

Giornale Ufficiale Ispasvi di Napoli Anno XXII n°4 Sped. Abb. Post. art. 2 Comma 20/c legge 662/96 Filiale di Napoli

NapoliSana Campania

NSC
ursing
Insero di ricerca infermieristica
All'interno, pagg. 19/30

DISASTRO SUD
LA CAMPANIA
AFFONDA





United Nations **Human Rights**
Office of the High Commissioner for Human Rights

ENGLISH FRANÇAIS ESPAÑOL РУССКИЙ العربية 中文

WORLD HUMAN RIGHTS DAY



United Nations **Human Rights**
Office of the High Commissioner for Human Rights

ENGLISH FRANÇAIS ESPAÑOL РУССКИЙ العربية 中文



L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Basta annunci e scaricabarile Il 2017 come anno del fare

Come ogni fine anno che si rispetti è tempo di bilanci. Ma anche di auguri. E allora, prima ancora di tirare le somme, voglio che in tutte le case dei colleghi e delle colleghe giungano i più sinceri voti per un prospero e felice anno nuovo. Ricco di soddisfazioni, per ciascuno di noi e per la nostra professione.

Passando ai bilanci, dobbiamo archiviare il 2016 come un anno positivo per la nostra professione, sia a livello nazionale che a casa nostra. Ma passerà alla storia come l'annus horribilis della sanità campana. Tutti gli studi di settore e gli indici sanitari collocano infatti la Campania all'ultimo posto. Lo diciamo con dovizia di particolari in questo numero del giornale. Siamo ben oltre l'emergenza. E mentre cittadini, infermieri e tutto il personale sanitario si confrontano ogni giorno con questo scenario devastante rimboccandosi le maniche, la politica si accapiglia, fa spalucce e gioca allo scaricabarile. Uno squallore. Nessuno che sia capace di assumersi la responsabilità del disastro. Che è tutta della politica, beninteso. Lo dicono efficacemente le analisi che pubblichiamo. Siamo ultimi su tutto. O meglio, primi per parti cesarei, per emigrazione sanitaria, per morti evitabili, per numero di assistiti per infermiere e per carichi di lavoro. Ultimi per efficienza, efficacia, qualità dei servizi e del sistema salute, nella classifica degli ospedali, per prevenzione e per tantissime altre voci.

A questa fallimentare gestione della sanità, la politica risponde in maniera inadeguata. Al tentativo di scrollarsi di dosso responsabilità e disastri, si aggiunge poi, beffa nella beffa, la farsa dei proclami. "Vedrete che il 2017 sarà l'anno della svolta", è stato detto dai commissari regionali, commentando l'ultimo dei dati catastrofici: Campania bocciata sui Lea, il peggior dato di sempre per una regione: sotto i cento punti e lontani anni luce dalla sufficienza. E qui il sangue si riscalda. Abbiamo già sentito ai tempi di Caldoro che erano "pronti 1200 posti di lavoro per infermieri e personale sanitario". Assunzioni confermate anche nella "rivoluzione" promessa dal Presidente De Luca. Con impegni pre-

cisi per i tanti colleghi precari, per i tanti fuori regione che aspettano da anni di ricongiungersi con i propri familiari e per le migliaia di giovani infermieri laureati che aspettano invano un concorso nella sanità pubblica. In sette anni di commissariamento, si sono persi in Campania 14mila posti di lavoro in sanità. Ed oggi, per colmare ritardi enormi negli ospedali e sul territorio, occorrerebbero almeno 5mila nuovi posti di lavoro per infermieri generalisti e pediatri. Ai commissari per la sanità e allo stesso Governatore lo abbiamo scritto e lo abbiamo detto a voce nelle poche, fuggevoli, occasioni che ci sono state concesse. Ma siamo inascoltati. E si vede. Fino ad ora si sono fatte solo chiacchiere. La tanto strombazzata rivoluzione, per il momento è tutta in negativo. E i posti promessi sono ancora nei cassetti dei Ministeri e della Regione. Il risultato è che, anche per la ormai cronica mancanza di personale, la sanità campana sta morendo. Nella Campania dove ci si ammala e si muore di cancro più che nel resto d'Italia, dove solo 11 centri su 77 operano più di 15 casi di tumore all'utero in un anno, dove gli ambulatori non sono al passo con gli standard nazionali (1,74 prestazioni ogni 100 abitanti contro le sette delle media nazionale) la vera sfida è investire. Bisogna pensare alla sanità non come un welfare che costa e assorbe risorse. Ma come un volano di crescita. E' insopportabile pensare che in Campania e Sicilia l'aspettativa di vita è alla pari con quella di Bulgaria e Romania. E' insopportabile pensare che in tutte le regioni del Sud i cittadini godano di un diritto alla salute solo sulla carta. Eppure si continua a considerare la salute come una voce di spesa corrente, invece la salute è una spesa di investimento, bisogna fare investimenti pluriennali che possano essere ammortizzati nel tempo. Questo vale per le strutture ospedaliere, ma anche per il territorio, per l'assistenza sanitaria residenziale. Abbattere gli sprechi, i privilegi che ancora permangono, le vischiosità di un sistema sanitario regionale ancora feudale e investire in tecnologie, strutture e risorse umane. Ecco la ricetta per guarire la nostra sanità che, più che malata, ormai è moribonda.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo ufficiale dei Collegi Ipasvi di Napoli e Benevento

ANNO XXII- N. 4 - DICEMBRE 2016

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

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

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Comitato scientifico

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

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Anna Buonocore, Assunta De Martino, Dario De Martino, Francesco Lena, Mariacristina Magnocavallo, Graziana Miele, Peppe Papa, Finizia Peluso, Giovanna Pentella, Teresa Rea, Chiara Sepe, Pippo Trio

Editore, direzione e redazione: **Collegio Ipasvi Napoli**
Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,
Tel. 081 440140, Fax 081 440217

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

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - GALLERIA UMBERTO I, 50 - 80132 NAPOLI

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



In questo numero:



3 L'Editoriale

Basta annunci e scaricabarile il 2017 come anno del fare
di **Ciro Carbone**

6 Catastrofe Sanità

Disastro Sud. E la Campania sprofonda

E' un coro unanime. Non c'è studio di settore, istituto di ricerca, indice analitico sanitario che non collochi il Sud, e la Campania in particolare, agli ultimi posti nelle classifiche di merito. E' una catastrofe sotto tutti i punti di vista.



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Catastrofe Sanità 8

Costi e qualità: bocciata l'ospedalità campana

Dal Piano Agenas, la mappa aggiornata dell'efficienza registrata in tutti gli ospedali italiani. La Campania primeggia in negativo con 4 grandi aziende ospedaliere su 11 per le quali scatta il cartellino rosso.

a cura di Dario De Martino

10 Catastrofe Sanità

Sette anni con i commissari: tagliati 5mila posti



Carbone: "Sbagliate le politiche dei tagli. Investire in sanità per creare occupazione"

di Pino De Martino



Politica Sanitaria 12

Ospedale del Mare, finalmente si parte

Aprono i servizi diagnostici. Per il pronto soccorso, se ne parlerà a partire da febbraio 2017. Sono circa 1.412 i nuovi ingressi di personale in corsia previsti a Napoli Est tra infermieri, medici e altre professioni sanitarie.

di Pippo Trio

14 Politica Sanitaria

"Sanità pubblica in ritirata, si fa prima con il privato"

E' l'impetosa istantanea scattata dai cittadini sull'accesso alle cure. La riporta il XIX Rapporto Pit Salute del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva

di Peppe Papa



Politica Sanitaria 16

Nuovi Lea, finalmente. Ma non lasciamoli sulla carta

Interventi di Lorenzin, Silvestro e Mangiacavalli

di Anna Buonocore

18 Politica Sanitaria

Nuovo Codice deontologico all'esame dei Collegi



NSC Nursing 19

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg.19/30

31 Qui Napoli

L'Asl Napoli Nord smantella la casa delle professioni sanitarie



Qui Benevento 33

Il Cives e le buone pratiche di protezione civile

Della Ratta: "Infermieri portatori di valori solidaristici".

34 Infermieristica pediatrica

Il progetto Alma Mater



Ospedali e territorio 38

Ipsavi Avellino La denuncia: "Fatti gravi al 118"

Catastrofe Sanità

Disastro sud. E la Campania

E' un coro unanime. Non c'è studio di settore, istituto di ricerca, indice analitico sanitario che non collochi il Sud, e la Campania in particolare, agli ultimi posti nelle classifiche di merito. E' una catastrofe sotto tutti i punti di vista.

di Pino De Martino

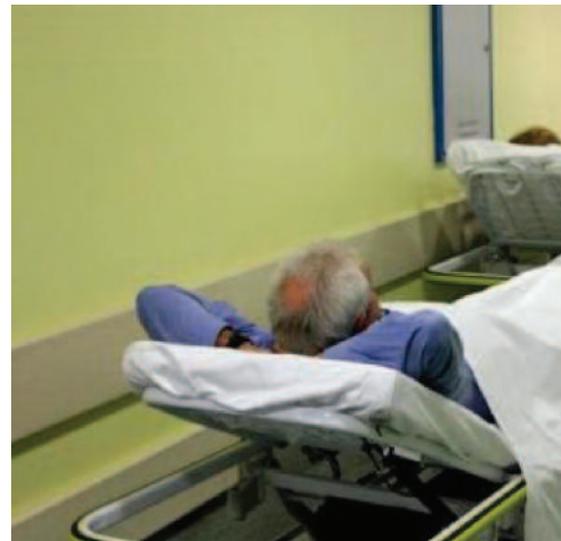
L'ultima cattiva notizia c'è la dà a fine anno la classifica dei **Livelli essenziali di assistenza** (Lea) che il Ministero della Salute stila ogni anno per valutare le regioni in piano di rientro. In Campania siamo in caduta libera. Non solo siamo precipitati all'ultimo posto nella classifica delle Regioni italiane, ma per la prima volta siamo sotto la soglia dei 100 punti in pagella. Mai nessuna regione è rimasta così indietro sui livelli di cura. Scarse, anzi scarsissime, le performance dei vari parametri di qualità sotto osservazione, e lontani anni luce dai 160 punti necessari per la sufficienza.

E poi **I'istat**. L'ultimo Compendio annuale ci dice, tra l'altro, che "sono ancora in calo i posti letto ospedalieri: nel 2013 negli istituti di cura del Ssn risultano 190 mila posti letto, 124 mila medici e 268 mila infermieri". Permangono le differenze della rete d'offerta ospedaliera tra le regioni del Nord e quelle del Mezzogiorno: sono 3,6 i posti letto ordinari ogni mille abitanti nel Nord, contro i 2,8 nel Sud. I posti letto ordinari per mille abitanti variano dai valori più bassi in Calabria (2,5) e Campania (2,7) ai più alti in Valle d'Aosta (4,0), Emilia-Romagna (3,9) e Molise (3,8).

Crea. Tor Vergata - Il quarto rapporto Crea Sanità (il Consorzio per la Ricerca economica applicata in Sanità dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata) del ranking dei sistemi sanitari regionali non è stato più benevolo. L'analisi ci restituisce una Sistema sanitario nazionale a tre velocità: un gruppo di quattro Regioni complessivamente "eccellenti", un altro di nove (concentrato soprattutto nel Sud) in condizioni "critiche" (Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Molise, Puglia, Calabria, Campania) e le restanti nell'area "intermedia". La foto di gruppo scattata da Tor Vergata, ci consegna, dicono gli esperti,

"un sistema che rischia di lacerarsi". "Con sperequazioni sempre più evidenti e pericolose". E un "Sud in grave difficoltà", al punto che, commentano i ricercatori: "Non chiamatela equità. E tanto meno universalismo". Sono in buona parte al Sud, infatti, i 316.402 (1,2%) nuclei familiari impoveriti per spese sanitarie out of pocket. Calabria, Sicilia e Abruzzo sono le Regioni più colpite (3,5%, 3,4% e 3,7%). E il divario tra il Mezzogiorno e il resto del Paese è destinato a crescere nel prossimo futuro. "L'incremento della popolazione sarà infatti molto più rilevante nel Nord" e, come conseguenza, ragionano quelli di Crea, il finanziamento del sistema sanitario si sposterà ulteriormente a favore del Nord: dalle simulazioni effettuate dagli esperti del Crea, la quota delle risorse per la sanità attribuita al Nord, che attualmente è pari al 46,1%, raggiungerà il 47,8%; di contro, quella del Sud dal 33,8% si contrarrà al 31,7%. Senza, quindi, un'ulteriore drastica riallocazione dell'offerta, o in alternativa una rivisitazione delle regole di riparto, non sarà possibile mantenere gli attuali equilibri di bilancio. Tutto questo, mentre cresce il divario anche tra l'Italia e il resto d'Europa: "l'Europa è lontana", dicono quelli del Crea. "In Italia si spende per la sanità il 32,5% in meno rispetto all'Europa Occidentale". Con una spesa sanitaria privata esplosa a quota 36 mld".

Meridiano Sanità - Anche la classifica stilata da Meridiano Sanità Index (realizzata da The European House Ambrosetti) vede ultima la Campania. Le valutazioni sono state ottenute confrontando 4 indici principali, ovvero efficienza dell'offerta sanitaria, qualità dell'offerta, salute della popolazione e capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni di salute. L'Emilia Romagna (7,3) e la Lombardia (7) sono le prime due in classifica, seguite da Trentino Alto Adige e Toscana, con



un punteggio pari rispettivamente a 6,9 e 6,7. Quindi Piemonte (6,4), Umbria (6,3), Val d'Aosta (6,2), Veneto e Marche (6,2), Friuli Venezia Giulia (6,1), Lazio e Liguria (5,6), Sardegna e Abruzzo (5,1), Molise (4,8), Puglia e Sicilia (4,6), Calabria (4,1) e Campania (4).

