarà una grande mobilitazione per il lavoro, per la difesa del diritto alla Salute, per una Sanità in Campania più equa e solidale”, ha detto Carbone. “Continueremo ad essere una spina nel fianco per le istituzioni regionali e commissariati di governo che hanno l'obbligo verso i cittadini campani di garantire a livello regionale i Lea e, nel fare ciò, non potrà che esserci una positiva ricaduta occupazionale, considerate le migliaia di posti di lavoro persi nell'ultimo decennio”. Si è passati poi alla lettura delle relazioni contabili del Tesoriere **Gennaro Sanges** e di quelle del Presidente dei Revisori dei conti, **Vincenzo Saraiello**.

zione”. L'evento è ricco di interventi interessanti. **Giuseppe Croari**, esperto in diritto informatico, **Giuseppe De Nunzio** infermiere, **Pietro Giurandella** presidente Ipasvi di Bologna e **Rita Maricchio** dirigente Professioni Sanitarie di AOU Ferrara tracciano il cammino. Rita Maricchio spiega i vantaggi dei social media, in termini di rapidità di trasferimento delle informa-

zioni, stando però attenti a rispettare i principi deontologici. Fa riferimento infatti al codice deontologico che non vieta l'utilizzo della tecnologia informatica, ma ne riconosce il valore ed esorta i professionisti ad usarla correttamente e con senso di responsabilità.



Il progetto è nato grazie alla spinta che la rivista, *Napolisana Campania*, ha lanciato per far emergere anche le esperienze di ricerca maturate dai colleghi che talvolta non trovano una giusta valorizzazione per la mancata pubblicazione dei risultati. Un duplice obiettivo dunque, avere maggiori competenze in merito alla lettura e comprensione di lavori scientifici, ma anche nella autonomia capacità di produzione di studi primari o secondari, come le revisioni sistematiche o della letteratura.

Metodologia della Ricerca clinica in ambito infermieristico

Ha preso il via il Corso di alta Formazione professionale in “Metodologia della Ricerca clinica in ambito infermieristico”. Il Corso si svolge presso la sede del Collegio Ipasvi di Napoli ed è riservato a 20 infermieri e infermieri pediatrici iscritti ai collegi di Benevento, Napoli e Salerno. Alta formazione al Collegio di Napoli per un progetto che vuole sostenere la produzione scientifica degli infermieri.



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI BENEVENTO

Appropriatezza clinica e uso dei farmaci ai tempi di Internet

Convegno organizzato dal Collegio di Benevento su nuove modalità di formazione finalizzate all'acquisizione di abilità metodologiche nel reperimento di informazioni scientifiche in rete.

di **Alfredo La Monica**

Nell'era digitale il processo di documentazione e ricerca di informazioni scientifiche si è immensamente ampliato e semplificato. Tuttavia, si tratta di un approccio complesso e non sempre evidence-based. La ricerca di informazioni scientificamente valide richiede la capacità di saperle identificare nel web, analizzarle criticamente ed organizzarle, per poter giungere all'acquisizione di nuova conoscenza. Recentemente, è sorta la necessità di programmare iniziative di formazione per acquisire le competenze necessarie per condurre in autonomia una ricerca bibliografica, sia per finalità di ricerca scientifica, che per la risoluzione di problemi clinici. In quest'ottica, il Collegio di Benevento ha organizzato e promosso il corso dal titolo: "Rispondere ad un quesito clinico: risorse on line per l'appropriatezza e l'uso dei farmaci". Presso il Centro La Pace di Benevento si è ritrovata una platea interessatissima e attenta ad un corso che ha raggiunto in pochi giorni il massimo delle adesioni. Obiettivo della giornata di studio è stato quello di sperimentare una nuova modalità di formazione rivolta agli infermieri, finalizzata all'acquisizione di abilità metodologiche nel reperimento di informazioni scientifiche in rete: la capacità di interrogare la rete in forma autonoma, consente all'infermiere di essere sempre aggiornato rispetto alle nuove conoscenze disciplinari. La docenza è stata affidata alla Dott.ssa **Annamaria Ferraresi** che ha descritto le modalità di reperimento della letteratura scientifica di interesse infermieristico in forma open access e alla Dott.ssa **Teodorini Melissa**, che ha sviluppato l'ambito delle App per l'autoformazione dell'infermiere e per il miglioramento dell'attività clinica rivolta al paziente (Point of Care). Tra i motori di ricerca presentati, Google Scholar. Esso consente di reperire articoli da una vasta gamma di case editrici e di individuare testi di letteratura accademica, come gli articoli sottoposti a revisione paritaria, di tutti i settori della ricerca scientifica. Per i conoscitori della lingua inglese un altro meta motore di ricerca è Tripdatabase, che indicizza alcune tra le migliori risorse Internet



sulla Evidence-Based, rendendo la ricerca di documenti basati sulle prove di efficacia più facile e veloce. Linee guida e revisioni sono reperibili anche sul sito della Federazione Ipasvi nella sezione "metodi e strumenti".

Nella seconda parte del corso si è parlato delle principali App di interesse farmacologico e si sono palesate domande:

quali sono i farmaci equivalenti? Come possono interferire tra di loro? Con quali soluzioni possono essere diluiti? La rete offre numerose possibilità, in tempi rapidi, ad esempio consultando i siti Aifa e Farmadati e

scaricabili anche in forma di applicazione dedicata, anche su dispositivi mobili. Circa 165.000 sono le App destinate alla Salute e al Benessere.

Siti di riferimento per Google scholar

www.tripdatabase.com

Banche dati su farmaci e APP <https://farmaci.agenziafarmaco.gov.it>

<http://www.informazionisuifarmaci.it/database/fcr/sids.nsf>

Revisioni della letteratura <http://www.ipasvi.it/metodi-e-strumenti.htm>

Letteratura Open Access <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfernieri/rivista-linfernieri-page-27-articolo-313.htm>

APP per il ragionamento diagnostico <http://www.imedicalapps.com/2012/08/medlab-tutor-app-pocket/>

<http://www.prognosisapp.com/>

Linee guida SNLG Sistema Nazionale Linee Guida

<http://www.snlg-iss.it/>

www.guideline.gov

APP <http://medicapp.info/appmediche/>

www.imedicalapps.com

www.mobimed.it

Dentro la
professione

L'ambulatorio infermieristico di nutrizione clinica

Stile di vita e abitudini alimentari: uno studio osservazionale**di Pamela Muoio*****ABSTRACT**

L'organizzazione mondiale della sanità ha stimato che in un tempo non troppo lontano gran parte della popolazione si ammalerà per patologie derivanti da scorretta o inadeguata alimentazione. La strategia globale nel promuovere uno stile di vita sano è il punto cardine per riportare l'attenzione del mondo sugli effetti delle pratiche alimentari, sullo stato nutrizionale, la crescita, lo sviluppo e la salute¹. L'infermiere è un'ottima occasione per riesaminare criticamente, alla luce dei progressi più recenti in campo scientifico-epidemiologico, i principali fattori che influenzano le pratiche di alimentazione e lavorando su essi può indirizzare il paziente a vivere in salute e realizzare interamente il proprio potenziale². Inoltre, Condurre uno stile di vita sano comporterebbe minor spreco di risorse finanziarie e umane per il SSN^{3,4}. Lo scopo principale di tale studio è quello di fotografare lo stato attuale circa la conoscenza della composizione degli alimenti e quali abitudini, alimentari e non, del campione in studio sono corrette rispetto alle direttive dell'OMS e le linee guida attuali. Inoltre, si è voluto vedere come le abitudini, se routinarie, possono influire nell'instaurarsi di processi patologici quali l'obesità e/o contribuire ad altre patologie come quelle cardiovascolari.

