

L'INVASIONE PERICOLOSA

CONSEGUENZA DEI CAMBIAMENTI CLIMATICI

VIGEVANO – Le zecche stanno diventando un problema anche nel Nord Italia. È uno degli effetti dei cambiamenti climatici in corso e dell'aumento delle temperature. Gli esperti da tempo lanciano l'allarme e anche le Agenzie di Tutela della Salute della Lombardia si stanno muovendo. Ats Pavia ha avviato da qualche tempo un progetto di prevenzione, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER), che ha sede a Pavia.



Ats Pavia ha attivato un progetto di prevenzione per le zecche

LE MALATTIE TRASMESSE

Vanno staccate con una pinzetta

VIGEVANO – La puntura della zecca è indolore e, generalmente, i parassiti rimangono attaccati all'ospite per un periodo compreso dai 2 ai 7 giorni. La pericolosità per l'uomo è legata alle malattie che possono trasmettere: la malattia di Lyme (trasmessa principalmente dalla zecca dei boschi, è difficile da diagnosticare, può colpire il sistema nervoso e diventare cronica), l'ehrlichiosi (di solito presenta sintomi simili a quelli dell'influenza), le febbri bottonose da rickettsiae, la tularemia, la babesiosi, l'encefalite virale e la febbre emorragica Crimea-Congo, associata in particolare a specie del genere Hyalomma. Ci sono alcune misure che possono essere adottate per prevenire il morso da zecche:

è consigliabile indossare abiti chiari, coprire gambe e braccia (è importante indossare pantaloni lunghi anche durante le passeggiate in montagna) e utilizzare un cappello, evitare i prati con l'erba alta e, al termine di ogni escursione, controllare visivamente pelle e indumenti.

«Le zecche – spiegano gli esperti – tendono a localizzarsi preferibilmente sulla testa, sul collo, dietro le ginocchia, sui fianchi. Se individuate sulla pelle, le zecche vanno prontamente rimosse, perché la probabilità di contrarre un'infezione è direttamente proporzionale alla durata della permanenza del parassita sull'ospite. Solo dopo un certo periodo (alcune ore) in cui è saldamente ancorata per alimentarsi, la zecca rigurgita parte del pasto e potrebbe inoculare nel sangue dell'ospite eventuali patogeni. Bisogna comunque tenere presente che solo una percentuale di individui è portatore di infezione». Per rimuoverle, occorre afferrare la zecca con una pinzetta, e tirare dolcemente, con un movimento di rotazione; poi va disinfettata la zona ed è bene rivolgersi al proprio medico se si nota un alone rossastro, o sintomi come febbre, debolezza ecc.



«È importante raccogliere la zecca – è la raccomandazione di Ats Pavia – dopo il morso per mappare la loro diffusione sul territorio, scoprire quali malattie possono trasmettere e fornire indicazioni importanti sull'eventuale terapia». Chi dovesse imbattersi in uno spiacevole incontro con il parassita, può contattare l'ufficio dei Servizi veterinari di Ats Pavia. Gli orari di apertura sono i seguenti: dal lunedì al giovedì dalle 9 alle 16 e il venerdì dalle 9 alle 14. A Vigevano l'ufficio si trova in corso Vittorio Emanuele II 25 ed è possibile chiamare telefonicamente (0381/299426) per concordare data e orario di consegna del barattolo e della scheda (scaricabile dal sito). Già nel mese di aprile l'Agenzia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) aveva messo in