Agenas - Sul sito dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari si riportano i risultati del "Programma nazionale esiti" (Pne) dell'edizione 2016. Ovvero, un'analisi della qualità delle cure negli ospedali italiani. Secondo l'Agenas, in Italia si migliora di anno in anno. E anche il Sud, la pecora nera della salute del Belpaese, dà segnali di miglioramento. Ma non dappertutto, anzi. Campania e Abruzzo, in particolare, sono di gran lunga le ultime della classe e addirittura in alcuni casi peggiorano. Dal cruscotto delle decine di parametri presi in considerazione dall'Agenzia del ministero della salute, la Campania esce con le ossa rotte. Ultimi nei livelli essenziali di assistenza, l'efficienza è in ritardo e le performance cliniche di Asl e ospedali lasciano a desiderare, l'aggiornamento tecnologico eternamente in affanno.

Iss - Nella relazione di **Gualtiero Ricciardi**, Presidente dell'Istituto superiore della sanità (Iss) all'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università Campus Biomedico di Roma, si dice che "in Campania c'è il re-

sprofonda



cord nazionale delle morti evitabili, con valori, in Campania, che somigliano troppo a quelli di Bulgaria e Romania e che pesano su un'aspettativa di vita di 4 anni inferiore a quella del Nord": 76 contro 80. Il presidente **Ricciardi** critica i sistemi sanitari differenziati.

La Campania, come regione più giovane d'Italia, riceve da oltre dieci anni la più bassa quota pro capite di fondi nazionali per la sanità: circa 200 milioni di euro in meno all'anno.

Così è più facile finire con i bilanci in disordine e sotto l'occhio di un commissario, che ferma il turnover e limita la spesa in ma-



Catastrofe Sanità

niera radicale. Ma il problema non sono solo le risorse. Dice ancora Ricciardi: "a fare la differenza è invece la capacità di organizzare la sanità sul territorio, visto che in Regioni come Lazio e Puglia l'aspettativa di vita scende mentre la spesa resta stabile, al contrario delle Regioni settentrionali, dove a un contenimento delle spese ha fatto riscontro un aumento della stessa aspettativa di vita".

Una denuncia che mette sotto accusa il sistema sanità in Campania, con le carenze di prevenzione, diagnosi precoce e terapia. Altro che rivoluzione. Più che "a testa alta", come dice il Governatore **De Luca**, c'è da nascondersi per la vergogna.

Censis: La rovina della Sanità pubblica nel Sud dimenticato

Parla esplicitamente di "abbandono della Sanità pubblica" il Censis, nella sua iniziativa su "La crisi sociale del Mezzogiorno". **Giuseppe De Rita**, fondatore e Presidente del Censis, analizza i ritardi della sanità al Sud come effetto di una moderna "questione meridionale".

E' ripresa la fuga per andare a curarsi nel Centro-Nord – "Nelle regioni dove si sono sommati gli effetti dei piani di rientro e della spending review – scrive il Censis - la percezione che i cittadini hanno dei servizi sanitari non raggiunge la sufficienza e il giudizio è ancora più negativo nella prospettiva futura. Le motivazioni che spingono i cittadini del Sud verso il Centro-Nord sono inquietanti: scarsa fiducia nelle Istituzioni, sanitarie e non solo, scarsa fiducia nelle possibilità di cura, mentre aumenta il ricorso al privato, nonché alla prassi di pagarsi di tasca propria prestazioni sanitarie, analisi, farmaci.

Nel Sud più povero, il 63 per cento della popolazione propende verso l'out of pocket, mentre nel Nord più ricco la percentuale scende al 53 per cento. Caso emblematico di proporzioni inverse, dove il disastro dell'abbandono della sanità pubblica si perpetua indisturbato nel tempo. Nel Sud, ancora più che al Nord, resta invariato il problema delle lunghe liste di attesa, altro motivo per propendere verso il privato con l'impoverimento della risposta pubblica". Il Sud rincechito, con 300 mila posti di lavoro in meno -Basterebbe questo dato per capire che il divario tra il Sud e il Centro-Nord è aumentato, ma altri dati sono egualmente eloquenti: "Dall'avvio della crisi, nel

2008, ad oggi – scrive il Censis - il Mezzogiorno ha perso più di 300.000 posti di lavoro, circa il 60% del totale dell'occupazione persa in Italia. Il Sud paga dunque la parte più alta di un costo già insopportabile per il Paese e si conferma come un territorio di emarginazione di alcune categorie sociali, come i giovani e le donne. Un terzo dei giovani tra i 15 ed i 29 anni non riesce a trovare un'occupazione (in Italia il tasso di disoccupazione giovanile è del 25%), se poi oltre ad essere giovani si è donne, la disoccupazione sale al 40%. Il tasso di disoccupazione femminile totale è del 19% a fronte di un valore medio nazionale dell'11%. I disoccupati con laurea sono in Italia il 6,7% a fronte del 10% nel Mezzogiorno, a riprova di un sistema impermeabile a qualunque forma di evoluzione dell'offerta di lavoro". E poi: "Nel Mezzogiorno sono a rischio di povertà 39 famiglie su 100 a fronte di una media nazionale del 24,6%. Il persistere di meccanismi clientelari, di circuiti di potere impermeabili alla società civile e la diffusione di intermediazioni improprie nella gestione dei finanziamenti pubblici contribuiscono ad alimentare ulteriormente le distanze sociali impedendo il dispiegarsi di normali processi di sviluppo".

La ricetta - Per il Censis, se ne può uscire soltanto se si costruisce un futuro oltre le lamentele sul deficit. "Occorre recuperare e fare del Meridione il laboratorio di un nuovo welfare di comunità può essere una grande e concreta esperienza di massa, purché ci sia la capacità di andare oltre la retorica del "deficit da colmare" e si punti sull'investimento della nuova infrastrutturazione sociale che non è una sommatoria di servizi per singole categorie, ma un reticolo integrato capace di generare in primo luogo il sale del sociale: le relazioni".

Catastrofe Sanità

Dal Piano Agenas, la mappa aggiornata dell'efficienza registrata in tutti gli ospedali italiani. La Campania primeggia in negativo con 4 grandi aziende ospedaliere su 11 per le quali scatta il cartellino rosso. I dati certificano un livello di qualità complessivo per la Campania ben lontano dalla sufficienza e addirittura in bilico con la Calabria nella contesa del fanalino di coda.

Costi e qualità Bocciata l'ospedalità

A cura di Dario De Martino

Dal cruscotto delle decine di parametri presi in considerazione dall'Agenas (Agenzia del ministero della salute) per stilare il piano esiti del 2016, relativo all'attività del 2015, la Campania esce con le ossa rotte. I livelli essenziali di assistenza arrancano, l'efficienza è in ritardo e le performance cliniche di Asl e ospedali lasciano a desiderare, eternamente in affanno. Nulla di nuovo, si dirà. Il dato è ormai storico, consolidato. Ma la novità di quest'anno del Piano Agenas è la mappa aggiornata dell'efficienza registrata in tutti gli ospedali italiani. Sotto la lente ci sono sette aree cliniche principali: cardiocircolatorio, respiratorio, gravidanza e parto, osteo/mu-

scolare, nervoso, chirurgia oncologica, chirurgia generale. Ciascuno degli indicatori sottende esiti di procedure in termini di mortalità, tempestività dell'intervento, guarigioni e volumi di pazienti trattati. Ebbene anche in questo quadro di sintesi, la Campania primeggia in negativo con 4 grandi aziende ospedaliere su 11 per le quali scatta il cartellino rosso. I dati Agenas certificano un livello di qualità complessivo per la Campania ben lontano dalla sufficienza e addirittura in bilico con la Calabria nella contesa del fanalino di coda. Tra le Regioni con più strutture (tra il 30 e il 50%) che riportano un livello di qualità dell'assistenza elevato ci sono la Lombardia, la Valle d'Aosta, la provincia autonoma di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia. Poi Toscana, Trento e Sicilia, che hanno tra il 15 e il 30 per cento di strutture di livello di qualità. Tutte al Sud invece le strutture con livelli bassi o molto bassi di qualità.

Frattura collo del femore - A livello regionale, assumendo come valore di riferimento lo standard minimo del 60%, emergono i forti ritardi di Molise, Campania e Calabria che oscillano intorno al 30% ma anche dell'Abruzzo che sfiora il 40%. Nel periodo 2010-2015 la proporzione di fratture operate entro due giorni è passata dal 31% al 55%, restando ancora al di sotto dello standard internazionale atteso, superiore all'80%.

Ancora troppi parti cesarei - Rimangono ancora molte criticità per quanto riguarda il ricorso ai parti cesarei primari, che pur diminuendo, presenta ancora livelli molto alti in alcune regioni, in particolare in Campania. Il parto cesareo rispetto a quello vaginale comporta maggiori rischi per la



Catastrofe
Sanità

campana

donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in caso di indicazioni specifiche. Fin dal 1985, l'Oms afferma che una porzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata. Lo stesso Regolamento per la definizione degli standard (Decreto ministeriale n. 70, 2 aprile 2015) fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti e 15% per le maternità con meno di 1000 parti. Ebbene, questa soglia è stata raggiunta nel 2015 (era del 29% nel 2010) con grandi differenze, tuttavia, anche all'interno delle singole regioni con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 5% a un massimo del 93%. I parti cesari sono un affare per tante cliniche private e per tanti ginecologi



che "anticipano" chirurgicamente l'ora del parto. Dal rapporto Cedap (Certificato di Assistenza al Parto, del ministero della Salute) emerge che in Campania la nascita non spontanea, affidata quindi alla chirurgia, si

rileva nel 60 per cento dei parti. Quasi il doppio del valore nazionale, prima del Molise (48 per cento) e della Puglia (43 per cento), ma molto dopo Valle D'Aosta e Toscana dove il cesareo rappresenta il 20 per cento di tutti i parti.

Angioplastiche salvavita: Campania sotto la media. L'angioplastica primaria è un intervento di provata efficacia nel ridurre la mortalità per infarto acuto del miocardio. Secondo le ultime rilevazioni pubblicate dal Programma esiti la mortalità a 30 giorni dal ricovero continua a diminuire passando dal 10,4% del 2010 al 9% del 2015. "A fronte di un valore nazionale medio del 9% - osserva il dossier esiti - si osserva una bassa variabilità interregionale e una discreta variabilità intra regionale, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dell'1,3% a un massimo del 25%". Anche in questo trattamento spicca il trend negativo delle regioni del Sud, con il picco della Campania che supera il 20".

Infarto miocardico acuto: Molise più alta mortalità a 30 giorni - La mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio continua a diminuire, dal 10,4% del 2010 al 9,0% del 2015. A fronte di un valore nazionale medio del 9,0%, si osserva una bassa variabilità interregionale ed una discreta variabilità intra regionale, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dell'1,3% a un massimo del 25%. Il Molise registra i peggiori risultati.

Cancro, maglia nera per prevenzione e cura

Se i tumori rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria in tutto il Paese, i dati della Campania tratteggiano un'emergenza nell'emergenza. A fronte di un'incidenza di neoplasie maligne che su scala nazionale si attesta su 336 casi ogni 100 mila, la media sale in Campania a 398 diagnosi di cancro, ossia 62 in più, ogni 100 mila maschi. E un evidente gap rispetto al resto d'Italia, emerge anche dal tasso di mortalità: se in media non ce la fanno nel Paese 173 uomini e 94 donne ogni 100 mila pazienti, in Campania non superano la battaglia con il cancro 231 uomini e 103 donne ogni 100 mila: rispettivamente 58 maschi e 9 femmine in più. La sentenza che giunge dall'Istituto superiore di Sanità è di quella che non ammette repliche: nella nostra Regione il cancro colpisce molte più persone che nel resto del Paese, e ne fa morire molte di più. Dietro l'assenza di una risposta adeguata alle neoplasie maligne, si annidano carenze sulle quali vale la pena soffermarsi. A partire dai posti letto disponibili per la radioterapia nella Regione: 0,69 ogni milione di abitanti, contro i 6,92 della media nazionale. E ancora, inferiori alla media risultano in Campania i servizi di oncologia medica (6,76 contro 7,77), i servizi di radioterapia (1,73 su 2,93), e l'attività assistenziale. Le prestazioni ambulatoriali di oncologia sono 1,74 ogni 100 abitanti, contro le 6,39 sulle quali conta il dato nazionale. Eppure, si è detto, in Campania la malattia colpisce più che altrove. E male ne escono anche le prestazioni ambulatoriali destinate alla radioterapia, sette contro nove ogni 100 campani, e quelle dedicate alla riabilitazione: 4,14 ogni dieci abitanti, contro le 8,46 della Penisola.