Materiale e Metodi

Lo studio osservazionale è stato condotto attraverso la somministrazione di un questionario realizzato ad hoc, composto da 11 domande a risposta chiusa, nel periodo da gennaio a luglio 2015 ai pazienti ricoverati presso una clinica convenzionata del territorio campano considerando un campione di convenienza. Per l'analisi dei dati sono state utilizzate le funzioni matematiche e statistiche di excel versione 97/2003.

Risultati

Sono stati somministrati un totale di 77 questionari. Il 67% del campione segue la dieta mediterranea; molti non conoscono la differenza tra carboidrato semplice e complesso e ne deriva una cattiva associazione tra alimenti. Per il 74% del campione, gli alimenti più spesso consumati sono cibi raffinati come zucchero semplice e farine bianche, mentre il 35% del campione non rispetta il frazionamento dei cinque pasti giornalieri. Il 44% del campione esaminato non pratica attività fisica.

Conclusioni

La cattiva nutrizione, il non movimento fisico e comportamenti alimentari disordinati portano ad uno stile di vita errato il quale, di per sé è un fattore di rischio e se correlato alla familiarità per que-



ste patologie e perseveranza di cattive abitudini diventa una miscellanea perfetta per andare incontro a patologie cardiovascolari, obesità e diabete. La considerazione e valutazione da parte dell'infermiere è un utile criterio per la scelta di metodologia e programmazione degli interventi sanitari.

Parole chiave : *stile di vita, educazione alimentare, obesità, comportamento alimentare.*

INTRODUZIONE

L'attenzione per la nutrizione si basa attualmente su una nuova definizione di salute vista come "prevenzione della malattia", nella quale la nutrizione gioca un ruolo fondamentale. Lo stile di vita di ogni soggetto genera un forte fattore di rischio per lo sviluppo o l'aggravamento di quelle che sono le patologie più comunemente riscontrabili quali diabete, obesità, patologie cardiovascolari e disturbi del comportamento alimentare⁵. In particolare, l'obesità è una delle malattie più diffuse nel mondo moderno, e la sua diffusione è legata alla evoluzione delle abitudini alimentari e degli stili di vita. Sebbene esistano anche dei fattori genetici coinvolti nello sviluppo di questa patologia, l'associazione di uno stile di vita sedentario e di abitudini alimentari quantitativamente e qualitativamente scorrette è il principale fattore causale. Ad esse si associa maggiormente il diabete di tipo 2.⁶ Inoltre, le malattie del cuore e dei vasi sanguigni sono una delle maggiori cause di mortalità a livello mondiale (l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha calcolato che rappresentano un terzo delle cause di morte, circa 15.3 milioni) e rappresentano uno dei maggiori settori di interesse dal punto di vista nutrizionale⁷. E' posizione dell'American Dietetic Association che

continua a pagina 34

Dentro la professione

continua da pagina 33

una dieta adeguata dal punto di vista nutrizionale può conferire benefici per la salute nella prevenzione e nel trattamento di alcune patologie⁸. Una dieta corretta comporta benefici in malattie quali: obesità, diabete, malattie cardiache, ipertensione⁹: chi ha una malattia cardiaca e segue una dieta con bassa percentuale di grassi, ottiene un certo livello di regressione dell'aterosclerosi con una riduzione del 24% nei tassi di morte cardiaca malattia ischemica rispetto a chi non ha seguito questa strategia^{10,11}. Anche se ormai sappiamo molto sui sistemi di controllo del peso corporeo e sul fatto che questi sono influenzati dai tratti genetici, l'attuale aumento dell'obesità in Europa è fortemente influenzato dallo stile di vita, dall'alimentazione e dall'attività fisica per cui è necessario adottare misure preventive attraverso le campagne di promozione alla salute di stili corretti come obiettivo primario della sanità¹². In quanto, la spesa sostenuta ogni anno in terapie e cure per patologie cardiovascolari, diabete e tumori è di 40 miliardi di euro, pari a circa 700 euro a testa. Un bambino italiano su tre è in sovrappeso e i bambini obesi o in sovrappeso hanno un'aspettativa di vita più bassa.

Stili di vita poco 'salutari' presentano ogni anno un costo salato sia al sistema sanitario che alla società. Cifre che potrebbero essere ridotte di un miliardo di euro l'anno se solo si modificasse il 10% dei principali comportamenti non corretti³.

Risulta evidente la necessità di offrire a soggetti incolti un luogo di informazione e formazione clinica, in cui gli infermieri attraverso

le capacità di counseling e competenze terapeutiche ed educative possano indirizzare il soggetto verso una strada di miglioramento e prevenzione nei confronti di rischi futuri.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo scopo primario di questo studio è quello di indagare sulle conoscenze alimentari dei soggetti presi in esame e valutare quanto queste abitudini alimentari, correlate anche all'attività motoria, influiscono sull'instaurarsi o peggiorarsi di patologie croniche quali obesità, diabete e patologie cardiovascolari.

L'obiettivo secondario, strettamente legato al primo, è quello di promuovere uno stile di vita corretto tenendo in considerazione le linee guida dell'OMS e creare una rete di informazione sia attraverso le campagne promozionali per l'obesità e il diabete sia attraverso un luogo comune che fa da tramite tra paziente e territorio quale un ambulatorio infermieristico di nutrizione clinica.

MATERIALI E METODI

Lo studio di tipo osservazionale è stato condotto da gennaio a luglio 2015 attraverso un questionario realizzato ad hoc e somministrato ad un campione di convenienza costituito da 77 pazienti ricoverati presso i reparti di maternità/ginecologia e chirurgia di una clinica convenzionata campana. Il numero dei pazienti corrisponde a tutti coloro che risultavano ricoverati nel periodo considerato e



Dentro la professione

che hanno accettato di partecipare allo studio. La somministrazione del questionario è in forma anonima. Il questionario si compone di 11 domande a risposta chiusa con tre opzioni (a,b,c) e indaga su: tipo di dieta che il soggetto segue, se ha una patologia in atto, se l'alimentazione è relativa a tale patologia, tipo di alimenti che consuma durante la settimana, se rispetta i 5 pasti giornalieri, se conosce la differenza tra gli alimenti più utilizzati quali i carboidrati, se conosce cibi vegetali, quali alimenti predilige per condire o per dolcificare, quanta frutta e verdura consuma, quale mezzo di trasporto è più utilizzato, se pratica attività fisica. I dati sono stati raccolti in un database e per l'analisi dei dati sono state utilizzate le funzioni matematiche e statistiche di excel versione 97/2003.

