



PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia



ESPERIENZE DAL TERRITORIO

LAVORARE IN CARCERE, A TU PER TU CON EMANUELA, GIUSEPPINA E MORENOA



ESPERIENZE DAL TERRITORIO

INTERVISTA A DANIELA FASOLI DA ANNI RESPONSABILE DI URP



luglio - settembre 2017

SOMMARIO

EDITORIALE	1
RASSEGNA STAMPA Medicina di gruppo, Azzano fa da apripista In pochi disponibili a partire per lavorare all'Azienda zero «Sull'accesso alla morfina esiste una legge molto rigida» «Sull'Orlandi il sindaco ha cambiato idea» Ospedale di comunità sospeso l'Ulss: «Manca il personale» I 30 anni degli «angeli in elicottero» di Verona Emergenza Azienda Zero, salta il protocollo Freno ai trasferimenti a Padova Anpo dice «no» ai trasferimenti in Azienda Zero	2 3 4 4 5 6 7 8
ESPERIENZE DAL TERRITORIO Lavorare in carcere, a tu per tu con Emanuela, Giuseppina e Moreno "Anche in un URP si può fare assistenza infermieristica", a tu per tu con Daniela Fasoli da anni responsabile di URP	9
ISTITUZIONI E TERRITORIO Il decreto vaccini è legge, dodici quelli obbligatori e sanzioni fino a 500 euro per chi non li fa	12
NOI E GLI ALTRI Acondroplasia, la storia di Marco	15
RECENSIONI Le malattie rare Siamo solo noi - Le malattie rare: storie di persone eccezionali	16 16
LETTERE AL DIRETTORE	17

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 27 ottobre 2017.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Tabarini Gabriella, Pasquetto Francesca, Vanzetta Marina, Bernardelli Stefano, Cengia Maria Grazia, Molinari Luca, Zanolli Barbara, Ballarin Silvana, Corso Maurizio, Ortolani Riccardo, Verzé Alessia, Riolfi Rita.

Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca,

Narcotio Enrico.

Editore: Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede del Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-maili nfo@ ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche. Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista. I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]



La giustizia ingiusta fuori dalle aule dei tribunali, una riflessione

n questo mese il Collegio IPASVI di Ravenna ha concluso il lungo iter di un procedimento disciplinare attivato nei confronti di una ex iscritta accusata di comportamenti non conformi a quanto definito dal nostro codice deontologico e per questo, stante la gravità degli stessi, ha inflitto la sanzione massima: la radiazione. Ovvero l'esclusione definitiva dal gruppo professionale e l'impossibilità di poter ancora esercitare la professione infermieristica.

Non vogliamo però parlare di questo perché non abbiamo gli elementi per poterlo fare e anche perché l'avvocato della ex infermiera ha dichiarato che ricorrerà, contro la decisione del Consiglio Direttivo di Ravenna, alla Commissione Centrale degli Esercenti le Professioni Sanitarie, che come sappiamo è la sede dell'appello che potrebbe modificare la sentenza.

Il tema sul quale vogliamo condividere una riflessione riguarda l'iter del processo penale a cui è stata sottoposta le ex collega ed i risvolti mediatici della sua vicenda.

Ci riferiamo all' ex infermiera di Lugo. In sintesi queste le tappe della procedura processuale:

- 9 ottobre 2014, l'infermiera viene raggiunta nella sua casa ed arrestata, con l'ipotesi accusatoria di aver ucciso un paziente;
- Marzo 2016 la corte d'Assise la condanna in primo grado all'ergastolo per "omicidio volontario pluriaggravato dall'utilizzo del mezzo venefico, dai motivi abietti, dalla premeditazione, dalla minorata difesa della vittima e dall'abuso della qualifica e dalle mansioni di infermiera";
- 7 luglio 2017, la Corte d'Assise di Appello di Bologna l'assolve perché <u>il fatto non</u> sussiste.

Stiamo parlando quindi di una assoluzione piena, è una delle formule utilizzate dal Giudice che ci dice: abbiamo verificato ciò che le è stato contestato e di fatto non la abbiamo proveto.

Non abbiamo le competenze per entrare nel merito della questione, però sorge spontanea la domanda: come sono possibile due verdetti così contrapposti, uno produce un assassinio e l'altro un innocente?

Ancora, come dimenticare quanto e come la stampa si è occupata del caso. Con ricostruzioni sceneggiate, che hanno occupato diverse testate televisive, della vicenda che oggi la giustizia ci dice non veritiere. Non da meno la carta stampata che ha versato fiumi d'inchiostro sul caso.

La vicenda giudiziaria non è ancora conclusa, si dovrà aspettare l'ultimo verdetto della Suprema Corte di Cassazione che metterà la parola fine alla vicenda dal punto di vista giudiziario. Ma dal punto di vista umano?

Chi ridarà i giorni rubati alla cittadina ingiustamente accusata, arrestata e messa sulla gogna mediatica? Chi le ridarà la dignità con violenza inaudita strappata e calpestata? Chi le riconsegnerà la serenità che per tanto tempo è stata turbata e violentata?

Queste semplici domande per ricordarci tutti che nel nostro paese i gradi del giudizio per accertare se un cittadino abbia violato il codice penale sono tre. Stante l'esperienza esemplare di cui sopra non esitiamo ad abbondare di prudenza prima di condannare ingiustamente qualcuno. Questa risulta una buona regola da applicare a tutti, compresi i nostri colleghi che si sono trovati accusati e che ancor prima delle tre sentenze di cui sopra, sono stati condannati da tutti compresi – magari – noi stessi.

Buona lettura.



di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI di Verona





L'ARENA - 14 giugno 2017 - Castel D'Azzano

Medicina di gruppo, Azzano fa da apripista

a cura della REDAZIONE

È una delle prime e più avanzate medicine di gruppo integrate della provincia. Ha la sede centrale in piazza Gilardoni ad Azzano e interessa, attraverso i 14 medici che vi lavorano, una popolazione adulta di 21.500 persone, distribuita tra Castel d'Azzano, Buttapietra, Cà di David e il quartiere di Borgo Roma. Ha aperto in sordina ancora a settembre e adesso è tempo di tracciare un primo bilancio.«In nove mesi di rodaggio abbiamo terminato la sperimentazione», esordisce Alberto Tivelli, medico di famiglia coordinatore del Progetto futuro e salute - sud Verona, «qui un medico a turno è sempre a disposizione dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì e tutti i prefestivi dalle 8 alle 10». «Inoltre», sottolinea Tivelli, «il gruppo di infermieri integra il nostro lavoro e il gruppo delle segretarie ci libera da tanti intoppi burocratici e tiene i rapporti con i pazienti».

GLI OBIETTIVI

Il servizio vuole garantire una migliore risposta ai bisogni sanitari degli assistiti assicurando la continuità assistenziale ospedale-territorio, promuovendo stili di vita corretti e favorendo il mantenimento del benessere con la prevenzione e la cura delle malattie croniche quali diabete, cardiopatie, malattie polmonari.

Ad Azzano hanno accorpato i propri studi i medici di famiglia di Castel d'Azzano, i turni vengono coperti anche dai colleghi che comunque mantengono il loro studio nelle sedi periferiche: due a Buttapietra, una a Marchesino, due a Ca' di David, una a Borgo Roma. La sede centrale risponde al numero 045.8521389 per visite mediche su appuntamento oppure urgenti. Dalle otto di sera e nei fine settimana si continua come prima, rivolgendosi alla guardia medica del Policlinico. Anche per le visite domiciliari tutto invariato: richiesta entro le 10 al proprio medico.

Le sedi periferiche mantengono le loro segreterie e sono aperte secondo gli orari esposti nelle varie sale d'attesa.