**Catastrofe
Sanità**

Sette anni con i commissari:

Carbone: "Sbagliate le politiche dei tagli. Investire in sanità per creare occupazione"

di Pino De Martino

Era il 2009, alla guida della Regione c'era il Presidente **Antonio Bassolino**. Da allora, in sette anni di commissariamento e di piani di rientro, si sono persi circa cinquemila posti di lavoro solo per gli infermieri, circa 14 mila addetti tra tutte le professioni sanitarie. Oggi i conti sono in ordine. Anzi vantiamo crediti visto che il riparto di risorse destinate alla sanità penalizza da più di 10 anni il Sud rispetto al Nord. E la Campania, regione più giovane d'Italia, più di tutte, con 200/250 milioni di euro in meno rispetto alle altre regioni più virtuose. Ma la Campania è ultima in tutte le classifiche sanitarie. Così il commissariamento continua, non per una questione economica, ma perché siamo ultimi nei livelli essenziali di assistenza, nella prevenzione, nell'efficienza di Asl e ospedali nelle liste d'attesa, e via con un elenco infinito che ci porta ad essere l'ultima della classe in Italia. E' un serpente che si morde la coda: meno risorse finanziarie, minore qualità delle cure e così autoalimentandosi. A questo punto la domanda sorge spontanea, direbbe il giornalista e conduttore televisivo **Antonio Lubrano** da Scampamorte (Procida): cui prodest, a chi giova? Un quesito quanto mai pertinente, visto che con il 2017 potremmo trovarci lo stesso presidente **De Luca** a fare il commissario di se stesso. Proprio come egli stesso aveva chiesto e ottenuto (almeno sulla carta) da **Matteo Renzi**, prima che questi lasciasse Palazzo Chigi. In nove anni di piani di rientro abbiamo portato allo sfascio la sanità nelle regioni del Sud. Abbiamo allontanato i cittadini dalle cure, portando al 13 per cento il numero dei cittadini che nel Mezzogiorno d'Italia non si cura a causa dei costi proibitivi dell'assistenza sanitaria out of pocket, cioè di tasca propria.

"Con le politiche sanitarie messe in atto in questi anni dai ragionieri della Regione abbiamo meno occupazione, cittadini indebitati che rinunciano a curarsi, più emi-

grazione sanitaria e qualità dell'assistenza che cala paurosamente. Noi infermieri lo diciamo da sempre: bisogna tornare ad investire in salute, piuttosto che tagliare". Lo ha detto il Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli e consigliere nazionale **Ciro Carbone**

a margine di un incontro con la stampa di fine anno. Carbone è



tagliati 5mila posti

preoccupato per la continua perdita di qualità della sanità campana, a suo dire dovuta anche alla contrazione vistosa di infermieri negli ospedali e sul territorio. *“Abbiamo un esercito di giovani laureati che aspettano da anni un’occupazione. E poi abbiamo una carenza di personale oramai insopportabile, che penalizza i cittadini e aggrava il compito dei colleghi negli ospedali e sul territorio”*, denuncia Carbone. *“Bisogna smettere con questa politica fatta di tagli e di soli annunci. I 35 mila infermieri della Campania chiedono*

da subito l’avvio delle procedure per la mobilità interregionale e per la stabilizzazione dei precari, vecchi e nuovi. E poi bisogna bandire concorsi pubblici per tutti gli infermieri, generalisti e pediatrici. Cosa si aspetta?”

Gli infermieri al Governatore: «Vogliamo tornare a casa nostra»

Ad attendere il presidente **De Luca** impegnato nell’ennesima inaugurazione dell’Ospedale del Mare, c’erano anche gli infermieri. I giovani del Movimento Infermieri Campani e delle altre professioni sanitarie non si sono fatti sfuggire l’occasione per ricordare al Governatore gli impegni presi sul fronte dell’occupazione.

Così, a margine della manifestazione, gli hanno detto chiaramente: *“Vogliamo tornare vicino casa nostra. L’Ospedale del Mare per noi rappresenta più che una speranza per il nostro rientro in Regione dopo anni ed anni di servizio in realtà sanitarie pubbliche del Centro e del Settentrione d’Italia.”* Richiesta alle quale De Luca ha risposto: *“Ci sono molti infermieri campani che aspettano di tornare. Stiamo spiegando che siccome siamo in piano di rientro non possiamo fare assunzioni a tempo indeterminato oltre una certa soglia. Ma – ha assicurato – in due tre anni ci libereremo anche di questo calvario”*.

In effetti, sia per i giovani in servizio fuori regione, sia per i precari storici e di nuova generazione, sia per le infermiere pediatriche e per i tanti neo laureati in attesa di concorsi, questi anni di commissariamento sono stati particolarmente duri: in nove anni la Campania ha perso circa 14mila posti di lavoro nella sanità, soprattutto tra i professionisti dell’assistenza infermieristica. In cambio solo promesse di occupazione mai mantenuti e impegni sulla parola, nei fatti non è successo nulla, a partire dai 1.200 posti promessi da **Caldoro**, fino alla rivoluzione annunciata da De Luca. *“Stiamo costruendo un percorso. Richiamando quella parte dei lavoratori fuori regione, stiamo creando così posti di lavoro stabili”*, ha detto ancora De Luca. Da parte sua, **Ciro Verdolina**, commissario ad Acta dell’ospedale del mare ha detto: *“Partiranno una serie di step che permetteranno l’apertura del pronto soccorso dei 450 posti letto fino alla tarda primavera del 2017 ciò si traduce in una forte speranza per le assunzioni per molti infermieri”*.



Politica sanitaria

Ospedale del Mare, finalmente

Aprono i servizi diagnostici. Per il pronto soccorso, se ne parlerà a partire da febbraio 2017. Sono circa 1.412 i nuovi ingressi di personale in corsia previsti a Napoli Est tra infermieri, medici e altre professioni sanitarie.

di Pippo Trio

Alla posa della prima c'era il governatore **Antonio Bassolino**. Era il 2003. Quell'anno si firmò l'accordo di programma tra la Regione, il comune di Napoli e la Asl Na 1. Il progetto fu affidato all'architetto **Renzo Piano**. Da cronoprogramma, l'opera costata 386 milioni (con una previsione di spesa di 210) e tante polemiche, sarebbe dovuto entrare in funzione nel 2008. Ma i tempi della politica sono lunghi: per vederlo entrare in funzione (ma siamo ancora a soli tre reparti) bisognava aspettare 13 anni e tre governatori. Ma ora eccolo. Partono per il momento i reparti di Radiologia, Radioterapia ed Emodialisi. A febbraio è prevista, invece, l'apertura del Pronto soccorso, che potrà contare su 278 posti letto dei 448 previsti a pieno regime con 16 sale operatorie. Ad aprire i battenti sono Diagnostica per immagini, Dialisi e Radioterapia. Entrano dunque in funzione i primi reparti dotati di alte tecnologie, ma ancora prive di degenza, del presidio di Napoli est che, nella fase di start-up e per i prossimi tre anni è funzionalmente

legato alla Asl Napoli 1 e sotto tutoraggio del Cardarelli. In prospettiva, poi, l'ospedale è destinato a trasformarsi in azienda ospedaliera autonoma di alta specializzazione e di rilievo nazionale. La Direzione sanitaria è stata affidata a **Nunzio Quinto** direttore ad interim degli Incurabili, la responsabilità della Dialisi a **Ciro Paglionico** primario al presidio intermedio di Barra, mentre il responsabile della Radioterapia è **Giustino Silvestro**, dirigente all'Ascalesi. Per la Radiodiagnostica l'interim è affidato a **Ines Marano**, primaria di ruolo all'Ascalesi. L'avvio del Pronto soccorso dell'ospedale, che segnerà il definitivo decollo della struttura, è in programma invece entro febbraio e occuperà 278 posti letto dei 448 previsti a regime, con l'arrivo anche di Cardiocirurgia, Riabilitazione, Unità spinale e Terapia intensiva.

Il Piano ospedaliero predisposto dai commissari non prevede la presenza dell'area materno-infantile (attribuita invece al Loreto Mare e a Villa Betania). Nell'ospedale al lavoro ci sono per ora circa cinquanta unità, tra medici, infermieri e tecnici dei 15 ambulatori inaugurati dalla precedente ammini-

strazione. Il nodo da sciogliere resta il Piano di assunzioni. Secondo quanto previsto da **Polimeni e D'Amario**, dovremo aspettarci circa 1.412 dipendenti in organico a tempo indeterminato. A questi si aggiungeranno i ricalzi previsti dal turn-over sbloccato dal 2016 grazie al pareggio di bilancio che per il 40-50% per cento saranno assorbiti dall'ospedale del Mare. Parliamo soprattutto di medici, infermieri, tecnici di radiologia e di laboratorio, personale sociosanitario, farmacisti, radiologi, ingegneri clinici e specialisti in fisica medica. In totale sono 650 i profili da assumere nel 2016, più altri 220 da trasferire da altri ospedali del centro storico. L'obiettivo è mettere in moto i 300 posti letto previsti nel primo step.

Nel 2017 la quota delle assunzioni arriverà al tetto di 1.412 unità per 448 posti letto finali. Per quanto riguarda il personale, attualmente si è sulle cinquanta unità tra medici e infermieri: metà inserite in organico tramite assunzioni e un'altra metà con personale proveniente da altri presidi. Nella seconda fase, ovvero Pronto soccorso e degenze, si passerà a 400 unità mentre a regime l'ospedale potrà contare su 1.400 di-

NUMERI E CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DELL'AREA ORIENTALE DI NAPOLI

DOTAZIONE DI POSTI LETTO PREVISTI NELLA STRUTTURA	450	AVVIO DEI LAVORI	marzo 2006
NUMERO DI UNITÀ DI PERSONALE A REGIME	1.400	DURATA PREVISTA DEI LAVORI	tre anni e mezzo
DISPONIBILITÀ DI SALE OPERATORIE	16	DURATA EFFETTIVA DEI LAVORI	poco più di dieci anni
DOTAZIONE DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	1.330	GIORNI COMPLESSIVI DI LAVORO	34.375 di 24 ore
GRANDI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	100	CHILOMETRI PERCORSI A PIEDI	280mila
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE DI II LIVELLO		(pari a sette volte il giro del mondo)	
HUB LA RETE DI EMERGENZA RETE INFARTO MIocardico ACUTO (dotato di Unità Terapia Intensiva Coronarica, Emodinamica Interventistica e Cardiocirurgia)		INVESTIMENTO ORIGINARIO PREVISTO	210 milioni di euro
HUB PER LA RETE ICTUS CEREBRALE ACUTO: STROKE UNIT (dotato di Neurologia, Neuroradiologia e Neurochirurgia)		INVESTIMENTO EFFETTIVO	386 milioni di euro
HUB RETE EMERGENZE GASTROENTERICHE		OPERAI IMPEGNATI NEI LAVORI	350 al giorno
CENTRO TRAUMA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (CTS) (dotato di un reparto di Unità Spinale Unipolare, unico in Campania e per il Sud)		TECNICI IMPEGNATI NEI LAVORI	40 al giorno
APPROVAZIONE DEL BANDO DI GARA	2003	SUPERFICIE TOTALE DELLA STRUTTURA	146mila metri quadri
SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO	ottobre 2004	(pari complessivamente a venti campi di calcio)	
		SUPERFICIE DEDICATA A SERVIZI E DEGENZE	130mila metri quadri
		(pari complessivamente a diciotto campi di calcio)	
		PARCHEGGI DISPONIBILI	1.300 posti auto
		ISOLATORI SISMICI	327
		PIASTRA POGGIATA SU ISOLATORI	145mila metri quadri

si parte

pendenti in organico. Per le assunzioni ci si servirà di avvisi di mobilità e pubblici e concorsi. Si chiude così una storia iniziata nel 2003 con l'approvazione del bando di gara e con i lavori iniziati nel 2006.

LE NOVITA' La Radioterapia può disporre di acceleratori lineari e tac di centraggio, con sistemi all'avanguardia oltre ad presente un acceleratore lineare intraoperatorio che consente di trattare nel corso dell'intervento la radioterapia mirata al distretto corporeo malato (ad esempio cancro della mammella) abbattendo la probabilità di recidiva. E per l'emodialisi c'è un impianto di biosmosi, una tecnica che consente di produrre l'acqua ideale, chimicamente, biologicamente e batteriologicamente pura con indubbio vantaggio per il paziente, visto che chi si sottopone al trattamento dialitico entra in contatto settimanalmente con un'ingente quantità d'ac-



qua tramite il bagno di dialisi, in media 350 litri a settimana ed è pertanto essenziale che questa soluzione abbia un'elevata qualità e purezza.

Il Commissario **Ciro Verdoliva** risponde così a chi gli ricorda che l'ospedale giace in

un'area ad alto rischio sismico: *“L'Ospedale del Mare è una struttura galleggiante, capace di sopportare le sollecitazioni di un sisma di forte magnitudo, garantendo non solo di resistere senza crollare, ma di garantire l'esercizio anche durante la scossa”*

Per almeno tre anni, l'ospedale del Mare sarà annesso alla Asl Napoli 1. Una soluzione che servirà nella fase di start up a rendere funzionali ed efficienti gli otto presidi ospedalieri sparsi per l'area metropolitana di Napoli. Con l'ospedale del Mare la Asl Napoli 1 può contare su 1.327 unità di degenza. Dalla prossima primavera, la struttura di ponticelli sarà pienamente a regime. I primi ad essere trasferiti saranno la Neurochirurgia, la Neurologia e la Cardiologia del Loreto Mare. Gli spazi lasciati liberi saranno subito occupati dalla Ginecologia (che già c'è), dalla Pediatria proveniente dall'Annunziata e dalla nascente Terapia intensiva neonatale. Si realizza così a Via Vespucci il polo materno-infantile della Asl, affiancato da Villa Betania. L'Annunziata, a sua volta si trasformerà in un centro integrato territoriale, con ambulatori e servizi pediatrici (anche una guardia h 24) funzionalmente collegati con il Lo-

Cambia l'offerta assistenziale della Napoli 1

reto Mare, che non perderà il presidio di pronto soccorso di I livello. Il San Giovanni Bosco sarà ristrutturato con un nuovo pronto soccorso, conservando la vocazione di ospedale di emergenza urgenza da potenziare per il trattamento di infarti e ictus. Il Vecchio Pellegrini manterrà il presidio di pronto soccorso e sarà collegato agli Incursori. Ma avrà specializzazioni in oculistica e otorinolaringoiatria.