RISULTATI

Il campione esaminato risulta costituito da 77 pazienti: di cui 49 pz (64% del campione) ricoverati nell'unità operativa di chirurgia e 28 pz (36% del campione) nell'unità operativa di maternità/ginecologia. Dell'intero campione 52 sono donne (68%; età media $\pm$ 36,9) e 25 maschi (32%; età media $\pm$ 47). Il 7,3% di essi ha una patologia in atto e segue una dieta prescritta per tale patologia, il restante 72,7% non ha nessuna patologia né acuta né cronica attiva.

Sul totale di 77 Soggetti, il 67% segue la dieta mediterranea consumando settimanalmente: pasta, pane e derivati, altri (il 15%), seguono diversi tipi di dieta obbligata per patologia come la celiachia e il 18% dei restanti segue una dieta "fai da te" dettata dalla moda come il fruttarianesimo.

L'evidenza delle cattive associazioni alimentari è stata mostrata dalla non conoscenza delle differenze tra carboidrati semplici e complessi e l'esistenza dei cibi vegetali: circa il 60% dei soggetti non sa come scegliere un tipo di carboidrato né cosa è realmente, mentre, l'82% del totale conosce l'esistenza dei vegetali quali seitan, mofur, tofu etc... e ne sono curiosi, altri (18%) non conoscono nulla di questo tipo di alimentazione. Indagando sulle modalità di utilizzo dei "cibi condimento" è risultato che una percentuale elevata di soggetti (85,7%) condisce con olio e quasi l'80% con zucchero di tipo bianco. Circa il 70% dei soggetti rispetta la ripartizione dei 5 pasti giornalieri, includendo il consumo di frutta e verdura per il totale di 1-2 porzioni al giorno (49%). L'attività motoria riscontrata è stata in campo di attività fisica: il 40% ne pratica mentre il restante 60% utilizzano il proprio ciclomotore e/o auto per spostarsi anziché camminare o utilizzare mezzi pubblici.



DISCUSSIONE

Dai dati emersi risulta evidente mettere in luce quali sono le abitudini alimentari da adottare e lo stile di vita da promuovere. Un primo dato significativo che emerge dallo studio è che quasi il 70% circa dei soggetti che hanno risposto al questionario segue una dieta mediterranea come stile di vita e che quindi come priorità alimentare settimanalmente si dà spazio per quasi il 74% a pane pasta e cereali raffinati facendo poca attenzione ai cereali di tipo integrale.

E' stato curioso constatare che nonostante la maggior parte dei soggetti consumasse cereali circa il 27% di essi non sapesse cos'è un carboidrato e 34% di essi non sapesse che esiste una differenza tra carboidrato semplice o complesso. Il restante 40% è ferrato sull'argomento e ha saputo fare una giusta differenza, nel particolare però sono soggetti che hanno un'alimentazione specifica per patologia come la celiachia o il diabete o soggetti che fanno un'attività fisica moderata.

Pochi, però, sono i soggetti (15%) che per patologia seguono un'alimentazione che sia dettata da prescrizione medica.

E' risultato interessante indagare sulla ripartizione giornaliera degli alimenti in quanto circa il 70% dei soggetti segue le raccomandazioni OMS riguardo la suddivisione dei 5 pasti giornalieri e circa il 50% dei soggetti mangia 1-2 volte al giorno frutta e verdura.

E' di buon auspicio il dato che riguarda la curiosità circa l'esistenza di cibi vegetali poiché circa il 80% dei soggetti ne sa l'esistenza ed è curioso di sapere a cosa servono.

Nel particolare dell'utilizzo degli alimenti per condire e dolcificare quasi il 90% dei soggetti usa l'olio escludendo l'esistenza di metodi alternativi come semi di origine naturale e utilizza lo zucchero bianco anziché dolcificanti ipocalorici o naturali come la ste-

Dentro la professione

continua da pagina 35

via. Riguardo l'attività fisica il 60 % dei soggetti non ne pratica e soltanto in minoranza pratica attività motoria oppure per spostarsi utilizza la bici o si muove a piedi.

Dunque, gli ambiti sui quali si potrebbe intervenire per evitare sia circoli viziosi sia un peggioramento dello stato di salute sono tanti e le azioni da mettere in campo sono numerose: molte sono le persone disinformate sull'importanza dell'attività motoria quotidiana, molti quelli che sottovalutano i fattori di rischio dati dalla familiarità per malattie metaboliche e non pochi quelli che non hanno conoscenze adeguate circa una corretta alimentazione.

CONCLUSIONE

“L'uomo è ciò che mangia”¹³ diceva Feuerbach : egli sosteneva già nel 1850 che noi coincidiamo precisamente con ciò che ingeriamo e che la primaria fonte di energia proviene dal cibo.

La cattiva nutrizione, le sue abitudini, il non movimento fisico e comportamenti alimentari disordinati portano ad uno stile di vita errato il quale, di per sé è un fattore di rischio e se correlato alla familiarità per queste patologie e perseveranza di cattive abitudini diventa una miscelanea perfetta per andare incontro a patologie cardiovascolari, obesità e diabete.

L'infermiere attraverso il counseling nutrizionale può essere estremamente efficace per chi si presenta con specifici problemi di salute correlati a inadeguate scelte dietetiche. Promuovere stili di vita corretti diventa pertanto un obiettivo primario della sanità.

E se lo scopo è tendere al miglioramento e promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute è necessario creare un luogo di raccolta quale potrebbe essere un ambulatorio infermieristico di nutrizione clinica.

L'ambulatorio nutrizionale vuole essere dunque un input per evitare le complicanze delle patologie croniche le quali possono essere estremamente invalidanti e quindi contribuire a peggiorare la qualità degli anni da vivere: è necessario, quindi, promuovere una dieta adeguata, un peso normale, un'attività fisica moderata e continua nel tempo.

Lo sviluppo di questa attività ambulatoriale vuole porsi come snodo tra i servizi ospedalieri e territoriali già esistenti.

Questa necessità nasce dal fatto che il panorama sanitario si trova davanti a nuove sfide e deve, necessariamente, trovare alternative in grado di rispondere in maniera appropriata ai nuovi bisogni di salute dell'utenza.

Il professionista infermiere è in grado di mobilitare e sviluppare le risorse e le opportunità indirizzandole al bene comune, non come semplice retorica ma come concreta ricerca di una migliore qualità di vita e di salute del singolo e della collettività¹⁴.

***infermiera pediatrica,**

Casa di cura “Villa delle querce”, Napoli.



