

NapoliSana Campania

Infermieri di Napoli - Salerno - Caserta - Avellino - Benevento

Caldoro: "Una sanità
più attenta al territorio"
di *Ciro Carbone* a pag. 13



La solidarietà viaggia per posta

La maratona "Race for the Cure" a Napoli
il 10 ottobre in Piazza del Plebiscito



Ministero della Salute

il **LATTE**
della **MAMMA**
non si scorda mai



ESAMPIO DA SPECIMENI RICICCLATI S.p.A.

ALLATTARE AL SENO È UN GESTO NATURALE
e con un po' di aiuto tutte le mamme possono farlo.
Allattando si cresce insieme.

PER INFORMAZIONI WWW.SALUTE.GOV.IT

in collaborazione con:



L'Editoriale

di Carlo Celentano



Svegliamoci, siamo classe dirigente

Cari colleghi è un piacere ritrovarvi di nuovo tutti qui, per continuare a fare alcune riflessioni sulla nostra professione e su quelle che sono le implicazioni sui cittadini, cui devono tendere le *intentio* di tutti.

Negli anni trascorsi, si sono raggiunti alcuni traguardi, tanto attesi dalla professione, anche se resta ancora tanto da fare, soprattutto per quanto riguarda la crescita consapevole dei professionisti infermieri. Professionisti e consapevoli: credo che su questi due termini, in strettissima relazione tra loro, si gioca il nostro futuro, per cui oggi siamo di fronte a delle scelte.

Noi tutti abbiamo preso atto del cambiamento avvenuto nella guida e nel governo della Regione Campania. Avremo modo di esprimere i nostri giudizi rispetto alle politiche e alle scelte intraprese per il governo della sanità regionale che esprimeremo valutando nel merito delle politiche adottate e per il peso che esse avranno nei confronti della tutela della salute dei cittadini. Ci mettiamo e ci riteniamo a disposizione, senza presunzione e senza preconcetti, come cittadini, come professionisti e come Ordine Professionale per eventuale concorso con i vertici della nostra regione, così come disposto e statuito dall'art. 3, lettera e) del DLCPS 233/46 il quale recita "dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che

comunque possono interessare l'Ordine o il collegio". Certamente non pretendiamo di avere le soluzioni a tutti i problemi che affliggono la sanità, ma riteniamo di poter e dover dare il nostro contributo affinché le risorse umane e materiali messe a nostra disposizione vengano usate nel miglior modo possibile e anche perché gli infermieri sono presenti in tutte le fasi dell'assi-

stenza e in tutti i luoghi coinvolti dal processo di cura non ultimo il territorio, in modo da poter portare la cura a domicilio dei cittadini con notevole risparmio di soldi e con notevole diminuzione degli intasamenti dei presidi ospedalieri e con maggiore soddisfazione da parte degli utenti, noi siamo pronti, chiamateci e

noi risponderemo. Bisogna fare delle scelte, arrivano i momenti in cui bisogna scegliere, nell'assistenza come nella vita di ciascuno di noi, come pure nella vita delle professioni. Momenti in cui la peggior cosa è attuare la politica dello struzzo: nascondersi, far finta di nulla e attendere che passi a nuttata. La storia del genere umano e delle professioni dice che l'evoluzione o l'involuzione sono fenomeni naturali, genetici e comportamentali. Anche la storia umana va e poi ritorna, benedetti corsi e ricorsi storici, una cosa è certa però, le persone, i professionisti rivestono una grande importanza ai fini evolutivi, anche se dobbiamo ricordare che ... [continua a pagina 4](#)



continua da pagina 3

a volte “ solo se cambiano gli uomini cambia la storia ” . Partiamo dall'esempio di Florence Nightingale quale testimone della disponibilità al cambiamento, una professione statica, che non si evolve, che non sa rimettersi in gioco non ha futuro Tutte le professioni sanitarie non mediche e in particolar modo gli infermieri, scontano oggi la spinta di una forte corrente di reflusso, una spinta verso il vecchio, mentre abbiamo bisogno di andare avanti ed esplo-

Il problema infermieristico non può essere risolto solo tamponando di volta in volta le emergenze da affrontare.

Dal 2006, partendo dalla legge 43 abbiamo dovuto subire continui attacchi e continui tentativi di renderla inapplicata e questo è sintomatico di quanto stiamo subendo.

Ma se è tollerabile venire aggrediti dall'esterno non è tollerabile anche l'aggressione dall'interno, l'aggressione da parte degli stessi professionisti, o per meglio dire la resistenza al cambiamento, la resistenza all'assunzione di responsabilità che le leggi pur ci riconoscono, con cui i magistrati pur ci giudicano, la non comprensione della natura intellettuale della nostra professione e il voler rimanere nella manovalanza che ci pone pochi problemi, adda passà a nuttata e nu mme ne mborta quant dura, nu sacc niente e nu voglio sapè niente. So fatt accussì, nun nge pozz fa niente, adda passà a nuttata e comunque cert nuttate non passano senza lasciare il segno.

Come pure sul sole 24 ore (di qualche tempo fa), qualcuno è arrivato a sostenere che l'emergenza infermieri non esiste è tutta una nostra invenzione. Eppure basta chiedere ai cittadini per chiarire i termini della questione. Le conquiste legislative strappate con le unghie e con i denti dagli infermieri in lunghi anni di rivendicazioni e di lotte corrono il rischio di restare schiacciate sotto il peso delle resistenze esterne ed interne e che rischiamo di deludere le attese della gente e il loro diritto ad una sanità adeguata.

SVEGLIAMOCI.

E' tempo che gli infermieri si sveglino, restino uniti e riconoscano se stessi, gli organi che li rappresentano, primo fra tutti l'albo professionale, se non si vuole ritornare ad essere riconosciuti come non appartenenti alla categoria degli “homo sapiens medicinae” (categoria notoriamente ritenuta intellettualmente superiore).

E' tempo di mettere da parte ripicche e rancori personali per assumere posizioni univoche e forti nei confronti di chi ci vuole relegare a comparse nel processo assistenziale. Ma di che cosa ci stupiamo



rare nuovi lidi se non vogliamo perdere la nostra identità culturale di una professione al servizio del cittadino, e allora ci viene da chiedere “a chi dà fastidio un infermiere preparato?”.

Vi è una folta schiera di politici, per la verità bipartisan (non ci si dimentichi che una grande percentuale dei nostri parlamentari è medico) che ci accusa di voler alzare troppo la testa e di voler sconfinare. E' la posizione di quanti ritengono, ancora oggi, che l'assistenza o la riabilitazione siano campi strettamente dipendenti dalla cura e quindi sottoposti a questa (visione medico-centrica).

Così partono gli attacchi contro il ruolo, l'autonomia e la funzione delle nostre professioni nel timore di perdere il controllo di qualche manopola sulla plancia di comando.

visto il numero di deputati e senatori medici che stanno lassù e non solo per gli stipendi erogati loro da noi cittadini, ma anche perché così possono continuare ad impostare una sanità medico-centrica per mantenere il triste primato del più alto rapporto medici/popolazione e il più basso rapporto infermieri/popolazione della Comunità Europea.

E' necessario un drastico cambio di mentalità, la svolta può arrivare con i nuovi colleghi laureati, che pur con i loro limiti dettati dalla inesperienza e dalla formazione (diretta e gestita da medici), sono comunque fonte di nuove conoscenze. Va tenuta in giusta considerazione la loro "diversa abilità professionale" fatta di ricerca infermieristica, capacità di documentare le novità tanto avversate dalle amministrazioni e da alcuni colleghi, perché da sempre quello che non si conosce fa paura, ma loro possono farci conoscere cose nuove per migliorare la nostra professione.

Ma anche la formazione continua, i famigerati ECM, non solo punti da raccogliere come al supermercato ma uno spunto per apportare miglioramenti alla pratica infermieristica quotidiana.

Lasciate che gli infermieri formino gli infermieri, così come succede per tutte le professioni che contano. Non è più tollerabile che lo specifico professionale, la cultura infermieristica venga trasmessa da chi infermiere non è, altrimenti i cittadini saranno sempre assistiti e curati dagli obsoleti "paramedici" e non dagli "infermieri" e il passaggio dal to-cure al to-care resterà per sempre nel libro dei sogni, con ripercussioni non più tollerabili sulla qualità e sul costo dell'assistenza, e senza infermieri non si va da nessuna parte.

E allora invertiamo la rotta sulla scarsa o nulla partecipazione alle iniziative e proposte del Collegio, per capire e crescere, perché possiamo sempre di più partecipare ai problemi della collettività, ai problemi veri della nostra professione, all'applicazione del D.M. 739/94, alla legge 42/99, alla legge 251/00, alla legge 43/06, questo è un messaggio rivolto soprattutto ai nostri governanti perché capiscano che il rispetto delle regole, delle norme vanno

nell'interesse delle persone, delle persone sane e delle persone con bisogni, e non ci si dimentichi che prima o poi nella loro vita tutti si troveranno ad avere vicino un infermiere, e quanto più e quanto meglio lo avremo formato, tanto più e tanto meglio ci sarà reso, a noi e ai nostri cari.

Rialziamo la testa non solo per gli aumenti salariali, ma anche per ottenere un maggiore riconoscimento sociale. Siate audaci, audaci sono tutti coloro che con responsabilità migliorano la propria e altrui condizione. L'audacia è un sentimento forte ed affascinante, ma allo stesso tempo spinoso e creatore di ansie e paure, seppur nascoste, in coloro che ne fanno permeare la propria vita. I più grandi personaggi della storia umana, sin dall'inizio dell'es-



sere umano, sono stati definiti audaci: del resto, senza coraggio e spirito di iniziativa, non sarebbero assurti agli onori della storia stessa come emblemi da perpetuare ai posteri. Audaci, a parer mio, non sono solamente le grandi figure storiche del passato e del presente. Audaci sono tutti quelli che si assumono responsabilità e senso del dovere nei confronti propri e degli altri, al fine di potersi creare come figura degna di rispetto e garantire rispetto a coloro che gli sono vicini.

Con il mondo globalizzato, ogni spazio conquistato non è eterno: una professione che vuole crescere deve continuare a cercare di migliorare i propri orizzonti di riferimento per rafforzarsi. Guai a non farlo: si rischia una celere e repentina fine.

Se non siamo noi i primi a dimostrare l'orgoglio di essere infermieri non possiamo aspettarci che arrivi dagli altri.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana - Rivista periodica di aggiornamenti professionali, attualità e cultura
Organo ufficiale del Collegio Ipasvi di Napoli
in collaborazione con i Collegi Ipasvi di:
Avellino, Benevento, Caserta, Salerno

ANNO XVI- N. 2 GIUGNO 2010

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

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Comitato Scientifico-editoriale

Addolorata Capasso, Antonio Cerciello, Suor Odilia D'Avella, Elio Drigo, Elena Di Mauro, Lucia Farina, Armando Ferrara, Maddalena Finizio, Cesare Formisano, Paolo Giliberti, Antonio Giordano, Antonio Grella, Gesualda La Porta, Ottavio Lucarelli Ugo Maiellaro, Angelo Montemarano, Concetta Morra, Marta Nucchi, Filippina Onofaro, Anna Palumbo, Marco Papa Virginia Rossi, Francesco Rossi, Armido Rubino, Loredana Sasso, Nicola Scarpato, Bruno Schettini, Goffredo Sciaudone, Annalisa Silvestro, Maria Triassi, Maria Vicario, Bruno Zamparelli

Redazione

Gianclaudio Acunzo, Guido Amato, Gennaro Ascione, Giuseppe Bianchi, Giuseppe De Falco, Giovanni De Rosa, Davide Gatta, Mariagrazia Greco, Luigi Lembo, Veronica Minieri, Alessandro Oliviero, Antonietta Peluso, Gennaro Sanges, Costantino Voltura.

Hanno collaborato a questo numero

Umberto Baccari, Giulia Bassano, Roberto Buglione, Anna Buonocore, Carla Casella, Carlo Celentano, Ferdinando Chiacchio, Rocco Cusano, Gennaro D'Andretta, Adriano De Luca, Dario De martino, Giovanni Del Sorbo, Andrea Della Ratta, Antonio Falcone, Flaviano Federico, Giovanni Federico, Maria Grazia Greco, Angelo Iannace, Pellegrino Mariconda, Raffaele Misefari, Cecilia Pirozzi, Carmine Ricciardi, Maurizio Roca, Erminia Tancredi, Carmela Trezza, Giantonio Tripari, Mario Vaccario.

Editore Collegio Ipasvi Napoli, Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,
Tel. 081 440140, Fax 081 440217 Redazione e direzione via Costantinopoli 27,
Cap. 80138, Napoli Fax 081 44 02 17 e-mail: napoli@ipasvi.legalmail.it
www.collegioipasvinapoli.org

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

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

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - NAPOLI - TEL/FAX 081 401803



In Primo piano

3 L'Editoriale Svegliamoci, siamo classe dirigente

di Carlo Celentano



12 La riflessione

I conti del Federalismo:
i costi per la tac nelle
regioni italiane

di Pino De Martino



13 Il punto Caldoro: "Una sanità più attenta al territorio"

di **Ciro Carbone**



In questo NUMERO

9 Il Francobollo degli Infermieri

Un annullo salvavita

Dal 16 maggio distribuito in tutta Italia il francobollo che celebra gli infermieri e aiuta la lotta contro il tumore del seno

di Anna Buonocore



14 I Collegi Ipasvi della Campania informano

36 Dentro la Professione

“La Giornata del sollievo”

di Mariagrazia Greco



37 Dentro la Professione

Pagani e Cava, due ospedali a rischio chiusura

di Gennaro D'Andretta



38 Dentro la Professione

Terza età, tutto ruota intorno alla famiglia

di Angelo Iannace



41 Dentro la Professione

Al “S.G. Moscati” di Avellino poco personale e molto stress al 118

di Maurizio Roca



42 Dentro la Professione

L'Utic di Ariano compie vent' anni

La dotazione organica della Centrale Operativa Provinciale appare inadeguata e sottostimata alle necessità dell'utenza

di Rocco Cusano



44 Dentro la Professione

Cultura dell'emergenza, il ruolo dell'infermiere

Indagine conoscitiva condotta dai giovani sportivi del Comune di Pellizzano

di Bassano Giulia



46 Il saluto Ciao Mariarca

Accorato saluto degli infermieri dell'Ospedale San Paolo all'eroica collega scomparsa

da Alessandro e il Personale infermieristico dell'Uoc di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale San Paolo





Un annullo salvavita

**Dal 16 maggio distribuito in tutta Italia
il francobollo che celebra gli infermieri
e aiuta la lotta contro il tumore del seno**

di Anna Buonocore

IL FRANCOBOLLO DEGLI INFERMIERI

Annalisa Silvestro saluta con grande soddisfazione l'iniziativa filatelica e invita tutti ad acquistare il francobollo degli infermieri, per sostenere la lotta contro i tumori al seno.

I 370.000 infermieri italiani salutano il francobollo speciale dedicato alla professione infermieristica, con sovrapprezzo destinato alla lotta contro i tumori del seno, disponibile dal 16 maggio in tutte le tabaccherie italiane e nelle altre rivendite abituali.

Il francobollo viene emesso da **Poste Italiane** in occasione di **Race for the Cure**, la mini maratona organizzata il 16 maggio a Roma dalla **Susan G. Komen Italia** per sostenere la lotta contro i tumori del seno: il 25% dei fondi ottenuti dalla Komen attraverso il sovrapprezzo, sarà destinato anche a sostenere la formazione e l'aggiornamento degli infermieri in oncologia, con programmi concordati con l'**Ipasvi**.

“Si tratta di un importante riconoscimento al ruolo degli infermieri” – afferma



Annalisa Silvestro, presidente della **Federazione Ipasvi** – *“Coniugato con una campagna di grande rilievo sociale, frutto di una proficua sinergia tra il Ministero dello Sviluppo economico, le istituzioni e il mondo del volontariato”.*

Il francobollo riporta l'immagine di un'infermiera al fianco di una paziente, accompagnata dal messaggio **“Affranca la vita!”**. *“Affranca la vita riassume bene il senso e lo scopo del lavoro che ogni giorno gli infermieri svolgono al fianco di ogni ma-*

lato” – aggiunge Silvestro e precisa – *“dare, cioè, a chi è colpito dalla malattia il sostegno necessario per recuperare la pienezza di vita o, comunque, per esprimere tutte le potenzialità che la sua condizione gli consente”.*

In occasione dell'emissione del francobollo, l'**Ipasvi** ricorda come gli infermieri italiani ogni giorno si facciano carico di molteplici e variegati processi assistenziali. Sono presenti in ogni struttura, servizio, unità operativa del sistema sanitario nell'arco delle 24 ore per 365 giorni all'anno, ma anche nelle case dei loro concittadini. Al fianco di tutte le persone malate, ogni giorno, gli infermieri offrono il loro supporto a chi deve affrontare percorsi di cura spesso complessi e difficili, come le donne colpite da tumore del seno.

Per loro e per testimoniare una volta di più la loro vicinanza umana e professionale, migliaia di infermieri di tutte le Regioni d'Italia il 16 maggio saranno alle Terme di Caracalla, ai nastri di partenza di **Race for The Cure**.

I Collegi provinciali **Ipasvi** si sono mobilitati per organizzare una presenza numerosa e riconoscibile degli infermieri.

“Invito tutte le infermiere e gli infermieri italiani ad acquistare e far acquistare il 'nostro' francobollo” – conclude Silvestro – *“per contribuire alla lotta delle donne contro il tumore del seno ed anche per rendere visibile a milioni di cittadini questo riconoscimento del ruolo chiave che gli infermieri svolgono a favore della salute di tutta la popolazione”.*

“Affranca la vita”, questo lo slogan del francobollo emesso da Poste Italiane dedicato alla professione infermieristica

Il sovrapprezzo di 30 centesimi sul valore di emissione sarà devoluto interamente alle iniziative a sostegno.

L'immagine rassicurante dell'infermiera che, amorevolmente, stringe la mano della paziente è la sintesi del messaggio di solidarietà e di fiducia che lancia il nuovo francobollo dedicato alla Professione Infermieristica, con sovrapprezzo di 30 centesimi per la prevenzione e la lotta al tumore del seno.

“Affranca la vita” è il motto che accompagna l'emissione filatelica prevista il 16 maggio, del valore di 60 centesimi di euro. Il sovrapprezzo sarà devoluto a fini benefici per sostenere la ricerca nel campo delle cure oncologiche.

“Questo francobollo costituisce il segno tangibile e duraturo dell'impegno sociale di Poste Italiane a favore della ricerca. L'emissione dedicata alla Professione Infermieristica segue le altre due, quelle del 2002 e del 2006. Ancora una volta, dunque, un oggetto semplice come il francobollo, collegato con un grande progetto di solidarietà, diventa veicolo di informazione mirato a sensibilizzare le coscienze verso azioni concrete, per restituire la speranza a chi combatte contro una malattia che si può sconfiggere”, dichiara il Presidente di Poste Italiane, Giovanni Ialongo.



La figura dell'infermiere nella storia italiana

Nel 1954 viene riconosciuta l'intellettualità della professione infermieristica con l'istituzione dei Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie delle Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI)

L'emissione del francobollo avviene a 100 anni dalla morte di

la fondatrice dell'Infermieristica moderna: Florence Nightingale, venuta a mancare il 12 maggio 1910. Con la "Signora della lampada", che si distinse nel soccorso ai militari feriti nella Guerra di Crimea, l'assistenza infermieristica si colloca a pieno titolo nel processo di evoluzione scientifica e sociale che caratterizza, anche con i suoi riflessi, la medicina e l'organizzazione sanitaria dell'età moderna. L'Italia si inserisce in quel processo evolutivo all'inizio del Novecento, quando la condizione degli ospedali è ancora estremamente precaria; la prepa-

Quasi vent'anni dopo – nel 1991 – la formazione infermieristica entra in Università, prima con il diploma universitario poi con la laurea di primo e secondo livello, e ratifica la sua presenza scientifica e disciplinare con i primi concorsi per Professore Associato in Infermieristica nel 2000. Contestualmente all'arricchimento formativo, anche il profilo normativo che delinea ruolo e attività dell'infermiere, viene ridisegnato con specifico Decreto del ministero

della sanità (DM 739/94) che conferma l'accresciuta competenza, autonomia e responsabilità della compagine professionale.

L'apporto delle competenze infermieristiche diventa un elemento sempre più incisivo nella revisione dell'organizzazione del lavoro in ambito sanitario, tant'è che con la legge 251/2000, viene aperta agli infermieri la carriera di-



razione scientifica anche di chi assiste contribuisce in modo significativo a migliorarla. Nel 1925 vengono istituite le scuole-convitto per infer-

rienziale a tutto tondo per sostenere ed incentivare modelli di assistenza infermieristica personalizzata e una più efficace gestione delle risorse sia umane che tecnico-strumentali.



miere e nel 1954 viene riconosciuta l'intellettualità della professione infermieristica con l'istituzione dei Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie delle Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI). Nel 1971 la professione infermieristica cessa di essere completamente femminile e negli anni immediatamente successivi sviluppa un sistematico impegno per l'innovazione dei percorsi formativi e per il prosieguo del processo di professionalizzazione.