Dopo tante polemiche e molte proteste, l'Ospedale San Genaro si trasforma in “punto di primo soccorso”, con ambulanza e guardia medica. E poi, servizi integrati di riabilitazione e ambulatoriali e diagnostici. Infine, l'area ovest. Qui l'ospedale San Paolo conserva il presidio di pronto soccorso, con i servizi di medicina e chirurgia, cui si aggiungeranno reparti di Oculistica e di Cardiologia.

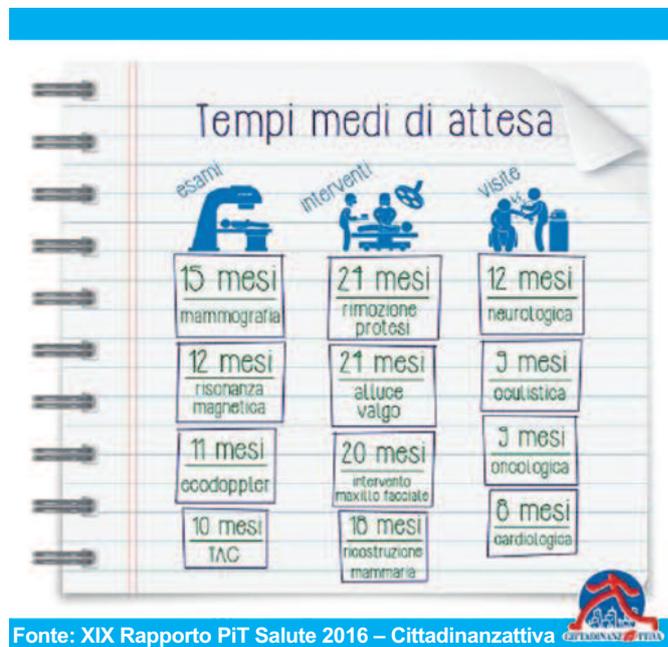
Politica Sanitaria

“Sanità pubblica in ritirata, si fa prima

E' l'impetosa istantanea scattata dai cittadini sull'accesso alle cure. La riporta il XIX Rapporto Pit Salute del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, che si basa su 21.493 segnalazioni giunte nel corso del 2015. Tonino Aceti: *“Una situazione insostenibile anche per tutti gli operatori sanitari che, con il blocco del turn over, sono costretti a turni massacranti”*.

di **Pepe Papa**

Difficoltà di accesso alle prestazioni (soprattutto complesse come visite, interventi, PMA), cattive condizioni delle strutture, difficoltà nel rapporto con medici di famiglia e pediatri, deficit e costi dell'assistenza residenziale e domiciliare, criticità per costi, limitazioni e indisponibilità dei farmaci, documentazione sanitaria incompleta o inaccessibile, maggiori criticità nella rete dell'emergenza-urgenza. Sono queste le principali questioni che emergono dal XIX Rapporto Pit Salute del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, dal titolo **“Servizio sanitario nazionale: accesso di lusso”** e che si basa su 21.493 segnalazioni giunte nel corso del 2015 al Pit Salute nazionale e ai Pit Salute locali e sezioni territoriali del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva. E' questa la fotografia del XIX Rapporto PIT Salute. *“Se lo scorso anno abbiamo denunciato che si stavano abituando i cittadini a considerare il privato e l'intramoenia come prima scelta, ora ne abbiamo la prova”*, dice Cittadinanzattiva: *“Le persone sono state abituate a farlo per le prestazioni a più basso costo (ecografie, esami del sangue, etc.). Non perché non vogliono usufruire del Ssn, ma perché per tempi e peso dei ticket, a conti fatti, si fa prima ad andare in intramoenia o nel privato. Come se il Ssn, avesse scelto di non essere la prima scelta per i cittadini. Eppure si tratta di prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza, quindi un diritto”*. E' questa la revisione dei LEA **“in pratica”** che i cittadini già sperimentano ogni giorno”. Secondo il rapporto, il Ssn rimane invece quasi insostituibile per la maggior parte delle persone, per le prestazioni a più alto costo, o particolare impiego di alte tecnologie e professionalità sulle quali però esistono crescenti difficoltà di ac-



cesso, oltre che discriminazioni tra cittadini. Ma alle prese con obsolescenza, fatiscenza, igiene, ritardi nella manutenzione e riparazione dei macchinari: *“tutti fattori - sottolinea Tonino Aceti, Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva. - che incidono su qualità e sicurezza delle cure e dei luoghi di cura. Insomma l'effetto sui cittadini delle scelte politico-amministrative è di un Servizio Sanitario Nazionale che sembra in ritirata”*. E poi: *“Ci sono pochi infermieri”*, lamentano i cittadini, *“le visite durano 5 minuti”*, *“se vuoi parlare con un medico per avere un chiarimento, devi chiederlo cento volte oppure appostarti in corridoio sperando che non ti tratti male”*. *“Sono Voci unanimi - commenta Tonino Aceti - riportate non certo per denunciare l'indisponibilità di medici e infermieri, bensì per svelare una situazione non più sostenibile anche per tutti gli operatori sanitari che, con il blocco del turn over, sono costretti a turni massacranti”*.

Accesso di lusso: 2 anni di attesa per la rimozione di protesi, 15 mesi per una mammografia. Entrando nel dettaglio, quasi una segnalazione su tre (30,5%, rispetto al 25% del 2014) nel 2015 ha, infatti, riguardato le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche, per liste di attesa (54,5%), ticket (30,5%), intramoenia (8,4%). Se diminuiscono le segnalazioni di liste di attesa per esami diagnostici semplici, dal 36,7% del 2014 al 25,5% del 2015, crescono invece decisamente per gli interventi chirurgici (35,3% nel 2015 vs il 28,8% del 2014) e per le visite specialistiche (34,3% vs

con il privato”

26,3%). In testa, per segnalazioni su lunghi tempi di attesa negli interventi chirurgici, l'area di ortopedia, con il 30,7% (era il 27,5% nel 2014); per le visite specialistiche l'area oculistica (25% vs 18,5% nel 2014); per gli esami diagnostici, le prestazioni per le quali si attende di più sono le ecografie (18,8%, 24,1% nell'anno precedente).

Ticket - Nell'ambito delle segnalazioni sui ticket, a pesare sono soprattutto i costi per diagnostica e specialistica (41%); segue la mancata applicazione dell'esenzione (24,5%, nel 2014 era il 10,9%); i costi per le prestazioni a totale carico dei cittadini (20,8%, 17,8% nel 2014). Stabili le segnalazioni sulla presunta malpractice e la sicurezza delle strutture che raccolgono il 14,6% (era il 15,4% nel 2014). In questo ambito però si segnala un peggioramento delle condizioni delle strutture (25,7% vs 17% dell'anno precedente), legato principalmente al malfunzionamento dei macchinari (41,9%

Costi relativi a	2015	2014
Ticket per esami diagnostici e visite specialistiche	30,3%	21,3%
Farmaci	20,0%	26,6%
Prestazioni intramoenia	18,2%	18,9%
Degenza in residenze sanitarie assistite	9,1%	7,7%
Mobilità sanitaria	8,7%	10,4%
Mancata esenzione per alcune patologie rare	4,4%	5,3%
Ticket Pronto soccorso	3,5%	3,7%
Duplicazione cartelle sanitarie	3,0%	0,5%
Carenza nell'assistenza protesica e integrativa	2,2%	5,1%
Visite domiciliari	0,6%	0,5%
Totale	100%	100%

Fonte: XIX Rapporto PiT Salute 2016 – Cittadinanzattiva

vs al 38,2%), alle precarie condizioni igieniche (30,1% vs 35,3%) e agli ambienti fatiscenti (28,1% vs 26,5%). I presunti errori pesano di più nell'area delle terapie (58,3%), e in seconda battuta nell'area diagnostica (41,7%). In testa, fra gli errori terapeutici, quelli di ortopedia (14,3%, ma in diminuzione rispetto al 2014 - 28,4%) e in ginecologia e ostetricia (14%, ma nel 2014 erano l'8,3%); a seguire la chirurgia generale (12,9% vs 14,1%). Anche in ambito diagnostico, gli errori si verificano più di frequente in ortopedia (15,6%, 17,4% nel 2014) e in ginecologia ed ostetricia (15,2%, nel 2014 l'area raccoglieva il 9,8% delle segnalazioni).

Assistenza residenziale - Soprattutto nelle RSA, un terzo dei cittadini lamenta la scarsa assistenza medico-infermieristica (-4% rispetto al 2014), un altro terzo i costi eccessivi delle rette per la degenza (+11%), le lunghe liste di attesa (-5%), la distanza dal domicilio della famiglia (-2%).

Assistenza domiciliare - Quasi la metà delle segnalazioni (44,8%) riguarda le difficoltà di avere informazioni e la complessità nell'iter di attivazione; il 12,6% l'inesistenza del servizio o le lunghe liste di attesa



Mangiacavalli: “Pochi infermieri, aumentano le proteste”

“Se aumento le denunce di disagio da parte dei cittadini la colpa è anche del blocco del turn over che ha ridotto il personale sanitario e reso difficile l'erogazione di prestazioni e servizi. Il territorio si sta trasformando nel punto dolente del Servizio sanitario e i cittadini sempre di più puntano il dito contro i suoi disservizi. E' una situazione che denunciamo quasi quotidianamente ormai da tempo – commenta **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione Ipvsvi – e che ora ha la sua evidenza non solo nel disagio del personale, ma anche in quello più profondo e grave dei pazienti”. Così ad aumentare le segnalazioni di malpractice ci sono le carenze dove è necessaria la presenza di personale, medici di reparto e personale infermieristico. Le segnalazioni dei cittadini si riferiscono per il 13,7% alla scarsa assistenza medica e infermieristica prestata durante il ricovero. Anche in questo caso le lamentele si concentrano su aspetti che hanno molto a che vedere con un senso di abbandono, di scarsa considerazione, di precarietà, vissuto all'interno dell'ospedale. Anche nell'assistenza residenziale la prima voce da prendere in considerazione è quella relativa alle segnalazioni di scarsa assistenza medico/infermieristica, con un valore in percentuale che è pari al 39,3% per il 2014, mentre il dato 2013 era leggermente inferiore: 36,4%. Si tratta di valori in aumento, comunque, a dimostrazione della stagnazione - se non aggravamento - di un problema che è cronico per queste tipologie di strutture. I cittadini lamentano attese notevoli, prima di essere presi in considerazione dall'infermiere di turno, ad esempio: è questa la classica situazione di quando sono presenti solo uno o due operatori per piano, e questi si ritrovano ad essere responsabili di 20/30 assistiti per turno di lavoro. Si tratta, spiega il Rapporto, di situazioni che purtroppo sono non infrequenti, e che aumentano il rischio derivante da una presa in carico non adeguata, proprio in strutture che esistono e dovrebbero lavorare per problemi specifici e con un numero di addetti adeguato.

Politica Sanitaria

Silvestro: *“Bene. Ma tutto resta sulla carta senza o con pochi infermieri”.*

Mangiacavalli: *“Bisogna che siano davvero garantiti a tutti e ovunque”.*

Lorenzin: *“Un risultato enorme. Sono soddisfatta”.*

di Anna Buonocore

Alcune prestazioni entrano, altre escono. C'è consenso intorno alla approvazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza: era una cosa da fare. La **Lorenzin** poi, esulta: *“Un risultato enorme. Sono soddisfatta”.* E' evidente. Ma, ministro a parte, tra le righe delle dichiarazioni pur se positive si alza lieve qualche cautela. Come a dire: il giudizio nel merito potrebbe anche essere positivo. Ma quello che conta sarà l'applicazione. Lo dicono con eleganza, ma con incisività sia la senatrice **Annalisa Silvestro**, sia la presidente Barbara Mangiacavalli a nome dell'Ipasvi: La prima puntando sulle risorse umane. La seconda, pur interessata agli aspetti occupa-

Nuovi Lea, finalmente.



zionali, è preoccupata perchè la diffusione dei Lea avvenga in maniera omogenea e capillare sul territorio nazionale. Due aspetti sociali e professionali dirimenti e che, in fin dei conti, stanno insieme.

“E' una cosa molto positiva che dopo quasi 16 anni siano stati rivisti i Lea”, dice la Silvestro. *“Ma La ridefinizione qualitativa e quantitativa delle risorse professionali che saranno in campo sono la chiave di volta per la concreta realizzazione dei Lea”.* *“In questi ultimi anni - ragiona la senatrice - abbiamo perso un numero importante di medici e altri professionisti sanitari. Ma un numero ancora più importante di infermieri.*

E senza infermieri o con pochi infermieri” - incalza Annalisa Silvestro - tutto rimane sulla carta e diventa inesigibile. Non è possibile garantire l'erogazione dei Lea se poi non ci sono le risorse umane e comunque le professionalità più adatte a realizzarli. L'aumento delle risorse professionali nel Sistema



salute è nodale”. Le nuove assunzioni, previste anche dalla legge di stabilità 2017, offrono buone speranze e possibilità in tal senso. *“Insomma - conclude la senatrice Silvestro - lo strumento c'è: ai decisori l'organizzazione, ai professionisti la migliore attuazione e ai cittadini la responsabilità di esigere e fruire omogeneamente del diritto*



Ma non lasciamoli sulla carta

alla salute”

“I Lea – ha commentato la presidente Ipsvi Barbara Mangiacavalli - sono una realtà importante per il Servizio sanitario nazionale e dopo la loro approvazione la parte più complessa è essere certi che siano davvero garantiti a tutti e ovunque.