ATS PAVIA HA AVVIATO UN PROGETTO DI PREVENZIONE: IMPORTANTE RACCOGLIERE IL PARASSITA

Emergenza zecche anche nel Nord Italia: come difendersi e cosa fare se si viene punti

guardia sull'emergenza zecche, pubblicando anche una mappa sulla diffusione del parassita. Ma che cosa sono le zecche? Si tratta di artropodi, appartenenti all'ordine degli Ixodidi, con dimensioni che possono variare da qualche millimetro a circa un centimetro. Sono diffuse un po' in tutto il globo, e ne sono state catalogate circa 900 specie; sono 36 quelle rilevate nel nostro Paese. «La più comune in Italia risulta essere Argas reflexus detta anche "zecca del piccione". Le specie più diffuse e rilevanti da un punto di vista sanitario sia in Italia che in Europa sono "Ixodes ricinus" (la zecca dei boschi) – spiegano dall'Istituto Superiore di Sanità – Il ciclo biologico delle zecche, che può compiersi su uno stesso ospite oppure su due o tre ospiti diversi, si sviluppa

attraverso quattro stadi: uovo, larva, ninfa e adulto. Dopo la schiusa delle uova, il passaggio da uno stadio a quello successivo richiede un pasto di sangue, sia per le femmine che per i maschi. Le femmine adulte, inoltre, necessitano del pasto di sangue per la maturazione delle uova. In genere le zecche non sono molto selettive nella scelta dell'organismo da parassitare, ma possono scegliere diverse specie animali dai cani ai cervi, agli scoiattoli fino all'uomo; le stesse specie che si nutrono su grandi mammiferi possono parassitare anche gli uccelli quando sono nello stadio di larva e ninfa. Il pasto di sangue, durante il quale la zecca rimane costantemente attaccata all'ospite, si compie nell'arco di ore per le zecche molli, di giorni o settimane per quelle dure».

«È importante raccogliere la zecca – è la raccomandazione di Ats Pavia – dopo il morso per mappare la loro diffusione sul territorio, scoprire quali malattie possono trasmettere e fornire indicazioni importanti sull'eventuale terapia». Chi dovesse imbattersi in uno spiacevole incontro con il parassita, può contattare l'ufficio dei Servizi veterinari di Ats Pavia. Gli orari di apertura sono i seguenti: dal lunedì al giovedì dalle 9 alle 16 e il venerdì dalle 9 alle 14. A Vigevano l'ufficio si trova in corso Vittorio Emanuele II 25 ed è possibile chiamare telefonicamente (0381/299426) per concordare data e orario di consegna del barattolo e della scheda (scaricabile dal sito). Già nel mese di aprile l'Agenzia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) aveva messo in

SANITÀ TRA PRESENTE E FUTURO

di GUIDO BROICH info@guidobroich.it oppure informatore@guidobroich.it

Nuovi ruoli nella filiera degli operatori sanitari



Da qualche settimana ha raggiunto i giornali la notizia della creazione di nuovi ruoli nella filiera degli operatori sanitari, le cosiddette "Super-OSS". Quando una notizia del genere esce dai palazzi di norma stimola una comprensibile diffidenza generale, per cui è bene fare una analisi tecnica al di là dei proclami e della propaganda abituali. Cosa sono veramente e cosa dobbiamo aspettarci da questa evoluzione? Per capire dobbiamo fare un passo indietro. Prima delle varie riforme della struttura dei ruoli sanitari, questi erano divisi in due grandi aree, quella medica e quella paramedica, infermieristico assistenziale e ausiliario. La prima era graduata in Primario, Aiuto e Assistente, la seconda in Infermiere Professionale, Infermiere Generico e Ausiliario, quest'ultimo senza funzioni dirette sul paziente. La gerarchia era chiara, con il Primario in cima. Aveva responsabilità su tutto l'operato dei suoi sottoposti, medici e non medici. A lui solo faceva capo la potestà di cura, lasciando agli aiuti una facoltà di proposta non esecutiva e assumendo su di sé ogni responsabilità. Il Primario era anche l'unico soggetto medico assunto a tempo indeterminato, con aiuti ed assistenti assunti a tempo. Poi venne la stabilità di carriera per aiuti e assistenti ed infine il divieto di lavorare sul territorio per gli stessi, creando quella sciagurata frattura di cui ancora oggi paghiamo il prezzo, ma questo è un'altra storia.