Nel 1973 l'Italia recepisce l'Accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali (legge 15 novembre 1973, n. 795), che ha l'obiettivo di far crescere la qualità della formazione infermieristica in sintonia con il quadro di riferimento europeo ed internazionale.

Oggi gli oltre 370.000 infermieri italiani si fanno carico di molteplici e variegati processi assistenziali; sono presenti in ogni struttura, servizio, unità operativa del sistema sanitario nell'arco delle 24 ore per 365 giorni all'anno. Entrano anche nelle case dei loro concittadini, nel luogo cioè in cui possono essere mantenuti affetti, ricordi e storie, per garantire un'assistenza compiuta, altamente professionalizzata e a forte impatto relazionale proprio a chi si trova in situazione di estrema fragilità, a chi è affetto da patologie cronicodegenerative in fase avanzata e a chi si trova nella terminalità di vita. Oggi gli infermieri e la professione infermieristica possono essere definiti, a pieno titolo, una risorsa per l'intera collettività nazionale.

A ottobre la maratona a Napoli

di Dario De Martino

Prossime tappe della *Race for the Cure* a settembre a Bologna e finalmente, il 10 ottobre sarà Piazza del Plebiscito a Napoli il prestigioso scenario della maratona della solidarietà, dove sarà distribuito il francobollo celebrativo degli infermieri. I Collegi Ipasvi della Campania si attiveranno da subito affinché la manifestazione riscuota un grande successo di solidarietà, come da sempre gli abitanti della nostra regione sono abituati a praticare. L'iniziativa sportiva a fini benefici è ad opera della **Susan G. Komen Italia**, organizzazione senza scopo di lucro, basata sul volontariato, che opera dal 2000 nella lotta ai tumori del seno.

La sua attività è rivolta ad un problema di grande rilevanza sociale, che direttamente o indirettamente entra in tutte le case. I tumori del seno, infatti, rappresentano le neoplasie maligne più frequenti fra le donne di tutte le età e la principale causa di morte nella popolazione femminile oltre i 35 anni. Anche gli uomini, seppure occasionalmente, possono sviluppare questa malattia (1 caso ogni 100 tumori del seno). Nel nostro paese si registrano 37.000 nuovi casi ogni anno, con un'incidenza in continuo aumento. Ogni 15 minuti si registra infatti

una nuova diagnosi, che colpisce in media una donna su 9 nel corso della vita. Sebbene dal tumore del seno sia possibile guarire in un'alta percentuale di casi (superiore al 70%), ogni anno in Italia più di 11.000 donne perdono ancora la loro battaglia. C'è quindi ancora molto da fare e la Susan G. Komen Italia opera per aumentare le possibilità di guarigione e migliorare la qualità della vita delle tante donne italiane che affrontano il tumore del seno.



“Race for the Cure” la maratona della solidarietà

Il nuovo francobollo dedicato alla celebrazione della professione infermieristica in vendita nelle maggiori tabaccherie e già da domenica 16 maggio a Roma allo Stadio delle Terme di Caracalla, in occasione dell'evento simbolo della Susan G. Komen Italia, la “Race for the Cure – di corsa contro i tumori del seno”. Questa manifestazione, che nella Capitale è giunta all'undicesima edizione, è una mini maratona di 5 km con passeggiata di 2 km per raccogliere fondi ed esprimere solidarietà alle donne che si confrontano con questa malattia. Protagoniste della Race sono le “Donne in Rosa”, coloro che hanno affrontato personalmente il tumore del seno e che in modo coraggioso scelgono di rendere pubblica questa loro esperienza partecipando con una speciale maglietta rosa. La Race for the Cure uno degli eventi sociali e sportivi più partecipati in Italia, tanto da poter contare nel 2009 su 55.000 partecipanti complessivi per le tre edizioni di Roma e Bari già realizzate, poi a settembre, Bologna e da quest'anno ad ottobre si aggiungerà anche quella di Napoli. Nel 2010, in tutti gli appuntamenti della Race sarà sempre possibile acquistare il francobollo con sovrapprezzo negli stand di Poste Italiane allestiti nell'area della manifestazione,

Gli obiettivi dell'Associazione sono:

- **Promuovere la prevenzione secondaria**, cioè la diagnosi precoce, strumento di grande efficacia per ridurre la mortalità della malattia
- **Aiutare le donne che si confrontano con la malattia**, a disporre di informazioni adeguate ed aggiornate e di maggiori opportunità per il recupero del pieno benessere fisico e psichico.
- **Migliorare la qualità delle cure**, favorendo l'aggiornamento continuo degli operatori sanitari, il sostegno a giovani ricercatori e il potenziamento delle strutture cliniche.
- **Generare risorse economiche**, per la realizzazione di progetti propri e per aiutare altre associazioni attive nel campo ad operare con più efficacia.

per arricchire la propria partecipazione di

un gesto semplice ma importante. Questo le prossime date del calendario completo della Race for the Cure: **Edizione di Bologna – 26 settembre – Giardini Margherita (IV edizione) Edizione di Napoli – 10 ottobre – Piazza del Plebiscito (I edizione)** Per ulteriori informazioni e iscrizioni: www.racefortheCure.it

Tabaccai in prima linea nella distribuzione del francobollo

La Federazione Italiana Tabaccai è lieta di offrire ancora una volta il proprio contributo ed al finanziamento della ricerca per la lotta al tumore al seno. Da sempre le tabaccherie italiane costituiscono uno dei principali canali distributivi dei francobolli. Per questo la FIT, l'associazione di categoria più rappresentativa dei tabaccai, grazie all'impegno dei suoi 48.000 associati, promuoverà alla clientela l'acquisto del francobollo dedicato alla professione infermieristica. “La partecipazione al progetto *“Affranca la vita”* – dice il Presidente della Federazione Italiana Tabaccai, **Giovanni Riso** – è per noi un gradito ritorno. Con piacere avevamo dato il nostro appoggio alla prima edizione e con lo stesso, immutato, piacere siamo nuovamente a fianco dei promotori e delle autorevoli Istituzioni coinvolte”.

La riflessione

Minori esborsi per 5 miliardi dal riordino della spesa nazionale e periferica

I conti del federalismo: costi per la Tac In Campania 1.554 euro, in Emilia 1.027

Dal confronto sulle uscite sanitarie si scopre che il divario tra regioni può raggiungere anche il 100%



di Pino De Martino

Solo nella sanità si potrebbero risparmiare tra i 4 e i 5 miliardi l'anno applicando i così detti costi standard nella spesa. Lo pensa il Governo ed è l'esempio più chiaro di come sia frammentato il mosaico della spesa pubblica lungo la Penisola. Il confronto parte dalle forniture più minute, come la siringa a cono che alla sanità pubblica siciliana costa cinque centesimi, contro i tre della Toscana; o la garza non sterile (4,65 euro al chilo in Sicilia contro i 3,29 euro dell'Emilia Romagna), mentre per un antibiotico di uso comune, la Piperacillina Tazobactam, gli ospedali e i laboratori dell'Abruzzo sborsano 12,96 euro cioè il 30% in più rispetto a

meri come questi. O meglio sull'opacità dei bilanci, dei sistemi di controllo di una parte (non tutte) delle Regioni, dei Comuni e delle Provincie. Confermando, per altro, le osservazioni formulate a suo tempo dalla Corte dei conti sulle «gravissime deficienze delle contabilità aziendali» in materia sanitaria a livello regionale. Non è solo una questione di alta finanza pubblica. Anzi, gli esperti si sono trovati spesso di fronte a casi imbarazzanti: pace-maker comprati all'ingrosso pur di far figurare un risparmio e poi mai utilizzati; personale chiaramente eccessivo rispetto ai posti letto e così via.

Ma, raccontano ancora fonti vicine al «dossier», i risultati raggiunti dalla Commissione forniranno la base della lettura politica che il ministro dell'Economia Giulio Tremonti ha ap-



quanto avviene in Emilia Romagna. Poi si arriva ad acquisti più impegnativi, ma gli sbalzi restano disorientanti. Ecco allora che le «endoprotesi coronariche per biforcazioni» (un dispositivo per i reparti di cardiologia) sono registrate in Sardegna con un prezzo di 450 euro, più del doppio rispetto ai 214 euro della Toscana e ai 205 del Piemonte.

Infine l'attrezzatura Tac (64 slice): 1.554 euro in Campania (provincia di Salerno), 1.397 euro nel Lazio, 1.027 in Emilia Romagna.

Tutte le analisi e i ragionamenti più complessi sul federalismo fiscale si sono in qualche modo arenati su nu-

prontato insieme con la relazione del governo al Parlamento in materia di federalismo fiscale. Forse è esagerato attendersi una riedizione del 2001, quando l'allora ministro del Tesoro, accusò il precedente governo di centrosinistra di aver lasciato un extra-deficit nel bilancio dello Stato.

È certo, però, si racconta, che il ministro punterà a «ridicolizzare» l'idea che il federalismo fiscale «comporti dei costi per lo Stato».

Il punto

Caldoro: “Una sanità più attenta al territorio”

E' questa la rotta tracciata dal Governatore. Restano però i gravi problemi di bilancio della sanità ereditati. *“Abbiamo bravi professionisti e eccellenze. Bisogna premiare il merito”.*



di **Ciro Carbone**

“Una razionalizzazione è assolutamente necessaria. L'obiettivo è riorganizzare l'intero comparto con una priorità: la presenza sul territorio.

Per fare questo serviranno scelte anche coraggiose ed impopolari. Ma ci muoveremo, è bene sottolinearlo, sempre nell'interesse dei cittadini e garantendo a tutti una efficiente qualità dei servizi”. “Per fare questo, ha aggiunto Caldoro, c'è bisogno del contributo di tutti gli operatori del settore, soprattutto delle figure professionali, quali ad esempio gli infermieri, più responsabili e vicini ai cittadini”. E' il Caldoro pensiero sulla sanità, raccontato agli infermieri nel corso di un amichevole scambio di battute. Ed è un pensiero che gli infermieri condividono, almeno nelle linee generali e nell'annuncio meritocratico. Staremo a vedere e a controllare quanto di queste parole sarà poi tradotto in fatti nei mesi a venire. Non faremo mancare al Governatore il contributo della categoria qualora nella pratica riscontrassimo una reale volontà di cambiamento, di valorizzazione delle professionalità, della qualità dell'assistenza. Ma non faremo mancare le critiche nel caso contrario.

E' quanto a nome degli infermieri di Napoli abbiamo fatto pervenire al presidente della Giunta regionale. Da parte sua, Caldoro ha parlato di “grande attenzione” verso le professioni della sanità, soprattutto per quelle più vicine ai cittadini, lasciando trasparire una certa sintonia con il collega di partito e ministro della Salute Fazio. *“Abbiamo molto a cuore il sistema salute e crediamo fortemente di poter riuscire a riportare la Campania ai livelli che merita. Ma bisogna parlare chiaro – ci ha detto Caldoro – ereditiamo una situazione difficilissima, compromessa dall'invadenza di una politica clientelare e dall'incapacità di identificare un modello sanitario all'altezza delle esigenze, a danno della salute dei cittadini e con un incremento della tassazione. Noi proponiamo, invece, un progetto di rilancio e razionalizzazione vir-*



tuosa, che ci adegui agli standard nazionali, sia per la qualità delle prestazioni che per l'efficienza.

“Ci sono importanti professionalità nel sistema salute campano. E' evidente che da queste ripartiremo per rilanciare il settore”.

La scelta di un professionista di grande spessore come il senatore Raffaele Calabrò a consigliere personale del Presidente e l'aver voluta mantenere per se la responsabilità del settore, lascia capire che effettivamente sulla sanità Caldoro è intenzionato a giocarsi molto. Vedremo a breve dai primi provvedimenti di merito quanto ciò sia vero.

Nel frattempo c'è da registrare che anche sul piano di rientro presentato dalla passata amministrazione c'è un giudizio negativo da parte del Governo. *“Il ministero ha dato un giudizio negativo, o per lo meno non sufficiente, sui documenti prodotti”, ha detto Caldoro “Il miglioramento c'è, ma non e' ritenuto sufficiente. Ci vuole una ulteriore stretta al piano e ai suoi 18 adempimenti e ci vuole maggiore celerità verso il risanamento”.*

In effetti, con questi tempi, almeno a sentire le dichiarazioni del Commissario Zuccatelli, ci vorranno almeno cinque anni per uscire dal tunnel del deficit sanitario. *“Credo ci voglia una intera legislatura per scoprire un giro virtuoso dei modelli organizzativi della sanità della Campania”.*



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI NAPOLI

Il primo latte non si scorda mai

“Il latte della mamma non si scorda mai” questo lo slogan della Campagna Nazionale di Promozione dell’allattamento al seno promossa dal Comitato Nazionale Multisetoriale Allattamento Materno (CNMAM) istituito presso il Ministero della Salute il 25 febbraio 2009.

Al CNMAM, di cui fanno parte, oltre ai rappresentanti di vari Dicasteri, componenti di diverse professionalità, sono attribuite funzioni di proposta e orientamento della Rete Nazionale di Protezione, Promozione e Sostegno dell’Allattamento Materno.

Il tour della Campagna Nazionale ha interessato due Regioni (Campania e Sicilia) dove le donne allattano al seno in percentuale minore (60%) e per meno tempo, rispetto alle mamme del centro-nord (80%).

Il Tour, partito da Napoli e conclusosi a Palermo, ha coinvolto, in Campania, la città di Napoli il 9 e 10 maggio (Villa Comunale e Piazza Dante) e la città di Caserta il giorno 11 maggio 2010 (Piazza Vanvitelli). La Campagna Nazionale prevedeva un “Villaggio itinerante” costituito da un camper allestito con l’immagine ed i messaggi della Campagna e da un’ampia tensostruttura con i colori scelti per l’evento (rosa e bianco).

Sono stati presenti, con propri stands, i Rappresentanti delle diverse componenti professionali dell’area (neonatologi/pediatrivi/ginecologi/ostetriche-i/infermieri/infermieri pediatrici) afferenti alle ASL NA1/NA2/NA3, A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, A.O. Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta, SIPPS, SIP, SIN, FIMP, Collegio Ostetriche di Avellino, Benevento, Caserta, Napoli e Salerno, IPASVI di Napoli e Caserta studenti dei Corsi di Laurea

in Ostetricia, in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica della Università degli Studi di Napoli Federico II e della Seconda Università degli Studi di Napoli, gruppi di lavoro e volontari di varie Associazioni (Leche League, Lega per l’Allattamento Materno, Unicef Campania, Casper Animation, Donne con le Gonne, Smile and friend Onlus). Alla Campagna Nazionale di Promozione dell’allattamento al seno hanno partecipato circa 250 Operatori Sanitari, 200 studenti, circa 800 sono stati i visitatori. Numerose sono state le richieste di consulenza da parte di neomamme (230) realizzate all’interno del camper e che hanno impegnato neonatologi, pediatri ed ostetriche. I balli ed i canti che hanno allietato il Villaggio (Tarantella Sorrentina) hanno richiamato, anche, numerose donne in dolce attesa (120) che si sono rivolti agli Operatori presenti (Infermieri/Ostetriche) per richiedere consulenze sull’allattamento al seno.

Sulla città di Napoli l’Accademia delle Belle Arti ha bandito un concorso, diretto agli studenti, sul tema dell’allattamento al seno. All’interno di un “laboratorio estemporaneo” sono stati elaborati dipinti sul tema della Campagna da parte degli studenti del Liceo Artistico di Napoli.

I dipinti predisposti dai primi quelli elaborati in estemporanea dai secondi sono stati valutati dai numerosi visitatori del Villaggio. I vincitori saranno riportati sul “Li-

bretto della Donna” e nell’”Opuscolo sull’allattamento di prossima emanazione da parte dell’Assessorato alla Sanità della Regione Campania.

Nella città di Caserta, le attività istituzionali della Campagna, animate ed offerte da ginecologi, neonatologi, ostetriche ed infermieri, si sono integrate con un concerto di musica classica e melodie napoletane che hanno richiamato un grande pubblico, mentre, l’Associazione di clown “Il Sorriso” ha allietato mamme e bambini.



**Servizio curato
degli studenti del**

Corso di Laurea in Ostetricia SUN

Grande partecipazione di pubblico alla giornata napoletana per promuovere l'allattamento al seno. L'impegno del Collegio Ipasvi di Napoli, Unicef, Cives, Polo didattico Santobono-Pausilipon e di tanti professionisti.

Il "Villaggio Itinerante"

di Mariagrazia Greco *

Sono solo le 8 del mattino ma la Villa Comunale di Napoli è già in pieno fervore.

Il Tour per la "Promozione dell'allattamento al seno" comincia qui e tutto deve essere perfettamente pronto per le 9.30, ora in cui si darà inizio all'evento.

La superficie messa a disposizione dal Comune di Napoli per l'evento è ampia: il camper e la tensostruttura aprono l'area, lo spazio giochi della Onlus Casper Animation comincia a vivacizzarsi: Daniele e i suoi collaboratori sanno come rendere gioioso qualsiasi evento dove protagonisti sono i bambini. Perfetti professionisti del gioco che, a titolo di volontariato, offrono anche nei reparti pediatrici momenti di

svago guidati dal motto "dona un sorriso". Oltre Casper, altri animatori catturano l'attenzione di piccoli e grandi: sono gli studenti della SUN (Infermieristica Pediatrica) che, coordinati dalle dott.sse Muccione e Di Lorenzo, accolgono i presenti con intrattenimenti e giochi.

Intanto le postazioni delle associazioni professionali e dei volontari sono in fermento, mentre le due giovani fotografe Claudia Scuro e Daniela Ferrara si aggirano tra gli stands catturando i momenti che, successivamente, saranno resi visibili sul sito Web del Collegio IPASVI di Napoli (www.ipasvinapoli.org).

Il Comitato Regionale UNICEF Campania è pronto per realizzare, insieme a mamme e bambini, il Laboratorio della "pigotta" (la bambola che contribuisce a salvare la vita di un bambino).

Nei viali della Villa Comunale, il Collegio delle Ostetriche di Napoli e Salerno, distribuisce palloncini ai bambini invitando le mamme a partecipare alla manifestazione. Soprattutto le neomamme sono interessate: durante l'intera giornata alcuni esperti si renderanno disponibili per consulenze sulla tematica allattamento al seno e per consigli sull'accoglienza del nuovo nato. I colori dei petali di duecento piantine acquistate dal Collegio IPASVI di Napoli, spiccano in una macchia gioiosamente disposta a forma di cuore, l'effetto è splendido...la foto ricordo d'obbligo! Le piantine sono destinate alle mamme che si sottoporrono ad un questionario i cui risultati saranno elaborati e presentati, al termine della giornata, dalle stesse studentesse del Corso di Laurea in Infermie-



ristica Pediatrica del Polo Didattico Santobono-Pausilipon che lo hanno redatto. Sono arrivati gli infermieri CIVES (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria)! Sono facilmente individuabili con la loro divisa arancio, resteranno a disposizione per tutte le ore dell'evento, pronti a prestare soccorso per eventuali emergenze. Intanto l'affluenza alla Villa Comunale aumenta e la postazione di accoglienza, immediatamente vicino alla tensostruttura e al camper, è in sovraccarico: le studentesse in Ostetricia della SUN devono, infatti, registrare tutti coloro che a diverso titolo fanno parte dello staff, nonché prenotare le consulenze offerte alle neomamme dagli esperti neonatologi, pediatri, ginecologi, ostetriche, infermieri pediatrici di alcune delle Aziende Sanitarie di Napoli e Provincia.

L'offerta di consulenze gratuite continuerà anche il giorno successivo a Piazza Dante, prima di passare il testimone della manifestazione alla città di Caserta. Tra i viali della Villa, munito di tele, colori e cavalletti, un folto gruppo di ragazzi prende possesso di alcune postazioni di fortuna: panchine, muretti, pezzetti di prato saranno, per questa mattinata, la sede privilegiata per produrre ciò che a loro è congeniale. Arte!

Sono gli studenti dell'Accademia delle Belle Arti e del Liceo Artistico di Napoli, che espongono, i primi, le personali interpretazioni su tela del tema "mamma che allatta", i secondi, invece,

continua da pagina 15



impegnati nell'elaborazione di immagini rappresentative dell'allattamento al seno. Tema della giornata che vede anche la presenza della Leche League, associazione che fonda il proprio agire sui benefici effetti del prezioso latte della mamma e dell'organizzazione MAMI (Movimento allattamento materno italiano) che persegue gli obiettivi fissati nella "Dichiarazione degli innocenti" redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF.