Ma i Lea rappresentano anche una speranza per quel personale, quei professionisti che ogni giorno hanno fatto di tutto per farli rispettare, nonostante le difficoltà di un servizio sanitario concentrato a quanto pare finora più sulla spesa che non sui risultati della sua mission.

Quei professionisti che credono ora nelle promesse del ministro Lorenzin che ha annunciato a breve l'operatività dei nuovi Lea. La revisione era necessaria ed è arrivata fin troppo in ritardo rispetto alla prima versione del 2001, che ha dovuto subire integrazioni e modifiche spot legate alle necessità contingenti del Servizio sanitario nazionale. Tuttavia un provvedimento che non arriva



ancora alla piena operatività di un sistema in cui la componente principale sono proprio i professionisti che i Lea devono applicare. In questo modo si va avanti, il progresso c'è, rispetto al passato, ma non nel modo migliore e con il miglior utilizzo delle risorse. Nel modo più appropriato, non solo dal punto di vista clinico, ma anche organizzativo”.

Ecm, proroga al 2017 per mettersi in regola con i crediti



La Commissione nazionale sull'Ecm acconsente al recupero del 50% del punteggio complessivo relativo al triennio 2014/16. Premiato con "sconti" chi è risultato in regola. Ci sarà tempo per tutto il 2017 per mettersi in pari con i crediti relativi al triennio 2014/16, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo. A stabilirlo, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, che ha deliberato in tal senso nella riunione del 13 dicembre scorso. Sempre in questa occasione, la Commissione ha fissato i nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.

Anche per il triennio 2017-2019 saranno 150 i crediti da maturare. Dal 2017, viene poi introdotto un criterio che premia la regolarità formativa progressiva: chi ha acquisito da 80 a 120 crediti Ecm tra il 2014 ed il 2016, avrà uno sconto di 15 crediti per il nuovo triennio (riduzione da 150 a 135). Chi, invece, ha acquisito da 121 a 150 crediti nel triennio che volge al termine, avrà addirittura uno sconto di 30 crediti tra il 2017 ed il 2019 (da 150 a 120).

Nel prossimo triennio Ecm, sarà infine data maggiore importanza all'auto-formazione, costituita da corsi accreditati Ecm, ma anche da esperienze formative senza accreditamento Ecm, svolte in autonomia (per un massimo del 10% dell'obbligo formativo).

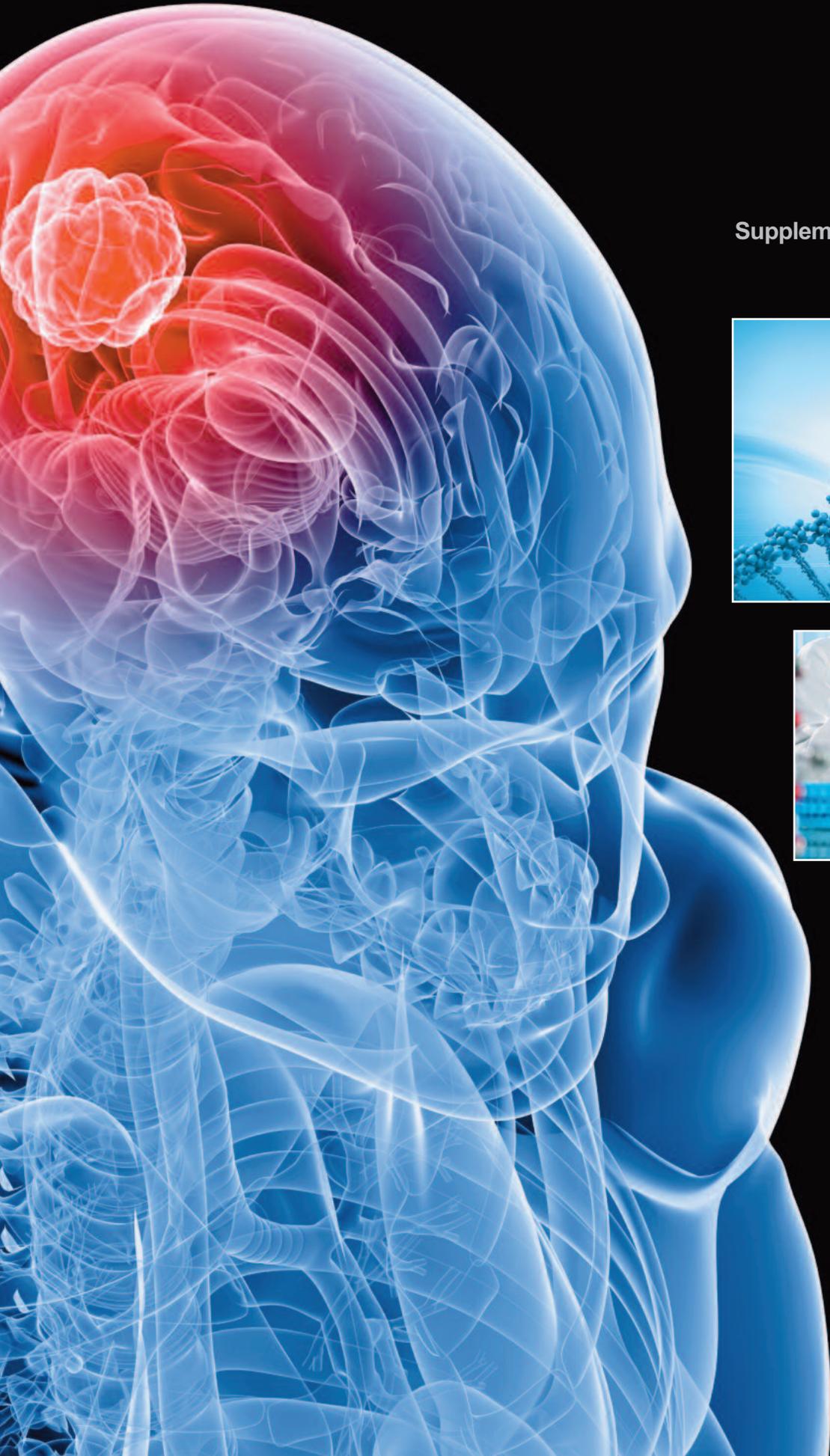
Politica Sanitaria

Nuovo Codice deontologico Prima stesura all'esame dei Collegi

Le regole della professione degli infermieri si aggiornano: dopo sette anni da quello del 2009 è stata presentata ai presidenti dei 103 Collegi provinciali la prima stesura del nuovo Codice deontologico che farà da guida alla professione nei prossimi anni. L'iter prevede, dopo la prima lettura da parte dei presidenti dei Collegi, una consultazione pubblica con i 440mila iscritti nei primi mesi del 2017, secondo le regole (linee guida) e le raccomandazioni dettate dalla Funzione pubblica. Saranno interrogate anche le associazioni infermieristiche e i cittadini. I Collegi provinciali trasmetteranno poi alla Federazione la rielaborazione del materiale e dei suggerimenti pervenuti, per giungere all'approvazione definitiva e all'entrata in vigore delle nuove regole che governeranno i prossimi anni la professione infermieristica. Le caratteristiche del nuovo codice deontologico la sono massima trasparenza e la condivisione, anche perché, come specificano le disposizioni finali, le norme contenute sono vincolanti e negli ultimi anni sono state utilizzate anche come strumento giuridico dalla Magistratura. La loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale: avvertimento, censura, sospensione fino a sei mesi e radiazione sono i rischi per chi non rispetta le regole deontologiche della professione. Il denominatore e l'obiettivo comune dei 40 articoli che compongono il nuovo testo sono il bene e il rispetto della persona assistita, della sua volontà e dei suoi diritti, privacy compresa e della sua famiglia. Come specificato fin dai primi articoli infatti: "L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività". Non solo: "L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere". Tra le maggiori novità del codice, quelle che riflettono il nuovo ruolo professionale sia a livello di management che clinico assunto dagli infermieri all'interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione. L'infermiere "partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte". Inoltre, se l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, l'infermiere proporrà soluzioni alternative e se necessario si avvarrà della clausola di coscienza. Il nuovo Codice già inquadra la crescita professionale in vista con il nuovo contratto e prevede che l'infermiere agisca sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti

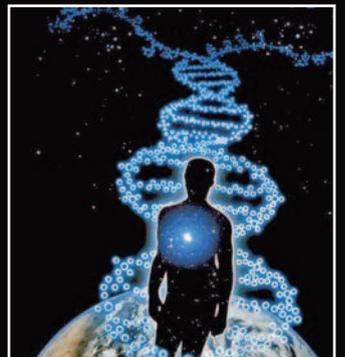


o specialisti, presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni. Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. E l'infermiere inoltre ha anche l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni. Tra le previsioni del Codice, l'educazione sanitaria per i cittadini e la promozione di stili di vita sani, la ricerca e la sperimentazione, ma anche, per gli infermieri, gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento questo che per la prima volta entra a pieno titolo in un Codice deontologico. Poi, l'infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, se rileva privazioni o maltrattamenti li segnala all'autorità competente e si attiva perché ci sia un rapido intervento. E dal punto di vista professionale denuncia e segnala assieme al Collegio, l'abusivismo e le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati. Nel Codice c'è un chiaro riferimento alla comunicazione, anche informatica: correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità sono obblighi che l'infermiere deve rispettare. Un capitolo importante è anche quello del fine vita: l'obbligo deontologico è di assistere la persona fino al termine della vita, tutelandone la volontà di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita e sostiene i familiari e le persone di riferimento nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto. "Il Codice Deontologico - sottolinea la presidente Barbara Mangiacavalli - è un criterio guida per l'esercizio professionale dell'infermiere che deve tenere conto della sua evoluzione sia sotto il profilo giuridico che dello status e delle competenze professionali. La deontologia e l'etica sono quotidiane e derivano dalle esperienze quotidiane. L'infermiere oggi è un professionista della salute al quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto confidando nell'opportunità di ricevere un'assistenza professionale, pertinente e personalizzata. Il nuovo Codice deontologico rappresenta, per l'infermiere, uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura. L'infermiere - prosegue - deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici completano le competenze e permettono all'infermiere di soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche il bisogno del professionista di trovare senso e soddisfazione nella propria attività".



NSC nursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento
Ricerca infermieristica

“L’infermiere di famiglia e di comunità Un’indagine conoscitiva condotta nelle regioni Basilicata, Campania e Molise

ABSTRACT

Introduzione:

L'infermiere di famiglia e comunità rappresenta un nuovo modello organizzativo sul territorio, coniugando il bisogno di salute tra medico di medicina generale e paziente. L'obiettivo dello studio è valutare le conoscenze dei cittadini e dei medici di famiglia sul ruolo e le attività attribuiti a tale professionista.

Materiali e metodi:

L'indagine conoscitiva, multicentrica, è stata realizzata nelle Regioni del Coordinamento Interregionale Basilicata, Campania, Molise da giugno a ottobre 2015. Il campione è costituito da assistiti e medici di medicina generale a cui è stato somministrato un questionario volto ad indagare la conoscenza del ruolo e delle attività dell'infermiere di famiglia e comunità.

Risultati:

Sono stati somministrati e ritirati 556 questionari in Basilicata, 2014 in Campania e 266 nel Molise (100% di adesione) per un totale di 2836 utenti e 368 questionari tra i medici di famiglia. Lo studio evidenzia la diversa e difforme considerazione nelle tre regioni dell'infermiere di famiglia e comunità da parte dell'utenza, che comunque lo percepisce protagonista nel risvolto pratico del concetto "Salute". L'integrazione e la modalità di interazione con il medico di medicina generale, permetterebbe di avvalersi di specifiche competenze di tale figura per perseguire la "mission" curativa.

Conclusioni:

L'infermiere di famiglia e comunità aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica fornendo consulenza su stili di vita e fattori di rischio. Necessaria una maggiore conoscenza del ruolo e delle competenze di questa figura nelle regioni dove non è stata ancora implementata: la formazione con specifici master per infermieri di famiglia e di comunità e corsi di formazione per i medici di medicina generale potrebbe migliorare tali conoscenze.

PAROLE CHIAVE:

Infermiere di comunità, infermiere di famiglia, conoscenze e utenti

WORKING GROUP: Working group

I presidenti dei collegi IPASVI della Basilicata – Campania – Molise

IPASVI Avellino: **Pellegrino Mariconda, Maurizio Roca**

IPASVI Benevento: **Giovanna Annese, Patrizia Callaro, Antonella Mottola, Loredana Napoletano**

IPASVI Campobasso: **Cinzia Berchicci, Valeria Bernardo, Olimpia Lubrano**

IPASVI Caserta: **Giacinto Basilicata, Mario Falco, Concetta Galasso**

IPASVI Matera: **Nunziata Cotugno, Carmine Frangione, Vita Spagnuolo**

IPASVI Napoli: **Margherita Ascione, Concetta Pane, Chiara Sepe**

IPASVI Potenza: **Carmelina Bruno, Pierangelo Galasso, Vito Milione**

IPASVI Salerno: **Cosimo Cicia, Annamaria Del Corvo**

L'ingegnere **Donato Carbone** per l'analisi statistica

di **Mariacristina Magnocavallo**

Infermiere Coordinatore Azienda Sanitaria Regionale del Molise

Corrispondenza: cmagnocavallo@libero.it



INTRODUZIONE

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è un professionista sanitario che progetta, attua e valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione sanitaria; si occupa dell'assistenza infermieristica sia dell'individuo che della comunità¹.