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Non communicable diseases country profiles, 2011 (<http://www.who.int/...>)
2. E.Wagner, MacColl ;Cronic Care Model, elaborato da Institute for Health care Innovation
3. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a Glance: Europe 2010 (<http://dx.doi.org/10.1787/...>).
4. World Health Organization (WHO). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases (<http://whqlibdoc.who.int/...>).
5. <http://it.wikipedia.org/wiki/Nutrizione>
6. David Tilman& Michael Clark.Global diets link environmental sustainability and human health
7. 27 November 2014. Nature 515, 518–522
8. John B. Dixon. The effect of obesity on health outcomes. Molecular and Cellular Endocrinology 2010;316:104-108
9. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. J Acad Nutr Diet. 2016 Dec;116(12):1970-1980
10. Kim MS, et al, Strict vegetarian diet improves the risk factors associated with metabolic diseases by modulating gut microbiota and reducing intestinal inflammation, Environ Microbiol Rep. 2013 Oct;5(5):765-775.
11. Ornish, D., Brown, S., Scherwitz, L. et al, Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?. Lancet. 1990;336:129–133.
12. Paolo Sbraccia.Obesità : una spesa (sanitaria) che pesa. Italianhealty policy brief.2014 [anno IV –n°4].RomaMinistero della salute
13. L.Feurbach. “der Mensch ist was er isst” Il mistero del sacrificio o l’uomo è ciò che mangia, 1862.
14. Antonazzo M.: L’ambulatorio infermieristico: un nuovo modello organizzativo volto a rispondere alle nuove e crescenti necessità sanitarie della cittadinanza. Indagine conoscitiva condotta presso la ASL di Lecce. IO INFERMIERE . anno 2011- n°2 .

Ospedali^eterritorio

Santobono-Pausilipon

**Fratture, addio al gesso
tutori personalizzati in 3D**

pag. 38



Napoli

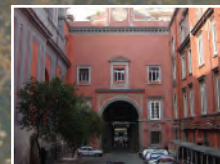
**L'Ospedale del Mare
riceve l'ok**

pag. 39

Napoli

**Consultorio familiare
all'Annunziata**

pag. 41



Cardarelli

**Tumore del polmone,
intervento col "Da Vinci"**

pag. 42

Servizio 118

**Sentenza Tar di Salerno: "Per
Infermieri non basta il rimborso**

pag. 43



Salerno

**Al Centro trapianti del Ruggi
tecnologie di ultima generazione**

pag. 44

Casal di Principe

**Un centro riabilitativo nella villa
confiscata al boss**

pag. 47



Ospedali e territorio

Santobono-Pausilipon

Fratture, addio al gesso Tutori personalizzati in 3D



NAPOLI – Forse, a breve diremo addio al gesso per rimettere in ordine le ossa rotte. In caso di frattura, si userà un esoscheletro in plastica Abs, stampato in 3D. Per il momento si è nella fase di sperimentazione. La ricerca è promossa dal Santobono-Pausilipon, Ospedale e Fondazione, con il Cnr e un contributo di 50mila euro messo a disposizione dalla Banca d'Italia. Si tratta della prima sperimentazione clinica in ambito pediatrico, che prevede l'applicazione dell'esoscheletro su 60 bambini tra gli 11 e i 14 anni, in sostituzione del tutore, ma solo per fratture composte stabili a un braccio. Come funziona. L'esoscheletro, realizzato in plastica Abs, è prodotto con una stampante 3D sulla base di calcoli strutturali effettuati da un ingegnere biomedico e un ingegnere edile, avvalendosi di informazioni cliniche e morfologiche raccolte sia attraverso la radiografia, che mediante sistemi di scansione 3D dell'arto fratturato. Il tutore personaliz-

zato così prodotto è molto più rigido del tradizionale gesso; totalmente immergibile in acqua; leggero, aperto e poco ingombrante; igienico e conforme alle esigenze ergonomiche del bambino.

«L'ospedale Santobono - dice il manager Anna MAria Minicucci - tratta ogni anno circa 16mila pazienti con traumi che richiedono un intervento ortopedico. È evidente, quindi, quale impatto positivo possa avere l'utilizzo di questa tecnologia sulla qualità della vita dei nostri piccoli pazienti. Per realizzare questo progetto si è attivato un virtuoso modello di collaborazione tra Istituzioni: Banca d'Italia, Cnr, Fondazione Santobono Pausilipon e Azienda Ospedaliera Santobono Pausilipon. L'obiettivo è ambizioso, se la sperimentazione ci darà i risultati sperati nei reparti ortopedici pediatrici italiani oltre alla sala gessi potremmo avere dei laboratori per la stampa 3d degli esoscheletri».



Malattie oculistiche rare Eccellenza alla Vanvitelli

NAPOLI - Ecco un'eccellenza tutta napoletana. Stiamo parlando del nuovo Centro per malattie oculistiche rare inaugurato da poco presso la Seconda Università di Napoli, l'Azienda ospedaliera 'Luigi Vanvitelli'. L'edificio del Policlinico che ospita il Centro è un condensato di tecnologia, ricerca e assistenza. Qui sono assistite persone molto fragili con una tecnologia avanzata in modo molto performante. A dirigere la struttura Francesca Simonelli: «Le malattie della retina colpiscono nell'infanzia e nell'adolescenza - spiega - portando a cecità e ipovisione. Sono malattie genetiche, spesso non ci sono cure, ma solo la possibilità di rallentare la malattia». È questa una delle mission della clinica che ogni anno ospita 400 pazienti in day hospital, con tremila prestazioni ambulatoriali e 2600 pazienti in cura, la metà dei quali provenienti da fuori regione. L'eccellenza, tuttavia, è anche nel modello organizzativo. La Clinica Oculistica del Vanvitelli, infatti, è entrata in partnership con il Tigem di Pozzuoli, il centro nato grazie a Telethon, specializzato in malattie genetiche, medicina genomica, terapie molecolari con esiti d'avanguardia anche a livello europeo e mondiale. È un circolo virtuoso di ricerca pubblica, privata, terapia e industria che crea una sinergia di potenziamento che vale più della somma dei singoli settori

Ospedali
e territorioL'Ospedale
del Mare
riceve l'«ok»

NAPOLI - Esame superato per l'Ospedale del Mare che ha passato il severissimo collaudo della commissione chiamata a valutare l'opera, sia dal punto di vista tecnico che amministrativo. Un ok dato al lavoro del commissario ad Acta, **Ciro Verdoliva**, affiancato in questi anni dai funzionari del Provveditorato alle Opere Pubbliche. Un passaggio chiave verso la consegna dell'ospedale alla Asl. Su quest'atto si basava infatti la decisione del committente di accettare l'opera e quindi segna anche la chiusura formale dell'appalto. I collaudatori (**Raimondo Pasquino**, **Edoardo Cosenza**, **Alberto Carotenuto**, **Riccardo Marone** e **Salvatore Nunziata**) hanno verificato ogni singolo aspetto per arrivare alla certificazione di un'opera che per molto tempo ha rischiato di diventare l'ennesima incompiuta d'Italia. Sotto la lente ogni più piccolo aspetto, anche tutto il processo amministrativo, che per l'Ospedale del Mare ha una mole incredibile. A dicembre sono partiti i servizi di radiologia, radioterapia ed emodialisi, ma il vero cambiamento di passo lo si avrà solo con l'apertura del pronto soccorso, fissata per la tarda primavera. Serviranno 1.400 tra uomini e donne, secondo gli ultimi dati della Asl.