La vita nel "Villaggio virtuale" ha preso corpo: si attende da un minuto all'altro, l'arrivo del Sottosegretario Eugenia Roccella che, come nelle migliori tradizioni inaugurative, taglierà il nastro di accesso alla tensostruttura dando così il via al programma della giornata. A sottolineare la serena atmosfera, tre ragazze, studentesse in Ostetricia della SUN, abbigliate con i vivaci costumi tipici propone alcuni balli della tradizione campana: la performance è accompagnata da applausi ed incoraggiamenti del pubblico che fa cerchio intorno a loro. Sono circa le 10 quando il sottosegretario dott.ssa Eugenia Roccella fa il suo ingresso in Villa Comunale, ad accoglierla c'è la dott.ssa Maria Vicario (Referente Comitato Nazionale multisettoriale allattamento materno e riferimento per l'organizzazione campana dell'evento); nel discorso che segue il taglio del nastro, il Sottosegretario ribadisce "Allattare al seno è un gesto naturale, che contribuisce a mantenere il legame straordinario e strettissimo tra mamma e bambino stabilito durante la gravidanza.

E' un comportamento spontaneo per entrambi, ma nella cultura contemporanea talvolta questa spontaneità tende a perdersi, ad essere oscurata da una malintesa modernità, da messaggi commerciali insistenti, da un'organizzazione di tempi e spazi poco favorevole (anche sul luogo di lavoro), da una mancanza di sostegno alle mamme". E continua: "Ricorrere al biberon può apparire più facile e comodo, ma in realtà non è così: allattare al seno vuol dire risparmiare tempo e denaro, non dover sempre trafficare con tettarelle e sterilizzatori, ed entrare in rapida sintonia con le richieste del bimbo". Nella tensostruttura sono ora concentrati un elevato numero di partecipanti, tra questi alcune presenze autorevoli: il dott. Ciro Carbone (Presidente IPASVI Napoli), Il Prof. Ugo Vairo, il Prof. Alfredo Pisacane, il Vicepresidente della Provincia Prof. G. Ferrara, il dott. Nicola Colacurci, i Presidenti del Collegio Ostetriche di Napoli e Salerno e tante altre.

La giornata prevede ora una serie di interventi preordinati di carattere promozionale e scientifico a sostegno dell'allattamento al seno. La relazione "il successo dell'allattamento al seno" è presentata da una mamma, componente dell'associazione "Donne con la gonn". Relazione interessante e ricca di spunti di riflessione interrotta solo quando il figlioletto, tenuto dalla mamma in una sorta di marsupio, si risveglia. E' tenerissimo ma comincia a protestare, alla mamma non resta che acconsentire alle richieste del piccolo e cedere il microfono. E' ora la volta della presentazione di un poster: "Latte materno: quale prevenzione delle patologie infantili?" Sono le studentesse di infermieristica pediatrica del Polo Didattico Santobono-Pausilipon che, sostenute nella preparazione dalle docenti I. Papa e P. Bellucci, espongono, in modo, decisamente brillante un buon elaborato. Come previsto dal programma è giunta l'ora per concederci tutti una pausa ... ops! non proprio tutti! Un gruppetto di studentesse di infermieristica pediatrica hanno appena iniziato l'elaborazione dei questionari da esporre nel pomeriggio. Buon lavoro a loro ed ottimo pranzo a tutti!

Alle 15.00 è prevista la ripresa delle attività. Non ci sono molte persone in Villa e probabilmente non è da sottovalutare la concomitanza con la partita del Napoli. Lentamente le postazioni si animano ed il villaggio virtuale torna ad assumere caratteristiche gioiose ed attraenti. Nella tensostruttura tutti hanno preso posto. Alla presentazione dei dati del questionario somministrato alle



mamme durante la mattinata (si riporta nelle pagine seguenti l'intero lavoro) farà seguito l'intervento del Prof. Alfredo Pisacane. I risultati emersi dal questionario sono un ottimo spunto di riflessione e il professore, da sempre impegnato nella promozione dell'allattamento al seno, coinvolge la platea stimolando un confronto/dibattito. Sono quasi le 17.00, il tempo a disposizione per la manifestazione è terminato. E' stata una giornata faticosa ma non priva di grande soddisfazione per tutti coloro che, a diverso titolo, hanno collaborato per la buona riuscita dell'evento.

Ma come la prassi insegna, la buona riuscita di un evento è sempre frutto di una collaborazione dinamica ed intelligente di più interpreti che perseguono lo stesso obiettivo.

"Promuovere l'allattamento al seno" continuerà ad essere, per ciascuno di noi, una Campagna Promozionale da divulgare!

***Consigliere Collegio Ipasvi Napoli**

Il miglior latte? "E' quello di mamma"

Uno studio smentisce i dati Istat: anche a Napoli l'allattamento al seno è il metodo privilegiato di alimentazione nei primi mesi di vita.

Da uno studio ISTAT emergono dati poco confortanti circa la situazione italiana sull'allattamento al seno: all'uscita dall'ospedale, nei giorni immediatamente successivi al parto, sono 8 su 10 le donne che allattano naturalmente il loro bambino. Dopo pochi giorni dal rientro a casa, la percentuale si abbassa a 6 su 10. A distanza di qualche mese dal parto, solo il 30% delle donne continua ad allattare al seno, malgrado sia fortemente consigliato protrarre l'allattamento fino a dopo un anno dal parto. La ricerca ha circoscritto il territorio nel quale tale tendenza è più radicata, individuando il Sud del nostro Paese, come quello più a rischio.

OBIETTIVO - confrontare i dati dichiarati dalla ricerca ISTAT su un campione di mamme della città di Napoli. Evidenziare la percentuali di mamme nutrici. Rilevare il periodo dell'allattamento. Comparare la percentuale rilevata con i seguenti parametri: l'età, la nazionalità, il titolo di studio. Mettere in evidenza le motivazioni del mancato allattamento al seno.

CAMPIONE - METODI - TEMPI - Il 50% delle mamme reclutate è stato intervistato durante la degenza dei loro figli nei Reparti di Pediatria d'Urgenza, Pediatria Sistemica e Day Hospital medico dell'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon, il rimanente 50% è stato intervistato, in modo casuale, durante la manifestazione di promozione dell'allattamento al seno presso la Villa Comunale di Napoli. Il questionario,

autorizzato dalla Direzione Sanitaria, ha garantito l'anonimato e la privacy. I tempi utilizzati per la somministrazione del questionario presso l'AO Santobono-Pausilipon è stato di 10 giorni antecedenti alla manifestazione del 9 Maggio.

STRUMENTO

Questionario contenente 7 domande chiuse più 1 aperta.

1) Nazionalità della madre - Titolo di studio, 2) Età della madre. 3) Quanti figli ha. 4) Ha allattato/Allatta al seno il suo ultimo figlio. 5) Per quanto tempo ha allattato solo con il suo latte. 6) Per quanto tempo ha dato il suo latte, insieme a cibi solidi o ad altro. latte. 7) E se ha allattato/allatta al seno, fino a che età 8) Esprima con una frase la sua idea sull'allattamento al seno.

La causa maggiore di mancato allattamento al seno è identificabile nell'ipogalattia

L'ipogalattia viene definita come "Insufficiente mammella puerperale". Le cause possono essere numerose: anomalie anatomiche della mammella o del capezzolo, scarsa capacità secretiva della ghiandola, alterazioni dell'equilibrio endocrino, disturbi generali o nervosi della puerpera, inadeguata stimolazione del capezzolo, malattie debilitanti. L'ipogalattia può manifestarsi già all'inizio dell'allattamento, oppure dopo un certo periodo di allattamento normale. " La erapia è basata sulla somministrazione di prolattina, progesterone, ormone tiroideo ed estratti di decidua, tuttavia questi provvedimenti sono validi solo in taluni casi.

Risultati

Delle 422 donne intervistate la percentuale maggiore ha allattato al seno: il periodo di allattamento è risultato pari a 6 mesi di vita del neonato. In relazione alla Nazionalità, (per il nostro campione la predominante è Italiana), all'età ed al titolo di studio non ci sono state discriminanti. Dai dati rilevati emerge che il livello socio-culturale e l'esperienza data dalle maternità pregresse, hanno influito in modo neutrale sulla scelta dell'allattamento al seno.

Conclusioni

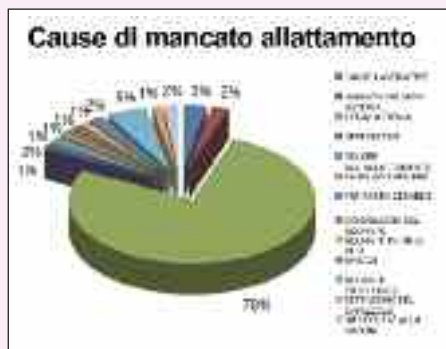
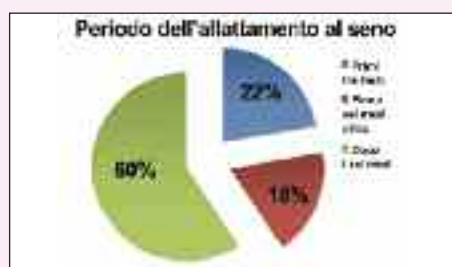
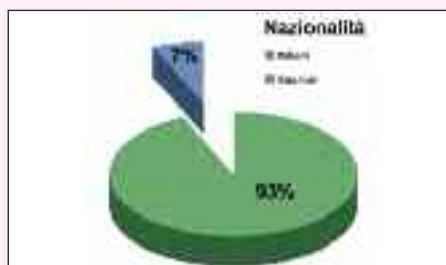
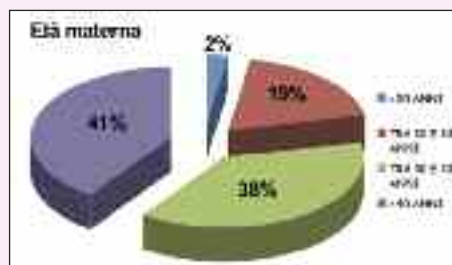
I risultati emersi dal campione, oggetto del nostro studio, risultano non conformi ai dati ISTAT. L'allattamento al seno, per le donne intervistate, è il metodo privilegiato di alimentazione nei primi mesi di vita. Questo dato confortante deve, tuttavia, essere ulteriormente migliorato e monitorato nel tempo.

Sitografia

- Dati ISTAT sull'allattamento al seno. Salute, Istat e Regioni.
- Il portale del Ministero della Salute
- Campagna di comunicazione per la promozione dell'allattamento al seno.
- Enciclopedia Wikipedia

Lavoro curato dagli **Studenti**
in **Infermieristica Pediatrica** del
Polo Didattico Santobono-Pausilipon
Anno Accademico 2009/ 2010

Analisi delle risposte dei 422 questionari compilati e illustrati nei grafici dove si evincono i risultati in percentuali sotto riportati





**I Collegi
della Campania
informano**

QUI SALERNO

L'infermiere, il professionista dell'assistenza

di Carmine Ricciardi *
e Giontonio Tripari *

Con questo articolo si vuole sottolineare la figura professionale infermieristica, ripercorrendo in un primo momento, la storia di come è nata tale professione, in secondo luogo, cosa è oggi l'infermiere, per concludere, quali possono essere le prospettive future.

Da sempre l'infermiere (dal latino *infirmus*); occupa un ruolo di attenzione verso coloro che hanno bisogno. Questa professione (antica) era diffusa già nel medioevo. Tanto è vero che "Il prendersi cura" è stato un compito assolto quasi esclusivamente dalla donna che sin dall'era preistorica attraverso l'uso di erbe medicinali cercava di aiutare l'organismo a superare le problematiche di salute, di alimentazione, di crescita, di supporto psico-fisico.

Si deve a Florence Nightingale (la signora della lampada) che ebbe l'intuito del ruolo fondamentale dell'igiene nella cura del malato e di gestire tutti i bisogni di cui la Persona era contemporaneamente portatrice. Essa si distingue nei soccorsi ai militari e si rivela ben presto un genio pratico, organizzativo, teorico e didattico. Con la Nightingale l'assistenza infermieristica virerà in modo irreversibile verso la scientificizzazione e l'efficienza.

La Nightingale già nel 1854 dovette combattere contro la prevenzione e l'ostilità dei medici militari, durante la guerra di Crimea, quando offrì al Ministro della Guerra inglese di mettere la propria esperienza al servizio dei servizi sanitari dell'esercito di cui il conflitto in atto aveva evidenziato le grandi carenze. Un Tale atteggiamento ancora oggi si evidenzia nella crescita di questa professione. Nell'auspicio che anche oggi l'infermiere, potrà dimostrare la propria autonomia, conoscenza, professiona-

lità così come fece "la Signora della lampada" con le 38 infermiere quando si reco a Scutari presso il Barrak Hospital; al fine di avere il giusto riconoscimento dell'utenza, considerato che a tutt'oggi nonostante le varie leggi approvate dallo Stato la classe medica si contrappone a quella infermieristica. Ritornando alle origini dell'attuale professione infermieristica, perché oggi è considerata tale, bisogna ricordare che le prime scuole nascono all'inizio del novecento reclutando le allieve infermiere fra le signorine istruite della classe media; successivamente con l'avvento del fascismo, lo Stato regola la formazione infermieristica a livello nazionale. Nel 1925 vengono istituite le prime scuole-convitto per infermiere.

Nasce la figura dell'assistente sanitario

Nel 1940 fa la sua comparsa l'infermiere generico, da cui si evidenzia l'assoluta subordinazione dell'infermiere al medico, che a tutt'oggi è causa di problemi e di ritardi per l'autonomia infermieristica.

Nel 1954 nascono i collegi delle infer-



mieri professionali e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI).

Nel 1971 viene concesso anche agli uomini l'accesso al diploma di infermiere professionale, la durata del cui corso viene portata nel 1973 a tre anni.

Con il D.P.R. 225/74 si evince l'insieme

Una professione in rapida crescita e in continuo mutamento. Dai primi passi, alle prospettive future.

di mansioni, proprie dell'infermiere, di carattere rigido ed esaustivo.

L'assistenza infermieristica si limitava ad una semplice esecuzione di tecniche pensate, ideate e progettate da altre figure professionali. Alcune pratiche erano consentite su osservanza e sorveglianza medica (iniezioni endovenose) Tutto ciò che non era specificamente compreso era da considerarsi di competenza medica. Con la legge 833/78 si ha la "riforma sanitaria". Viene istituito il Sistema Sanitario Nazionale che dovrebbe introdurre criteri di assoluta equità nella cura dei malati, Mentre cambia l'organizzazione ospedaliera, mutano pure le mansioni dell'infermiere che deve ora occuparsi non solo dell'assistenza diretta al paziente in ospedale, ma di educazione sanitaria, degli aspetti relazionali, del lavoro di equipe e di ricerca. Nel 1979 gli infermieri cessano finalmente, per legge, di essere considerati "personale sanitario ausiliario". Nel 1991 si aprono le porte dell'Università con l'istituzione del diploma universitario in scienze infermieristiche. Infatti, il D.P.R. 739 del 94 recita: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è RESPONSABILE dell'assistenza generale infermieristica (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la



prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria). Prosegue dicendo che L'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;

d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;

f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;

g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale. Oltre al codice deontologico che è tenuto a rispettare, non che riconosciuto non solo dalle categorie, dai cittadini, ma preso in considerazione anche dai giudici, qualora si dovesse incorrere in sanzioni civili o penali, è fatto obbligo per poter esercitare tale professione l'iscrizione al Collegio.

Nel febbraio del 1999 raggiunge una tappa fondamentale con la legge 42 del 99 il superamento completo del mansionario, questa legge sancisce la piena autonomia professionale, l'infermiere, si assume "in toto" le responsabilità, a valutare: se, quando, come, e a chi, garantire l'assistenza infermieristica e le risposte ai bisogni. Ed

infine l'infermiere professionale oggi per poter essere tale, deve iscriversi alla facoltà di medicina e chirurgia al corso di scienze infermieristiche di durata triennale, poi può partecipare ad un master di specializzazione di durata annuale o conseguire la laurea di specializzazione di durata biennale, successivamente può entrare nel dottorato di ricerca.

A questo punto mi chiedo l'infermiere di domani chi sarà o meglio come sarà? Ma soprattutto alla luce della L.43 del 2000 che cosa manca allo Stato ed alle altre istituzioni per rendere questa figura autonoma riconoscendolo al pari di altri professionisti? Considerando il fatto che si è formato nel tempo, dedicandosi con amore, con dedizione e studio, nell'interesse della collettività, che si è adeguato agli studi universitari al pari di un laureato in medicina, ma soprattutto riconoscendo che è la prima persona che accetta il paziente, che assiste e soprattutto che cura Questi. Un grazie di cuore a tutti quanti hanno saputo riconoscere l'amore e i sacrifici che l'infermiere ha dato e continuerà a dare nel tempo che verrà anche se non gli verrà riconosciuto una giusto riconoscimento.

* In questo spazio siamo a disposizione di chiunque voglia apportare notizie, aggiornamenti, esperienze personali utili alla crescita ed all'incentivazione professionale.

Per comunicazioni rivolgersi ai Consiglieri
C. Ricciardi e G. Tripari
presso il Collegio IPASVI di Salerno,
Via Lungomare Trieste, 56 Salerno

QUI SALERNO

Un team d'infermieri per mig

Peripherally Inserted Central Catheters

Un'interessante analisi sull'impiego dei Picc nel reparto di onco-ematologia dell'ospedale Umberto I di Nocera Inferiore

* A cura di

Carmela Trezza, Umberto Baccaro, Roberto Buglione, Falcone Antonio, Adriano De Luca, Giovanni Del Sorbo

Il reparto di Oncoematologia dell'Ospedale Umberto I di Nocera Inferiore, nell'ex ASL SA1, ha adottato il dispositivo intravascolare PICC (Peripherally Inserted Central Catheter) a partire dal 2006. Nel corso dei due anni successivi sono stati accumulati dati sperimentali significativi, i quali hanno consentito una approfondita analisi costo-benefici sull'impiego del PICC rispetto al più tradizionale CVC (Cattetere Venoso Centrale).

L'analisi prende in considerazione gli aspetti economici e tecnici, le problematiche organizzative aziendali e valuta anche dal punto di vista dei pazienti, tramite la stima del comfort, il relativo posizionamento ed la successiva gestione del dispositivo. Il lavoro ha evidenziato la possibilità di miglioramento del processo assistenziale attraverso un approccio "per processi" ed una verifica costante dei risultati. Si è ottenuto un miglioramento del livello di assistenza in termini di efficacia, efficienza e di qualità della vita dei pazienti. Dal punto di vista metodologico, è stato deciso di intraprendere un percorso organizzativo fondato sull'istituzione di un "team PICC", composto da personale infermieristico. L'utilizzo del un team PICC, con di dispositivi di supporto ad ultrasuoni (US) ha dimostrato di migliorare la cura del paziente, grazie alla riduzione del numero di posizionamenti PICC inappropriati ed alla riduzione dei tempi di attesa; consentire una decisa riduzione dei tempi di degenza. Contribuire alla diminuzione dei costi grazie alla riduzione dei posizionamenti eseguiti in sala operatoria o in servizi di radiologia interventistica. Molti studi hanno dimostrato che "un servizio dedicato PICC dovrebbe diventare lo standard di cura in tutti gli ospedali ad elevato utilizzo di PICC". Dunque è nata l'idea del "team PICC" per i pazienti oncoematologici, con l'obiettivo, in futuro, di formare un servizio dedicato, che possa soddisfare anche altre esigenze terapeutiche per le strutture ospedaliere e

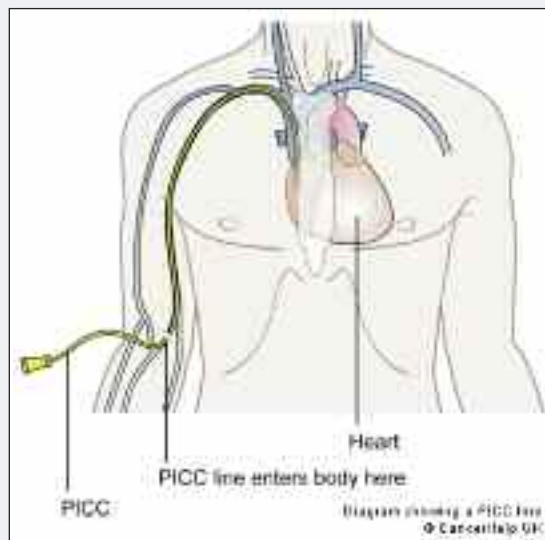
territoriali, creando così una valida alternativa al CVC tradizionale o al Porth impiantabile. Con la realizzazione del "team PICC" si sono superati alcuni problemi organizzativi presenti fino al 2006, come: l'offerta limitata delle disponibilità del medico anestesista per il posizionamento di un CVC (1 volta settimana) il posizionamento effettuato in sala operatoria con costi rilevanti correlati all'utilizzo di ore sottratte ad attività chirurgiche in particolare per interventi in regime di day surgery l'aumento delle giornate di degenza dei pazienti presso la U.O di Oncoematologia con conseguente aumento dei costi relativi a minore possibilità di ricovero per altri pazienti (diminuzione dell'indice di rotazione con conseguente diminuzione di ricavi DRG correlati) l'aumento dei tempi di inizio somministrazione del piano terapeutico in particolare per chemioterapie il disagio riferiti dai pazienti sia in merito alla tecnica di posizionamento del CVC percepita come aggressiva, sia per il luogo dove il posizionamento veniva eseguito (sala operatoria) che contribuiva ad aumentare lo stato di ansia e di paura nel già complesso vissuto esistenziale della malattia.