SEGRETARIE E INFERMIERI

La medicina di gruppo integrata conta su una decina di segretarie fra sede centrale e periferiche, disponibili per prenotazioni, informazioni amministrative, accoglienza visite urgenti, servizio di sportello per le richieste di prescrizione dei farmaci abituali. Ci sono poi una decina di infermieri, sia nella sede centrale che nelle periferiche: loro compito supportare i medici nella prevenzione, diagnosi e cura, con controllo della pressione e del peso, educazione sanitaria, prestazioni che saranno ampliate (ad esempio controllo glicemia, dosaggi insulina); in questo primo periodo però molto del suo tempo è impiegato nel compilare le schede con l'anamnesi di tutti gli assistiti. Tutti gli studi medici sono infatti computerizzati e collegati in rete, così anche il medico che sostituisce quello di famiglia può accedere alla cartella clinica dei pazienti. «La vera sfida», riprende il dottor Tivelli, «è quella della sanità nazionale: ogni anno le risorse sono più scarse e occorre ottimizzare i servizi, per evitare le corse inutili al pronto soccorso e all'ospedale. Se riusciremo



a curare noi le criticità, a diminuire i ricorsi impropri all'ospedale vinceremo la sfida per una sanità più vicina alla gente e meno costosa».

I NOMI DEI MEDICI

Questi i 14 medici associati nella medicina di gruppo integrata: Franco Gaetano Bertaso, Emanuela Bonollo, Laura

Buscemi, Mariano Casa, Guido Danti, Paolo Ferrari, Gilberto Mantelli, Cipriano Mirandola, Francesco Mollo, Giovanni Mondini, Marco Spataro, Loretta Sturma, Alberto Tivelli, Giuseppe Venturini. Al momento la sede di Azzano ospita anche due pediatri. Entro breve questi si sposteranno in una struttura nelle vicinanze, tutta dedicata ai bambini. Nella sede di Azzago troveranno spazio nel giro di qualche tempo altri medici specialisti. Non si tratterà di collaborazioni private, ma di medici specialisti dei sitretti socio sanitari, quindi accessibili attraverso i ticket pervisti dal servizio sanitario nazio-

Giorgio Guzzetti

L'ARENA - 29 luglio 2017

In pochi disponibili a partire per lavorare all'Azienda zero

Due lettere di diffida indirizzate al direttore generale dell'Azienda ospedaliera, Francesco Cobello, e al collega dell'Ulss 9 Scaligera, Pietro Girardi. Sono state spedite martedì dal segretario generale funzione pubblica Cgil di Verona, Sonia Todesco, che segue le trattative per conto della sigla al tavolo regionale.

Con questa iniziativa, il sindacato vuole scongiurare l'applicazione del protocollo d'intesa sul trasferimento del personale dalle aziende sanitarie venete all'Azienda zero e la costituzione di un fondo per mettere a segno l'operazione. «Costerebbe alla sanità veronese oltre 550mila euro di tagli, senza portare alcun vantaggio», spiega Todesco, «da Verona infatti ci sono pochissime disponibilità al trasferimento. Si rischiano esuberi. Subiremo così la sforbiciata e peseremo sempre meno sulle scelte della sanità del futuro». Ma ecco i fatti. L'11 luglio, a Venezia, le organizzazioni sindacali Cisl Fp, Uil Fpl, Fials, Fsi, Nursing Up sottoscrivono con il direttore generale veneto dell'area sanità, Domenico Mantoan, un documento che segna l'accordo sul trasferimento del personale dalle aziende sanitarie all'Azienda zero, che è in fase di avvio, e sulla costituzione dei fondi aziendali a disposizione del personale della nuova struttura che dovrà centralizzare gare

d'appalto, concorsi, acquisti, assicurazioni in sanità, oltre alle funzioni di uffici tecnici e legali, ora esercitate in modo autonomo dalle singole aziende Ulss o ospedaliere.

L'intesa viene sottoscritta da tutti i sindacati, non però da Cgil che in questi giorni si è organizzata per spedire le diffide ai dg veneti. «La dotazione organica dell'Azienda zero è fissata in 225 unità. Nell'immediato si procederà al bando per i trasferimenti volontari. Non sono previsti comunque spostamenti coatti per il personale in servizio in aziende che distano oltre 50 chilometri da Padova, dove è insediata la struttura. Ad esempio da Verona», spiega la sindacalista. Gli spostamenti, però, vanno incentivati. Come? Prevedendo, secondo il protocollo, una decurtazione del fondo del comparto (cioè a disposizione dei dipendenti delle Ulss non medici, ndr) dello 0,96 per cento, il che vuol dire 255mila euro per l'Azienda ospedaliera e circa 300mila euro per la Scaligera. Questo taglio verrà fatto anche se da Verona, a quanto pare, si sposteranno solo poche persone e quindi gli stipendi da pagare saranno gli stessi. Le due aziende della sanità scaligera si troveranno a compartecipare all'operazione «trasferimenti» rimanendo però a parità di organico da retribuire. In più, dovranno far fronte ad esuberi e ricollocazioni di personale che sarà privato delle mansioni amministrative svolte fino ad oggi. «A questo proposito avevo anche suggerito al tavolo che parte degli amministrativi fosse utilizzata per le medicine di gruppo integrate», fa presente Todesco. Proposta caduta nel vuoto.

«Nella nostra diffida ribadiamo che il protocollo non rappresenta alcun vincolo per le aziende. Bisogna anche sottolineare che le risorse che verrebbero usate per incentivare i trasferimenti sono previste da contratto nazionale e dovrebbero servire a premiare la produttività. Sono interamente originate dai rinnovi contrattuali. È palese quindi l'indisponibilità per altri scopi», aggiunge.

Infine due considerazioni di scenario. «La prima, l'Azienda Zero per complessità e tipologie di attività che andrà a svolgere necessiterà di procedure e sistemi di controllo stringenti, perché sarà la macrostazione appaltante di tutta la sanità regionale», avverte

«La seconda: in questo contesto Verona, da cui non si prevedono significativi spostamenti di personale dedicato, perderà peso e faticherà sempre di più a far sentire le proprie istanze nelle sedi decisionali», conclude.

Valeria Zanetti



L'ARENA - 09 agosto 2017

«Sull'accesso alla morfina esiste una legge molto rigida»

Sul caso dell'infermiera accusata di aver somministrato, in assenza di prescrizione medica, della morfina a un neonato che ha rischiato di morire per una crisi respiratoria, interviene ora Luca Benci, giurista fiorentino esperto in diritto sanitario e biodiritto, direttore fino al 2004 della Rivista di diritto delle professioni sanitarie. Benci si è spesso occupato, anche con numerose pubblicazioni, di sicurezza delle cure e responsabilità professionale (il suo ultimo libro è «Tutela la salute. Il diritto alla salute negato, privatizzato e mercificato», Imprimatur editore).

Il giurista, che svolge attività di consulenza e docenza per aziende ospedaliere, università, associazioni, collegi e ordini professionali, è conosciuto anche nell'ambiente sanitario veronese. «Questa vicenda, ovviamente», commenta lo studioso che si è spesso occupato di casi giudiziari eclatanti, «la conosco solo dalla lettura dei giornali, ma il primo invito che mi sento di fare è quello alla cautela perché vicende giudiziarie simili spesso sono poi finite in un nulla di fatto. Va detto anche», sostiene, «che, senza entrare in responsabilità personali per quanto riguarda il fatto specifico, tali avvenimenti, sono spesso frutto di condizioni oggettive che hanno a che fare con turni massacranti, carenze di personale, situazioni di grande stress e di eccessiva mole di lavoro che favoriscono il burn-out... Non è un caso che negli ultimi anni casi di sospetto dolo nella sanità abbiano interessato soprattutto infermieri e operatori dell'assistenza. In Parlamento», continua Benci, «c'è un disegno di legge che prevede la possibilità di videosorveglianza permanente in luoghi di cura di bambini e anziani, ma tale proposta si è arenata dopo che il Garante della privacy l'ha ritenuta una misura sproporzionata che rischia di comprimere in maniera eccessiva il diritto alla riservatezza e alla salvaguardia della dignità personale». Tornando al caso dell'infermiera di Nogara, alla quale, dopo cinque giorni di carcere sono stati concessi gli arresti domiciliari, il giurista toscano giudica «eccessiva» la misura di restrizione della libertà cui era stata sottoposta. «Non ho letto gli atti, ma una misura cautelare così severa prima del processo», afferma, «mi è parsa francamente esagerata. Essa viene stabilita quando si ritiene che vi siano rischi di reiterazione del reato, di inquinamento delle prove e di fuga dell'indagato... Tre elementi che in questo caso mi sembra che non sussistessero, anche in considerazione del fatto che l'infermiera sotto accusa era stata spostata di reparto. Quindi mi sembra difficile un'eventuale reiterazione».