Nel mondo assistenziale non medico la figura dell'infermiere era divisa nei livelli di infermiere professionale ed infermiere generico, affiancata dall'ausiliario. In una filiera di competenze ben definite al medico spettava la potestà di diagnosi e cura, con responsabilità posta in capo al primario, all'infermiere la facoltà di eseguire atti diretti sul paziente di natura assistenziale, anch'essi sotto la responsabilità finale del primario. L'assistente me-

dico, fresco di laurea (non era richiesta la specialità) assisteva aiuti e primario nella gestione clinica e documentale del paziente, ed imparava il mestiere sotto il profilo pratico. L'aiuto poteva assumere deleghe di diagnosi e cura conferitegli dal primario, senza potere autonomo di decisione. Gli atti di semplice assistenza alla persona erano dell'Infermiere generico, riservando l'assistenza anche farmacologica e invasiva all'infermiere professionale. La organizzazione del reparto era affidata ad un infermiere professionale con formazione ulteriore nel ruolo di Caposala. Poi vennero le riforme, prima della parte medica, poi degli infermieri. Sparirono assistente, aiuto e primario, livellati in un ruolo unico, inquadrato come "dirigente" per motivi sindacali e di rivendicazione. Questo ebbe tre risultati importanti: uno, il ruolo del Responsabile del reparto diventava di nomina a tempo, permettendo alla Direzione Ospedaliera di nomina politica di rinegoziare il conferimento ogni 5 anni. Due, i medici divennero personalmente responsabili di diagnosi e cura, aprendo la porta ad un contenzioso esteso prima inimmaginabile e lasciando al primario la sola responsabilità economico-organizzativa. Tre, scompare la figura del medico in formazione, dell'assistente "entry-level", che da una parte poteva operare senza specializzazione, e dall'altra svolgeva la sua specializzazione in forma regolare ospedaliera pubblica.

Nel mondo infermieristico la crescita di formazione e professionale porta semplicemente alla cancellazione dell'infermiere generico e la creazione dell'infermiere unico laureato, senza alcuna azione definitiva sulle competenze affidate. Questa evoluzione crea due grandi vuoti: nella funzione medica, manca l'assistente, il livello formativo vero, in quella assistenziale si crea un vuoto tra personale ausiliario e infermieristico professionale. Tale iato è particolarmente ampio tra infermieri, ormai professionisti laureati, e

ausiliari, personale non sanitario, per cui viene creata la figura intermedia di ruolo sanitario dell'Operatore Socio Sanitario, con formazione accelerata semestrale. La mancata riforma legale delle competenze infermieristiche, rimaste ferme al dopoguerra, che ha impedito un compimento della evoluzione verso l'alto in forma di specializzazioni tecniche e maggiori competenze esecutive degli infermieri, ha reso ancora più complesso queste fratture. Per quanto riguarda la frattura esistente tra infermieri e medici, sarebbe necessario reinserire il medico in formazione specialistica allo stesso livello del vecchio Assistente. Per il ruolo infermieristico sarebbe necessario dare spazio alle nuove competenze aggiuntive, sanitarie ed organizzative. Per i compiti di assistenza diretta alla persona è evidente che il gap creato tra le funzioni non sanitarie e quelle infermieristiche è troppo grande per essere coperto dalla semplice ed unica figura dell'Operatore Socio Sanitario a formazione semestrale. La crisi del personale attuale, dovuta ad anni di erronea gestione delle assunzioni, sta aggravando il quadro, portando spesso ad un utilizzo non conforme al proprio ruolo dei dipendenti. Nel 2017 venne attivato su mia iniziativa un tavolo congiunto tra le varie professionalità, purtroppo poi prontamente abbandonato, al fine di elaborare proposte di riforma delle competenze degli operatori in sanità che dia il giusto spazio alle competenze infermieristiche specifiche e specialistiche. La iniziativa dell'Assessore Moratti di istituire la figura di "Super-OSS" va pertanto nella giusta direzione. Per chiudere gli spazi che frantumano la filiera assistenziale dopo le riforme incomplete degli ultimi anni è venuto il momento per avviare una discussione pubblica e condivisa su una riforma organica complessiva delle competenze dei ruoli sanitari, dall'Ausiliario al Primario Medico.