Obiettivi della ricerca

Scopo di questo studio è stato quello di evidenziare che un diverso approccio metodologico nella scelta e gestione di un dispositivo intravascolare a completo management infermieristico offre vantaggi in termini di efficacia ed efficienza nel completo processo diagnostico terapeutico, offre vantaggi in termini economici perché si evidenzia il risultato nettamente più economico nell'uso del dispositivo PICC, offre infine una giusta e più equa distribuzione delle risorse garantendo maggiore offerta di cura.

Risultati

Fornire assicurazione di qualità nella gestione infermieristica della terapia infusione tramite qualificate abilità, conoscenze e competenze è stato considerato strategico dal gruppo infermieristico per iniziare il nuovo processo organizzativo assistenziale. La sicurezza dei pazienti,



unita a tempestiva programmazione dell'assistenza riferita alla somministrazione della terapia sono stati considerati gli obiettivi prioritari nella nostra organizzazione. Infatti, come dimostrato da vari gruppi di infermieri esperti in infusione, non è sufficiente l'acquisizione di competenze avanzate tecnico-assistenziali dei pazienti oncoematologici, senza che esse siano supportate da una adeguata organizzazione complessiva del piano di cura in cui, al primo posto, va collocata l'attenzione alla prevenzione degli eventi avversi con i relativi benefici (anche economici) conseguenti.

Monitoraggio delle infezioni cateteri venosi centrali correlate

In merito a questo aspetto è da segnalare che dal mese di marzo 2008 è stata inserita la scheda per lo studio delle infezioni da catetere venoso centrale con l'obiettivo di monitorare uno degli aspetti ritenuti più critici per la valutazione della efficacia delle procedure e correggere tempestivamente eventuali errori in un'ottica rivolta alla qualità delle cure.

Analisi dei costi

E' stata effettuata una analisi dei costi relativi all'impiego dei dispositivi medici che durante la fase del posizionamento e della successiva manutenzione del sito di inserzione, confrontando, in particolare, i costi dei due diversi dispositivi (PICC - CVC) tenendo conto dell'effettivo tempo medio di permanenza di entrambi. Inoltre si sono confrontati i costi relativi al diverso tempo lavoro necessario per il posizionamento in funzione delle tipologie di operatori sanitari impiegati nella nostra struttura.

Migliorare l'assistenza

Dall'analisi dei costi dei materiali viene fuori che l'incidenza costo PICC sul totale costo materiali è pari al 68,3%, mentre l'analogo dato per il CVC PU 2 vie è del 35,3%. Una prima analisi dice che i costi complessivi dei materiali necessari per un impianto CVC sono pari al 24,6% degli analoghi per il PICC. Questo dipende sostanzialmente dal costo unitario più elevato del PICC rispetto all'analogo costo del CVC PU a 2 vie.

Costi dei materiali per medicazione

Totale costi (manutenzione)		
PICC	7,19	€
CVC	9,71	€
Differenza	2,52	€
Rapporto CVC su PICC		1,35%

La tabella di riepilogo, mostra che nella fase di manutenzione si registra un incremento di costo pari a 1,35% del CVC rispetto al PICC.

L'indicazione alla frequenza settimanale della medicazione, eseguita presso la nostra struttura, è fornita dagli ultimi studi in materia di cura e gestione degli accessi vascolari (EPIC Guidelines 2007, CDC Atlanta 2002, Infusion Nursing Society 2006) che sostengono tale frequenza in caso di utilizzo di medicazioni avanzate in poliuretano trasparente semipermeabile. Inoltre le medicazioni poliuretatiche soddisfano lo scopo di minimizzare la contaminazione microbica, fornire stabilità al dispositivo intravascolare, permettere un fissaggio sicuro, facilitare la applicazione/rimozione, e risultare comode per il paziente.

Costi del personale per posizionamento

COSTI RELATIVI AL PERSONALE - TEMPO LAVORO			
PICC	Tempo	Unità	Costo
Infermieri	Tempo = 30 min	2	10,39
Totale costi tempo lavoro			10,39

COSTI RELATIVI AL PERSONALE - TEMPO LAVORO			
CVC PU 2 vie	Tempo	Unità	Costo
Infermieri	Tempo = 1 ora	1	15,30
Medico	Tempo = 1 ora	1	50,00
Totale costi tempo lavoro			65,30

Dal confronto fra le tabelle in basso a sinistra si evince che l'incremento del costo delle ore lavoro per il CVC rispetto al PICC è pari a 50 euro, che espresso in percentuale rispetto al costo del PICC è il 305,1 %.

Conclusioni

L'esperienza svolta all'interno del reparto di Onco-ematologia dell'Ospedale Umberto I di Nocera Inferiore dell'ASL SA1 ha consentito di confrontare l'impiego, nella terapia infusiva, del PICC rispetto al CVC in PU a due vie ad ap-

proccio toracico, utilizzato prima della sperimentazione effettuata dal "PICC-team".

L'analisi del processo ha esaminato i risultati ottenuti, rispettivamente, nell'ottica dell'appropriatezza organizzativa - intesa come

processo diagnostico-terapeutico-assistenziale composto da un insieme di proprietà riconducibili alla massimizzazione della produzione di prestazioni in relazione alle risorse disponibili ed impiegate, misurabili con indicatori di produzione e di costo, e dell'appropriatezza clinico-assistenziale - intesa come valutazione degli esiti relativi alle procedure diagnostiche-terapeutiche-assistenziali composta da un insieme di proprietà riconducibili alla massimizzazione dei benefici perseguibili in assenza o minimizzazione dei danni possibili, misurabili con indicatori di beneficio clinico e di danno clinico.

Sul versante professionale un importante obiettivo raggiunto tramite la costituzione del "PICC-team" infermieristico, è avere consolidato un nuovo sistema in grado di generare effetti permanenti sull'organizzazione. Infatti, gli



infermieri al termine della prima fase di avvio del progetto, hanno acquisito competenze su diverse modalità d'infusione, ed approfondita conoscenza dei diversi trattamenti diagnostico-terapeutici. Oggi sono in grado di collaborare con il personale medico nella scelta del dispositivo intravascolare più appropriato e risultano impegnati, in particolare, nell'ambito clinico-assistenziale e formativo di cui si riportano i maggiori campi di interesse ed alcune significative iniziative per i pazienti e la famiglia:

- produzione di protocolli e procedure operative per la gestione del processo infusione, in conformità con le raccomandazioni di: CDC (Centers for Disease Control and Prevention - Atlanta 2002), JCAHO (Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations), AABB (American Association of Blood Banks), INS (Infusion Nursing Society);
- educazione dei pazienti portatori del catetere PICC e della famiglia ed, in generale, tutto il personale non coinvolto direttamente nel PICC-team. In merito a questo aspetto il PICC-team ha predisposto opuscoli informativi, rispettivamente, per il paziente e la famiglia, nonché per altri operatori sanitari che dovessero essere coinvolti nel programma di cura domiciliare;
- collaborazione con il Servizio di Epidemiologia Clinica per il monitoraggio delle infezioni correlate al processo infusione

Le osservazioni effettuate durante le fasi del lavoro hanno messo in evidenza che la metodica adottata e la conseguente organizzazione ha risposto in modo appropriato agli obiettivi iniziali del progetto sia in termini di efficacia, efficienza e qualità della vita dei pazienti; l'analisi dei dati presentati, ha confermato come la gestione sia stata, in definitiva, economicamente sostenibile e migliorativa rispetto alla precedente in quanto, il confronto delle diverse variabilità presenti nei due percorsi analizzati, ha spostato la preferenza verso il processo assistenziale sostenuto dal "PICC-team" in quanto aderente agli indicatori clinici, finanziari ed umanistici.



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI CASERTA

Procedura per prevenire la ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito d'intervento

Gli studi epidemiologici avviati negli ultimi anni, soprattutto nei paesi anglosassoni, confermano la diffusa esperienza che quella delle prestazioni chirurgiche, interventistiche, invasive, anestesiolgiche è una delle aree sanitarie a maggior rischio assistenziale. A titolo indicativo si riporta qualche dato. In Gran Bretagna è stato calcolato che i tassi di complicità per alcuni dei principali interventi chirurgici sono pari al 20-25% e che almeno il 30-50% di essi è evitabile.

Negli Stati Uniti è stato valutato che la procedura chirurgica su parte del corpo sbagliato si verifica ogni 1000-3000 prestazioni all'anno con questa ripartizione per branca degli interventi:

41% ortopedia - chirurgia pediatrica - 20% chirurgia generale - 14% neurochirurgia . 14% chirurgia oculistica - odonto - otorino - maxillofaciale - cardiovascolare - toracica - 11% urologia.

In Australia è stato rilevato che, dei primi 2000 incidenti chirurgici segnalati, 177 (9%) erano dovuti a malfunzionamenti "puri" delle apparecchiature, specie quelle anestesiolgiche, e che di questi 97 (55%) erano potenzialmente mortali, individuabili per la maggior parte in anticipo con sistemi di monitoraggio standard. D'altra parte è ormai universalmente riconosciuto che gli operatori sanitari, per rendere corrette ed oggettive le prestazioni erogate, devono: uniformarsi alle acquisizioni scientifiche (Evidence Based Medicine - Evidence Based Nursing); dotarsi di strumenti tecnici condivisi (Linee guida, protocolli, procedure); confrontarsi con gli altri operatori alla ricerca della migliore pratica (Benchmarking); documentare le specifiche azioni professionali eseguite (Cartella clinica, check-list...). Perciò la u.o.c. Risk Management dell'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta ha ritenuto opportuno dare un fattivo contributo alla riduzione delle criticità connesse alle prestazioni chirurgiche, interventistiche, invasive, anestesiolgiche, elaborando, con la collaborazione di professionisti interni, questa Procedura per prevenire la ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito d'intervento. La Direzione Strategica dell'Azienda ha approvato e reso esecutiva tale Procedura con deliberazione n° 606 del 22/08/2007.

PREMESSA

La ritenzione di materiale estraneo all'interno del sito d'intervento per effetto di prestazioni chirurgiche, invasive ed interventistiche costituisce un grave evento avverso della pratica clinico-assisten-



ziale, tanto che il Ministero della salute lo ha incluso tra gli eventi sentinella (cfr. protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella) e fatto oggetto della specifica raccomandazione n° 2, luglio 2006 "per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico".

Gli eventi sentinella sono incidenti potenzialmente indicativi di un così serio malfunzionamento del sistema che obbligano, subito e sempre, a:

- 1) effettuare un'indagine per accertare quali fattori eliminabili o riducibili li abbiano causati o vi abbiano contribuito;
- 2) implementare le conseguenti, adeguate misure correttive.

I reparti interessati, dunque, non solo devono notificare, analizzare e prevenire l'evento in questione seguendo le modalità del predetto protocollo, ma devono anche predisporre una Procedura standardizzata per il conteggio del materiale impiegato nelle prestazioni cruenti con la finalità di ridurre il rischio di ritenzione di corpi estranei all'interno del sito d'intervento. La presente Procedura fornisce il modello operativo, appunto standardizzato, con cui le uu.oo. di diagnosi e cura dell'A.O. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta realizzano e implementano la prevenzione dell'evento avverso "strumento o altro materiale lasciato all'interno

Dal Risk Management del “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta un grande contributo sulla prevenzione negli interventi chirurgici più invasivi

del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure” e, contestualmente, riscontrano le direttive ministeriali in materia.

FATTORI DI RISCHIO

Secondo la letteratura scientifica i principali fattori di rischio per questo evento avverso sono:

- procedure chirurgiche effettuate in emergenza
- cambiamenti inaspettati e quindi non programmati delle procedure durante l’intervento chirurgico
- obesità
- interventi che coinvolgono più di una équipe chirurgica
- complessità dell’intervento
- fatica o stanchezza dell’ équipe chirurgica
- situazioni che favoriscono l’errore di conteggio (es. garze attaccate tra loro)
- mancanza di una procedura per il conteggio sistematico di strumenti e garze
- mancato controllo dell’integrità dei materiali e dei presidi al termine della prestazione cruenta

OGGETTO

Procedura per prevenire la ritenzione di materiale estraneo (es. garze, lunghette, aghi, bisturi, ferri, strumenti ...) all’interno del sito d’intervento durante le prestazioni, in prima istanza, chirurgiche effettuate in camera operatoria, ma anche, per quanto compatibile, invasive ed interventistiche effettuate in appositi ambienti.

SCOPO

La procedura in oggetto mira a minimizzare il rischio di ritenzione di materiale estraneo nel sito d’intervento fornendo indicazioni per il corretto conteggio dei presidi impiegati nelle prestazioni assistenziali chirurgiche o, comunque, cruenta e mettendo a disposizione un’apposita scheda per tracciare il conteggio eseguito (cfr. allegato).

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura vale per le attività assistenziali cruenta che esponano il paziente al rischio di ritenzione e si applica a garze, batuffoli, aghi, bisturi e ogni altro materiale, anche se unico, utilizzati; in tutte le sale operatorie
in tutte le sale di prestazioni invasive - interventistiche da tutti i professionisti coinvolti

RESPONSABILE DELLA PROCEDURA

Responsabile della presente procedura è la Direzione Medica di P.O. che provvede a verificarne l’attuazione da parte delle uu.oo. clinico - assistenziali e, coadiuvata dall’u.o.c. Risk Management, a porne la revisione.



PRECONDIZIONI

COMPORIMENTALI-ORGANIZZATIVE

Perché le azioni strettamente finalizzate a prevenire la ritenzione in parola siano massimamente efficaci occorre che vengano realizzate le seguenti precondizioni:

i professionisti che partecipano alle prestazioni chirurgico-invasive-interventistiche devono contribuire a determinare un clima di lavoro positivo facilitante la comunicazione aperta e libera e, quindi, la esplicitazione di eventuali fattori di insicurezza; i recipienti che contengono il materiale sterile impiegato per la prestazione cruenta vanno tenuti differenziati rispetto a quelli che contengono l’altro materiale;
durante la prestazione chirurgico - invasiva - interventistica devono essere utilizzate solo garze contrassegnate con filo di bario o altro materiale idoneo ad agevolare la successiva individuazione nel sito d’intervento; alla fine della prestazione cruenta va evitato di fare la medicazione impiegando le garze con filo di bario inutilizzate che, in caso di controllo radiografico, causerebbero falsa positività di presenza nel sito d’intervento; nei casi ad alto rischio (per procedure effettuate in emergenza, cambiamenti improvvisi e non programmati della procedura intrapresa, obesità del paziente ..) si raccomanda, ove possibile, di effettuare il controllo

Assistenza sanitaria, la rivoluzione dell' hi-tech

Le conquiste della tecnologia hanno migliorato le performance in sanità

di **Ferdinando Chiacchio***

Ecografia, RM (risonanza magnetica), TAC (tomografia assiale computerizzata) e PET (tomografia ad emissione di positroni). Sempre più grande è la voglia di innovazione e di sanità hi-tech, una rincorsa alla definizione e alla sicurezza degli esami diagnostici. Negli ultimi trent'anni tre su cinque delle evoluzioni mediche sono appannaggio della radiologia.

L'applicazione della tecnica ecografica ha avuto negli ultimi anni un notevole sviluppo in medicina, nata come tecnica diagnostica ha subito poi un'evoluzione affermandosi anche come tecnica interventistica-terapeutica. La professione infermieristica è arrivata solo ultimamente all'utilizzo di tale preziosa tecnica, ma ne ha apprezzato tutte le potenzialità. Particolarmente utile è risultato l'uso dell'ecografia nella professione infermieristica nel reperimento degli accessi venosi centrali e periferici, specie in emergenza, e nel cateterismo "difficile" vescicale, tipiche tecniche del "Nursing". L'uso più diffuso di cateteri introducibili in grandi vene con la tecnica di Seldinger, assieme alla diffusione di sonde per ecografia capaci di visualizzare con chiarezza le vene superficiali degli arti (sonde lineari a 18 Mhz) ed apparecchi dedicati, ha posto l'infermiere in una posizione privilegiata rispetto agli accessi venosi prima ritenuti difficili o inattuabili. La creazione di sistemi di addestramento all'ecografia interventistica per infermieri ha permesso di ottenere competenze, relativamente contenute ma essenziali, per far fronte a questi casi di evenienza comune in ogni settore ospedaliero ed extraospedaliero. Attraverso lo sviluppo delle apparecchiature si sono determinati significativi vantaggi metodologici per i vari esami diagnostici (Ecografia, risonanza magnetica, pet/Tac) sia in termini di maggiore rapidità e minore invasività, sia per la migliore interpretazione delle immagini: "l'impiego di nuovi mezzi di contrasto, in ecografia come in rm, ha implementato il potere diagnostico di tali tecniche,



particolarmente nel settore delle malattie neoplastiche, per le quali la diagnosi precoce è fondamentale". La Tac di ultima generazione con la tecnica multistrato offre una valutazione anatomica globale e rapida, fondamentale nelle applicazioni oncologiche (Tac total body) e nella valutazione del sistema cardiovascolare (cardio-tac o angio-tac). Infatti una delle applicazioni cliniche più innovative è rappresentata dalla coronaro-Tac, in alternativa alla coronografia, che consente di evitare il cateterismo cardiaco; analogamente, la colon-Tac, in alternativa alla colonscopia convenzionale, evita l'impiego dell'endoscopio. Grandi passi in avanti sono stati fatti anche per la risonanza magnetica con campi magnetici ad alta intensità, il che, ha determinato un netto miglioramento della qualità e della risoluzione delle immagini con la possibilità di acquisizione specifiche per lo studio del cuore (cardio-rm), della mammella (mammorm), del sistema biliare (colangio-rm), dell'apparato urinario (uro-rm), delle articolazioni (artro-rm) ecc. La più sofisticata e moderna apparecchiatura in grado attualmente di ottenere immagini molecolari del tumore è la PET. Le straordinarie capacità di questo strumento nella diagnosi, stadiazione,

follow-up e monitoraggio delle terapie favoriranno l'applicazione di terapie sempre più efficaci, perché basate su programmazioni personalizzate. La PET è lo strumento di riferimento nella lotta contro il cancro, l'unico capace di accertare con accuratezza e tempestività se i farmaci anti-cancro, anche i più innovativi, hanno colpito il bersaglio. L'ultima frontiera dell'imaging cardiovascolare è la miocardioscintigrafia, utile per lo studio della perfusione e contrattilità del cuore, è oggi tra le metodiche delle indagini non invasive più frequentemente applicate per valutare i danni connessi alla malattia coronarica e per indirizzare a una strategia terapeutica più idonea per ciascun paziente, si tratta di una Pet a 16 strati che non solo è in grado di visualizzare l'albero coronarico, come la Tac, ma in più è in grado di acquisire la perfusione dell'organo e cioè di vedere dove e come i distretti vascolari irrorano il miocardio. L'esame dura circa un'ora e mezzo, la precauzione fondamentale è il digiuno da almeno 6 ore perché, prima di iniziare è necessario iniettare in vena un particolare radiofarmaco, sostanza che si lega al glucosio e ne rende visibile il percorso all'interno del corpo. Dopo l'iniezione il paziente deve aspettare un'ora affinché l'isotopo raggiunga le cellule interessate, la scansione dura circa 25 minuti e tanto serve anche per l'elaborazione dell'esame in una stanza dove vengono rappresentate dalle 5 alle 800 immagini che rappresentano il corpo umano in tutte le sue diramazioni. All'evoluzione tecnologica delle apparecchiature si è unita la crescita dell'informatizzazione, che ha fornito vantaggi sia per l'utente che per gli operatori del settore. Oggi le immagini degli esami diagnostici possono essere inviate a distanza per consulto (teleradiologia), così come un paziente può ripetere un esame sulla stessa apparecchiatura secondo lo stesso protocollo di acquisizione richiamando i dati di esecuzione dell'esame precedente archiviati in memoria.

* **Tesoriere IPASVI di Caserta**



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI AVELLINO

L'infermiere cresce, ma il nursing resta al palo

Gli anni '90 si ricorderanno nella storia professionale per i profondi cambiamenti avvenuti all'interno della professione: **La formazione di base all'interno dell'università**

di **Pellegrino Mariconda***

Queste evoluzioni, avvenute in pochi anni all'interno della professione, tuttavia non hanno apportato a tutt'oggi considerevoli trasformazioni nella maniera di erogare assistenza. È necessario che le innovazioni introdotte negli ultimi anni non restino solo un atto formale dettato dal legislatore, ma che legittimino in modo sostanziale uno sviluppo del nursing con ricadute positive a livello professionale.