Secondo gli inquirenti l'intervallo temporale tra l'ora della presunta somministrazione di morfina al neonato e quella della crisi respiratoria sarebbero compatibili, tesi che l'accusata ha però respinto. «Mi sento di dire che in bambini così piccoli gli effetti della morfina non si fanno certo sentire dopo quasi tre ore... Direi che

questo è un elemento a suo favore».

À far discutere è però anche il fatto che, durante l'interrogatorio, Federica Vecchini avrebbe affermato che l'accesso alla morfina da assumere per via orale non era così rigidamente controllato, come quello per via endovenosa. «In un'azienda ospedaliera importante come quella di Verona sarebbe strana una condotta di questo tipo, anche perché andrebbe contro le leggi, quindi», afferma, «nutro molti dubbi che questa cosa sia vera. La legge sugli stupefacenti», sottolinea il giurista, «è molto chiara: una sostanza inclusa nelle tabelle ministeriali è sempre soggetta al registro di carico e scarico che deve indicare tutta la movimentazione... Tendo quindi ad escludere che a Verona ci sia una gestione allegra della morfina, tanto più che, dal responsabile della farmacia ospedaliera fino al primario del reparto è prevista la massima attenzione. Certo, un errore per distrazione può verificarsi, ma non per un'organizzazione disinvolta. Ricordo anche», conclude Benci, «che le fiale di morfina contengono una quantità standard, sempre riferita all'utilizzo terapeutico per gli adulti, per cui, quando si utilizza anche un decimo del contenuto per un bambino, la fiala con tutto il residuo deve sempre essere distrutta, e la procedura va documentata, questo lo stabilisce un decreto ministeriale del 2001».

Enrico Santi

L'ARENA - 09 agosto 2017

«Sull'Orlandi il sindaco ha cambiato idea»

Troppi cambi di opinione e di posizione sull'ospedale di Bussolengo: è quanto rimprovera al sindaco Paola Boscaini il Comitato per la difesa dell'Orlandi, rappresentato da Adriana Meneghini Frost. «Tutti ricordano gli interventi della

signora Boscaini durante la sua campagna elettorale e subito dopo essere stata eletta, grazie anche ai consensi per le sue dichiarazioni a favore dell'ospedale», esordisce Meneghini.

«Il sindaco», continua, «nel giugno 2013

diceva di essere pronta a incatenarsi per l'ospedale, ma nessuno ha mai visto lei o qualche altro esponente della Giunta incatenarsi per l'ospedale. E sosteneva anche che quello che stava avvenendo non rispondeva alla tradizione storica

del nostro nosocomio, che ha radici antiche e dove si è fatta un pezzo di storia della medicina veronese. È inaccettabile, anche per questa memoria, quello che sta succedendo e che viene fatto passare per una riforma». Da allora, secondo Meneghini, molti i cambiamenti. Un primo in data 27 giugno 2013, durante il Consiglio comunale, quando nelle Linee programmatiche dell'amministrazione si poteva leggere: «È ormai noto a tutti che a livello regionale si è deciso di ridimensionare per non dire svuotare il nostro Ospedale Orlandi, e che sarà quasi impossibile modificare questa decisione». «Alla data del 3 agosto 2017, quasi a

fine mandato», sostiene inoltre Meneghini, le dichiarazioni della sindaca di Bussolengo sarebbero diverse e, nonostante già dall'inizio del suo insediamento avesse modificato quello che era un punto del suo programma di mandato, diventano: «Alla Regione vanno prospettate soluzioni che non siano solo frutto di nostalgiche illusioni o di campanile, ma che debbano essere proposte realistiche, supportate da dati oggettivi e soprattutto attuabili, nella filosofia che guiderà le scelte future della sanità veneta che non può prescindere dalle linee guida nazionali».

Conclusione della rappresentante del Comitato per la difesa dell'ospedale Orlan-

di: «Ma non era la sindaca stessa a dire che è inaccettabile per questa memoria quello che sta accadendo?». «Puntualizzati questi dati storici, il Comitato rimanda al mittente, cioè al sindaco di tutti i cittadini, le accuse di strumentalizzazione dei cittadini per motivi personali», aggiunge. «Noi», conclude Meneghini, «non abbiamo strumentalizzato niente e nessuno per motivi personali, né abbiamo inveito o offeso. Noi diciamo oggi le stesse cose che dicevamo negli anni scorsi. A quanto risulta, non si può dire altrettanto per le dichiarazioni e le promesse del sindaco».

L.C.

L'ARENA - 05 settembre 2017 - Villafranca

Ospedale di comunità sospeso l'Ulss: «Manca il personale»

L'ospedale di Comunità di Valeggio, ospitato con dieci posti letto da un paio d'anni al Magalini di Villafranca, chiude per mancanza di personale. È questo il motivo sostenuto dall'Ulss 9. La struttura sarà sospesa questa settimana e non si sa fino a quando. Nel Veronese resterà solo il servizio di Tregnago con 15 posti. Gli utenti dovranno così ricorrere alla rete di assistenza domiciliare e ad altri servizi simili. L'ospedale di comunità accoglie pazienti nella fase post acuta per 30 giorni che vengono assistiti durante il decorso della malattia. Il servizio è gratuito. Poi, o tornano a casa o la famiglia provvede a ricoverare il proprio caro in strutture più adatte alla patologia. Si può restare all'ospedale di comunità anche oltre i 30 giorni o entrarvi da casa, pagando una retta giornaliera. Il servizio nel 2011 era stato inaugurato all'ospedale di Valeggio. Ma è stato chiuso poco dopo perché non conforme. Dieci posti sono stati trasferiti così al Magalini nell'attesa di portare a norma Valeggio. Che ora è pronto, ma inutilizzabile perché, dice l'Ulss 9, manca il personale. I 5-6 dipendenti saranno ricollocati in altri reparti. Ma le sigle sindacali Cgil, Cisl, Uil e Ugl sono in subbuglio. «È un servizio che serve la grande fetta di territorio dell'ex Ulss22 da Malcesine a Isola della Scala ed è l'ultimo rimasto: quello di Caprino è stato chiuso e quello di Isola della Scala non è mai stato aperto.

E poi Valeggio. Che fine ha fatto? Quanto è stato speso per portare a norma un reparto nuovo? Il servizio funziona bene, il personale vi ha dato l'anima. Ora lo si toglie alle famiglie e a pazienti con grosse problematiche di assistenza», attacca Stefano Tabarelli, operatore sanitario lì e segretario regionale Ugl sanità. Cgil, Cisl e Uil contestano invece la linea antisindacale della direzione generale dell'Ulss: «I



dipendenti sono stati convocati venerdì per lunedì. Senza dare motivazioni, né altre disposizioni, senza un confronto con i sindacati sulle modalità e sui tempi con i quali procedere», spiegano Sonia Todesco, Giuseppe Dotti e Daniela Prencipe che soltanto nel pomeriggio di ieri, e dopo loro precisa richiesta, hanno ottenuto un incontro con il direttore sanitario Denise Signorelli. «Per legge gli ospedali di comunità vanno alle strutture pubbliche, derogare in favore anche delle private è una violazione normativa», sostiene Prencipe. «Non si possono modificare le

schede territoriali senza il parere della V commissione», aggiunge Todesco. Le due rappresentanti temono sia una manovra a favore della sanità privata. «In aprile con una delibera di giunta la Regione ha modificato la natura degli ospedali di comunità da sociosanitari a strutture afferenti all'area sanitaria e quindi strutture pubbliche», spiega Todesco. «Ma a luglio un'altra delibera decide che questi ospedali possono essere realizzati anche in strutture private». Inoltre, sottolineano, alla clinica Pederzoli di Peschiera sono in corso lavori. Due indizi farebbero una prova. «Sarebbe l'ennesimo spostamento di risorse della sanità pubblica verso la privata, molto sostenuta dalla Regione. E ancora non sappiamo se, come e quando aprirà Villafranca perché mancano le risorse», continua Todesco. «L'ospedale di comunità è un impegno preciso della riforma sanitaria che non viene portato in fondo», aggiunge Dotti. «Sono questioni che vanno gestite informandoci e richiedono trasparenza e coinvolgimento, per i dipendenti e per gli utenti». «La Regione», spiega il direttore sanitario Signorelli, «ci ha chiesto per giugno una proposta di riorganizzazione di Ospedali di comunità, Hospice e Unità riabilitative. Abbiamo deciso di collocarle in strutture che non avessero bisogno di ristrutturazione delineando un piano in due fasi da qui al 2019». Nel 2018 saranno aperti 30 posti a Borgo Roma, 24 alla Pederzoli e 24 al Sacro Cuore di Negrar (una