Il ruolo dell'infermiere nella comunità è quello di prendersi cura delle persone², seguendo nel contesto familiare, ad affrontare la malattia o la disabilità cronica³.

Con una preparazione specifica, universitaria, post laurea, è in grado di agire sul

Supplemento Ricerca infermieristica

Tabella 1. Le caratteristiche demografiche della Basilicata

Provincia/Città Metropolitana	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni
1. MT Matera	201.305	3.478,89	58	31
2. PZ Potenza	375.314	6.594,44	57	100
Totale	576.619	10.073,32	57	131

territorio, di conoscere la mappa dei servizi sociali, di avere competenza per instaurare un rapporto diretto con il malato ma anche con la persona sana, occupandosi delle sue necessità⁴.

L'ambito d'intervento è quello di fornire assistenza infermieristica a domicilio e di agire da tramite tra famiglia e Medico di Medicina Generale (MMG)⁵.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la conoscenza degli utenti e MMG sul ruolo e attività dell'IFeC^{6,7}.

MATERIALI E METODI

L'indagine conoscitiva, multicentrica, è stata realizzata nelle province delle Regioni del Coordinamento Interregionale di Avellino, Benevento, Campobasso-Isernia, Caserta, Matera, Napoli, Potenza, Salerno.

Per un corretto dimensionamento del

campione si è preso in considerazione il numero di abitanti residenti nelle province per ogni singola Regione (tabella 1, 2, 3), in funzione dell'incertezza (5%) e del livello di confidenza (95%) per una popolazione tra centomiliani non è chiaro, è stato un loro suggerim ed un milione di abitanti. Successivamente è stata stimata la nume-

coinvolto assistiti e MMG, i risultati di quest'ultimi saranno presentati nel prossimo numero della rivista. Per il reclutamento sono stati contattati i MMG, a cui è stata chiesta l'autorizzazione a somministrare dei questionari ai propri assistiti nelle sale d'attesa degli ambulatori. A seguito dell'autorizzazione dello studio da parte della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi, alcuni infermieri, iscritti ai collegi delle rispettive regioni e adeguatamente formati al protocollo dello studio, hanno consegnato agli assistiti il questionario, spiegandone la finalità e la modalità di compilazione, assi-

Tabella 1. Le caratteristiche demografiche della Basilicata

Provincia/Città Metropolitana	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni
1. MT Matera	201.305	3.478,89	58	31
2. PZ Potenza	375.314	6.594,44	57	100
Totale	576.619	10.073,32	57	131

rosità del campione per quanto riguarda gli assistiti (tabella 4) e i MMG di ogni singola provincia.

L'indagine è stata effettuata nella settimana da Giugno e Ottobre 2015 ed ha

curando l'anonimato ed il rispetto della privacy.

Vista la tipologia dei dati da rilevare, i questionari sono stati ritirati presso un unico punto di raccolta della sala d'attesa, dagli stessi infermieri coinvolti nello studio.

L'adesione del campione allo studio è stata totale.

Il questionario, utilizzato per l'indagine, è stato strutturato "ad hoc" da alcuni componenti del coordinamento interregionale ed è stato somministrato preventivamente su di un

Tabella 3. Le caratteristiche demografiche del Molise

Provincia/Città Metropolitana	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni
1. CB Campobasso	226.520	2.925,41	77	84
2. IS Isernia	86.828	1.535,24	57	52
Totale	313.348	4.460,65	70	

continua da pagina 21

campione di n° 20 assistiti e n° 5 MMG per ciascuna realtà territoriale, allo scopo di verificarne la comprensione: successivamente solo l'item n. 7 (l'IFeC garante di assistenza) è stato modificato.

Lo strumento è stato strutturato in una prima parte, volto a rilevare le caratteristiche socio anagrafiche (sesso, età, titolo di studio ed altro) ed una seconda parte costituita da 5 item a risposta chiusa, volta a valutare le conoscenze relative al ruolo e alle attività dell'IFeC (ambiti di attività e tipologia di interventi infermieristici, etc).

Sono stati inclusi nello studio gli assistiti che hanno raggiunto la maggiore età; sono stati esclusi dall'indagine coloro che non comprendevano la lingua italiana e quelli che presentavano disturbi cognitivi, valutati dai collaboratori dello studio.

Analisi statistica

I dati raccolti dal campione sono stati inseriti in un file Microsoft® Excel, del pacchetto Office ed analizzati con calcolo di medie, percentuali, deviazioni standard, intervallo di confidenza al 95%.

Ogni questionario è stato numerato e, accanto ad ogni numero, è stata posta una sigla corrispondente all'ambulatorio di appartenenza.

I dati raccolti sono stati inseriti in un file Microsoft® Excel, del pacchetto Office, mediante cui si è costruito un foglio di lavoro (data base), dove sono state inserite le singole variabili del questionario.

RISULTATI

Sono stati somministrati e ritirati 2836 questionari con un'adesione del 100% degli utenti: 556 unità per la Basilicata, 2014 unità per la Campania e 266 unità per il Molise.;

L'età media degli assistiti del Molise è di circa? 43.97 anni (DS 17), quella della Basilicata circa 54.04 anni (DS 16,5) e quella della Campania ~53.21 anni (DS 14), maggiormente di disesso femminile in tutte le tre regioni (53.2% nella Basilicata, 59.3% in Campania e 57.5% nel Molise) ed in possesso di un diploma di scuola superiore: 53% per la Basilicata, 59% per la Campania e il 57% per il Molise.

La Basilicata ha il 23.4% dei laureati mentre, nel Molise, il campione intervistato

Tabella 4. La numerosità del campione "assistiti"

	Campione
Molise	266
Basilicata	556
Campania	2014

presenta il 7.9% di scolarità elementare, la licenza di scuola media inferiore per il 5.6% ed il 29% sono laureati.

La Campania presenta un 23.2% con solo titolo di scuola elementare.

Dallo studio si rileva che l'85% degli utenti della Basilicata e Campania ritiene che il luogo di lavoro principale dell'infermiere sia l'ospedale, mentre il 56% del Molise non individua la sola attività in ambito ospedaliero.

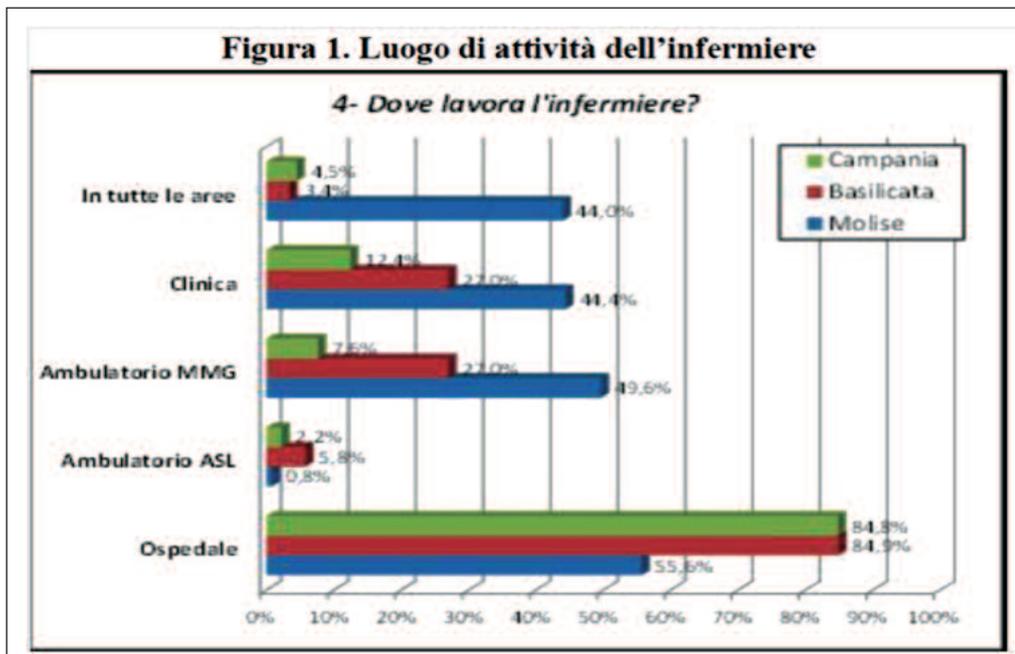
Le persone, nel Molise, sanno della presenza dell'infermiere nell'ambulatorio del MMG (circa 50%) al pari quasi della sua presenza nelle altre realtà territoriali (cliniche, etc...).

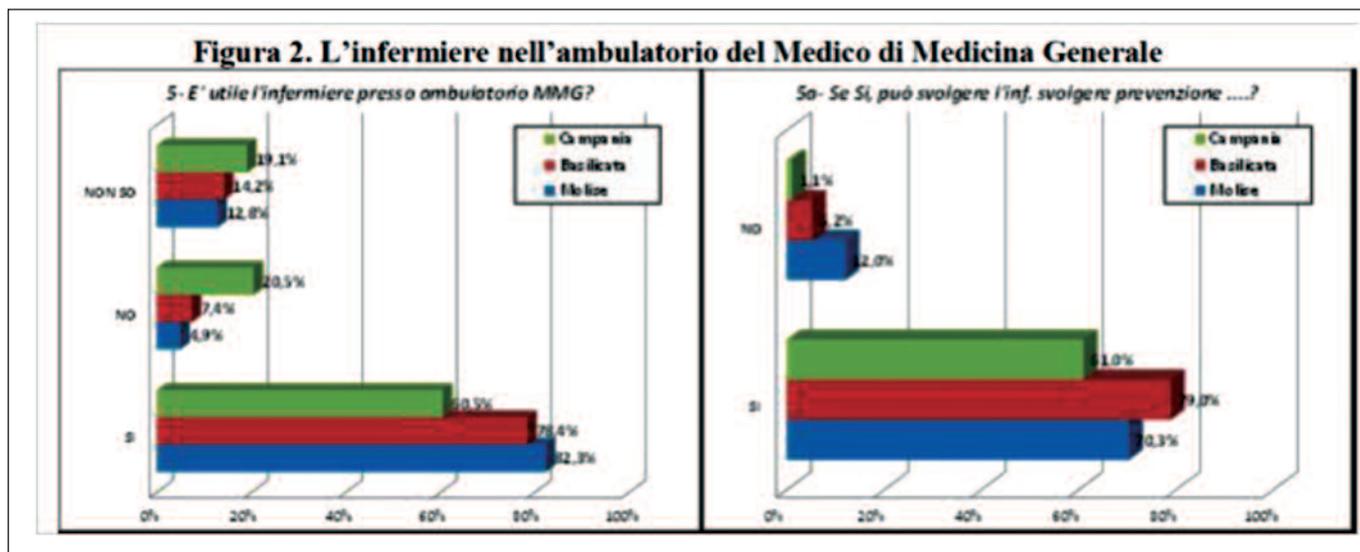
Meno conosciuta nella regione Campania la presenza dell'infermiere nell'ambulatorio medico (fig. 1).

Entrando nello specifico dell'item relativo "all'opportunità" della presenza dell'infermiere nell'ambulatorio del MMG, nel Molise l'82.3% ha risposto di sì, la Basilicata risponde in maniera similare analogica; bassa invece la percentuale della regione Campania dove solo il 60.5% ne vede l'utilità.

All'item che chiedeva se l'IFeC potesse svolgere il compito di promozione, prevenzione, educazione alla salute (si è quindi ripreso l'articolo 2 del profilo dell'infermiere, in merito alle sue funzioni) il Molise con il 70.3% ha confermato questa possibilità, mentre la restante percentuale non conosce tale ambito ritiene possibile.