L'infermiere italiano non ha ancora acquisito una elevata consapevolezza del proprio ruolo e non ha ottenuto autonomia decisionale e operativa nell'assistenza infermieristica alla persona in tutti gli ambiti lavorativi: è come se egli avesse un diverso profilo professionale a seconda degli ambiti in cui opera.

Infatti a livello territoriale egli ha conseguito maggiore visibilità ed ha avuto la possibilità di esprimere la sua autonomia e le sue potenzialità professionali.

La non continua presenza della figura del medico a domicilio del paziente ha costretto l'infermiere a prendere decisioni e ad assumersi responsabilità, che una volta non erano di sua stretta pertinenza (ad es.: la gestione di piaghe da decubito, del catetere venoso centrale, ecc.). In questo contesto alcuni infermieri hanno dimostrato di ave-



re acquisito competenze specifiche e sono diventati l'elemento trainante del gruppo assistenziale: essi sono gli operatori che mantengono le relazioni con gli utenti e fungono da cerniera tra il malato, i familiari e il resto dell'equipe. Questa svolta si è potuta verificare grazie al nuovo profilo professionale che, oltre a sancire che l'infermiere agisce in autonomia nell'ambito delle sue competenze, ha legittimato gli ambiti di esercizio della sua professione. L'infermiere può così abbandonare l'esclusività dell'esercizio ospedaliero o istituzionale dove di fatto la responsabilità era di pertinenza d'altri e, alla luce anche della Legge 42/99, approdare sul territorio, al domicilio del paziente, in qualità di libero professionista, con le stesse responsabilità di chi è all'interno di una struttura sanitaria.

Il profilo professionale

L'abolizione del mansionario

Il nuovo codice deontologico

La dirigenza - La laurea specialistica

Diversamente nelle aziende ospedaliere l'infermiere rimane ancora una figura "secondaria" poco identificabile con quella professione di largo respiro che emerge dal profilo professionale.

I "perché" possono essere fatti risalire a varie cause: il luogo, la scarsa identificazione professionale, le leggi, i pazienti ospedalizzati, l'inesistenza di percorsi di carriera.

a) Il luogo.

L'ospedale è una struttura in cui la cultura organizzativa è dominata dal ruolo del medico; la subordinazione dell'infermiere al medico è troppo forte; l'organizzazione del lavoro risponde più ai bisogni del medico e il modello organizzativo assistenziale è ancora per compiti.

b) La scarsa identificazione professionale. Nel passato in Italia la figura dell'infermiere è rimasta troppo a lungo legata alla sua militanza quale ausiliario, figura professionale voluta dal medico per l'espletamento dei compiti tecnici (somministrazione della terapia, medicazione, monitoraggio dei parametri vitali ecc.) che lo costringevano a passare molte ore in corsia. Un altro handicap della professione è stato la mancata formazione per un lungo periodo (dal 1980 la L. n. 243 sopprime la formazione degli infermieri generici) di personale di supporto. Tale fenomeno ha portato l'infermiere ad accettare funzioni non di sua competenza. Essendo l'infermiere l'unico operatore presente nelle corsie di degenza, ha dovuto accollarsi le attività di assisten-



za diretta che gli sottraggono molto tempo, nonché altri compiti impropri (ad es.: la pulizia dell'unità del malato). Oggi il problema potrebbe essere risolto con l'inserimento nell'equipe assistenziale dell'O.S.S. (Operatore Socio Sanitario). Inserimento che deve essere gestito dall'infermiere altrimenti si rischierà di attribuire ad altri funzioni proprie dell'infermiere.

c) Le leggi. Le leggi hanno anticipato il processo di sviluppo e di professionalizzazione. In Italia la professione infermieristica si forma come risultato d'una serie di provvedimenti legislativi, emanati prescindendo in larga misura dalle attività e dagli orientamenti endogeni del gruppo professionale. La legge, pur essendo il fattore che ne dichiara l'esistenza e ne precisa le funzioni, non ha tenuto conto dei vari stadi del processo di professionalizzazione. In Italia si è partiti istituendo un Collegio professionale senza aver posto prima il problema di una "formazione" adeguata ad uno standard "professionale"; di conseguenza, quello che può essere definito il momento "cognitivo" è stato pretermesso. Tale traslazione ha creato problemi soprattutto per quanto riguarda l'adeguatezza della forma professionale rispetto allo standard medio delle professioni

accreditate. Questo problema si può considerare in parte risolto con la formazione universitaria degli infermieri, ma rimane ancora attuale il problema del riconoscimento della professione da parte della comunità. Ernest Greenwood scrive: "ogni professione cerca di persuadere la comunità a ratificare la sua autorità entro determinate sfere conferendo alla professione medesima tutta una serie di poteri e privilegi . . .".

d) I pazienti ospedalizzati. I pazienti ospedalizzati ritengono più importante la figura del medico e non riconoscono l'autorità professionale dell'infermiere. La fragilità del nursing nasce dalla sua "intangibilità". Assistere è più che trattare una persona ammalata; significa nutrirla, risolvere i suoi problemi, aiutarla ad affrontare l'ingerenza del medico, l'esperienza della sofferenza e, talvolta, della morte. Ma tutto questo è difficile da descrivere. Per questo gli infermieri si sono rivolti al mondo più tangibile della pratica basata sulle evidenze, le diagnosi infermieristiche, i piani di assistenza. La medicina continua a rimanere, comunque, più in alto: la capacità di curare ha un mercato più vasto di quello dell'assistere.

e) L'inesistenza di percorsi di carriera. L'i-

nesistenza di percorsi di carriera, insieme allo scarso riconoscimento sociale e professionale, sono le cause di demotivazione all'interno del gruppo professionale. Il sistema sanitario prevede spazi significativi di sviluppo per la professione medica, sia per la carriera manageriale che specialistica. La stessa cosa non avviene per la professione infermieristica, per la quale non è previsto nessun avanzamento di carriera, se non quelli acquisiti con titolo professionale scolastico, e solo per la carriera di coordinamento e dirigenziale, ma non per quella specialistica. Gli infermieri anche se oggi sono professionisti autonomi con un percorso di carriera fino alla dirigenza e alla docenza, non hanno nessuno possibilità di specializzarsi nella clinica. Con il profilo professionale sono state previste cinque aree specialistiche: sanità pubblica, pediatria, salute mentale, geriatria, e area critica. Per esse non è stata avviata la formazione e come precisa il legislatore, è stato previsto solo "... un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative". Questo significa che l'attestato costituisce titolo preferenziale e non conferisce lo status di infermiere specializzato.

Oltre ai cambiamenti intrinseci della professione, devono essere annoverati i cambiamenti organizzativi degli anni '90 dettati dal D.Lgs 502/92 e il successivo decreto di modifica 517/93 che hanno realizzato modifiche radicali all'intero sistema sanitario.

Le Unità Sanitaria Locale (U.S.L.) istituite con il D.Lgs 833/78 vengono ulteriormente rinnovate. Esse aumentano le dimensioni medie fino a ricoprire "... un ambito territoriale coincidente con quello della provincia", e diventano organizzazioni sempre più complesse. Vengono introdotte logiche privatistiche che prevedono la trasformazione di tutte le U.S.L. e dei presidi ospedalieri, in possesso dei necessari requisiti previsti dalla legge, in aziende sanitarie e aziende ospedaliere: "l'Unità Sanitaria Locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia

continua da pagina 27

organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica...". "Le regioni... (omissis) ...trasmettono al Ministro della Sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera... (omissis).

I poteri più elevati di gestione, nonché la rappresentanza locale dell'Azienda Sanitaria e delle Aziende Ospedaliere sono affidate a un Direttore Generale, nominato dalla Regione tra candidati laureati in possesso di predeterminati requisiti.

Il Direttore Generale è un organo monocratico che detiene tutte le responsabilità e autonomia imprenditoriale. Deve verificare la corretta ed economica gestione delle risorse, nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

Gli altri organi dell'azienda sono:

1. Il Consiglio dei Sanitari, organo elettivo costituito dai medici e dagli altri operatori sanitari laureati e da una rappresentanza del personale infermieristico e tecnico-sanitario. Esso è anche organo consultivo: fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie e si esprime sulle attività di assistenza sanitaria.

2. Il Collegio dei Revisori, che vigila sull'osservanza delle leggi, controlla il bilancio e accerta periodicamente la consistenza della cassa;

3. La Conferenza dei Sindaci, i quali rappresentano i garanti della corresponsione dell'attività sanitaria dell'Azienda USL rispetto alle esigenze sanitarie della popolazione.

I due decreti (502/92 e 517/93) introducono logiche privatistiche sia rispetto alla gestione (aziendalizzazione), sia rispetto al rapporto di lavoro, che prevede per i massimi dirigenti dell'Azienda USL e dell'Azienda ospedaliera un contratto di lavoro di diritto privato e la riconferma della loro posizione in base al raggiungimento degli obiettivi.

I dirigenti sono responsabili del risultato dell'attività svolta, della realizzazione dei programmi e dei progetti, dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria,

tecnica, amministrativa, comprese le decisioni organizzative di gestione del personale.

Tra le più importanti innovazioni dei due decreti annoveriamo:

- l'introduzione di elementi di concorrenza tra le aziende pubbliche e tra aziende pubbliche e private fornitrici di servizi;

- l'esaltazione del principio di libertà di scelta degli utenti;

- il finanziamento in base alle prestazioni, pagate secondo tariffe definite dalle regioni.

L'altra novità eccezionale del D.Lgs 502/92 è il controllo della qualità delle prestazioni assistenziali:

"Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro dipendente...".

La verifica dei controlli sulla qualità erogata dalle pubbliche amministrazioni (P.A.) spetta alle regioni che "...verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi (omissis)... introduzione... (omissis)... di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni...".

Il D.Lgs 502/92 testimonia una essenziale trasformazione del rapporto tra cittadini e P.A. e in particolare tra utenti e servizi sanitari pubblici, in ottemperanza a quanto sancito all'art.14 sui diritti del cittadino in cui vengono stabiliti i principi, i

criteri e le metodologie più adeguate per garantire umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza. È via via cresciuta da parte degli utenti e dell'opinione pubblica l'aspettativa nei confronti della qualità delle prestazioni come è riscontrabile dal fatto che ci si è progressivamente mossi da "una logica di tutela dei diritti dei cittadini verso una logica di soddisfazione del consumatore"[.

La soddisfazione dell'utente implica:

- l'inclusione del consumatore nel sistema di erogazione e produzione;
- il ruolo centrale dell'utente all'interno dell'organizzazione sanitaria;
- l'anticipazione delle aspettative del cliente al fine di prevenire motivi di insoddisfazione.

L'emanazione della Carta dei Servizi Sanitari da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri nel maggio 1995 conferma il cambiamento di atteggiamento delle organizzazioni nei confronti dei pazienti-utenti



QUI AVELLINO



I principi su cui si basa la carta dei servizi sanitari sono eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia.

In base a questi principi tutte le aziende sanitarie devono:

- adottare standard di quantità e di qualità;
- pubblicizzare gli standard;
- informare il cittadino e verificare la soddisfazione dell'utente;
- garantire il rispetto degli standard e rimborsare il cittadino in caso di mancato rispetto.

La Carta dei servizi sanitari si configura come un potente strumento di cambiamento organizzativo ispirato alla qualità totale. Essa si basa infatti sulla soddisfazione del cliente esterno e interno e tende al miglioramento continuo, ma soprattutto cerca di responsabilizzare tutte le persone che lavorano all'interno delle organizzazioni sanitarie con un forte impegno e coinvolgimento del vertice strategico.

La Carta sottolinea/esalta il ruolo del per-

sonale infermieristico nell'assicurare un'accoglienza adeguata all'utente, mettendo in evidenza quanto sia importante l'aspetto relazionale della professione.

La Carta allora, più che un documento da adottare, è un potente strumento di gestione interna e di coinvolgimento degli operatori professionali sugli obiettivi di miglioramento delle prestazioni e del servizio.

Di straordinaria portata infine il D.Lgs 229/99, "riforma ter" o "riforma Bindi", che si richiama alle norme di universalità e di solidarietà che avevano ispirato la prima riforma, e la

modifica del titolo V della Costituzione, che ha introdotto significativi cambiamenti agli assetti istituzionali della Repubblica e ha avviato il "federalismo". Con esso le Regioni vengono poste in una condizione di pari potestà legislativa con lo Stato centrale in alcune materie e fra queste la Sanità. In Italia, un paese dove le disomogeneità sono un male storico già molto rilevante, l'avvio del federalismo, se non verrà ben gestito, potrà creare nuove disomogeneità con il rischio che il SSN, conquista di civiltà e di sviluppo del paese, si sgretoli. A distanza di dieci anni si può constatare che i vari provvedimenti legislativi hanno tentato di dare al sistema sanitario un'impronta economicistica che impone a tutte le aziende sanitarie l'obiettivo del pareggio di bilancio, sottendendo all'obiettivo principale che è la corretta gestione della domanda di salute, sulla base di disponibilità economiche predefinite.

Con l'approvazione del D.Lgs 229 e del

provvedimento legislativo sui livelli essenziali di assistenza è entrata a far parte del vocabolario del legislatore anche il termine di appropriatezza.

L'appropriatezza è l'obiettivo che accompagnerà le professioni sanitarie nel futuro e garantirà sempre più il principio dell'economicità e della qualità.

Accertare se una persona ha bisogno o meno di assistenza è un processo complesso: significa che alcuni tra i pazienti hanno bisogno di maggiore intensità assistenziale altri di minore.

Oggi è indispensabile passare dalla logica dell'uguaglianza a quella dell'equità per garantire agli utenti ciò di cui hanno bisogno e modulare l'intensità della presenza infermieristica.

L'appropriatezza è una nuova visione che può offrire interessanti strade di valorizzazione professionale, elevata personalizzazione dei livelli assistenziali, contenimento dei costi e parziale risposta alla carenza e degli infermieri.

Quanto esposto finora deve destare preoccupazione nel corpo infermieristico. C'è il rischio che il rilevante sviluppo legislativo, se non gestito in termini riflessivo e dialettico unitamente alla carenza di risorse qualitative e quantitative appropriate al SSN, possa condurre a una devastazione dell'arte del nursing, ad un decadimento dei livelli qualitativi dell'assistenza e, di fatto, alla nascita di nuove povertà professionali conseguenti a fenomeni di deregulation del mercato dell'assistenza.

Diventa difficile in queste condizioni garantire il principio di uguaglianza di ogni persona rispetto al bisogno di salute e di assistenza, che gli infermieri stessi hanno sancito nel codice deontologico.

I nuovi fatti politici devono spingere gli infermieri, quali avvocati della salute dei cittadini, ad essere sempre più preparati nei diversi ambiti di competenza professionale per riuscire a conquistare spazi nuovi e importanti nella gestione e nell'organizzazione dell'assistenza, al fine di raggiungere risultati sempre più appropriati e personalizzati.

*Presidente Collegio Ispasvi di Avellino



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI BENEVENTO

Tagli alla spesa, castigato

Il "Piano Zuccatelli" non favorisce l'utenza e premia il privato inappropriato

di Andrea Della Ratta*

Il Consiglio dei Ministri ha incaricato il Commissario ad acta di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario della Regione Campania partendo proprio dal riassetto della rete ospedaliera e territoriale, mediante adeguati interventi per la dismissione, riconversione, riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; attraverso l'analisi del fabbisogno e la verifica dell'appropriatezza, nonché la conseguente revoca degli accreditamenti per le strutture private accreditate e la modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro.

Nella bozza del "Piano Zuccatelli" si legge che la riorganizzazione della rete ospedaliera campana non si traduce in un mero adempimento degli obiettivi imposti dal piano di rientro, ma rappresenta l'opportunità di determinare - in virtù del mutato quadro epidemiologico e della quantità e qualità delle cure - una riqualificazione dell'offerta, puntando fortemente su un minor numero di presidi, sia pubblici che privati, maggiormente qualificati sia sul versante strutturale che su quello organizzativo e, soprattutto, determinando un riequilibrio tra posti letto per acuti e quelli di riabilitazione e/o lungodegenza, articolati in rete per bacini assistenziali omogenei.

Nel "Piano Zuccatelli" i posti letto per acuti si riducono al 3,4 per mille abitanti, di cui lo 0,7 per mille abitanti è riservato alla riabilitazione e/o lungodegenza.

Le nostre preoccupazioni rispetto a questo nuovo piano sono molteplici. Molte di queste nascono dalla constatazione che per moltissimi anni, pur-



troppo, in Campania non è stata fatta nessuna programmazione, non sono state recepite alcune leggi dello Stato inerenti la rete ospedaliera, non sono stati attuati compiutamente i precedenti piani sanitari e ospedalieri regionali.

A modesto parere di chi scrive la cosa più grave e che non sono stati creati, in tutti questi anni, i presupposti per il funzionamento di una rete di assistenza territoriale, necessaria e indispensabile per ridurre progressivamente i posti letto per

Sanità, Piano di rientro - Nuovo riassetto della rete ospedaliera e territoriale, interventi per la riconversione/dismissione/riorganizzazione dei presidi. Cosa ne pensano gli Infermieri.

il territorio

acuti e quindi il ricorso ai ricoveri ospedalieri impropri; sono state accreditate strutture private che erogavano ed erogano prestazioni identiche a quelle degli ospedali pubblici territoriali; sono state esternalizzate importanti prestazioni sanitarie territoriali a soggetti privati che non rispondono in modo appropriato alle esigenze dell'utenza!

Il rischio, secondo noi, è che al di là delle parole scritte nei vari piani, nei fatti si tratti solo ed esclusivamente di tagli alle prestazioni sanitarie.

Temiamo che le statistiche non rispondano affatto alle esigenze dei cittadini.

La previsione di 3,3 posti letto per 1000 abitanti, per acuti, può andare bene, solo in parte, per gli utenti delle città ma è senza dubbio alcuno insufficiente per gli abitanti dei territori provinciali (basti considerare, all'uopo, come sono collocati geograficamente i territori delle province di Benevento, Avellino, Caserta e Salerno per capire che l'eventuale soppressione di alcuni presidi possa determinare enormi disagi e compromettere seriamente la vita di queste

popolazioni!). Noi siamo convinti e consapevoli che la sanità campana sarà costretta a vivere tempi duri nel prossimo futuro ma proprio per far fronte a queste enormi difficoltà bisogna adoperarsi sin da ora, attuando una programmazione seria e scrupolosa! Bisogna ridurre gli sprechi che continuano.

Oggi più che mai occorre mettere in risalto che la funzione del S.S.N. non può esaurirsi nell'uso razionale delle risorse e nel risultato produttivo più economico, ma deve correlare bisogni di salute, organizzazione di una rete integrata di servizi ed utilizzazione dei servizi stessi, senza trascurare di considerare gli effetti che tali processi producono sullo stato di salute della popolazione.

Il Piano Ospedaliero deve essere discusso congiuntamente alla riorganizzazione del Sistema Integrato di Emergenza Sanitaria e delle Cure Territoriali in modo che si abbia una sinergia di tutte le componenti del Sistema Salute, per rilanciarlo ed orientarlo ad un qualitativamente più elevato anche in presenza delle limitate risorse economiche. Solo un atto programmatico che affronti la riorganizzazione complessiva del Sistema Salute consentirà di creare una rete integrata di servizi che intercetti la domanda di salute e prenda in carico il paziente offrendogli dei percorsi di cura personalizzati.



Nella foto Giuseppe Zuccatelli

Il risanamento non si ottiene con tagli di servizi e di posti letto, bensì riallocando la spesa mediante una incisiva riorganizzazione e razionalizzazione del S.S.R. finalizzata al raggiungimento di specifici standard di qualità e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate.

Bisogna accertare il bisogno sanitario della popolazione per definire un approccio integrato dell'assistenza centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono.

Solo dopo aver riorganizzato il territorio ed il sistema 118 sarà possibile proporre il Piano Ospedaliero, con il potenziamento dei Dipartimenti di Emergenza e dei Centri di Eccellenza, riconvertendo anche taluni presidi ospedalieri, ma garantendo, nell'ambito dell'offerta alternativa, un servizio integrato territoriale alla popolazione di quella area. Bisogna stabilire percorsi assistenziali personalizzati ad alta integrazione territorio-ospedale e socio-sanitaria che garantiscano la effettiva presa in carico del cittadino malato, accompagnandolo in un percorso individuale definito, congiuntamente alla erogazione di prestazioni socio-sanitarie efficaci ed appropriate. Gli Infermieri Campani sono disponibili a dare il loro fattivo contributo, a condizione che le Istituzioni riconoscano l'importante ruolo che la professione Infermieristica svolge e svolgerà.