riconversione di una Rsa) e confermati i 15 di Tregnago. Nel 2019 se ne apriranno 24 a Bovolone, 24 a Valeggio e 24 a Bussolengo. A regime saranno 165 nel 2019. Ma sempre se si troveranno le risorse. Perché non anticipare allora il rientro a Valeggio, prima di assegnare i posti alla Pederzoli? «Non abbiamo personale. Villafranca è sospeso perché non c'è copertura dei turni», spiega Signorelli. «Non riusciamo a trovare infermieri a tempo determinato. E dobbiamo coprire altre realtà come il Pronto soccorso, Medicina, farmacie».

Maria Vittoria Adami

L'ARENA - 10 settembre 2017

I 30 anni degli «angeli in elicottero» di Verona Emergenza

L'**elicottero** di Verona Emergenza si alzò in volo per la prima volta il 21 luglio del 1987 per soccorrere un operaio di Sommacampagna che si era infortunato sul lavoro e poi un camionista incastrato nel suo mezzo sulla Brennero, all'altezza di Affi. Li trasportò entrambi al Policlinico, dove sul prato era stata ricavata la superficie per il decollo e l'atterraggio. Erano passati appena sette mesi da quando la Regione aveva dato il via libera e Verona, prima città del Veneto e in Italia seconda solo a Bologna, aveva iniziato ad attrezzarsi per accogliere quella che al tempo era l'avanguardia della medicina d' emergenza-urgenza. Il servizio rispondeva al numero 582222 (5 anni dopo diventerà il 118) ed era garantito da un pugno di medici e infermieri che lavoravano a turni sulle ambulanze.

Inizia così la storia dell'elisoccorso ve-

ronese raccontata dai suoi protagonisti Lajos Pinter e Lorenzo Cucci, che trent'anni fa erano i primari del Pronto soccorso di Borgo Roma e del reparto di Rianimazione di Borgo Trento e ne furono i pionieri, insieme all'allora presidente della Ulss 25 Donato Bragantini e al direttore sanitario degli Istituti ospitalieri Giuseppe Castellarin. «Molte cose sono cambiate, ma non la dedizione a fornire alla cittadinanza il miglior servizio possibile», hanno sottolineato ieri mattina, nell'auditorium della Gran Guardia, durante il convegno organizzato per festeggiare il trentesimo anniversario dell'elisoccorso. Hanno partecipato le autorità civili e militari, i rappresentanti dell'Azienda ospedaliera e della Ulss 9 Scaligera, i volontari e gli operatori delle Croci, dei vigili del fuoco e del soccorso alpino e speleologico. A fare gli onori di casa il

direttore del Suem 118 Alberto Schönsberg, con un ringraziamento commosso «agli **angeli** che si dedicano ogni giorno a salvare delle vite» e l'auspicio, rivolto al sindaco Federico Sboarina, «che anche con la nuova amministrazione si possa attivare una collaborazione proficua come con la precedente».

In sala, peraltro, era presente anche l'ex primo cittadino Flavio **Tosi**. «Sarà così», ha assicurato **Sboarina**, «la continuità è un dovere amministrativo e morale». Non sono mancati i complimenti alle forze dell'ordine «per l'intesa stabilita con i soccorritori» ha detto Schönsberg, ricordando la tragedia del bus ungherese avvenuta a gennaio e costata la vita a 16 giovanissimi studenti. «Grazie alla perfetta collaborazione, nell'arco di un'ora altre 40 persone furono soccorse e trasporate in ospedale» ha sottolineato ritirando



dalle mani di Pinter, oggi console generale di Ungheria, un **riconoscimento** da parte del Ministero degli Esteri **ungherese** per quanti, quella notte, si adoperarono per assistere i feriti. La mattinata è stata l'occasione per ripercorrere le fasi dell'elisoccorso, «attività che qualifica il nostro territorio e la nostra sanità» ha precisato il direttore generale dell'Aoui Francesco

Cobello, ma anche per parlare dell'evoluzione della sicurezza in volo e per affrontare la sfida del prossimo futuro, ovvero l'elisoccorso notturno. «Stiamo lavorando per approntarlo al più presto» ha dichiarato l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto. Spazio anche alle testimonianze dell'**equipaggio**, oggi composto da 3 medici specializzati e 14 infermieri a cui si

aggiungono, per ogni volo (e finora sono stati 21 mila), un pilota, un tecnico pilota e un tecnico del Soccorso alpino.

Al termine del convegno il parroco di San Fermo don Maurizio Viviani ha impartito la benedizione alle ambulanze e auto mediche parcheggiate in piazza Bra. Era previsto anche l'atterraggio dell'elicottero, poi annullato per ragioni di sicurezza.

L'ARENA - 26 settembre 2017

Azienda Zero, salta il protocollo Freno ai trasferimenti a Padova

Doppio arresto nel percorso di realizzazione dell'Azienda Zero. I rappresentanti di tutte le categorie di lavoratori dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona ieri mattina, e i corrispondenti rappresentanti dell'Ulss 9 Scaligera ieri pomeriggio, a larga maggioranza, hanno respinto la proposta di accordo sindacale immodificabile che fissa i trasferimenti di personale dalle aziende di origine a quella nuova, che sta cominciando a funzionare con la prima manciata di dipendenti a Padova, nelle sedi di Casetta rossa e di Passaggio Gaudenzio. A provocare la collettiva alzata di scudi - sono coinvolte nell'operazione ben 24 sigle sindacali delle diverse categorie e quasi tutte non hanno firmato due ordini di problemi: le modalità con cui si è arrivati al tavolo e la scelta della Regione di ricavare gli stipendi dei dipendenti di Azienda Zero attraverso un taglio lineare di quelli di tutto il personale delle realtà sanitarie. Globalmente, Verona cederà ad Azienda Zero 1.039.081 euro riducendo in percentuali diverse i fondi di comparto e dirigenza: 612.215 euro verranno prelevati dall'Ulss 9 e 426.866 dall'Aoui veronese. Il processo aveva ottenuto un primo via libera a Venezia in

luglio, dopo due confronti tra le organizzazioni sindacali regionali e il direttore generale veneto dell'area sanità, Domenico Mantoan. Ma quando la materia è arrivata all'interno delle diverse Ulss e Aziende e si è tramutata in numeri precisi tutto è cambiato, tanto che sono in corso in questi giorni riunioni in ciascuna Ulss e Azienda del Veneto, con sindacati e direttori generali ad accogliere il direttore dell'area sanità Claudio Costa e l'avvocato Maria Luisa Miazzi, consulente della Regione. Incontri dall'esito diversificato. Si tratta, per Venezia, di portare a casa il consenso a procedere con i trasferimenti, previsti dal primo gennaio 2018. Per i sindacati, invece, si tratta di spezzare un sistema giudicato penalizzante per i lavoratori. E qui entrano in campo le cifre: Verona dovrebbe cedere ad Azienda Zero, in cambio del taglio lineare di 1.030.000 euro ogni anno, 34 amministrativi, 6 infermieri, 3 medici, 4 dirigenti amministrativi e 2 dirigenti sanitari. Sulla carta però, perché la mobilità è volontaria e le adesioni al momento sono inferiori alle richieste, ne è previsto che si possano imporre a chi lavora a più di 50 chilometri da Azienda Zero, come è il caso della provincia scaligera. Spiega Sonia Todesco di Cigl Funzione pubblica: «Di fatto il taglio imposto non corrisponde alla cifra necessaria a pagare gli stipendi di chi si trasferisce e quindi Ulss 9 e Azienda si troveranno di fatto con fondi ridotti per pagare gli stipendi ma un numero praticamente invariato di dipendenti». Insomma, i lavoratori ci rimetteranno tutti. Chi più chi meno a seconda delle categorie: i tagli ai fondi che servono per pagare indennità, turni, straordinari, produttività, sono infatti previsti in percentuali diverse: 0,96 per i lavoratori di comparto; 0,35 dirigenza medica, 1,15 dirigenza sanitaria e 12 per cento dirigenza Pta.