Diabete tipo 1, parte in Campania
il sistema di monitoraggio "FGM"

NAPOLI - Parte in Campania il "Flash Glucose Monitoring", l'innovativo sistema di lettura della glicemia per i pazienti affetti da diabete Tipo 1 che eseguono almeno quattro controlli al giorno. La distribuzione dei dispositivi avverrà gratuitamente tramite le farmacie territoriali e/o ospedaliere. La decisione, che accoglie anche le richieste arrivate dalle associazioni dei pazienti diabetici, è stata deliberata dalla Giunta regionale presieduta da **Vincenzo De Luca** e pone la Campania tra le prime regioni italiane ad avvalersi dell'innovativo sistema di monitoraggio. "Flash Glucose Monitoring" (FGM), è un sistema innovativo che consente la lettura della glicemia senza la necessità di pungere le dita. Il sistema prevede l'uso di un sensore sottocutaneo (durata 14 giorni) che si applica sulla parte posteriore del braccio che consente di verificare la glicemia in qualsiasi momento della giornata semplicemente avvicinando il lettore, che può essere anche un telefono cellulare, al sensore. Indossato con facilità, con una scansione indolore, il lettore rileva i dati anche attraverso gli indumenti e ad ogni scansione si ottengono il valore attuale del glucosio e i dati del glucosio delle ultime 8 ore. I pazienti sono inoltre aiutati nella valutazione dell'andamento glicemico da una freccia di tendenza che indica se la glicemia è in aumento o in diminuzione e con quale velocità. Ciò consente ai pazienti e ai genitori di bambini affetti da diabete di mettere in atto tutte le azioni atte ad evitare gravi squilibri della glicemia, prevenendo soprattutto le ipoglicemie severe e migliorando notevolmente la qualità della vita dei bambini e di tutta la famiglia come dimostrato in diversi studi scientifici internazionali. I pazienti che utilizzano il sistema FGM si controllano di più, sono in grado di gestire meglio la malattia diabetica, migliorano il controllo metabolico e riducono le complicanze a breve e a lungo termine. L'introduzione di tale innovativo sistema nella nostra regione, fa parte di un progetto complessivo di miglioramento della qualità della cura al paziente affetto da malattia diabetica in Campania.

Anuloplastica
mitralica senza
cardiочirurgia

NAPOLI - Presso l'emodinamica della divisione di cardiologia dell'ospedale **Loreto Mare** è stato effettuato il primo intervento percutaneo di anuloplastica mitralica senza l'ausilio della cardiочirurgia.

La paziente, una donna di 73 anni affetta da grave scompenso cardiaco, era stata già operata in precedenza di by-pass aorto-coronarico e di mitral-clip per una insufficienza valvolare mitralica funzionale di grado severo.

L'intervento viene effettuato attraverso la vena giugulare e consiste nell'impianto nel seno venoso coronarico di un anello metallico in nitinol noto come "Carillon", che restringendo l'anello valvolare mitralico



riduce il grado di insufficienza della valvola. L'impianto è stato effettuato in collaborazione con il professor **Detric Pfeiffer** dell'University hospital di Lipsia.

Ospedali e territorio

Da Isasi Cnr e Ceinge ecco la "Biopsia liquida"

Nuova metodica per diagnosi precoce tumori



POZZUOLI - Una delle maggiori sfide della medicina moderna è la diagnosi precoce di malattie tumorali, poiché un intervento tempestivo aumenta sensibilmente le probabilità di guarigione. Una ricerca condotta da un team di giovani ricercatori a Pozzuoli, presso l'Istituto di Scienze applicate e sistemi intelligenti del Consiglio nazionale delle ricerche (Isasi-Cnr) in collaborazione con il Consorzio Ceinge-biotecnologie avanzate, di cui fa parte l'Università di Napoli Federico II, svela una nuova e originale tecnica applicabile all'identificazione di cellule estranee circolanti all'interno del flusso sanguigno, le cosiddette Ctc (Circulating Tumor Cells). La ricerca è stata pubblicata

su *Light: Science and Applications*, rivista del gruppo Nature. Il sangue è composto da milioni di cellule quali globuli rossi, bianchi, piastrine, linfociti.

La diagnostica di malattie del sangue viene eseguita tramite l'emocromo, che fornisce parametri statistici sulle cellule esaminate come il volume cellulare, l'emoglobina, ecc. Per ottenere informazioni morfologiche è però necessario studiare al microscopio lo striscio di sangue, che restringe l'analisi a una piccola parte delle cellule. I risultati ottenuti e descritti nella pubblicazione dimostrano la possibilità di effettuare una cito-tomografia in flusso su campioni liquidi su tecnologia microfluidica.

Pascale

Nuovo Consiglio di indirizzo e verifica



NAPOLI - Si è insediato da qualche mese il nuovo Consiglio di Indirizzo e Verifica del Pascale, nominato il 30 gennaio scorso dalla Giunta Regionale. Il presidente è Pietro Forestieri, direttore del Dipartimento ed Attività Integrate di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia del Secondo Policlinico. Gli altri componenti del CIV, che rimarranno in carica cinque anni, sono Luca Brunese, direttore del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise, Tiziana Spinosa, responsabile di UOC dell'assistenza sanitaria di base del Distretto 25 dell'Asl Napoli 1, Cesare Gridelli, direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia della AORN Moscati di Avellino e Carmine Selleri, direttore del Dipartimento di Anatomia Patologica, Oncologia, Ematologia del AOU del Ruggi di Salerno.



Un ecografo con asta di beneficenza

NAPOLI - Un ecografo di ultima generazione è in dotazione al reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'ospedale Cardarelli di Napoli. L'apparecchiatura, nel corso di una cerimonia dedicata alla giornata mondiale dell'ammalato, è stata acquistata dalla Diocesi di Napoli con i fondi raccolti nell'asta di beneficenza effettuata in collaborazione con la Rai nel 2015. All'inaugurazione è intervenuto l'arcivescovo di Napoli, cardinale Crescenzo Sepe, che ha benedetto la macchina. "Non l'ho comprata io - ha scherzato - questo apparecchio è stato acquistato con i soldi di tutti i napoletani e con le cose messe all'asta dal Papa, dal Presidente della Repubblica, dal Governatore campano De Luca. Io lo benedico, ma l'augurio è che possa essere usato il meno possibile perché vuol dire che non ce n'è bisogno".

Ospedali
e territorio

Consultorio familiare all'Annunziata

NAPOLI - L'Asl Napoli 1 ha finalmente aperto il nuovo consultorio familiare di secondo livello nel presidio Annunziata, in pieno Centro storico di Napoli. Presso il nuovo consultorio si potranno eseguire mammografie e Pap-test, prenotabili con sedute dedicate. E poi prevenzione oncologica con screening mirati per la diagnosi precoce del tumore della mammella, della cervice uterina. A coordinare la struttura sarà Rosetta Papa, direttore dell'unità complessa "Tutela Salute Donna" nella veste di responsabile. «La finalità dell'iniziativa, dice Rosetta Papa, non è solo far conoscere la nuova struttura, ma creare i presupposti per una reciprocità concreta con i cittadini e, soprattutto, con le donne del quartiere: italiane, straniere, senza fissa dimora, in applicazione a quanto previsto dalla legge 405 istitutiva dei consultori familiari».