* Presidente IPASVI Benevento



QUI BENEVENTO

La De Girolamo penalizza gli infermieri

di Erminia Tancredi

La lettera, firmata in calce dal presidente dell'Ipasvi di Benevento Andrea Della Ratta, è ora sui tavoli del Ministro della Salute On. Ferruccio Fazio, della Coordinatrice del PDL Nunzia De Girolamo e dell'onorevole Mino Izzo. Inequivocabile l'oggetto della dura missiva: mancato intervento dell'IPASVI durante l'incontro con il Ministro Fazio.

Scrivo il presidente Ipasvi di Benevento Andrea Della Ratta:

"Onorare l'invito a partecipare all'incontro con il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, tenutosi lo scorso 23 marzo presso l'Hotel President di Benevento, ci è parso tanto doveroso sul piano dell'impegno e delle responsabilità istituzionali, quanto gradito, data l'esigenza informativa sulle prospettive urgenti e necessarie di rimodulazione dell'offerta dei servizi sanitari e delle conseguenti modalità operative ed organizzative sul territorio regionale e provinciale.

Il posto riservato in prima fila, proprio di fronte al tavolo degli Onorevoli relatori, moderati dalla Coordinatrice del Pdl Nunzia De Girolamo - in un'atmosfera da fiato sospeso data dai numerosi partecipanti, tra i quali una folta rappresentanza di Infermieri - ci ha permesso di partecipare al meglio agli interventi del Presidente dell'Ordine dei Medici e del Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Benevento.

Manifestiamo note di apprezzamento e condivisione sulle proposte programmatiche formulate dal Ministro Fazio nel corso del proprio intervento, di alto profilo tecnico, preceduto da quello di noti esponenti politici della provincia.

Purtroppo, ahinoi, ci eravamo resi conto che l'ordine degli interventi non ci avrebbe più consentito di portare il nostro contributo all'ascolto dei qualificati partecipanti.

Eppure, saremmo stati ben lieti di: porgere il formale saluto all'On. Ministro dei 2.500 infermieri della provincia di Bene-



vento; esser resi partecipi del processo di condivisione sulle politiche di programmazione sanitaria da porre in essere nel nostro territorio, del quale ci sentiamo parte integrante sotto il profilo sociale, economico e culturale; essere consultati sulle scelte allocative e programmatiche dei servizi sanitari da erogare - si pensi, soprattutto, all'Ospedale "Maria delle Grazie" di Cerreto Sannita e "Sant'Alfonso Maria de' Liguori" di Sant'Agata dei Goti, ai tagli dei posti letto per acuti all'Ospedale Fatebenefratelli di Benevento - da sempre affidate alle decisioni dei politici ma che, a nostro sommesso avviso, dovrebbero ispirarsi anche ai principi di qualità e sicurezza, oltre che di efficienza ed appropriatezza; richiamare l'attenzione sull'utilizzo di lavoro interinale, o per il tramite di associazioni temporanee d'impresa, per il funzionamento di delicati settori operativi, quali l'assistenza domiciliare integrata ed il trasporto infermi nei servizi di emergenza; richiedere al Ministro Fazio un'accelerazione sui tempi di adozione dei Decreti Legislativi previsti dall'art. 4 della Legge 1 febbraio 2006, n. 43 riguardanti l'istituzione degli Ordini delle Professioni Sanitarie, ed in particolare la trasformazione dei Collegi Professionali esistenti in Ordini Professionali;

sollecitargli l'attivazione, in tempi brevi, della libera professione degli operatori delle professioni sanitarie, la cui proposta di legge recante "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche", è all'esame del Parlamento.

Ebbene, nostro malgrado, tutto questo non è avvenuto, non per nostra distrazione - ma bensì per una disattenzione della Onorevole moderatrice.

Inoltre, ciò che più ci lascia perplessi è la constatazione che il filo conduttore dell'incontro ruotasse intorno a nobili principi quali la meritocrazia, la partecipazione e la trasparenza!

Pertanto, alla luce di quanto accaduto, stigmatizziamo il comportamento parziale degli organizzatori e dell'On. Nunzia De Girolamo per aver disatteso ad una responsabilità istituzionale, impedendo, di fatto, la partecipazione attiva di una categoria professionale che costituisce una delle colonne portanti della casa della salute - con l'auspicio, per le occasioni future, di un rapporto collaborativo e partecipato.

Infine, teniamo a precisare che l'invio differito della presente è stato dettato esclusivamente da ragioni di neutralità in tempo di campagna elettorale.

QUI BENEVENTO



Servizio infermieristico, l'Ipasvi contesta il "Rummo"

Più chiarezza e trasparenza nei concorsi interni nelle aziende ospedaliere della Campania. Chiesta l'applicazione della legge 46/90

Il Collegio Ipasvi di Benevento, con una lettera firmata dal Presidente Andrea Della Ratta, prende le difese della categoria in riferimento al Bando reso pubblico dall'Azienda Ospedaliera "G.Rummo" di Benevento, per la formulazione dell'elenco di idonei alle Posizioni Organizzative del Servizio Infermieristico ed Ostetrico

"L'Azienda Ospedaliera "G.Rummo" di Benevento, - si legge nella missiva - in applicazione degli artt. 20 e 21 del CCNL 07.04.99, nonché dell'Accordo Stato-Regioni del 01.08.2007, ha bandito una selezione interna per titoli, per l'idoneità a "Posizione Organizzativa del Servizio Infermieristico ed Ostetrico" riservato ai dipendenti in servizio presso la suddetta Azienda.

Dalla lettura del bando si evince, in maniera chiara, che i soggetti abilitati alla selezione sono da ricercare nelle seguenti figure professionali: Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere cat. D e Ds e, Collaboratore Sanitario- Ostetrica cat. D e Ds.

Ebbene, nei requisiti di ammissione, l'Azienda non specifica dettagliatamente quali sono i titoli da valutare, né il punteggio ed inspiegabilmente manca, peraltro, un qualsivoglia riferimento alla legge n. 43/06.

Corre l'obbligo di precisare, all'uopo, che la testè menzionata legge, all'art. 6, comma 4, prevede che l'esercizio della funzione di coordinamento per i profili delle Professioni Sanitarie di cui al comma 1 dello stesso art. 6 (che richiama l'art.1, comma 1) - tra le quali vi è quella infermieristica - sia espletato da coloro che sono in possesso di determinati requisiti (specificati nelle lettere a) e b) del comma 4).

Il Collegio IP.AS.VI di Benevento, in persona del Suo Presidente p.t., Andrea Della Ratta, al solo fine di tutelare gli interessi della professione infermieristica da coloro che sono sprovvisti di titoli per l'idoneità alla Posizione Organizzativa del Servizio Infermieristico ed Ostetrico con relativo incarico, Chiede al Direttore Generale una rigida applicazione della Legge

43/2006 o, in alternativa - al fine di garantire una corretta procedura di selezione - la predisposizione di due distinte graduatorie di merito, ossia quella: dei candidati in possesso del Master di Primo Livello in Management infermieristico o del certificato di abilitazione direttiva nell'assistenza infermieristica; del personale infermieristico senza alcun titolo specifico.



Dentro la Professione

Un anno di attività per il Nucleo Provinciale CIVES di Napoli

Il Nucleo CIVES di Napoli il 14 luglio 2010 compie il primo compleanno e con soddisfazione evidenziamo le tappe più significative per il giovane gruppo di infermieri impegnati in attività di Volontariato della Protezione Civile.

Gli infermieri del Nucleo Provinciale CIVES di Napoli sono subito operativi per L'Aquila

Dopo la costituzione del CIVES di Napoli del 14 luglio 2009 gli infermieri dell'associazione non perdono tempo a dare la loro disponibilità: **Guido Amato** dell'ASL Napoli 2 Nord ed **Angela Auriemma** dell'AORN Monaldi partono in missione dal 15 al 22 agosto e 12 e 19 settembre dove sicuramente hanno trovato una condizione stabile rispetto ai primi momenti del sisma ma sicuramente hanno contribuito a dare continuità e respiro ai colleghi che li hanno preceduto in un periodo dove stanchezza e caldo si fanno sentire.

Raccontano di un'esperienza singolare nella quale si ha la fortuna di conoscere la grandiosa "macchina" del volontariato coordinata dalla

protezione civile, le grandi potenzialità del CIVES, i disagi e i segni permanenti di una catastrofe ma soprattutto la grande riconoscenza del popolo abruzzese nei confronti di chi gli è stato vicino anche solo con un sorriso.

Gli infermieri del CIVES hanno vissuto settimane intense a stretto contatto con la popolazione accampata, vivendo del loro vivere, assaporando le difficoltà quotidiane di gente logorata già da diversi mesi dalla catastrofe e con il supporto dei tanti volontari sono stati pronti ad identificare i bisogni fisici, psichici e sociali della collettività

e per i quali si formulano i relativi obiettivi, dopodiché le registrazioni delle attività infermieristiche venivano inviate al Responsabile del C.O.M. 3 - Funzione Sanità- di 9 comuni (sempre un infermiere del CIVES)

Il Collegio IPASVI e il CIVES di Napoli organizzano il III Congresso Nazionale

A Dicembre 2009 presso il Santuario della Madonna dell'Arco a Sant'Anastasia

Massimo La Pietra del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile, **Giulio Selvaggi** dell'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia, l'ingegnere **Capitelli** dei Vigili del Fuoco.

Tutti in una tavola rotonda moderati dal Dott. **Pino De Martino** hanno regalato gratificazione, soddisfazione e soprattutto grande responsabilità agli infermieri dell'Associazione Nazionale CIVES Onlus che a undici anni dalla fondazione è un vero

punto di riferimento per gli interventi di primo e secondo soccorso in caso di calamità trasportando sul territorio l'esperienza e le capacità che ognuno di noi mette in capo tutti i giorni nel proprio lavoro.

CIVES è una componente specializzata della Protezione Civile, con compiti definiti e integrati nel piano di intervento nazionale, che può schierare infermieri pronti ed esperti per

la maggiore efficacia nella risoluzione di particolari situazioni sanitarie.

È tra le poche associazioni riconosciute a livello nazionale per l'intervento in tali calamità e garantisce un'altissima qualità che nel mondo pochi altri hanno e molte Nazioni ci invidiano.

Il CIVES di Napoli ai vertici del Comitato Direttivo Nazionale

A margine del Congresso si è tenuto l'Assemblea Nazionale del CIVES nella quale si sono svolte le votazioni per l'elezione dei membri del Comitato Direttivo Nazionale



(Napoli), il CIVES (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria), col patrocinio della Federazione Nazionale e la collaborazione dell'Ipasvi Napoli, organizza il III Congresso Nazionale, dal titolo: Solidarietà e volontariato. L'operatività nell'emergenza Abruzzo. Il ruolo di Cives e l'impegno nella Protezione Civile.

Numerose sono state le partecipazioni di esperti del settore scientifico e sanitario: tra loro, **Annalisa Silvestro** e **Ciro Carbone**, Presidente e Componente Nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI.

Adriana Volpini, Roberto Giarola e





e degli altri organi istituzionali. Con grande orgoglio il Referente del Nucleo Provinciale di Napoli, **Guido Amato**, ai vertici dell'Associazione chiamato con tutto il Direttivo ad un grande impegno: crescita del CIVES in tutto il territorio nazionale per confermare il riconoscimento dell'utilità sociale di una professione capace di interpretare e soddisfare le necessità della persona con competenza e responsabilità.

Attualmente il Comitato Direttivo Nazionale è composto da **Michele Fortuna** (Presidente), **Michele Cozza** (Vice Presidente), **Guido Amato** (Segretario Generale), **Rosaria Capotosto** (Direttore Operativo), **Claudio Quarta** (Tesoriere), **Anna Vita**, **Bruno** e **Giuseppe Occhipinti** (Componenti).

Il Comitato di Garanzia è composto da **Annalisa Silvestro** (Presidente), **Renza Martini** e **Gennaro Rocco**.

Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da **Vincenzo Gargano** (Presidente), **Elvira Granata** e **Gennaro Viscariello**.

Il Papa ha incontrato gli infermieri volontari CIVES

Il 6 marzo, in Vaticano, si è svolta una speciale udienza pontificia, "Il Papa incontra i volontari della Protezione Civile", a cui ha preso parte l'associazione nazionale Cives-Infermieri per l'Emergenza, con una delegazione di circa 80 infermieri (di cui 12 del Nucleo Provinciale CIVES di Napoli).

La collega **Catia Sulpizio**, del nucleo abruzzese di Chieti, ha potuto incontrare il **Santo Padre**, coi rappresentanti delle associazioni nazionali, avendo preso parte, per lungo tempo, alle attività di soccorso a seguito del sisma del 6 aprile scorso.

Tra gli oltre 6.500 volontari presenti alla manifestazione e provenienti da tutte le parti d'Italia, la delegazione guidata dal

Presidente **Michele Fortuna** e il Segretario Generale **Guido Amato** ha avuto l'entusiasta partecipazione dei tantissimi soci e colleghi del Cives che si sono avvicinati nel soccorso durante l'emergenza in Abruzzo e in altre occasioni di mobilitazione.

I colleghi sono concordi nel definire l'esperienza vissuta forte, coinvolgente ed entusiasmante che rinforza lo spirito con cui l'infermiere esprime i propri principi e valori umani e professionali.

La giornata ha saputo imprimere ancor di più in ogni infermiere Cives il valore reale della solidarietà: valore prezioso, legato indissolubilmente alla professione infermieristica che fonda i propri atti sul rispetto della persona e della vita.

Progetti futuri per il Nucleo Provinciale CIVES di Napoli

I soci del Nucleo affermano che il loro impegno è basato sul volontariato, solidarietà e formazione, pertanto stanno lavorando su due progetti.

Il primo è appunto la formazione che svolge un ruolo fondamentale perché quando si è in prima linea con la Prote-



zione Civile bisogna garantire la massima coordinazione per un lavoro appropriato ed opportuno.

Il secondo riguarda la possibilità di dotarsi di mezzi propri per garantire sul territorio Regionale la presenza autonoma e competente di infermieri specializzati per il primo soccorso in caso di eventi eccezionali.

A loro fianco il Presidente **Ciro Carbone** e il Consiglio Direttivo dell'IPASVI di Napoli che con competenza e professionalità stanno offrendo tutto il supporto scientifico e professionale agli infermieri del Nucleo CIVES di Napoli per rispondere in modo qualificato al bisogno di assistenza sanitaria sia che si tratti di maxiemergenza o di grandi eventi.



Dentro la Professione

Il 21 maggio si è tenuto un evento nazionale dedicato alla divulgazione della cultura del sollievo, tra cittadini ed operatori sanitari

“La Giornata del sollievo”

Giunta alla sua nona edizione, anche quest'anno la manifestazione è stata ispirata dalla certezza che “ il sollievo non è solo desiderabile ma anche possibile”.

di Mariagrazia Greco

La Giornata del Sollievo, promossa dal Ministero della Salute, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, insieme alla Fondazione “Gigi Ghirotti”, è un evento Nazionale dedicato alla divulgazione della cultura del sollievo, tra cittadini ed operatori sanitari.

“UN SORRISO CONTRO IL DOLORE”

In occasione di questa giornata nazionale, l'Azienda Ospedaliera **Santobono-Pausilipon**, unitamente all'**Associazione Campana DoloreNo** presieduta da **Rosetta Coppola**, ed alla Municipalità **Vomero-Arenella**, ha organizzato un convegno dal titolo *“Un ospedale senza dolore: prospettive e risultati”*: tenutosi il 21 Maggio 2010 al **Palabimbo** (sala conferenza - Presidio Santobono), l'evento ha visto la presenza di un folto pubblico ed è stato significativamente sottolineato dalla partecipazione della dirigenza aziendale nelle persone del Direttore Sanitario Aziendale dott. **E.de Campora**, del Direttore Sanitario di Presidio dott. **C.Maranelli**, del Direttore Generale dott.ssa **A.M. Minicucci** e del Dirigente del Servizio Infermieristico Dott. **C. Carbone**. Con la loro partecipazione, i dirigenti dell'Azienda Ospedaliera hanno voluto evidenziare il completo accordo con gli obiettivi della giornata, manifestando la volontà di conferire alla cultura del dolore, il valore necessario affinché diventi patrimonio comune degli operatori dell'AO Santobono-Pausilipon.

Nella prima parte, dal titolo *“Ospedale senza dolore”*, una tavola rotonda ha messo a



confronto Coordinatori Infermieristici e Primari dei Reparti di Nefrologia **F.Peluso** – **C.Pecoraro**, Chirurgia Urologica **A.M. Miglionico** – **S. Mariconda** e Trapianto del Midollo Osseo **A.M. Lo Sapio** – **M.Ripaldi**. I reparti, selezionati dal **COSD** (Comitato Ospedale Senza Dolore) nel Gennaio 2010, hanno presentato i risultati di un progetto, che aveva, come obiettivo, la definizione sistematica dei criteri per la valutazione del dolore, da riassu-

mere in un'apposita scheda, in accordo con quanto successivamente prescritto dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 – art. 7; durante i lavori, i componenti della tavola rotonda, moderata dal Responsabile del Servizio di Terapia del dolore, dott. F. Borrometi, hanno, inoltre, messo in evidenza i punti di forza e di debolezza dell'esperienza vissuta durante la realizzazione del progetto.

La giornata è continuata con una serie di interventi realizzati dalle psicologhe del Dipartimento di Oncologia e dalle docenti della “scuola in ospedale”, per concludersi con la presentazione di una ricerca realizzata dagli studenti di Infermieristica Pediatrica del Polo Didattico Santobono-Pausilipon.

Quest'ultima relazione, dedicata alla ricerca sul “dolore inutile” in pediatria e in DH medico, è stata successivamente analizzata dalla dott.ssa **A. Minicucci**, la quale, apprezzando le finalità dello studio ha proposto agli studenti l'estensione della ricerca a tutti i reparti pediatrici della Regione Campania.

Come da programma, la seconda parte, intitolata “ospedale senza paura” ha avuto inizio alle ore 11.00 con l'ingresso al Palabimbo degli alunni delle scuole elementari e medie del Quartiere Vomero.

La musica e le voci del coro della Scuola Media “Viale delle Acacie”, insieme ai giochi della Casper (un sorriso in ospedale) ed ai doni offerti da una coppia di genitori in ricordo del loro bambino, hanno contribuito a rendere l'atmosfera gioiosa chiudendo in bellezza una giornata in cui, ne siamo certi, per tutti i ragazzi presenti...l'ospedale non ha provocato paura!



**Dentro
la Professione**

Il nuovo piano ospedaliero regionale potrebbe
ben presto cancellare alcune strutture

Pagani e Cava, due ospedali a rischio chiusura

di Gennaro D'Andretta*

Sanità in Campania se ne occupa anche l'Anci, Associazione Nazionale Comuni Italiani. Il nuovo piano ospedaliero regionale potrebbe ben presto cancellare alcune strutture ospedaliere, come quella di Pagani e di Cava dei Tirreni e cittadini, operatori sanitari e politici si mobilitano.

La problematica è stata dunque affrontata anche durante la riunione che si è svolta a Roma alla presenza del sindaco Gianni Alemanno e di quello di Torino Chiamparino. Intanto resta alta l'attenzione sulle strutture ospedaliere presenti in provincia di Salerno. A quanto sembra, secondo il piano di razionalizzazione gli ospedali di Pagani e Cava dei Tirreni dovrebbero chiudere i battenti e a pagare le spese sono ovviamente i cittadini.

Da mesi oramai i sindacalisti che operano presso gli ospedali del comprensorio stanno seguendo la vicenda e in più occasioni hanno manifestato il proprio malcontento in merito al piano ospedaliero. Solo qualche mese fa i sindacalisti degli ospedali dell'Agro Nocerino Sarnese si in-



catenarono dinanzi al pronto soccorso dell'ospedale "Andrea Tortora" di Pagani per dire "no" alla decisione di chiudere il pronto soccorso, decisione questa definita "scellerata".

Intanto il sub commissario della sanità Giuseppe Zuccatelli avrà tempo fino al 2011 per riorganizzare la sanità in Campania, ma da questa riorganizzazione qualcuno sarà "cancellato" creando non pochi disagi alle altre strutture ospedaliere che avranno una richiesta di intervento maggiore. Il nuovo piano sanitario che il sub commissario Zuccatelli sta portando avanti prospetta un destino poco roseo per le

strutture ospedaliere presenti nell'Agro Nocerino Sarnese. Il destino dell'ospedale di Pagani sembra appeso ad un filo, in quanto il sub commissario Zuccatelli vorrebbe accorparlo all'Umberto I di Nocera Inferiore. In questo modo si perderanno i posti letto dell'ospedale di Pagani in virtù di appena 5 posti letto in più per quello di Nocera Inferiore.