A questo proposito Giulia Bisoffi, rappresentante sindacale dei dirigenti Pta dell'Azienda, si chiede: «Il taglio previsto per noi è del 12, inoltre perdiamo unità complesse. È avvilente: ho chiesto quale algoritrmo sta alla base di questa decisione ma non ce lo comunicano».

Arrabbiata per il cambio di carte in tavola anche Anna Tomezzoli, rappresentante Anaao dei medici ospedalieri: «La bozza che ci avevano consegnato è diversa da quella che ci siamo trovati davanti. La cifra del fondo riparativo prevista a parziale compensazione dei tagli, infatti, è scesa dal 20 al 10 per cento». Tutti concordano nel descrivere come «aggressivo» l'atteggiamento della Regione, che spinge per l'attuazione rapida dei trasferimenti, al limite anche senza le firme dei sindacati e senza il consenso del personale coinvolto. «Ma non si può», taglia corto Sonia Todesco, «non per chi sta oltre i 50 km da Padova». La Cgil Fp a questo punto è pronta ad affilare le armi: «Quello ottenuto ieri è già un

grosso risultato», assicura Todesco ricordando come dell'Rsu dell'Aoui composta da 48 persone solo 5 abbiano firmato (tre di Cisl e due di Uil) e il documento contrario dell'assemblea consegnato dall' Rsu dell'Ulss 9, «adesso siamo pronti a ricorrere al Tar. In questa operazione c'è un pasticcio: la Regione ha inserito in una procedura di cessione di attività e personale materie di contrattazione come

la gestione dei fondi aziendali. Non c'è supporto normativo nazionale per un'operazione del genere, le conseguenze in termini di vertenze saranno enormi». Sono al vaglio inoltre dei legali di Cgil Fp eventuali azioni contro la Regione per comportamento antisindacale.

Francesca Mazzola



E adesso si muove l'Anpo. L'Associazione nazionale primari ospedalieri, con una lettera firmata dal presidente regionale Valentino Miconi e dal componente del direttivo Marco Pradella e indirizzata alla Direzione risorse strumentali dell'area sanità della Regione Veneto, dichiara che non firmerà l'accordo sindacale che fissa il trasferimento di personale dalle aziende sanitarie alla neonata Azienda Zero. con sede a Padova a Passaggio Gaudenzio. Il peso di questo sindacato, che si muove compatto, si aggiunge a quanto già espresso dai rappresentanti scaligeri nel doppio incontro con tutte le categorie di lavoratori interessate, in Azienda ospedaliera universitaria integrata e all'Ulss 9 Scaligera, lunedì. Allora, il dottor Claudio Costa e l'avvocato Maria Luisa Miazzi, in rappresentanza della Regione, avevano raccolto alcune adesioni ma un gran numero di no o astensioni da parte delle 24 sigle sindacali coinvolte. Anche a livello regionale, inoltre, a macchia di leopardo si sta diffondendo nei confronti dell'accorL'ARENA - 29 settembre 2017

Anpo dice «no» ai trasferimenti in Azienda Zero

do proposto un certo dissenso, del quale si sta facendo da tempo portavoce Cgil Funzione pubblica. L'Anpo contesta in particolare il punto 6 dell'accordo: «Ricollocazione del personale in esubero». «La prima parte del testo lascia intendere che il dirigente non avrebbe conseguenze negative», si legge nella lettera, «invece il richiamo alle norme art.9, comma 32, dl 78 del 2010 e art.1 comma 18 del dl 138/2011 significa esattamente il contrario». La posizione di Anpo è chiara, la esprime il dottor Pradella: «Se queste norme sono obbligatoriamente applicabili in Veneto, perché ci chiedono il consenso? Se invece non sono applicabili, non si applicano». Per Anpo ci sono altre strade per garantire il lavoro degli eventuali dirigenti che risultassero in esubero dopo la costituzione dell'organico di Azienda Zero, previsto a regime a gennaio 2018. «Ad esempio il ricollocamento», sintetizza Pradella. Negativo il parere sull'accordo anche per quanto riguarda i tagli lineari ai fondi degli stipendi del personale delle aziende di origine per garantire quelli della Zero. Proprio per discutere del taglio di 1.039.081 euro all'anno ad Aoui e Ulss9, a fronte del previsto trasferi-

mento di 49 figure professionali da Verona a Padova (ma i numeri in realtà saranno più bassi), Cgil Fp sta organizzando assemblee dei lavoratori: saranno 30 nei vari reparti e realtà del veronese, a cominciare dal prossimo giovedì 5 ottobre. Intanto Cgil Fp contesta anche l'utilizzo delle risorse deciso da Azienda Zero, che parteciperà oggi e domani con uno stand alla Leopolda di Firenze al Forum sulla Salute 2017 dedicato alla sostenibilità nel settore sanitario. Nel decreto del commissario di Azienda Zero, Mauro Bonin, vengono destinati 15 mila euro alla società Koncept per rientrare tra gli espositori dell'evento, per avere un ritorno di visibilità, oltre che come occasione di confronto, per Azienda Zero.

Scrive il segretario regionale di Cgil Fp, Daniele Giordano: «L'Azienda Zero così comincia malissimo. Questa spesa arriva proprio mentre la Regione ha previsto il più grande taglio lineare della storia sui fondi contrattuali del personale, già impoveriti dall'assenza del contratto nazionale da sette anni, a favore dei super amministrativi di Azienda Zero».

Francesca Mazzola

Lavorare in carcere, a tu per tu con Emanuela, Giuseppina e Moreno



"Una realtà altamente complessa, quella del carcere, a cavallo tra un servizio territoriale e una residenza protetta" in cui i sanitari sono ospiti in casa d'altri con tutte le regole della casa ospitante. Così lo definisce Emanuela Vicentini la coordinatrice degli infermieri che vi lavorano.

IL CARCERE, "CI APRE LE PORTE" EMANUELA VICENTINI

La sanità penitenziaria dall'atto aziendale viene riconosciuta come unità semplice dipartimentale del territorio, spiega Emanuela Vicentini, coordinatrice del carcere della nostra città. Il carcere è una realtà altamente complessa in cui i sanitari sono ospiti in casi d'altri con le regole della casa ospitante.

Una casa che fa parte del Ministero di grazia e giustizia e che ha l'obiettivo di custodia e riabilitazione delle persone colpevoli di reato.

Il nostro obiettivo, continua Vicentini è di prevenzione e cura del "paziente", una persona privata della libertà, spesso tossicodipendente.

Se straniero, in particolare (la percentuale di difficoltà a comprendere la nostra lingua è per fortuna molto bassa, ma anche in generale, la relazione che l'infermiere può instaurare con il detenuto è sempre mediata dall'agente di polizia penitenziaria.

Ecco quindi, che il raggiungimento degli obiettivi dell'assistenza è possibile esclusivamente instaurando buone relazioni con il personale di polizia penitenziaria e tenendo ben presente che gli attori che si adoperano per il recupero psico-fisico dei detenuti non sono solo i sanitari ma ci sono anche altre figure quali ad esempio educatori, animatori, insegnanti. L'attività principale del personale infermieristico è la somministrazione della terapia.

Altre attività sono riferibili a tutte quelle erogate da un distretto sanitario: medicazioni, ECG, primo soccorso, ecc.

Le criticità, conclude, non mancano: quelle principali riguardano l'assenza di figure di supporto alle quali poter attribuire attività non propriamente legate all'assistenza, l'obsolescenza degli strumenti di lavoro. Inoltre, manca del tutto l'informatizzazione dei processi quali ad esempio la somministrazione della terapia, l'accesso ai referti ecc.

a cura della REDAZIONE

Corrispondenza: info@ipasviverona.it

Giuseppina e Moreno, l'intervista

Perché il lavoro in carcere, un caso o una scelta?