Sul sito dell'Asl Napoli 1 il consultorio ha uno spazio dedicato, con alta accessibilità, dove è possibile conoscere tutte le attività proposte, prenotare visite e appuntamenti on line. Al momento, sul territorio metropolitano sono attivi vari protocolli. Due centri vaccinali aperti tutte le mattine dal lunedì al venerdì per vaccinazioni infanzia e adolescenza (HPV) e vaccinazione Anti-Rosolia alle donne suscettibili. E poi: accoglienza e orientamento; consulenza sociale; servizio di mediazione culturale; visite ginecologiche; percorso menopausa; visite



ostetriche e presa in carico della gravidanza; certificazione gravidanza a rischio (senza prenotazione); corsi accompagnamento alla nascita; visite senologiche; consulenza per la contraccezione; contraccezione di emergenza (senza prenotazione); consultorio donne immigrate in lingua inglese (visite, accoglienza e consulenza); presa in carico percorso IVG (senza prenotazione); presa in carico minori prevenzione oncologica: Pap test (24-65 anni); prenotazione mammografia (45-69 anni) sostegno psicologico alla donna ed alla famiglia; presa in carico e sostegno nel post-partum; incontri individuali e di gruppo con le donne che hanno vissuto

una malattia oncologica; prevenzione, formazione e sostegno alla genitorialità; punto ascolto violenza.

E' del tutto evidente come sia stato mantenuto e implementato il progetto "screening donna", attraverso i programmi per la prevenzione del cancro del collo dell'utero e per la diagnosi precoce di quello della mammella. Lo screening riduce la mortalità per cancro oltre a ridurre le disuguaglianze, entrambe criticità forti nella nostra realtà. Da ricordare che l'intero percorso screening è completamente gratuito. Hanno diritto ad eseguire la mammografia ogni due anni le donne di età compresa tra 45 e 69 anni, mentre il Pap-test è riservato alle donne tra 24 e 65 anni.

Asilo nido al Cardarelli

NAPOLI. «In tempi brevissimi il Cardarelli si doterà di un asilo nido aziendale dedicato ai figli dei dipendenti». L'annuncio di un nuovo passo in avanti dell'Azienda Ospedaliera più grande del Mezzogiorno arriva direttamente dal direttore generale **Ciro Verdoliva**. «Un progetto — aggiunge — al quale teniamo moltissimo a cui già da tempo stiamo lavorando. Con i servizi che verranno resi da questa struttura, si agevolerà significativamente il rientro al lavoro delle donne dopo il periodo di astensione per maternità». Strutture come l'asilo nido sono infatti centrali per offrire una risposta alle esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori, facilitando un maggiore equilibrio tra vita lavorativa e vita familiare. L'asilo nido del Cardarelli avrà una superficie di circa 300 metri quadrati (con 190 metri quadrati dedicati esclusivamente al benessere dei piccoli ospiti) e sarà ospitato nel padiglione F al primo piano. La realizzazione è prevista entro settembre del 2017. Con questa iniziativa la direzione strategica del Cardarelli, guidata da **Ciro Verdoliva**, intende proseguire nel rilancio dell'azienda ospedaliera, non solo come eccellenza della sanità campana, ma anche come esempio di attenzione all'umanizzazione delle cure e degli ambienti di lavoro.



Ospedali e territorio

Tumore del polmone, intervento col "Da Vinci"

L'intervento di "lobectomia" (resezione di un lobo polmonare) effettuato su un paziente 62enne ricoverato nella Chirurgia toracica è stato eseguito con il robot Da Vinci. L'équipe si è avvalsa della collaborazione di Franca Melfi che in Toscana dirige uno dei centri italiani più avanzati di robotica. Il protocollo condotto al Cardarelli è uno dei pochissimi effettuati su tutto il territorio nazionale, per la rimozione di un carcinoma del polmone. Tra le peculiarità che caratterizzano il Da Vinci, la possibilità di effettuare manovre estremamente precise grazie alla capacità del braccio robotico di muoversi a 360 gradi. Una dote che il polso umano non possiede, visto il limitato angolo di azione della nostra articolazione. «Un intervento - sottolinea il manager **Ciro Verdoliva** - che permette una dissezione anatomica limitata al lobo polmonare effettivamente interessato dal cancro, su un paziente affetto anche da altre patologie, come diabete e broncopneumopatia cronico ostruttiva».



Centro mobbing Asl Napoli 1, garantita piena funzionalità'

NAPOLI - «Al fine di garantire la completa funzionalità del Centro di Riferimento Regionale per il Mobbing, la direzione aziendale dell'ASL Napoli 1 Centro non modificherà l'organizzazione delle attività cliniche dedicate alle vittime del mobbing e con problemi di disadattamento lavorativo».

E' quanto emerso dalla riunione con i responsabili dell'Azienda sanitaria, convocata dalla Presidenza della Giunta Regionale. La direzione dell'ASL si è impegnata a mantenere l'organizzazione preesistente all'ordine di servizio del 16 febbraio scorso, ribadendo che la tutela della salute psicologica nei luoghi di la-



voro e la prevenzione dei fenomeni legati al mobbing ed al disadattamento lavorativo hanno sempre rappresentato, e lo sono tutt'ora, una priorità nelle politiche e nelle attività di tutela e promozione della salute mentale a favore dei cittadini del proprio territorio di competenza.

Uno screening contro il tumore al seno

NAPOLI - Lo screening come prima arma contro il tumore al seno. Da ottobre a dicembre del 2016, un campione di 500 donne, nell'area Stabia/Monti Lattari/Penisola Sorrentina, è stato sottoposto a test medici di prevenzione quali ecografia al seno e visite senologiche. Per la prima volta hanno lavorato insieme medici di base, centri diagnostici e istituzioni. Una parte del campione comprende una fascia di età di donne tra i 40 e i 50 anni. Sono state segnalate da medici di base quelle donne che avessero una familiarità con il tumore.

L'altra parte del campione invece, sempre segnalata da medici di base, ha compreso donne che si erano recate dai medici in seguito alla scoperta di qualche sintomo. I primi risultati del report sono stati presentati nella sede del Consiglio regionale della Campania.

Servizio 118

Sentenza Tar Salerno: “Per Infermieri non basta il rimborso”



SALERNO - "Gli infermieri non possono essere considerati volontari e remunerati con il solo rimborso spese".