Da non dimenticare però che all'ospedale di Pagani sono stati spesi milioni di euro per realizzare un padiglione che era destinato ad essere una "piastra d'emergenza", poi a parole è stato trasformato in "polo oncologico", oggi quella struttura, mai inaugurata, potrebbe restare chiusa e non ospitare proprio niente. Anche l'ospedale di Cava dei Tirreni potrebbe avere un triste destino, anche se la nuova amministrazione comunale si è già mobilitata per difendere il "Santa Maria dell'Olmo".

*Collegio provinciale di Salerno



Dentro
la Professione

Assistenza geriatrica

Terza età, tutto ruota intorno alla famiglia

di Angelo Iannace*

L'aspettativa di vita nei paesi dell'Unione europea è aumentata, suggerendo non solo che un maggior numero di individui sta raggiungendo un'età avanzata, ma anche che si è allungata la sopravvivenza degli anziani. Stiamo assistendo, dunque, ad una crescita esponenziale di una nuova categoria di soggetti, che pone problematiche socio-assistenziali così complesse da rappresentare una sfida sia per i professionisti di settore, sia per l'intero sistema di welfare, anche in relazione all'elevato consumo di risorse.

Il sistema di welfare italiano, a differenza dei principali modelli europei, mantiene sulle famiglie un carico particolarmente importante nella cura e nelle tutele, quasi a rendere l'intervento pubblico "marginale" o "sussidiario" rispetto a quello domestico. Peraltro, tale "centralità" non prevede politiche familiari adeguate, in grado cioè di sostenere attraverso trasferimenti e servizi gli interventi di cura, ma lascia alle attività informali, al lavoro delle donne, agli aiuti parentali e ai servizi privati di tipo domestico (emblematico il fenomeno delle badanti) il compito di far fronte al crescente carico di assistenza dei membri della famiglia.

L'analisi dell'andamento della disabilità nella popolazione anziana è il principale indicatore di efficienza della prevenzione della fragilità, poiché l'anziano fragile è quello a maggiore rischio di disabilità.

La medicina basata sull'evidenza ha ormai chiaramente indicato le due vie da seguire per contrastare la fragilità tipica dell'età avanzata, cioè la prevenzione, da una parte, e l'intervento integrato sociosanitario indispensabile per assicurare la continuità assistenziale degli anziani fragili, dall'altra.

L'anziano malato cronico, disabile o fra-

gile necessita di un sistema assistenziale in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci a bisogni complessi, sociali e sanitari, nonché molteplici e mutevoli nel tempo. Come è sottolineato nella linea guida sulla Valutazione multidimensionale (VMD) della Società italiana di gerontologia e geriatria, la programmazione assistenziale per l'anziano fragile, condivisa ormai dalla massima parte della letteratura internazionale, è fondata sulla continuità dell'assistenza, resa possibile dall'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali mediante l'applicazione della VMD stessa. L'obiettivo di questo sistema è di fornire una assistenza continuativa, globale e flessibile, in base al percorso assistenziale: la flessibilità diventa caratteristica indispensabile affinché il viraggio fra territorio e struttura ospedaliera avvenga senza interruzioni, garantendo così la qualità e l'efficacia dell'intervento. Interventi sporadici o settoriali nei confronti del paziente geriatrico ad elevato rischio di non autosufficienza o già disabile, sono infatti destinati inesorabilmente a fallire, con il rischio di perdere di vista anche l'equilibrio costo-efficacia dell'intervento. In Italia esiste una vera e propria lacuna relativamente ai dati organici sull'assistenza agli anziani ed in particolare agli anziani fragili, di fatto i principali utilizzatori delle risorse assistenziali del paese; per questo motivo l'INRCA, anche nel ruolo di coordinatore dell'Agenzia nazionale dell'invecchiamento, ha promosso un importante contributo, realizzando nel 2009, un rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Che cosa emerge da questo rapporto? Siamo andati ad analizzarlo e riportiamo gli aspetti maggiormente significativi.

L'intervento pubblico di assistenza sanitaria agli anziani è marginale e sussidiario rispetto a quello domestico

La popolazione ultrasessantacinquenne in Italia ha raggiunto il 1° gennaio 2008 il 20,1% del totale, pari ad oltre 11,9 milioni di persone (Istat, 2009). È un va-



lore quasi doppio rispetto a quello registrato meno di

quaranta anni fa. Il processo di invecchiamento è inegualmente distribuito nel territorio nazionale, raggiungendo un picco in Liguria, dove oltre una persona su quattro (il 26,8%) è ultrasessantacinquenne, percentuali leggermente sopra la media sia al nord sia al centro e nettamente inferiori nel meridione, con un minimo in Campania, dove è anziano solo il 15,7% della popolazione (Lucchetti, Chiatti e Principi, 2009).

L'essere anziano non si può considerare sinonimo di essere malato o disabile, né quindi necessariamente di una condizione di bisogno assistenziale. Tuttavia, una certa associazione tra l'età anziana e la condizione di non autosufficienza esiste. Gran parte dell'assistenza prestata ad anziani non



autosufficienti nel nostro paese proviene dalla famiglia, come aiuto informale, e solo secondariamente dalla rete di servizi pubblici e privati. Se andiamo ad esaminare le

tabelle dei vari costi sostenuti, ne ricaviamo l'attesa spaccatura territoriale in tutta la sua forza. Con alcune eccezioni (in particolare Molise e Toscana), la parte alta e la parte bassa della colonna riguardante l'utenza complessiva rappresentano, rispettivamente, il Settentrione e il Meridione. Sul fronte della qualità, la percentuale di posti letto socio-assistenziali – indicatore negativo – è ben più elevata nel mezzogiorno, dove pure l'offerta è scarsa. Si rilevano, inoltre, alcuni segni di peggioramento della realtà meridionale nel decennio in via di conclusione. La percentuale di spesa sanitaria destinata all'Adi è diminuita, passando da 1,25% (2001) a 0,74% (2006). Inoltre, in diverse Regioni meridionali i posti letto, pure già pochi, si sono addirittura ridotti. Tali aspetti sono da leggere congiuntamente alle note difficoltà di governo della sanità che hanno toccato, negli anni recenti (tra commissariamenti e piani di rientro), la maggior parte delle Regioni meridionali. Per chi opera nei servizi di assistenza continuativa il modo più tangibile di verificare la scarsità di risorse pubbliche dedicate è il confronto tra gli stanziamenti per la propria attività e quelli trasferiti agli ospedali. La percentuale di spesa sanitaria destinata all'Adi traduce questa sensazione in un indicatore di indubbia efficacia, che vede la media nazionale intorno all'1%. Anche qui, le aree del paese seguono strade diverse: mentre nel periodo 2001-2006 la percentuale si è ridotta al sud, nel centro-nord è passata dallo 0,98% all'1,29%.

Analizzando l'erogazione delle risorse, si evince che la maggior parte delle Regioni meridionali sfrutta le risorse per erogare le indennità di accompagnamento, nelle quali il welfare assume una connotazione prevalentemente monetaria e dove l'accompagnamento ha, sovente, anche la funzione di sopperire alle carenze delle politiche contro la povertà e la disoccupazione. Nel Centro-Nord invece, si trovano le Regioni con utenza dell'accompagnamento inferiore alla media e utenza dei servizi superiore. Quindi con un sistema di welfare maggiormente fondato sui servizi.

ADI

Permettere agli anziani di invecchiare nel proprio ambiente abituale di vita – con a fianco le persone più care – costituisce, da tempo, un obiettivo prioritario dell'assistenza continuativa nel mondo occidentale. La parola d'ordine è *ageing in place*, "invecchiare nel proprio contesto" (Oecd, 1994). I servizi domiciliari consistono nell'articolato insieme di servizi di assistenza continuativa forniti all'anziano non autosufficiente presso la casa dove vive per contrastare le forme patologiche in atto, fronteggiare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. I principali sono l'assistenza domiciliare programmata (Adp), l'assistenza domiciliare integrata (Adi), l'ospedalizzazione domiciliare (Od) e l'assistenza domiciliare sociale (Sad). Per i primi tre la responsabilità principale è del Servizio Sanitario Nazionale mentre il Sad è un servizio sociale di competenza dei Comuni. Adi e Sad rappresentano – per dimensione dell'utenza e ruolo nella rete di welfare – i perni dell'assistenza domiciliare a titolarità pubblica.

L'Assistenza domiciliare programmata (Adp) consiste nelle prestazioni erogate dal Medico di medicina generale a casa del proprio assistito, previa autorizzazione del SSN e secondo un programma ben definito. È competenza della Asl.

L'Ospedalizzazione domiciliare (Od) si attua nell'erogazione di forme assistenziali al domicilio dell'assistito da parte di professionisti e di tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera. È competenza di Asl e/o Aziende Ospedaliere. L'Assistenza domiciliare integrata (Adi) consiste nell'integrazione di interventi di natura sanitaria e di natura sociale, da erogare in modo coordinato e unitario secondo il piano assistenziale individualizzato. È di competenza complessiva delle Asl, dei Comuni per le prestazioni sociali.

Il Servizio di assistenza domiciliare (Sad) fornisce all'anziano interventi di sostegno nelle attività della vita quotidiana e nella cura della propria persona. È di competenza dei Comuni.

In Italia riceve assistenza domiciliare il 4,9% degli anziani, di cui il 3,2% in Adi (9) e l'1,7% in Sad. Pure sensibilmente cresciuta nel tempo, la dimensione dell'utenza risulta – in gran parte del paese – nettamente inadeguata rispetto alle necessità. Si tratta di una realtà evidente agli operatori,

continua da pagina 39

che emerge dal confronto con i bisogni così come con l'Europa, e provata da numerosi studi. Esiste, purtroppo, una rilevante sacca di esigenze insoddisfatte, il gruppo di "né né". Sono gli anziani non abbastanza poveri da ricevere il Sad né abbastanza benestanti da pagarsi l'assistente familiare (se non a prezzo di un impoverimento complessivo della propria famiglia) e quelli che non hanno bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere oggi l'Adi ma non sono certo esenti dalla necessità di fruirla. L'intensità dello sforzo pubblico dedicato ad ogni utente Adi si misura nel numero di ore di assistenza erogate in un anno. Il valore medio di 24 ore annue per utente rivela l'inadeguatezza dell'azione rivolta a un'ampia fascia di persone; questo aspetto riceve abitualmente meno attenzione rispetto all'incremento dei beneficiari ma non riveste minore importanza poiché l'intensità è cruciale nel determinare l'efficacia del servizio. In sanità, la percentuale della spesa pubblica destinata all'Adi ammonta solo all'1,08%. L'ampliamento dell'Assistenza domiciliare integrata verificatosi nell'attuale decennio, peraltro, è dovuto esclusivamente all'incremento complessivo della spesa sanitaria e non all'allargamento della sua fetta dedicata a questo servizio, che tra il 2001 e il 2006 è passata dall'1,06% all'1,08%. Analizzando dettagliatamente, si nota che la spesa pubblica per la protezione sociale ammonta al 26,4% del Pil e quella per i servizi domiciliari agli anziani allo 0,1%. Percentualmente, dunque, i servizi domiciliari assorbono lo 0,04% della spesa dedicata alla protezione sociale in Italia. Le cifre indicano chiaramente la natura di vera e propria scelta pubblica che assume il basso investimento sulla domiciliarità così come la possibilità di realizzare un notevole incremento dell'offerta con sacrifici contenuti per le altre voci di spesa.

L'effettiva organizzazione dell'Adi nelle diverse Regioni è, purtroppo, poco studiata mentre si conosce l'ampia produzione normativa. Praticamente ogni Regione ha regolamentato le modalità di accesso e presa in carico dell'Assistenza domiciliare integrata. La Lombardia è anche la sola Regione dove l'Adi non è – in molti casi – fornita dalle Asl o da erogatori convenzionati bensì dal fornitore accreditato presso



cui il cittadino ha scelto di utilizzare il proprio voucher. Allargando lo sguardo al rapporto tra Adi e Sad si palesa un quadro piuttosto critico. Per quanto riguarda l'assistenza erogata sono pochi i pacchetti di care domiciliare effettivamente integrati, cioè contenenti interventi sia sociali sia sociosanitari. Solo un anziano ogni cinque che fruiscono dell'Adi, infatti, riceve anche interventi sociali insieme a quelli sociosanitari.

Le varie regioni

La distanza di gran parte delle realtà dal valore medio nazionale – il 4,9% degli anziani – rivela, a colpo d'occhio, l'estrema eterogeneità esistente. Nelle Regioni meridionali si registra, per lo più, un'utenza contenuta e in quelle settentrionali la percentuale di anziani raggiunta è, nella maggior parte dei casi, superiore. La quota media della spesa sanitaria regionale dedicata all'Adi è passata dall'1,06% del 2001 al 1,08% del 2006. Il dato nasconde, però, percorsi molto differenti: nel Centro-Nord, infatti, la percentuale è cresciuta dallo 0,98% all'1,29%, mentre nelle Regioni meridionali è scesa dall'1,25% allo 0,74% (Ministero dello sviluppo economico, 2009). Utenza dei servizi domiciliari nelle regioni italiane, % di anziani, 2005/2007

Fonti: Ministero per lo sviluppo economico, 2009 e Istat, 2008

Il nostro è uno dei paesi con la minore percentuale di utenza e forma – insieme alle altre realtà dell'area mediterranea (Grecia, Spagna, Portogallo) – il gruppo fanalino di coda del continente.

Il Futuro

Il maggiore punto interrogativo riguarda le scelte a livello statale. Una volta esaurito l'esile "Fondo per le non autosufficienze 2007-2009" ci si chiede quale ruolo lo Stato

vorrà assumere nei confronti dei servizi domiciliari, così come dell'assistenza continuativa in generale.

Il Governo centrale deve definire se – e come – incrementare gli stanziamenti e se intende stabilire alcune regole nazionali riguardanti il profilo degli interventi domiciliari. L'offerta di servizi domiciliari rimane esigua, inadeguata rispetto ai bisogni e ben al di sotto della media europea. L'ampliamento dell'utenza Adi, inoltre, è sovente accompagnato da un basso numero di accessi e dall'assenza di un'effettiva presa in carico. La spesa pubblica dedicata, peraltro, è limitata in assoluto e minima se confrontata con le altre voci del welfare. Nel prossimo futuro bisognerà verificare se l'offerta di domiciliari età si rafforzerà in maniera adeguata.

La maggior parte delle Regioni pare intenzionata ad ampliare l'Adi, che finanziano attraverso il proprio fondo sanitario. Tutte le riforme regionali, i cosiddetti "fondi per la non autosufficienza", infatti, collocano l'incremento della domiciliarità tra gli obiettivi principali (Casanova, 2008). Sul fronte regionale, dunque, è lecito attendersi una crescita ulteriore, di cui si dovrà misurare la portata. Diverse, invece, sono le aspettative nei confronti dei Comuni. Le sempre più ferree politiche nazionali di contenimento di spesa cui sono sottoposti rendono difficile intravedere un incremento del Sad, per il quale – se non cambieranno gli scenari – nei prossimi anni un buon risultato sarà mantenere la copertura attuale in presenza dell'atteso aumento degli anziani. A contesto invariato, dunque, ci si può aspettare un ulteriore allargamento della forbice tra Adi e Sad.

*Consigliere direttivo IPASVI
di Benevento

Dentro la Professione

La dotazione organica della Centrale Operativa Provinciale 118 di Avellino appare inadeguata e sottostimata alle necessità dell'utenza.

Al "S.G. Moscati" di Avellino poco personale e molto stress al 118

di Maurizio Roca

La dotazione organica della Centrale Operativa 118 di Avellino prevede n.16 Operatori (di cui n.15 Infermieri, n.1 coordinatore e n. 1 tecnico di computer). La sopraccitata condizione genera, inevitabilmente, un costante e sensibile aumento della quota pro-capite di straordinario mensile e un aggravamento dei livelli di stress cui il Personale è sottoposto. La conseguenza che si determina è di una costante difficoltà a raggiungere i 15 Operatori individuati quale livello massimo dello standard diurno, mentre per arrivare a quello minimo, è sempre più frequente il ricorso agli ordini di servizio. Tali occasioni, com'è facile immaginare, sono vissute dal Personale con estremo nervosismo e contribuiscono a rendere il clima di lavoro ostile ed estraneo.

Questi dati assumono maggior valenza se si affronta il seguente ragionamento: il quadro normativo italiano e regionale, e la letteratura scientifica in materia, sconta l'assenza d'indicazioni e criteri di dimensionamento delle dotazioni organiche e di determinazione del fabbisogno di Personale delle Centrali Operative 118. La dotazione organica della Centrale Operativa Provinciale 118 di Avellino appare inadeguata e sottostimata alle necessità dell'utenza. In questa sede, si omette di valutare le ricadute in termini di code telefoniche e di chiamate abbandonate conseguenza dei dati sopraccitati, nonché i ri-

schì legati ai possibili disservizi che queste generano, ma che sono facilmente immaginabili.

Altresì, vale la pena ricordare che ogni Operatore deve godere, ai sensi della vigente normativa per i lavoratori addetti ai videoterminali, di pause dal lavoro pari a 15 minuti ogni due ore: tale elemento, com'è evidente, influenza significativamente la do-

zione degli incontri con il Personale delle altre Centrali Operative degli Enti Istituzionali dell'Emergenza, per favorirne la conoscenza e l'integrazione (ed abbatterne anche qui le conflittualità). Altro elemento dirimente è caratterizzato dal mandato istituzionale del 118: nel tempo non si è mai compiutamente chiarito quali compiti dovesse assolvere il 118. E la Centrale Operativa Provinciale di Avellino si è trovata a far fronte, con le proprie forze, ad una vasta serie di domande di carattere socio-sanitario della cittadinanza, soprattutto non d'emergenza (cioè d'informazione e orientamento, nei casi d'assenza del Medico di Famiglia o nei casi di carattere sociale, ecc.). L'elemento dell'inappropriatezza delle chiamate che giungono ai centralini della Sala (solo 1/3 di queste sono riferite ad interventi di soccorso), è evidente. Ma le pur comprensibili sofferenze della rete dei Servizi di base che stanno a monte del 118, hanno finito per trasformare il Servizio in una

sorta d'ultima chance per i

cittadini, che vi riversano diffuse esigenze dal carattere più vario (da quelle igienico-sanitarie a quelle sociali, finanche veterinarie). Il coordinatore quale figura altamente specializzata ha il ruolo di dirimere le tensioni nascenti e sbrogliare la matassa di una organizzazione carente che trasforma la sanità volenterosa di apportare aiuto al prossimo in una malasanità. Resta inteso tutto ciò che è stato detto e disquisito precedentemente sulla funzione del coordinatore infermieristico e la gestione dei flussi del rischio clinico, errore, e addestramento continuo sui processi formativi.



dotazione organica degli Operatori presenti in ogni turno di servizio. A questo punto è d'obbligo aggiungere la seguente considerazione: occorre una figura di coordinamento che sia organizzatore ed allo stesso tempo elemento propulsore della formazione professionale degli operatori del 118. Le politiche formative – dalle quali non si può prescindere – dovrebbero essere maggiormente orientate ed esaltate a far acquisire al Personale, oltreché i necessari aggiornamenti sulle tecniche di TRIAGE E DISPATCH, anche nozioni sulle tecniche di rapporto con il pubblico e di promo-

Dentro
la Professione

Date da ricordare

L'Utic di Ariano compie



di Rocco Cusano

Era il giugno del 1990, quando iniziò ad operare il reparto di UTIC e Cardiologia dell'Ospedale di Ariano Irpino. In precedenza, le attività cardiologiche erano affidate al Reparto di Medicina ed al Servizio ad esso aggregato e guidato dal Dr. Domenico Felice Martino. Era stata l'incidenza crescente di patologie cardiovascolari acute (in primis l'infarto miocardico), a spingere lo stesso Dr. Martino a sollecitare l'apertura di un Reparto cardiologico con posti letto. Dopo una battaglia durata qualche anno, finalmente, sul finire degli anni '80, veniva sancita, dal Comitato di Gestione dell'epoca (presieduto dal compianto Avv. Francesco Flammia), l'istituzione di questa struttura.

Il primo passo fu quello di costituire un

organico adeguato formato da medici ed infermieri; il Dr. Martino, unitamente al suo stretto collaboratore caposala Francesco Cammisà, scelsero di puntare su una generazione di giovani da formare, sia fra i medici che fra gli infermieri. E giungemmo noi, un gruppo di "quasi ragazzini", molti dei quali alle primissime armi, in qualche caso anche un poco impauriti dal doverci fare carico dei turni in Unità Coronarica, quasi una sorta di spauracchio: era il 17 aprile del 1990! Al gruppo di medici formato dal Primario Martino, ed all'epoca aiuti dottori Candelmo, Foffa, Manganelli, Parente, Silvestri e Turco, mentre l'equipé che affiancava il caposala Cammisà era formata dagli infermieri Cusano, Corvino, D'Agostino, De Cristofano, Della Vista, Fiorito, Gagliardo, Iannella, Li Pizzi, Molinaro, Purcaro, Rauzzino e Tommaselli.