Giuseppina: È stata una scelta dettata da motivi di salute.

Moreno: Dopo molti anni in un reparto internistico decisi che era il momento di cambiare e tra le varie scelte mi sembrava quella più "diversa".

Dove e come agisce le sue competenze l'infermiere in carcere?

Giuseppina: Prevalentemente presso l'ambulatorio presente in tutte le sezioni del carcere.

Moreno: Si tratta di una realtà a cavallo tra un servizio territoriale e una

residenza protetta: le competenze sono da utilizzare tutte soprattutto nell'educazione sanitaria.

Quali sono le difficoltà nell'agire in un contesto dove a fare la differenza in termini numerici sono altre figure e professionalità e non gli infermieri come è invece nelle strutture del S.S.N.?

Giuseppina: La scarsa considerazione del ruolo infermieristico alla base della collaborazione con la polizia penitenziaria.

Moreno: È difficile trovare un coordinamento con l'amministrazione penitenziaria che vorrebbe applicata solo la medicina difensiva (soprattutto in ambito psichiatrico). A sua volta l'amministrazione penitenziaria è formata da un sistema di compartimenti stagni ognuno volto (anche nel singolo individuo) a preservare il proprio interesse.

A livello di professionalità sanitarie la casa circondariale in cui lavoro, per mezzi e luoghi forniti, ci obbliga un po' a navigare a vista.

E i vantaggi e l'opportunità?

Giuseppina: La crescita personale e professionale.

Moreno: I vantaggi sono sicuramente a livello della mancanza di carichi di lavoro "fisici" e la disponibilità di tempo per instaurare anche un rapporto di fiducia con (non moltissimi ma qualcuno c'è) gli utenti interessati a un percorso riabilitativo.

Lei suggerirebbe a un neo laureato di orientarsi verso un impiego nel contesto carcerario?

Giuseppina: No.

Moreno: Per com'è diviso ora il sistema carcerario nazionale, consiglierei una lunga esperienza prima in ambienti di medicina psichiatrica.

Per quali ragioni?

Giuseppina: Secondo me è una realtà adatta a personale formato e maturo.

Moreno: Spesso serve un approccio

realista e non idealista.

Quale "futuro" vede per gli infermieri nel contesto carcerario?

Giuseppina: Un futuro molto complesso.

Moreno: Se si trovasse un coordinamento unico nazionale e collaborazione da parte dell'amministrazione penitenziaria le possibilità di trovare soddisfazioni professionali ci sarebbero.

Pensando al contesto in cui opera, se dovesse chiedere tre cose alla comunità professionale quali sarebbero?

Giuseppina: Maggiore sicurezza, maggiore riconoscimento professionale, maggiore riconoscimento economico.

Moreno: A livello infermieristico una sola: protocolli più aderenti alla realtà oggettiva (stilati da professionisti che abbiano esperienza di un dato ambito).



"Anche in un URP si può fare assistenza infermieristica", a tu per tu con Daniela Fasoli da anni responsabile di URP

Un caso all'inizio, una scelta poi quella di Daniela Fasoli, una delle poche infermiere responsabili di un URP delle Aziende sanitarie del Veneto. Ma cosa vuol dire essere infermiere responsabile di URP? Lo abbiamo chiesto direttamente a lei.



Dottoressa Fasoli, lei è una delle poche infermiere responsabili di un URP delle Aziende sanitarie del Veneto, è stato un caso o una scelta precisa?

All'inizio, si è trattato di un caso: era il 1997 e si chiudevano le Scuole regionali per I.P. in cui lavoravo come infermiera insegnante. Contemporaneamente, si aprivano gli Urp e questa è stata la mia opportunità. Dopo 20 anni e 5 Direttori Generali penso che si possa parlare di scelta.

Come agisce le sue competenze l'infermiere all'interno dell'URP?

Anche in un Urp si può fare assistenza infermieristica, che qui si declina innanzitutto nella capacità di saper ascoltare e capire i bisogni delle persone che si presentano, scrivono, chiamano. E poi, aiutarle a risolvere i problemi evidenziati (laddove possibile) e far valere i propri diritti. Ovviamente siamo molto lontani dall'assistenza infermieristica intesa come "fare prelievi, distribuire pastiglie e sciroppi, applicare e togliere cerotti o fare punture". Oggi essere infermieri, in qualsiasi ambito si svolga la propria attività, richiede competenze scientifiche, relazionali e tecniche, rendendolo uno dei professionisti più impegnati nella rete dei servizi alla persona e alla collettività.

Anche all'interno dell'Urp è così, anche qui la capacità di risolvere problemi è un requisito fondamentale, come la capacità di gestire le relazioni.

Quali sono le difficoltà ad agire che incontra un responsabile di URP?

Le difficoltà sono insite alla specificità dell'Urp. È un "territorio di frontiera" in cui cittadini e operatori hanno la possibilità di incontrarsi e (spesso) scontrarsi. Da qui il rischio reale di diventare di volta in volta il capro espiatorio o il grillo parlante. Non so quale delle due immagini sia più critica. La difficoltà è proprio quella di svolgere il proprio ruolo in uno spazio in cui l'autonomia gestionale è ampia, che richiede specifiche competenze e conoscenze e soprattutto autorevolezza. Un ruolo che deve essere contemporaneamente riconosciuto e supportato dalla Direzione Generale, da cui dipende l'Ufficio, e dagli operatori dell'Azienda con i quali quotidianamente è necessario confrontarsi e collaborare.

E se a essere responsabile è un infermiere le difficoltà sono le stesse o sono maggiori?

Le difficoltà sono le stesse per chiunque si trovi a gestire l'Urp, indipendentemente dall'inquadramento professionale. Per tutti è fondamentale saper gestire la complessità di un ruolo che nello stesso tempo richiede pazienza, attenzione, disponibilità, capacità di mediazione, e questo si conquista nel tempo e sul campo, con impegno costante e formazione dedicata. Il passaggio fondamentale avviene quando anche gli operatori, e non solo gli utenti con i quali spesso si ha a che fare per poco tempo, riconoscono queste capacità.

Quale è secondo lei il valore aggiunto dell'infermiere all'interno dell'URP?

Il valore aggiunto ha a che fare con l'essere

a cura della REDAZIONE

Corrispondenza: info@ipasviverona.it

stato formato per una professione che si occupa dell'assistenza alle persone.

Avere quindi sia le conoscenze per saper capire meglio i problemi che vengono raccontati, avere la disposizione teorico-pratica per la loro soluzione (laddove possibile) e possedere la capacità di empatia, così fondamentale nell'esercizio della nostra professione in tutti gli ambiti e necessaria anche per chi lavora all'Urp.

Dalla loro istituzione ad oggi è cambiata e come l'attività all'interno dell'URP?

È cambiata l'attività perché nel frattempo è cambiato il mondo. I problemi possono essere più o meno sempre gli stessi, ma si sono moltiplicate le possibilità di manifestarli, è aumentata la consapevolezza da parte dei cittadini dei propri diritti e la determinazione nel farli valere. Ancora, è aumentata la conflittualità come sicuramente tutti i colleghi avranno rilevato nell'attività di tutti i giorni, è cambiato il modo di comunicare con le persone. In questo contesto essere all'Urp ha senso se si ha la possibilità di portare la voce dell'utente laddove i problemi possono essere gestiti. Da questo ufficio si ha la possibilità di osservare l'Azienda in cui si lavora da un punto di vista unico, quello che vede la persona che usufruisce dei nostri servizi e che non necessariamente coincide con quello di chi ci lavora.



Il decreto vaccini è legge, dodici quelli obbligatori e sanzioni fino a 500 euro per chi non li fa

a cura della REDAZIONE

Corrispondenza: info@ipasviverona.it

PER APPROFONDIRE

- Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73.
- Le vaccinazioni: corso FAD promosso dalla Federazione IPASVI attivo dal 29 settembre 2017 al 29 settembre 2018.
- La Carta di Pisa delle vaccinazioni negli operatori sanitari.