Figura 1. Luogo di attività dell'infermiere



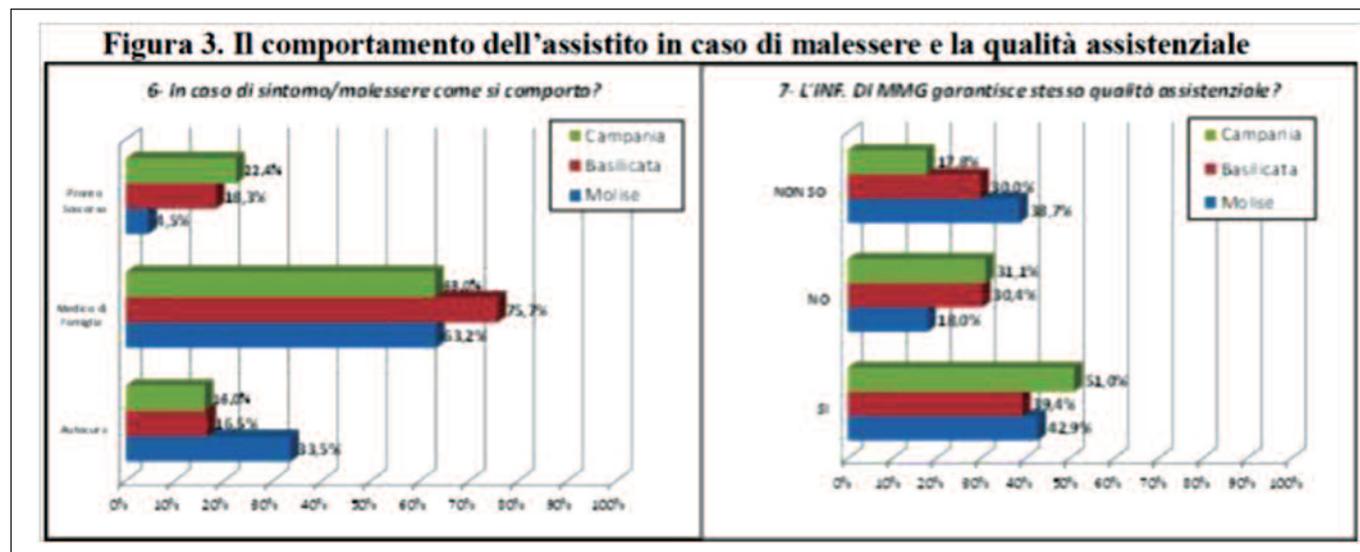


In Basilicata il 78,4% ha risposto affermativamente, mentre la Campania con una bassa percentuale, di poco più del 60% (fig. 2). Si è chiesto all'assistito del suo comportamento in caso di malessere ed i risul-

pania tendono a far ricorso, molto spesso, al PS con percentuali rispettivamente del 18 e 22% rispetto ad appena il 4,5% del Molise (fig. 3). In Campania il 51% degli assistiti ritiene l'infermiere il professionista che può

DISCUSSIONE

Il Molise risulta mediamente una regione più giovane rispetto le altre di circa dieci anni, forse dovuto ad una "migrazione" di



tati hanno evidenziato il Molise come regione più virtuosa, rispetto alla Basilicata e Campania: il cittadino del Molise ricorre soprattutto al MMG (63.2%) e a seguire, seppur per una percentuale nettamente più bassa di risposta (33.5%), all'autocura; minimo il ricorso al Pronto Soccorso (PS). Mentre i cittadini della Basilicata e Cam-

pania tendono a far ricorso, molto spesso, al PS con percentuali rispettivamente del 18 e 22% rispetto ad appena il 4.5% del Molise (fig. 3). In Campania il 51% degli assistiti ritiene l'infermiere il professionista che può

garantire la stessa qualità assistenziale in una visita di controllo dal MMG, a seguire il Molise con il 42.9 % e il 39.4% della Basilicata; una percentuale non trascurabile consistente la percentuale di coloro che è incerta nella risposta: 30% per la Basilicata, 17.8% per la Campania e il 38.7% per il Molise.

giovani di queste ultime due regioni (Campania e Basilicata) verso altre regioni o in Europa. La motivazione potrebbe essere dettata da una scelta lavorativa che il territorio attuale non offre.

Colpisce abbastanza una percentuale del ben 23.2% con solo titolo elementare della

continua da pagina 23

Campania (ben tre volte il Molise, anche se la bassa numerazione del campione di quest'ultimo porta con sé una maggiore indeterminazione sul valore della popolazione) e con 18% di laureati (10% in meno del Molise).

Queste percentuali del Molise rispecchiano abbastanza bene la popolazione: la percentuale con diploma è il segno di una popolazione prevalentemente adulta e ormai consolidata, si potrebbe dire con una propria stabilità di vita familiare e professionale.

Al di là delle aspettative, infatti, risulta che le persone, almeno nel Molise, sanno della presenza dell'infermiere nell'ambulatorio del MMG, al pari quasi della sua presenza nelle altre realtà territoriali (cliniche, etc...).

Meno conosciuta la presenza dell'infermiere nell'ambulatorio medico nella Campania.

Sembrirebbe, quindi, che l'infermiere sia rivalutato nella sua professionalità e qualificazione come professionista della salute laddove si conosce il suo ruolo definito e marcato; meritevole di rispetto e di attenzione.

Colpisce invece la percentuale veramente bassa di più del 20% della Campania, dove solo il 60.5% ne vede l'utilità, questa evidenza non dovrebbe meravigliare più di tanto vista la disinformazione ed il livello di scolarizzazione della popolazione la quale, evidentemente, considera il medico figura insostituibile ed inaffiancabile, tanto meno da un infer-

miere, nel percorso assistenziale del paziente all'interno dell'ambulatorio.

Se si associano le persone con più basso livello di istruzione e l'età, si evince che sono tali utenti i maggiormente "papabili" ad un intervento a domicilio dell'infermiere: evidentemente, appunto, sono gli anziani, in autonomia o tramite caregiver, a richiedere tale assistenza. Il tutto con le dovute eccezioni.

Non mancheranno casi di giovani e adulti malati, costretti a cure e assistenza domiciliare. L'anziano resta l'utente principale come, si ribadisce, si evince dall'anzianità della popolazione di riferimento.

CONCLUSIONI

L'IFeC è il soggetto di una rivalutazione del sistema sanitario perché ne ha le giuste competenze: la popolazione lo considera e lo vede tale nel quotidiano e nel risolto pratico del concetto "SALUTE".

Uno sforzo maggiore andrebbe fatto nelle regioni dove questa figura non è ancora implementata, tramite appositi master universitari per infermieri e corsi di formazione per i MMG, per sancire ufficialmente questo prezioso aiuto e valido riconoscimento perché nei contenuti, andando al cuore dell'assistenza, l'infermiere si conferma autorevole, un intreccio perfetto tra sapere, saper essere e, appunto, saper fare e saper dare.

Nuovi scenari, quindi, per l'assistenza

infermieristica per una fitta rete con il ruolo medico. Si è consapevoli, infine, che si necessita anche di costruire una maggiore visibilità dell'IFeC al fine di accrescere le conoscenze della popolazione e le potenzialità connesse al ruolo.

Gli infermieri e i MMG sono gli operatori "in prima linea" che debbono intraprendere e stimolare specifiche azioni promotrici per l'implementazione di una continuità assistenziale, in un momento in cui la riorganizzazione del sistema di erogazione di cure primarie rappresenta la sfida più difficile e il contributo infermieristico appare decisivo e irrinunciabile.

LIMITI DELLO STUDIO

Il campione selezionato per l'indagine non è indicativo di tutte le realtà territoriali regionali e quindi non ha permesso di evidenziare meglio alcune criticità emerse nello studio. Altro limite è rappresentato dallo strumento di indagine strutturato "ad hoc", non essendo stato sottoposto all'analisi statistica di affidabilità, validità, fattoriale e proprietà degli item, per ciò che si intende realmente misurare. Tuttavia l'ampio campionamento arruolato consentirebbe una successiva analisi statistica sullo strumento; sarebbe, comunque, auspicabile estendere questo tipo di indagine in tutte le realtà territoriali delle regioni, al fine di ottenere un quadro più completo della situazione attuale, riguardo la figura dell'IFeC.

BIBLIOGRAFIA

1. Scalorbi, S. Infermieristica di famiglia. In: Scalorbi, S. Infermieristica preventiva e di comunità. Milano: McGraw-Hill; 2012; 151-201.
2. Cannone, F. L'infermiere di famiglia e di comunità. Una proposta per lo sviluppo delle cure primarie. *Agorà*, 57, 2015; 21-27.
3. Gant, A. Il modello Chronic Care nel territorio fiorentino. Lavoro presentato al IV Congresso Europeo "Home Care", Milano, 8 Giugno 2012.
4. Obbia, P., Menarello, G. e Maddalena, C. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie. *Tempo di Nursing*, 66, 2014.
5. Obbia, P., Tamburini, L., Giovannetti, G., Ongaro, M. e Calamassi, D. Infermieristica di famiglia e di comunità: una survey tra infermieri e medici di medicina generale. *L'Infermiere*, 1, 2015; 19-23.
6. Petean, M. e Cerne, D. L'infermiere di famiglia: indagine conoscitiva sulle opinioni dei medici e dei loro assistiti. *Agorà*, 57, 2015; 16-20.
7. Menarello, G. L'evoluzione del ruolo dell'infermiere di famiglia. Esperienze europee. Lavoro presentato al Convegno "Gli infermieri di famiglia e di comunità verso l'eccellenza nei percorsi di cura. Tutela della salute della persona e della comunità", Torino, 12 giugno 2015.

La qualità dell'assistenza infermieristica in cure palliative: uno studio osservazionale

di **Graziana Miele**, Infermiera Osp. Fatebenefratelli – Napoli
Giovanna Pentella, Dirigente Infermiere Osp. Fatebenefratelli – Napoli
 Per corrispondenza: graziana.miele@libero.it

ABSTRACT

Introduzione: In ambito palliativo, la soddisfazione dei pazienti insieme al raggiungimento di una buona qualità di vita è considerato un importante indicatore di esito e di processo dell'assistenza.¹ Infatti, il grado di soddisfazione dei servizi di Cure Palliative viene considerato un importante outcome da investigare soprattutto ad assistenza conclusa² in quanto è valutabile solo dopo il decesso del paziente attraverso la comprensione di quanto il familiare sia rimasto soddisfatto dell'assistenza prestata al suo caro.

Lo studio osservazionale ha l'obiettivo di valutare la soddisfazione relativa all'assistenza ricevuta nel centro di Cure Palliative Antea attraverso la somministrazione del FAMCARE2, a un campione di familiari, a un mese dalla morte del proprio caro, in modo da poter avere un riscontro dell'assistenza fornita e cercare di capire quali aspetti dell'assistenza è possibile migliorare.

Materiali e metodi: È stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando il

processo dell'EBN al fine di individuare ed analizzare gli strumenti esistenti in letteratura finalizzati a valutare quanto il familiare sia rimasto soddisfatto dell'assistenza prestata al proprio congiunto, poiché in cure palliative sono proprio i familiari a vivere gli effetti della malattia dei loro cari. Dalla revisione sono emersi una serie di strumenti validati con diverse caratteristiche psicometriche per valutare la soddisfazione in Cure Palliative.

È emerso che la scala più utilizzata per valutare la soddisfazione dei familiari dei pazienti in Cure Palliative è il FamCare che, considerati i notevoli sviluppi degli ultimi anni delle Cure Palliative, ha subito diversi aggiustamenti scaturiti infine nella versione definitiva del FamCare2.

Per lo studio è stata utilizzata la versione tradotta in lingua italiana e successivamente validata³.

L'indagine osservazionale è stata condotta da Settembre 2013 a Settembre 2014 prendendo in considerazione un campione di 390 familiari di pazienti assistiti e deceduti nel centro di cure palliative ANTEA ai quali è stato inviato il questionario modifi-

cato FAMCARE2.

Risultati: Dei 390 familiari contattati a cui è stato inviato il questionario, hanno risposto un totale di 150 persone. Il 76 % del campione preso in esame, considera positivo il modo in cui l'équipe di cure palliative ha rispettato la dignità del paziente e il 71 % è rimasto soddisfatto per la disponibilità mostrata dall'équipe nei confronti della famiglia. Nonostante questi aspetti d'eccellenza, dal questionario è emerso che alcuni familiari non sono rimasti soddisfatti per il 46% riguardo le informazioni loro fornite circa gli effetti collaterali dei trattamenti e per il 56% circa l'assistenza quotidiana fornita al proprio caro.

Conclusioni: I risultati ottenuti sono conformi a quelli della letteratura, sottolineando che l'approccio multidisciplinare al malato terminale rappresenta la strategia più efficace per rispondere alle sue complesse esigenze e per garantirgli la migliore qualità di vita possibile.

Parole chiave: cancro, cure palliative, soddisfazione, famiglia, qualità della vita, strumenti di validazione

INTRODUZIONE

Le persone malate, ormai, non sono più estranee ai processi di assistenza e sono dunque in grado di giudicare cosa sta loro accadendo.³

Per tale motivo il paziente è al centro del processo decisionale. Allo stesso modo, la soddisfazione del paziente viene sempre di più considerata come un elemento importante, utile per valutare la qualità delle cure offerte.⁴

Secondo Donabedian, medico e fondatore dello studio della qua-

lità nella sanità, nonché noto come il creatore del "The Donabedian model of care", la soddisfazione è di fondamentale importanza per misurare la qualità delle cure in quanto ci fornisce informazioni sulla capacità dell'operatore di rispondere alle aspettative e ai valori del malato.⁵ Il modello di Donabedian è rappresentato da una catena di tre scatole rappresentanti struttura, processo e risultato collegati da frecce direzionali, in cui l'esito contiene tutti gli effetti dell'assistenza sanitaria sui pazienti o popolazioni comprese le modifiche allo stato di salute, i comportamenti, nonché la soddisfazione del paziente e la salute legati alla qualità della vita.⁶ Infatti, il grado di

continua da pagina 25

soddisfazione dei servizi di Cure Palliative viene considerato un importante outcome da investigare soprattutto ad assistenza conclusa in quanto è valutabile solo dopo il decesso del paziente attraverso la comprensione di quanto il familiare sia rimasto soddisfatto dell'assistenza prestata al suo caro.⁷

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo dello studio è stato quello di approfondire le dimensioni dell'assistenza che possono concorrere al raggiungimento di risultati assistenziali ottimali in setting di cure palliative descrivendo la qualità di un servizio attraverso la valutazione della soddisfazione riguardo l'assistenza ricevuta da parte dei familiari di pazienti deceduti in un servizio di cure palliative.

MATERIALI E METODI

Lo studio osservazionale ha utilizzato la versione definitiva del FamCare2 (Fig.1) scaturito da diversi aggiustamenti dal FamCare selezionato dai 23 su 129 articoli reperiti attraverso i database CINAHL e PubMed in quanto risulta essere la scala più utilizzata per valutare la soddisfazione dei familiari dei pazienti in Cure Palliative.