Abbiamo affrontato tante "prime volte": il primo infarto, il primo pacemaker temporaneo, il primo pacemaker definitivo, etc. etc.

Di strada ne abbiamo percorsa, sotto la guida del Dr. Martino e, dal 2003, dopo il suo passaggio in pensione, sotto quella del Direttore dell'U.O.C. dr. BELLIZZI, l'unico reduce dell'equipé iniziale. L'attuale gruppo dei medici è formato dai Dott.ri Bianchino, Botticella, Dragone, Ferrari, Guarino, Lo Conte, Manganelli, Pellicchia e Ragno mentre gli infermieri invece sono quasi tutti quelli dell'epoca e quelli che si sono aggiunti o hanno rimpiazzato qualche partente sono Cervinaro, Di Gruttola, Lazzazera, Maruzza, Promutico e Raffa.

Il Reparto, credo di poterlo dire senza falsa modestia, gode attualmente di una buona considerazione presso l'utenza ed ha contribuito non poco alla riduzione del fenomeno della "mobilità passiva", anche perché abbiamo sviluppato progressivamente, in questi anni, una serie di attività diagnostico-terapeutiche che ci hanno consentito di raggiungere un notevole grado di autonomia.

Oggi, oltre all'attività di diagnosi e cura per i ricoverati (5 posti UTIC tutti monitorati in maniera centralizzata e 10 posti di de-



Evoluzione e prospettive dell'attività infermieristica nell'U.O.C. di Cardiologia

vent'anni

genza subintensiva di cui alcuni monitorati con telemetria), abbiamo una buona attività di elettrostimolazione (con una media annua di oltre 100 procedure fra PMK de-

finitivi di varia complessità e defibrillatori automatici), un'attività di Day Hospital e Day service, un'attività ambulatoriale che copre tutte le procedure non invasive (Visite cardiologiche, ECG, ECG dinamico, ECG da sforzo, monitoraggio della pressione arteriosa, ECO-CARDIOGRAFIA e DOPPLER transtoracico, transesofageo e da stress, Tilt test, Controllo e programmazione dei pacemakers). E infine da circa otto anni è attiva una Convenzione con un centro di emodinamica interventistica pubblica (A.O. Moscati di Avellino) che ci consente la disponibilità h 24 per procedure urgenti e/o programmabili di coronarografia e angioplastica, con rientro del paziente nella nostra U.O. .

E grazie anche a questa ultima opportunità che abbiamo potuto avviare quello che è il più recente "gioiello della casa", partito da circa cinque anni, il progetto di telecardiologia e trombolisi preospedaliere, finora unico in Campania, per il tratta-

mento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA) con elevazione del tratto ST (STEMI), tradizionalmente conosciute presso l'opinione pubblica con la più semplice definizione di infarto miocardico acuto (IMA)

Si tratta di un discorso cominciato già qualche anno prima, e scaturito da alcune considerazioni:

- come dimostrato da numerosi studi internazionali, la mortalità e i danni per IMA si riducono se esso viene trattato nella maniera più tempestiva possibile, meglio se entro le prime due ore dall'inizio dei sintomi;

- una ricerca condotta dalla nostra U.O. ha evidenziato che solo il 15 % dei soggetti colpiti da IMA, nel nostro territorio, ha ricevuto un idoneo trattamento ospedaliero entro le suddette due ore;

- il territorio della nostra ex ASL Av1, risulta tra i più vasti in assoluto (2000 Km^q, il triplo della intera provincia di Napoli), con una popolazione frammentata, e con strade talvolta impervie soprattutto nel periodo invernale;

- uno studio effettuato dal nostro settore Prevenzione, ha dimostrato che la mortalità per IMA nella ex ASL AV/1 cresceva nei centri abitati più lontani dai presidi ospedalieri.

Il progetto consta di alcuni punti fondamentali:

- a) l'acquisto di un sistema di telemedicina, composto da sette monitor ECG e defibrillatori, forniti della opportunità di teletrasmissione dei tracciati elettrocardiografici,

- nonché di misuratori della pressione arteriosa e della saturimetria, e di pacemaker esterno, e di una centrale di ricezione, allocata nel Reparto di Cardiologia dell'Ospedale di Ariano Irpino;

- b) l'acquisto di telefonini GSM, che connettono il suddetto sistema;

- c) la collaborazione dei medici dell'emergenza territoriale (118);

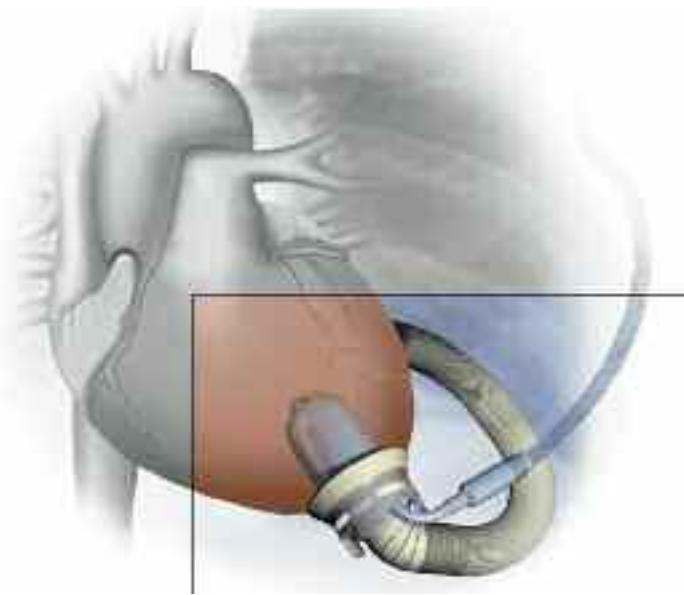
- d) la disponibilità di un farmaco trombolitico a rapida somministrazione;

- e) il rapporto di convenzione con un centro di emodinamica interventistica per il trattamento rapido nei casi di non praticabilità del trattamento farmacologico.

Attualmente le risultanze appaiono molto incoraggianti: sono stati inviati presso la nostra struttura, in questi quasi cinque anni, oltre 600 tracciati ECG , non solo relativi ad IMA, ma anche per altre condizioni patologiche cardiovascolari (aritmie, angina instabile, arresto cardiocircolatorio). Sono stati eseguiti già una ottantina di trombolisi preospedaliere, tutte coronate da successo, senza casi di morte .

La prospettiva prossima, sarà verosimilmente quella di estendere il sistema anche agli altri punti 118 della nostra nuova ASL (che comprende infatti oltre alla ex ASL AV1 anche l'ex AV2) e , successivamente, anche ad alcuni medici di famiglia tale previo un breve periodo di addestramento.

Vogliamo ancora camminare, nella certezza di offrire ai nostri pazienti più chance, di fronte alle problematiche cardiologiche, soprattutto le più gravi.



**Dentro
la Professione**

**L'arresto cardiocircolatorio e l'importanza
dei primi soccorsi.**

Cultura dell'emergenza, il ruolo dell'infermiere

Indagine conoscitiva condotta dai giovani sportivi del Comune di Pellizzano

di Bassano Giulia *

L'arresto cardiocircolatorio è una delle principali cause di morte nei paesi industrializzati. In Italia, una persona su mille, muore a seguito di un tale evento che fortunatamente non esclude nessun ambito professionale né nessuna età.

Attualmente la percentuale di sopravvivenza, dopo un arresto cardiocircolatorio, è di solo il 2-3%; quest'ultimo dato è la risultante di un'esigua e difficile diffusione della cultura dell'emergenza tra la popolazione.

Infatti, tale percentuale di sopravvivenza, verrebbe accresciuta in modo significativo, se fosse posto in essere un corretto soccorso alla persona vittima dell'evento.

Arma decisiva alla lotta contro tali morti è la catena della sopravvivenza; quest'ultima, però, per essere davvero determinante sull'esito dell'evento, deve essere sostenuta da coscienza, informazione, consapevolezza, responsabilità, in breve, dalla cultura dell'emergenza.

Nonostante la presenza di un ineccepibile servizio di emergenza sanitaria territoriale, l'esito finale di un evento è legato, in molti casi, alla presenza sul luogo dell'evento di soccorritori occasionali capaci di fornire le basi di primo soccorso nei minuti che intercorrono tra emergenza e l'arrivo dei soccorsi sanitari.

La capacità di gestire i primi minuti è di fondamentale importanza nell'arresto cardiocircolatorio, dove la vita della vittima, nella maggior parte dei casi, è indissolubilmente legata ad una precoce defibrillazione. Saper gestire una situazione di emergenza sanitaria, come un arresto cardiocircolatorio, o semplicemente essere in grado di attivare in modo corretto e tempestivo la catena della sopravvivenza, può consentire di salvare una vita.

Tutti possiamo trovarci nella condizione in

cui un amico, un parente, un conoscente, uno sconosciuto, abbiano a rischio la loro vita, e divenire "un soccorritore occasionale", ma siamo davvero in grado di soccorrere? Da questa domanda è nato il questionario che ho somministrato in strutture sportive, palestre, campetti di calcetto, luoghi frequentati da sportivi non occasionali, che in linea teorica dovrebbero dare importanza alla salute fisica e mentale, ed in particolar modo mi sono rivolta ai giovani.

Educare i giovani all'emergenza sanitaria vuol dire avere una minuziosa rete di first responder pronti all'attivazione della catena della sopravvivenza, vuol dire avere una alta attuazione della prevenzione, vuol dire porre nel modo migliore possibile, in sicurezza l'intero territorio.

Le istituzioni danno la giusta importanza alla formazione dei first responder?

Spesso si dice che i "giovani d'oggi" abbiano troppi stimoli, ma tra questi stimoli vi è anche quello di crescita di responsabilità sanitaria sociale?

Non si sceglie di diventare un soccorritore, ma si può scegliere di imparare a dare soccorso. L'elaborato si propone di verificare se tra i giovani che praticano sport esista una conoscenza e una cultura del soccorso di emergenza, ovvero, mia intenzione è stata di capire se i primi tre anelli della catena della sopravvivenza fossero "forti" o se costituissero proprio la parte su cui necessario è eseguire un intervento educativo da parte dell'infermiere per aumentare le conoscenze su tale tematica.

La somministrazione dei questionari è stata eseguita nell'arco di tre mesi, precisamente da maggio a luglio.

Il campione considerato è composto da tutti gli sportivi che si allenavano o disputavano partite amichevoli nelle strutture pubbliche e private e nei campetti pubblici del

mio comune, nel periodo indicato in precedenza. Le domande avevano lo scopo di fare emergere se il giovane conoscesse il servizio di 118 e se sapesse allertarlo correttamente, se avesse una conoscenza di base del soccorso, se conoscesse le manovre di BLS-D ed alcune domande di carattere generale sull'attuazione delle norme di sicurezza nelle strutture sportive.

L'elaborato, anonimo, è composto da 20 domande, a risposta multipla, con un'unica risposta esatta.

L'intervistato, prima di iniziare a rispondere alle varie domande, ha completato il questionario indicando l'età, il sesso e la professione scolastica o lavorativa.

Sono stati intervistati in totale 200 sportivi tra maschi e femmine, che sono stati suddivisi in 4 classi di età: 13-16 anni, 17-21 anni, 22-26 anni e da 27 anni in su l'ultima fascia.

Dai risultati ottenuti elaborando le risposte dei questionari distribuiti, è risultato in sintesi, che i giovani intervistati non hanno nel proprio bagaglio culturale quello dell'emergenza sanitaria.

Il 90% di essi non ha mai frequentato un corso di primo soccorso, non ricevendo, di fatto, nessuno stimolo ad impegnarsi ad accrescere il proprio sapere nell'ambito del soccorso sanitario. Infatti, nonostante il 70% degli intervistati siano studenti, il dato risultante è chiaramente indice di una mancata attenzione del sociale nei programmi scolastici; il 72% dei ragazzi che hanno seguito un corso BLS hanno dichiarato di averlo effettuato tramite associazioni di volontariato oppure aziende dove lavorano.

La non effettuazione del corso di BLS non sembra legata ad un disinteresse dei ragazzi, infatti il 90%, quando gli si chiede se reputi utile la frequentazione di tale corso, ammette l'utilità e la disponibilità a seguirlo per cono-



scere come “comportarsi in caso di necessità”. Si può, quindi, presumere che questo ultimo dato possa diminuire con facilità se il ragazzo riceve i giusti stimoli.

Le domande che si riferivano alla chiamata di emergenza hanno evidenziato l'esatta conoscenza del numero di emergenza sanitaria 1-1-8, ma non una correlata adeguata comunicazione con la centrale operativa.

La difficoltà di gestione della situazione di emergenza, emersa dalle risposte della domanda 8, risulta nel 61% dei giovani; questa difficoltà si traduce in una gestione errata del tempo e, quindi, in un'attivazione non tempestiva dei soccorsi.

Con riferimento al secondo e terzo anello della catena della sopravvivenza, e quindi alle tecniche pratiche di soccorso, i dati ottenuti sottolineano in modo chiaro la mancanza, l'inesattezza e la superficialità delle informazioni dei ragazzi. Le risposte date a domande dirette, quali la domanda n°13 e la domanda n°16, sembrerebbero molto incoraggianti; infatti in esse alte percentuali di ragazzi dichiarano di conoscere cosa siano il massaggio cardiaco e la defibrillazione.

Questo dato, però, non è confermato dalle successive risposte sui medesimi argomenti; di fatto la conoscenza di tecniche di soccorso è limitata alle sole “informazioni” ricevute dalla televisione ed in particolare modo dalle serie televisive con protagonisti medici, carabinieri, poliziotti ed altre categorie. Se in televisione si vedono solo divise ospedaliere che utilizzano un defibrillatore, risulta chiara ed in correlazione la risposta del 59% che crede l'uso esclusivo dei defibrillatori ai medici ed

infermieri (ai soli medici il 35%). Questo tipo di informazione, la convinzione di sapere “perché si è visto in televisione” non può essere considerata che dannosa per la crescita di responsabilità sociale dei giovani.

Altro dato da sottolineare è la mancanza di prevenzione sanitaria necessaria per obblighi di legge, ma soprattutto necessaria per scongiurare eventi di morti cardiache in giovani vite.

Solo il 6% è a conoscenza della presenza di un defibrillatore nella struttura in cui si allena, il 94% in caso di emergenza è nella impossibilità di soccorrere in modo adeguato sia perché dichiara che la struttura ne è sprovvista sia perché non è a conoscenza della sua presenza o meno.

Ma ulteriore conferma ad una mancanza di prevenzione sanitaria è il dato dal quale risulta che il 35% dei ragazzi non ha mai effettuato un elettrocardiogramma, pur frequentando strutture che per legge richiedono il certificato di idoneità fisica.

Tralasciando le responsabilità di ciò, si può ritenere che una percentuale, anche se minima, gioca, si allena, si sottopone a sforzi fisici potendo essere portatrice di patologie cardiache non diagnosticate, ma che potrebbero comportare la fine di una giovane vita. Dopo questa mia esperienza, sono ancora più fortemente convinta che per una risoluzione positiva di una emergenza sanitaria, basilare è l'integrazione e l'interdipendenza tra giovani e organi sanitari.

Esortazioni alla diffusione della cultura dell'emergenza devono pervenire da istituzioni sanitarie, scuole, associazioni sportive e, so-

prattutto, da chi, in qualità di professionista responsabile dell'assistenza sanitaria, ha il compito e dovere, non solo perché scritto nel proprio profilo professionale, di divenire figura educatrice di spicco nel progetto di diffusione culturale, ossia l'infermiere. L'infermiere, quindi, dovrà assumere la veste di promotore professionale di progetti rivolti alla sensibilizzazione nei confronti dell'emergenza sanitaria, all'accertamento rigoroso dell'idoneità medico sportiva, all'addestramento degli operatori sanitari e non sanitari alla rianimazione cardiorespiratoria ed all'uso del defibrillatore, nonché promuovere una sempre maggiore e stretta collaborazione ed integrazione con i soccorritori professionisti del 118 e i giovani.

Accrescendo la disponibilità di defibrillatori e il loro utilizzo (Legge n°120 del 2001), ma soprattutto la presenza di first responder, ossia di giovani educati al soccorso, si otterrà come importante risultato il porre in sicurezza l'intero territorio ottenendo un'umentata percentuale di sopravvivenza in caso di emergenza sanitaria.

Allo stesso tempo, l'infermiere non dovrà mai dimenticare l'importanza dell'aggiornamento continuo della sua professione, per una corretta educazione sanitaria, per un'attenta e scrupolosa assistenza, per una coscienziosa attuazione dell'impegno assunto con se stesso e con gli altri in ogni momento in cui è necessario il proprio sapere, saper essere e saper fare. Educare all'emergenza significa attuare in modo certo la prevenzione sia primaria che secondaria ad eventi drammatici ed improvvisi, quali quelli di emergenza cardiocircolatoria. Indispensabile, quindi, è la capillarità della diffusione dell'educazione sanitaria affinché a cultura dell'emergenza nasca e cresca sin da giovani, divenendo non solo un bagaglio di conoscenza, ma anche un modo di essere e uno stile di vivere.

Questo risultato deve essere perseguito “usando” qualsiasi circuito dove il giovane manifesti interesse e sia pronto ad accogliere nuovi stimoli.

L'ambito sportivo è un contenitore ampio di vite pronte ad imparare ed a rafforzare la sequenza di azioni che può portare a salvare altre vite. Educare i giovani che praticano sport vuol dire altresì educare l'intero mondo sportivo e con esso, chi lo segue, giovane o meno giovane, sportivo attivo o che ama solo guardare, insomma una percentuale notevole di italiani.

Accorato saluto, degli infermieri dell'Ospedale San Paolo all'eroica collega scomparsa, Mariarca Terracciano

Ciao Mariarca



Per un attimo il mondo si è fermato: tutto è immobile, i rumori hanno dato spazio al silenzio anche il vento si è fermato ... e in quest'attimo che sei andata via senza avere neppure il tempo di poterti riabbracciare. E' andata via la mamma, la moglie, la figlia, la sorella, la collega, l'amica... lasciandoci tutti avvolti nello stesso silenzio con cui sei andata via. Con la tua semplicità, onestà, grande professionalità e disponibilità hai saputo trovare le parole giuste per la sofferenza altrui, pronta a consolare chi nella malattia trovava sconforto, tu che hai saputo regalare un sorriso a chi ne aveva bisogno, ed anche adesso che non sei più in questo luogo tra di noi, hai saputo donare te stessa per le sofferenze altrui, il tuo sorriso a chi il sorriso aveva perso, la tua consolazione a chi forse aveva perso la

speranza: tu sei stata la loro speranza, e per noi l' unica ragione il tuo immenso gesto di amore. Per tutti noi sarai la nostra stella che dal cielo ci guiderà nelle difficoltà della nostra professione. Ci regalerai un tuo sorriso, quando saremo sconfortati, ci illuminerai con la tua luce quando ci troveremo nel buio. Molte persone entrano nella tua vita ma solo i veri amici lasciano le proprie orme nel tuo cuore e tu hai lasciato dentro di noi l' amore per il prossimo. Per noi non potrai essere solo un ricordo non potresti esserlo mai, perché sarai sempre viva nei nostri cuori, nella nostra mente e nelle persone che vivono di TE...
CIAO MARIARCA

Alessandro
e tutto il personale infermieristico
dell' U.O.C. di pediatria
e neonatologia dell'Ospedale San Paolo

Più di 8.000 iscritti
su Facebook al profilo
"Io ricordo la lotta
di Mariarca Terracciano"

facebook

Registrazione

Io ricordo
Registrati



UN PENSIERO ALLA TUA LOTTA
DI DIRITTO

Informazioni

Descrizione:

NAPOLI - Pochi giorni fa il suo nome era apparsa sui giornali per una suprema forma di protesta: per contestare la decisione della Regione Campania di sospendere la corresponsione degli stipendi ai dipendenti della Asl 1, aveva cominciato a togliersi 150 ml di sangue al giorno, minacciando di farlo ogni giorno finché la decisione non fosse stata revocata. Sciopero che era stato sospeso dopo soli tre giorni, prima che le fosse arrecato qualche danno all'organismo. Ma lo scorso 10 maggio, durante... (visualizza altro)

Giornata internazionale
dell'infermiere 2010

Affranca la vita!

Gli infermieri italiani al fianco delle donne
che lottano contro il tumore del seno



Acquistando questo francobollo, dedicato alla professione infermieristica, al costo di 0,90 euro invece di 0,60 euro, destinerai 0,30 euro a questa grande campagna sociale. **Partecipa anche tu.**

www.ipasvi.it

Un'iniziativa del Ministero dello Sviluppo Economico e di Poste Italiane in collaborazione con:

NapoliSana Campania

Infermieri di Napoli - Salerno - Caserta - Avellino - Benevento



**ti VOGLIAMO
elimINARE**

*Spedisci un messaggio
forte al tumore.*



Napoli 10 Ottobre 2010

Per il tumore

del seno