Dopo quasi due mesi di dibattito piuttosto acceso, il decreto sui vaccini presentato dal Ministro Lorenzin nel giugno scorso è diventato legge. Si è sciolto così ogni dubbio sulle azioni decise dal Governo in materia di vaccini.

IE VACCINAZIONI...

Non lasciano dubbi le motivazioni a sostegno delle posizioni del nostro Governo sulla questione vaccini o meglio, dovrebbero chiarire anche i dubbi dei più scettici. Eccole in sintesi, come espresse in occasione della presentazione del provvedimento. Le vaccinazioni, spiega il Ministro, configurano l'intervento di sanità pubblica più importante per l'umanità: di fatto hanno abbattuto i tassi di morbosità e mortalità dovuti alle patologie prevenibili e ridotto il tasso di ospedalizzazione e degli eventuali esiti invalidanti dovuti alle patologie prevenibili.

Per arrestare la circolazione dell'agente patogeno e conseguentemente la diffusione delle malattie nella popolazione è necessario raggiungere una soglia di copertura vaccinale: quella raccomandata dall'OMS e necessaria per raggiungere la cosiddetta immunità di gregge è pari al 95%.

Con questa sogli di copertura vengono tutelate anche le persone che, per le loro condizioni di salute non possono essere vaccinate.

FINO AL 1999...

Fino al 1999 erano quattro le vaccinazioni obbligatorie per essere ammessi a scuola: la vaccinazione antidifterica, antitetanica, antipoliomielitica e anti-epatite virale B.

Il mancato rispetto dell'obbligo comportava, quindi, il rifiuto dell'iscrizione a scuola e l'applicazione di sanzioni pecuniarie. Attraverso tali previsioni, in passato, sono stati ottenuti ottimi risultati in termini di controllo delle malattie.

In quell'anno, questo obbligo però venne meno perché le strategie vaccinali fin lì adottate avevano consentito di raggiungere elevate coperture vaccinali.

OGGI

Attualmente, spiegano gli esperti, la copertura media nazionale delle vaccinazioni è oggi (i dati si riferiscono alla coorte 2014 – 31/12/2016) è "pericolosamente" al di sotto della soglia raccomandata dall'OMS: tetano 93,7%, pertosse e difterite93,6%, poliomielite 93,3%, epatite 93%, parotite e rosolia 87,2%, meningococco C 80,7%, varicella 46,1%, morbillo 87,3%. Rispetto a questo ultimo, i casi segnalati dall'inizio del 2017 sono stati 2851 con un incremento di oltre il 500% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, nonostante la sotto-notifica.



LE CAUSE E LE CONSEGUENZE...

Tra le cause della ridotta copertura vaccinale secondo gli specialisti vanno considerate:

- La scarsa consapevolezza degli effetti benefici per la salute, individuale e collettiva, derivanti dalla somministrazione dei vaccini:
- La ridotta percezione dei rischi legati alle malattie infettive, proprio grazie al successo dei programmi vaccinali.
- La diffusione di teorie prive di fondamento scientifico che mirano ad enfatizzare la gravità e la frequenza degli eventi avversi da vaccinazione (fake news).
- La costituzione di movimenti di opposizione alle vaccinazioni per motivi ideologici o per altri interessi (no-vax).
- La falsa correlazione tra i vaccini e l'insorgere di alcune patologie (ad esempio: l'autismo) e conseguente timore dei genitori di sottoporre i propri figli a vaccinazione

Ovvie conseguenze, continuano, sono:

- La ricomparsa di malattie infettive che erano sotto controllo, spesso accompagnata da ritardi nella diagnosi proprio per la difficoltà di riconoscere agevolmente quadri clinici raramente o mai incontrati nella pratica clinica.
- L'aumento dei casi di malattie infettive in fasce di età diverse da quelle classiche e quadri clinici più gravi, con maggiore ricorso all'ospedalizzazione.
- La comparsa di casi di infezione da virus della rosolia in donne in gravidanza con rischio di infezioni del feto (tra le possibili conseguenze: sindrome della rosolia, parto pre-termine, aborto spontaneo o terapeutico)
- L'aumento dei costi sanitari e sociali legati al diffondersi delle malattie, all'incremento dell'ospedalizzazione e degli eventuali esiti invalidanti.

DECRETO LEGGE "PREVENZIONE VAC-CINALE, LE NOVITÀ IN SINTESI

Le vaccinazioni obbligatorie e gratuite,

passano da 4 a 12.

Per i minori di età compresa tra 0 e 16 anni sono obbligatorie e gratuite – in base alle specifiche indicazioni del Calendario Vaccinale Nazionale relativo a ciascuna coorte di nascita – le seguenti vaccinazioni:

- antidifterica, antitetanica, antipoliomielitica e anti-epatite virale B (che erano già obbligatorie);
- antipertosse, anti Haemophilus Influenzae tipo b, antimeningococcica B, antimeningococcica C, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella (che non erano obbligatorie ma previste nel calendario vaccinale e, "fortemente raccomandate".

Dodici vaccini che però non devono essere somministrati singolarmente. Sei possono essere somministrati contestualmente con la vaccinazione esavalente (anti-poliomielite, anti-difterite, anti-tetano, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-Haemophilus Influenzae tipo b) e quattro con la vaccinazione quadrivalente (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella). Solo due, l'antimeningococco B e antimeningococco C, devono essere somministrati separatamente.

Tutte le vaccinazioni obbligatorie sono gratuite: sono esonerati dall'obbligo di vaccinazione i soggetti immunizzati per effetto della malattia naturale (esempio: i bambini che hanno già contratto la varicella), chi si trova in specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Ancora, il vaccino è posticipato quando i soggetti si trovano in specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta (esempio: una malattia acuta grave o moderata con o senza febbre). Se il bambino non è vaccinato e nel

caso in cui il genitore/tutore non presenti alla scuola la documentazione attestante l'avvenuta vaccinazione, l'esonero, l'omissione o il differimento, i bambini da 0 a 6 anni non possono accedere agli asili nido e alle scuole dell'infanzia, mentre quelli da 6 a 16 possono accedere a scuola. In entrambi i casi, comunque, il dirigente scolastico o il responsabile dei servizi educativi è tenuto a segnalare la violazione alla ASL entro dieci giorni.

L'ASL contatta i genitori/tutori per un appuntamento e un eventuale colloquio informativo indicando le modalità e i tempi nei quali effettuare le vaccinazioni prescritte. Se i genitori/tutori non si presentano all'appuntamento oppure, a seguito del colloquio informativo, non provvedano a far somministrare il vaccino al bambino, l'ASL contesta formalmente l'inadempimento dell'obbligo.

La mancata osservanza dell'obbligo vaccinale a seguito della contestazione dell'ASL comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 7.500 euro, proporzionata alla gravità dell'inadempimento (esempio: al numero di vaccinazioni omesse).

Non incorrono in sanzione i genitori che provvedono a far somministrare al minore il vaccino o la prima dose del ciclo vaccinale nel termine indicato dalla ASL nell'atto di contestazione, a condizione che completino il ciclo vaccinale nel rispetto delle tempistiche stabilite dalla ASL di riferimento. I minori non vaccinabili (ovvero quelli per cui la vaccinazione è stata omessa o differita) per ragioni di salute sono inseriti in classi nelle quali sono presenti soltanto minori vaccinati o immunizzati naturalmente.

La comunicazione delle classi in cui sono presenti più di due bambini non vaccinati deve essere effettuata alla ASL di competenza entro il 31 ottobre di ogni anno.

E GLI INFERMIERI COSA PENSANO?

Il Consiglio nazionale della Federazione IPASVI recentemente ha unanimemente riconosciuto la necessità delle campagne vaccinali e ha dichiarato il proprio impegno per contribuire all'informazione e all'educazione alla salute che deve essere la base di una nuova cultura della popolazione, in accordo con la comunità scientifica nazionale e internazionale che riconosce alle vaccinazioni un ruolo essenziale a livello di prevenzione e di lotta alle principali malattie diffusive.