A stabilirlo, il Tar di Salerno, che con propria sentenza ha deciso di annullare il bando relativo al servizio di emergenza-urgenza del 118 nelle trenta postazioni della provincia di Avellino. La motivazione? "Le cifre inserite nel bando non potevano assolutamente coprire i costi relativi alla presenza di un infermiere e di un autista soccorritore all'interno dell'ambulanza", dicono i magistrati contabili. Una pronuncia che può rappresentare un punto di svolta per quel che riguarda il fenomeno del lavoro nero, i finti rimborsi spese ed il logoramento degli infermieri impiegati nel servizio di urgenza- emergenza del 118 ma pagati come volontari. Nel caso di Avellino, parliamo di 150 infermieri dislocati in trenta postazioni, ma condizioni simili in Campania le vivono anche gli operatori 118 impiegati nei territori di Napoli, Salerno e Caserta. La denuncia della Confederazione Nazionale delle Misericordie è stata molto chiara: "A bordo del mezzo, in maniera regolare, non ci va quasi nessuno. Perché se per gestire una postazione che deve garantire il servizio h24, l'Asl destina

tra i seimila ed i dodicimila euro al mese, è chiaro che diventa impossibile per l'associazione assumere gli infermieri con contratti professionali". Di conseguenza, secondo la Confederazione "un infermiere per arrotondare la paga mensile decide di lavorare come volontario presso il servizio di emergenza del 118 e di percepire un rimborso spese per l'attività svolta. A fine mese, riesce a mettersi da parte tra i 300 ed i 400 euro ma in una situazione di logoramento fisico, di lavoro nero, di opacità". Figure come gli infermieri, dunque, devono essere considerate come professionali e non possono essere trattate come volontarie. Recentemente, in controtendenza, l'Asl di Benevento ha stanziato 4 milioni di euro per il servizio di urgenza-emergenza del 118 e tutti gli infermieri ed il personale impiegato sono adeguatamente remunerati, secondo i contratti previsti. "La sentenza del Tar di Salerno crea un precedente importantissimo e l'augurio – conclude la Confederazione in una nota – è che in altre zone d'Italia vengano presi provvedimenti di questo genere, riconoscendo in tutto e per tutto il lavoro e la professionalità necessarie al servizio di emergenza con una retribuzione consona alle competenze».

I virus contro i tumori

AGROPOLI (SA) - Combattere i tumori con i virus, modificandoli al punto tale da renderli letali per le cellule cancerose, ma inoffensivi per quelle normali. Questo il progetto di ricerca di Carmela Passaro, giovane studiosa originaria di Agropoli impegnata nell'individuare nuove terapie per il trattamento del Carcinoma Anaplastico della Tiroide (la forma più aggressiva di tumore della tiroide). Le attività di ricerca sono iniziate presso il laboratorio del Dipartimento di Scienze Mediche della Federico II e poi a Glasgow e Londra. Ora la ricercatrice collabora col Brigham and Women's Hospital e Harvard Medical School di Boston. Qui la ricerca prosegue sull'impiego degli Herpes virus oncolitici per il trattamento di una forma maligna di tumore al cervello, presso il laboratorio di Ennio Antonio Chiocca. «Una volta iniettati – spiega la ricercatrice cilentana – questi virus sono in grado di infettare le cellule tumorali e, replicandosi solamente in tali cellule, ne determinano la morte con la conseguente regressione/scomparsa del tumore». Il suo progetto di ricerca, selezionato e finanziato dall'American-Italian Cancer Foundation, è stato recentemente premiato come "ricerca di eccellenza" dal Brigham and Women's Hospital durante l'evento Discover Brigham 2016.



Ospedali e territorio

Al Centro trapianti del Ruggi tecnologie d'ultima generazione

SALERNO - La dotazione strumentale del Centro Trapianti dell'AOU di Salerno si arricchisce di un moderno microscopio di ultima generazione per studi morfologici e di citogenetica. Grazie alla donazione dell'Associazione Arcobaleno, sarà possibile garantire ai pazienti emopatici della provincia di Salerno percorsi diagnostici e terapeutici di qualità e di elevata efficacia pari a quelli di altri centri di eccellenza italiani. Il Centro Trapianti della Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) "San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" rientra tra le 7 strutture ematologiche Campane che effettuano trapianto autologo (le altre sono localizzate al Cardarelli, al Pausillipon e al Pascale di Napoli, al Moscati di Avellino e a Pagani), ma rappresenta una delle tre strutture Campane (insieme alla Università Federico II di Napoli e al Moscati di Avellino) che effettua il tra-



pianto allogenico da donatore consanguineo e non consanguineo in pazienti adulti (i pazienti pediatrici possono effettuarlo all'Osp. Pausillipon). Il Centro Trapianti del AOU di Salerno ha effettuato finora oltre 80 trapianti tra autologhi e allogenici, avvalendosi della collaborazione dei Centri di raccolta e manipolazione di cellule staminali emopoietiche della stessa AOU. Per il Ruggi uno sviluppo

anche nella prevenzione. Sono partiti i nuovi servizi che porteranno visite in tempi rapidi per la diagnosi del tumore del colon e del retto. I pazienti interessati saranno guidati in un percorso terapeutico. Avranno così, la possibilità di usufruire di una visita specialistica e, dove necessario, saranno inseriti in lista d'attesa per gli esami endoscopici. Nel caso si rendesse necessario un intervento chirurgico, ai pazienti sarà garantita l'operazione entro quaranta giorni dalla presa in carico. I pazienti interessati potranno prenotare, tramite i vari canali utili come il Cup del "Ruggi" e le farmacie, una visita specialistica presso l'unità operativa complessa di Gastroenterologia. L'ambulatorio sarà aperto il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 11 alle 13 presso l'ospedale di via San Leonardo a Salerno, il martedì e giovedì, agli stessi orari, presso l'Ospedale di Mercato San Severino.

Cannabis terapeutica Il Cdm non contesta la Campania

Il consiglio dei ministri di oggi ha deliberato la rinuncia all'impugnativa per la legge della Regione Campania n. 27 dell'8 agosto 2016, che riguarda le "Disposizioni organizzative per l'erogazione dei farmaci e dei preparati galenici a base di cannabinoidi per finalità terapeutiche nell'ambito del servizio sanitario regionale e promozione della ricerca e di azioni sperimentali prodromiche alla produzione da parte di soggetti autorizzati". Il governo aveva deciso di impugnare il provvedimento nella seduta del 27 settembre scorso. A finire nel mirino del Cdm non era stata la legge nei suoi contenuti, ma la modalità erogativa prevista e, in particolare, la tipologia di ricetta utilizzata, quella "a ricalco" al posto di quella ordinaria. La scelta della ricetta a ricalco in tre copie è arrivata per evitare abusi o contraffazioni e ricondurre alle modalità prescrittive decise dalla Regione. Rinunciando all'impugnazione, il governo ha di fatto ammesso l'autonomia regionale su questo ambito. Dal 2013, in Italia è possibile prescrivere cannabis terapeutica - sempre a pagamento - in tutte le regioni d'Italia. La prescrizione a carico del Servizio sanitario nazionale, unicamente per uso terapeutico, è praticabile solo in Toscana, Puglia, Liguria, Campania e in Veneto, ma con limitazioni ulteriori rispetto alle regole nazionali.

Ospedale San Luca, l'Asl di Salerno proroga il 118



VALLO DELLA LUCA - Buone notizie per l'ospedale "San Luca" di Vallo della Lucania: la direzione generale dell'Asl ha confermato la proroga almeno per un anno del 118. Il direttore generale dell'Asl Salerno, Antonio Giordano pensa ad un rafforzamento del presidio ospedaliero, considerato che dopo la chiusura dell'ospedale

di Agropoli si è trovato a gestire un'ampia utenza con notevoli criticità. Dall'Asl Salerno è stata garantita massima attenzione alla problematica ed interventi per il potenziamento del pronto soccorso, la conferma di una seconda emodialisi, il rafforzamento della medicina territoriale. Inoltre, presto si procederà a nuovi concorsi e saranno così sbloccate le assunzioni. La novità di maggiore rilievo, però, riguarda il T18. La legge regionale, infatti, aveva previsto che il sistema di emergenza fosse basato su di una sola centrale nell'intera Provincia di Salerno, con conseguente soppressione di quella di Vallo della Lucania.