La Federazione nazionale dei Collegi lpasvi – si legge nel documento di posizionamento del Consiglio nazionale lpasvi -, firmataria anche della Carta di Pisa sulle vaccinazioni negli operatori sanitari per riconoscere il valore della vaccinazione soprattutto tra i professionisti, ha chiaramente sottolineato la necessità che il suo ruolo, per ottenere i migliori risultati, tenda in termini di empowerment dei pazienti, a comunicare in modo intenzionale con l'assistito e agevolare così la scelta vaccinale".

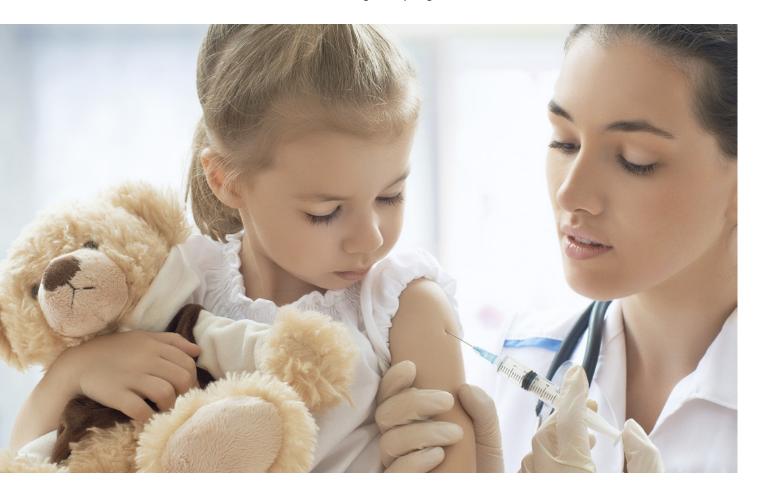
"Riconfermiamo – afferma la presidente lpasvi Barbara Mangiacavalli – la nostra massima collaborazione in termini di attività professionale e progettuale alle istituzioni preposte alla programmazione e ad assicurare agli assistiti e alla comunità scientifica la presenza attiva degli infermieri e assistenti sanitari, come sempre finora dimostrato nonostante le pesanti carenze di organici, per garantire di fa

fronte ai bisogni dei pazienti.

La nostra professione – aggiunge - come quella di chiunque ha scelto di garantire assistenza e salute dei cittadini, non ha nemici solo nella razionalizzazione, ma c'è un nemico più grande e subdolo che sta crescendo: l'ignoranza.

È un vero e proprio fuoco, alimentato da una scorretta informazione che spesso, frutto anch'essa di altrettanta ignoranza ma questa volta anche colpevole di non saper ammettere i propri errori, distrugge, l'opera difficile di informazione, educazione e prevenzione che si fa per i cittadini".

(dal portale IPASVI – Infermieri a lezioni di vaccini)



Acondroplasia, la storia di Marco

La vita in un mondo alto: "un problema per molti di noi. Non riusciamo a raggiungere gli scaffali in un negozio, la taglia dei vestiti non è confacente alle nostre misure e talvolta siamo costretti ad adattare le nostre case".



L'acondroplasia è la forma più comune di condrodisplasia, caratterizzata da rizomelia, marcata lordosi lombare, brachidattilia, macrocefalia con fronte prominente e ipoplasia mediofacciale.

Un difetto di crescita ossea che colpisce una persona ogni 2.000 nati: una rara condizione caratterizzata da nanismo.

Pur essendo una condizione autosomica il 90% delle persone colpite da questa malattia nasce da genitori non affetti. E così è successo a Marco: la diagnosi è stata fatta subito dopo la sua nascita ma lui la "scoperta" pensa di averla fatta quando si è confrontato con i suoi fratelli.

Marco lavora come consulente in una multinazionale. Raccontandosi, ricorda che le sue preoccupazioni non sono cominciate fin da piccolo ma più tardi, durante l'adolescenza, periodo in cui, dice, a causa della malattia quelli che sono problemi normali peggiorano.

Chi è affetto da questa malattia ha spesso la sensazione di vivere in un "mondo alto". Un problema di molti, continua Marco, "Non riusciamo a raggiungere gli scaffali in un negozio, la taglia dei vestiti non è confacente alle nostre misure e talvolta siamo costretti ad adattare le nostre case. Comprare vestiti speciali o alterare la propria casa può essere anche molto costoso... ma naturalmente non è solo un problema economico. In alcuni Paesi, ad esempio, può rivelarsi molto difficoltoso prendere un caffè in un bar o salire su un autobus,"

(Tratta da Eurodis – Rare Diseases Europe – www.eurodis.org).

"Alti si nasce, grandi si diventa"



a cura della REDAZIONE

PER SAPERNE DI PIÙ

- malattierare.regione.veneto.it
- http://www.aisac.it/





Le malattie rare

a cura della REDAZIONE

Una malattia viene ritenuta rara quando la sua prevalenza non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05% della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone.

Il numero di malattie rare conosciute e diagnosticate oscilla tra le 7.000 e le 8.000, ma è una cifra che cresce con l'avanzare della scienza e, in particolare, con i progressi della ricerca genetica.

Non si può più quindi parlare di pochi malati ma di milioni di persone in Italia e addirittura decine di milioni in tutta Europa.

Secondo la rete Orphanet Italia (il portale delle malattie rare e dei farmaci orfani) nel nostro Paese i malati rari sono 2milioni e il 70 per cento sono bambini in età pediatrica.

(dal portale OMAR – Osservatorio Malattie Rare)

INFORMAZIONI

TITOLO:

Siamo solo noi Le malattie rare: storie di persone eccezionali

AUTORE: Margherita De Bac

EDIZIONI: Casa Editrice Sperling & Kupfer 2008

PAGINE: 216

Siamo solo noi Le malattie rare: storie di persone eccezionali

L'autrice, giornalista del "Corriere della Sera" le definisce così le malattie rare: "Agli occhi della collettività una patologia è rara non dal punto di vista statistico, ma perché non se ne sa niente, non se ne parla mai. Perché non finisce sui giornali. Rare. Eppure l'aggettivo appare improprio, quando

le contiamo. Tutte insieme diventano 6-7000."

Il libro è un viaggio che attraversa il Paese passando dai centri specializzati, dalle associazioni e soprattutto dalle tante e diverse storie delle persone che la De Bac definisce "i condannati per insufficienza di sapere". "Nessuno o pochi sanno cosa hai, nessuno ti cura, nessuno ti aiuta". Allora bisogna parlare della vita di tutti giorni, di casi reali: solo così si può capire cosa vivono le persone

che sono affette da malattie rare e con loro i familiari e le "battaglie quotidiane" alla ricerca di risposte e di cure.



Formazione e sviluppo di carriera, quale futuro?



Sono un'infermiera laureata da qualche anno, lavoro in una chirurgia generale di un ospedale della provincia. Posso dire di essere soddisfatta del lavoro e della vita professionale ma volevo chiederle, dato che sta per cominciare il nuovo anno accademico delle università italiane, quali sono gli ambiti di sviluppo della professione in percorsi formativi oltre la laurea triennale e quali sono i possibili sviluppi di carriera?

Monica

di MARINA VANZETTA	

Gentile Collega,

Grazie per la sua domanda in questo momento. Ogni singolo ateneo pubblica la propria offerta formativa in un manifesto agli studi; la formazione post triennale accademica, come le sa, si divide in master di primo livello, laurea specialistica, master di secondo livello e dottorato di ricerca.

Come Collegio e come Federazione IPASVI siamo impegnati sia nel riconoscimento delle competenze avanzate nei tavoli istituzionali sia nella promozione di aree di sviluppo professionale clinico con specializzazioni in differenti contesti.

E ancora, per quanto riguarda l'ambito normativo ed economico: in questo autunno si sono aperti tavoli presso l'ARAN per i nuovi contratti della pubblica amministrazione fermi da anni.

Ci aspettiamo dunque, e i presupposti ci sono tutti, che chi ha percorsi formativi aggiuntivi possa venir valorizzato e premiato e continueremo, come organo professionale, a impegnarci su questo e per questo.

Stefano Bernardelli Consigliere



www.ipasviverona.com



Segreteria Organizzativa Collegio Provinciale IPASVI

Via Ca' di Cozzi, 14/A - 37124 VERONA Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671

E-mail: info@ipasviverona.com