Ospedali
e territorio

Cura del tumore al fegato Nuova tecnica al 'Tortora'

PAGANI Una pubblicazione sulla prestigiosa rivista *World Journal of Gastroenterology*.

Un contributo che evidenzia i considerevoli progressi registrati nella cura dei tumori al fegato con la tecnica dell'Elettrochemioterapia, praticata da più di due anni presso il Polo Oncologico di Pagani. L'Elettrochemioterapia (ECT) è un'opportunità terapeutica per il trattamento locale di neoplasie solide non operabili chirurgicamente.

La procedura combina due effetti sinergici che determinano la morte delle cellule tumorali e modesti (o assenza) di effetti dannosi sulle cellule sane. I principi su cui si basa sono: somministrazione di dosi ridotte di un chemioterapico (bleomicina o cisplatino); elettroporazione delle membrane cellulari.

Cioè, mediante impulsi di elevato voltaggio, si altera la permeabilità ai chemioterapici delle membrane delle cellule, con conseguente alta concentrazione del chemioterapico nella cellula stessa. Uno studio partito più di due anni fa. E che oggi ha por-



tato alla pratica del trattamento con elettrochemioterapia di pazienti con tumori all'ilo epatico, con infiltrazione della vena porta, la principale vena del fegato.

Si tratta di pazienti che hanno un'aspettativa di vita media di 4-6 mesi. E fino ad ora si sono registrate sopravvivenze oltre 2 anni.

Un Consultorio nell'ex Ospedale di Bisaccia



AVELLINO - All'ex ospedale di Bisaccia apre il Consultorio. Presso la Struttura polifunzionale si aggiunge un nuovo tassello che va ad implementare l'offerta e la qualità dell'assistenza sul territorio. Il Consultorio familiare è il punto di riferimento per la salute sessuale, relazionale e riproduttiva, fornisce prestazioni specialistiche, integrate, con i servizi distrettuali ed ospedalieri, con il dipartimento di salute mentale e di sanità pubblica. Si tratta di un'azione che mira a potenziare l'ex ospedale di Bisaccia nell'ottica dell'offerta sanitaria sul territorio, così da renderlo punto di riferimento per un grande ambito territoriale, vista la sua posizione strategica ai confini delle due province.



Scuola medica salernitana e Asl Focus su malattie professionali

SALERNO - Via libera per le attività dell'Osservatorio sulle malattie professionali e ambientali, aperto presso il Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria della Scuola Medica Salernitana. L'Osservatorio nasce dalla sinergia fra il Dipartimento di Prevenzione dell'Asl e l'Università. Tra gli obiettivi del centro di studio, quello di monitorare, analizzare e valutare le condizioni ambientali, lavorative e le patologie connesse, e di individuare strategie e modalità per la riduzione dell'impatto sulla salute. Al lavoro di studio saranno dedicate le competenze presenti nelle strutture proponenti e che ricoprono tutti gli aspetti della medicina preventiva, predittiva, ambientale e sociale. Il tutto finalizzato ad aumentare l'efficacia della pianificazione e dell'implementazione degli interventi messi sul campo. Un ruolo importante avrà la comunicazione. Tra le attività dell'Osservatorio ci sarà quella di informare e formare la popolazione, attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti comunicativi e tecnologici basati anche sui principi dell'E-Health.

Ospedali e territorio

Un centro riabilitativo nella villa confiscata al boss

CASAL DI PRINCIPE – In via Tasso a Casal di Principe c'è uno dei beni confiscati al clan dei Casalesi. Una villa in stile "Scarface". Oggi, la struttura, completamente trasformata, è stata affidata all'Asl di Caserta per farne un Centro riabilitativo per la salute mentale. La villa fu del boss Walter Schiavone, fratello del capo clan, Francesco, detto "Sandokan", fino al 1996, anno in cui venne arrestato. Il boss chiese al suo architetto di costruirgli una villa identica a quella del gangster cubano di Miami, Tony Montana, protagonista del film di Brian De Palma interpretato da Al Pacino. L'edificio, costruito su tre livelli per complessivi 850 metri quadri, sorge su un'area di 3.400 metri quadri. I lavori per il progetto di recupero, sono stati affidati alla Facoltà di Architettura dell'Università di Aversa. Per il bene confiscato a Walter Schiavone è stato concesso un duplice finanziamento dalla Regione Campania di circa 2 milioni di euro. Al taglio del nastro erano presenti tra gli altri il procuratore nazionale antimafia, Franco Roberti, Raffaele Cantone presidente Anac, i consiglieri del Csm, Antonello Ardituro e Francesco Cananzi e il Procuratore di Napoli Nord, Francesco Greco.



'S.M. della Pietà' Parte la Rianimazione

NOLA – E' stato lo stesso Governatore Vincenzo De Luca a inaugurare il nuovo reparto dell'Ospedale "Santa Maria della Pietà" di Nola. Il reparto di rianimazione è dotato di due nuove sale operatorie che vanno ad aggiungersi alle altre due già esistenti. «L'inaugurazione della Rianimazione a Nola ci serve a dare la vera immagine della Sanità campana fatta di rigore e concretezza amministrativa»: così Governatore De Luca ai microfoni dei cronisti, ritornando sulla vicenda del pronto soccorso e dello scandalo per i malati curati a terra nella notte dell'Epifania. Prima di metter piede nel nuovo reparto di Rianimazione, De Luca ha voluto incontrare i medici che operano nel pronto soccorso del nosocomio nolano: «Li ho ringraziati per l'importante lavoro svolto tra mille difficoltà».

Ospedali a Caserta, De Luca rassicura "San Felice e Maddaloni potenziati"

CASERTA - L'ospedale di San Felice a Cancelloriaranzo non chiuderà. Parola del governatore De Luca. Intervenendo ad una manifestazione in Valle di Suessola, il presidente De Luca ha rassicurato i cittadini: "L'ospedale di San Felice a Cancelloriaranzo non chiuderà.

Anzi – ha aggiunto De Luca - oltre all'aumento dei posti letto, abbiamo stanziato più di due milioni di euro per la ristrutturazione interna ed esterna dello stabile. Lo stesso vale per l'ospedale di Maddaloni che negli ultimi anni è finito nel dimenticatoio. La Regione Campania si impegna a dare un volto nuovo alle strutture sanitarie in questa zona. Basta con le chiacchiere di paese, ora dobbiamo mirare in alto affinché la nostra Regione possa sperare in un futuro diverso".



PARTECIPA
ALLE INIZIATIVE
SUL TERRITORIO!



AD APRILE L'AUTISMO SI MOSTRA

2 APRILE GIORNATA MONDIALE DELLA CONSAPEVOLEZZA SULL'AUTISMO

Giornata Mondiale
del Malato

25^a



11 febbraio 2017

Conferenza Episcopale Italiana
Ufficio Nazionale per la pastorale della salute

Affidarsi a Gesù
misericordioso
come Maria:

*«Qualsiasi cosa
vi dica, fatela»*

(Gv 2,5)