Attualmente esistono due principali scale: il FamCare composto da 20 item e il FamCare2 composto da 17 item suddivisi a loro volta nella versione per il paziente e nella versione per il familiare. Il questionario FamCare2 utilizzato è caratterizzato da una prima parte contenente 17 item a domande chiuse i quali prevedono risposte relative alla soddisfazione dell'assistenza quali: molto soddisfatto (MS), soddisfatto (S), non soddisfatto (NS), poco soddisfatto (PS), insoddisfatto (I) e una seconda parte in cui sono presenti i dati relativi alla persona che compila il questionario e i dati relativi al paziente (Fig. 2).

Tale strumento ha dimostrato ottime caratteristiche psicometriche ed è risultato pratico e maneggevole per un uso clinico routinario.

Lo studio è stato condotto da Settembre 2013 a Settembre 2014 prendendo in considerazione un campione di 390 familiari (31% maschi, 69% femmine con un'età compresa tra 41 e 65 anni) di pazienti assistiti e deceduti nel centro di cure palliative ANTEA di Roma ai quali è stato chiesto di compilare il questionario FAM-

Figura 1

QUESTIONARIO

La invitiamo a rispondere alle domande sotto elencate, indicando quanto è rimasto soddisfatto/a per l'assistenza ricevuta dal suo familiare nei servizi di Cure Palliative. Barri con una crocetta la casella che maggiormente rispecchia la sua personale esperienza: molto insoddisfatto (MI), insoddisfatto (I), non so (NS), soddisfatto (S), molto soddisfatto (MS)

Quanto è rimasto soddisfatto riguardo a:

FAMCARE 2		Moito insoddisfatto	Insoddisfatto	Non So	Soddisfatto	Moito soddisfatto
1	Il comfort del suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
2	Il modo in cui l'équipe di Cure Palliative le ha dato spiegazioni sulle condizioni e i cambiamenti di salute del suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
3	Le informazioni che le sono state date sugli effetti collaterali dei trattamenti.	MI	I	NS	S	MS
4	Il modo in cui l'équipe di Cure Palliative ha rispettato la dignità del suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
5	Gli incontri che ha avuto con l'équipe di Cure Palliative per discutere le condizioni del suo familiare e per organizzare la sua assistenza.	MI	I	NS	S	MS
6	La tempestività con cui sono stati trattati i sintomi del suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
7	L'attenzione che l'équipe di Cure Palliative ha prestato alla descrizione dei sintomi riferiti dal suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
8	Il modo in cui sono stati soddisfatti i bisogni fisiologici del suo familiare (es. alimentazione, evacuazione etc.).	MI	I	NS	S	MS
9	La disponibilità che l'équipe di Cure Palliative le ha dimostrato.	MI	I	NS	S	MS
10	Il supporto emotivo che l'équipe di Cure Palliative le ha fornito.	MI	I	NS	S	MS
11	L'assistenza quotidiana che l'équipe di cure palliative ha fornito al suo familiare (es. cure igieniche, mobilizzazione etc.).	MI	I	NS	S	MS
12	L'attenzione che i medici hanno prestato ai sintomi del suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
13	Il modo in cui si è sentito/a coinvolta nelle decisioni sul suo familiare (es. trattamenti, assistenza etc.).	MI	I	NS	S	MS
14	Le informazioni che le sono state date su come gestire i sintomi del suo familiare (es. dolore stipsi etc.).	MI	I	NS	S	MS
15	L'efficacia con cui l'équipe ha gestito i sintomi del suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
16	Il modo in cui l'équipe di Cure Palliative ha risposto ai cambiamenti nei bisogni di assistenza del suo familiare.	MI	I	NS	S	MS
17	Il supporto emotivo che il personale di Cure Palliative ha fornito al suo familiare.	MI	I	NS	S	MS

Pg 1/2

CARE2. Sono stati inclusi nello studio i familiari dei pazienti deceduti nei servizi di Cure Palliative, da almeno un mese fino a un massimo di tre mesi a partire da Giugno 2013 fino a Dicembre 2013.

Per individuare i familiari sono stati elaborati diversi diagrammi che descrivono le caratteristiche dei familiari che hanno partecipato allo studio. In particolare i diversi diagrammi rappresentano: l'età del familiare, il sesso, il grado di parentela, il titolo di studio, il tipo di

Figura 2

DATI RELATIVI AL FAMILIARE

Sesso: M F

Età: _____

Stato civile:
 celibe / nubile
 sposata/o
 convivente
 separata/o
 divorziata/o
 vedova/o

Titolo di studio:
 Licenza elementare
 Licenza media
 Diploma
 Laurea

Numero di persone nel nucleo familiare:
 Da 0 a 2
 Da 3 a 5
 Superiore di 5

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Sesso: M F

Età: _____

Impiego:
 Operai/o
 Impiegata/o
 Dirigente
 Commerciante
 Imprenditore
 Studente
 Casalinga
 Libero professionista
 Pensionata/o
 Disoccupata/o
 Altro

Luogo dove è stata fornita assistenza dall'equipe Antea:
 Hospice
 Assistenza Domiciliare
 Hospice e Assistenza Domiciliare

Luogo in cui è deceduto il paziente:
 Hospice
 Casa
 Altro _____

Diagnosi: _____

Tempo di permanenza presso il servizio di Cure Palliative _____

Pg 2/2

del questionario e poter migliorare sempre più l'assistenza fornita ai pazienti assistiti. Nei mesi di Giugno e Luglio 2014, è stato effettuato un recall telefonico ai familiari dei quali non era ancora pervenuto il questionario. Lo studio è terminato a fine Settembre quando si è conclusa la raccolta dei questionari. I dati raccolti sono stati registrati in accordo con le misure di anonimato e di rispetto della privacy.

CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Sono stati inclusi nello studio i familiari dei pazienti deceduti nei servizi di Cure Palliative, da almeno un mese fino a un massimo di tre mesi a partire da Giugno 2013 fino a Dicembre 2013. Non sono stati inclusi nello studio i familiari dei pazienti deceduti, nei servizi di Cure Palliative, oltre i mesi indicati. Inoltre sono stati esclusi i familiari di pazienti non in grado di dare il proprio consenso informato.

CONSENSO INFORMATO

Prima di somministrare il questionario è stata chiesta l'autorizzazione al familiare durante il primo contatto telefonico. In fase di somministrazione del questionario, ai familiari dei pazienti deceduti nei servizi di Cure Palliative, è stato chiesto il consenso scritto al trattamento dei dati personali ad un foglio informativo riguardante lo studio.

ASPETTI ETICI

Lo studio è stato presentato al comitato di Bioetica del Centro di Cure Palliative Antea nel mese di Marzo 2014 ricevendo formale autorizzazione a procedere.

ANALISI STATISTICA

I dati che sono stati ricavati, dalla compilazione dei questionari da parte dei familiari, sono stati analizzati utilizzando il metodo della statistica descrittiva con il software di calcolo Excel (versione 97/2003). Si è proceduto alla realizzazione di grafici pertinenti alle risposte dei familiari. L'analisi dei risultati è stata effettuata grazie alle risposte ricevute ai questionari inviati al campione preso in esame.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Dei 390 familiari contattati e a cui è stato inviato il questionario, hanno risposto un totale di 150 familiari (31% maschi, 69% femmine con un'età compresa tra 41 e 65 anni). Dall'analisi dei dati

lavoro, lo stato civile.

Il campione è stato selezionato due momenti: i primi 100 sono stati familiari di pazienti deceduti tra Giugno e Luglio 2013; i restanti 290 sono stati familiari di pazienti deceduti tra Settembre e Dicembre 2013.

Il familiare di riferimento, è stato identificato dai servizi di Cure Palliative in cui il paziente era in cura e che aveva lasciato i propri recapiti

Dall'analisi dei dati socio-demografici risulta che i familiari corrispondono ai trend culturali e sociali della nostra società; essi infatti hanno un'età compresa tra i 41 e i 65 anni, sono per lo più impiegati, diplomati e sposati. Questo ci fa pensare che il carico assistenziale del caregiver è piuttosto impegnativo e ciò può creare delle problematiche per le quali l'équipe di cure palliative deve intervenire. I familiari sono per lo più figli dei pazienti deceduti e nel 23% dei casi sono mogli o mariti, appartenenti a nuclei familiari medi di massimo 5 persone. I pazienti deceduti sono in maggioranza donne con un'età media superiore ai 65 anni, colpiti soprattutto da neoplasie al torace o all'apparato digerente. Il questionario è stato inviato in duplice copia all'interno di una busta insieme con l'informativa allo studio e il consenso informato. Ai familiari è stato chiesto di compilare dapprima il questionario 01 e dopo circa sette giorni il questionario 02 e re-inviarli in Antea nelle apposite buste pre-affrancate, al fine di portare a termine lo studio di validazione

continua da pagina 27

socio-demografici risulta che i familiari corrispondono ai trend culturali e sociali della nostra società; essi infatti hanno un'età compresa tra i 41 e i 65 anni, sono per lo più impiegati, diplomati e sposati. Questo ci fa pensare che il carico assistenziale del caregiver è piuttosto impegnativo e ciò può creare delle problematiche per le quali l'équipe di cure palliative deve intervenire. I familiari sono per lo più figli dei pazienti deceduti e nel 23% dei casi sono mogli o mariti, appartenenti a nuclei familiari medi di massimo 5 persone. I pazienti deceduti sono in maggioranza donne con un'età media superiore ai 65 anni, colpiti soprattutto da neoplasie al torace o all'apparato digerente. I familiari hanno trovato le risposte di facile interpretazione e comprensione.

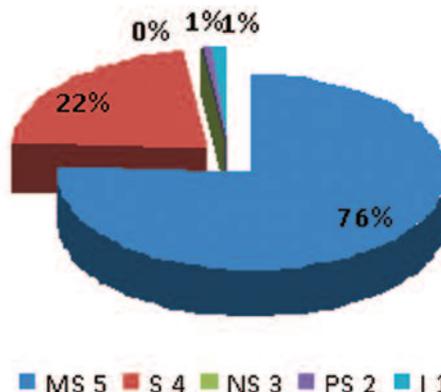
Ne è risultato un buon adattamento del questionario dalla lingua e cultura anglosassone alla lingua e cultura italiana. Nel 27% dei casi il familiare alla domanda circa la diagnosi non ha specificato il tipo di tumore. Il setting di assistenza è stato nel 64% dei casi il domicilio del paziente, ma è possibile vedere come nel 20% dei casi i pazienti non siano deceduti nello stesso luogo in cui sono stati assistiti. In particolare il 17% dei pazienti assistiti a domicilio sono poi stati trasferiti in hospice dove sono deceduti; il 3% dei casi sono stati assistiti in hospice e poi trasferiti a domicilio dove sono deceduti.

Nel 62% dei casi i pazienti sono stati assistiti da 1 a 30 giorni in cure palliative, il 24% fino a 60 giorni, solo pochi fino ad un massimo di 4-5 mesi.

Per quanto riguarda in generale il livello di soddisfazione rilevato

Grafico I

Il modo in cui l'équipe di cure palliative ha rispettato la dignità del suo familiare



dai questionari è stato alto. Il 76 % del campione preso in esame, considera positivo il modo in cui l'équipe di cure palliative ha rispettato la dignità del paziente (Grafico I) e il 71% è rimasto soddisfatto per la disponibilità mostrata dall'équipe nei confronti della famiglia (Grafico II). Nonostante questi aspetti d'eccellenza, dal questionario è emerso che alcuni familiari non sono rimasti soddisfatti per il 46% riguardo le informazioni loro fornite circa gli effetti collaterali dei trattamenti (Grafico III) e per il 56% circa l'assistenza quotidiana fornita al proprio caro (Grafico IV). Spesso in assistenza domiciliare le informazioni che vengono date al caregiver, il quale ha già un sovraccarico emotivo importante, sono tante e spesso non alla portata di tutti, soprattutto quando si tratta di informazioni di tipo tecnico come gli effetti collaterali dei trattamenti. Per andare incontro a questo aspetto emerso, l'équipe dovrebbe porre attenzione alla tipologia di familiare, al loro livello culturale e alla capacità di comprendere le informazioni. Potrebbe essere importante graduare le informazioni fornendo dapprima quelle prioritarie e più importanti e diluire le altre nel corso dell'assistenza.

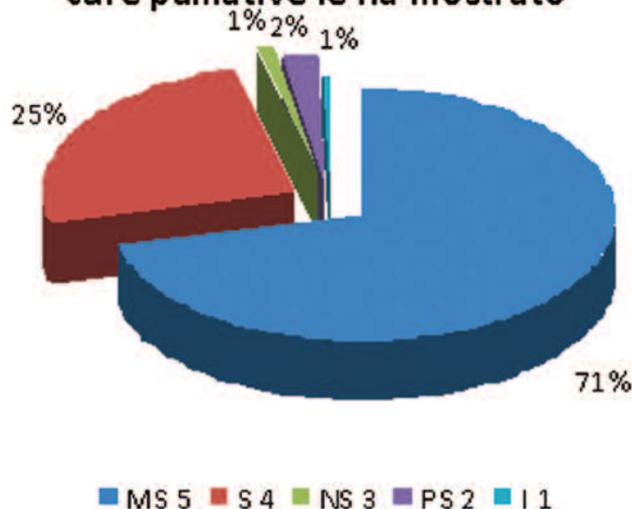
Un altro aspetto che ha presentato connotazioni negative sebbene minime, è quello relativo l'assistenza quotidiana.

Anche in questo caso bisogna riflettere sul setting in cui tali pazienti sono stati assistiti. Probabilmente le aspettative dei familiari riguardo l'assistenza che l'équipe avrebbe prestato era maggiore di quanto in realtà l'équipe poteva garantire fisicamente.

Tale tipologia di assistenza, non essendo ospedaliera, non coinvolge gli operatori sanitari 24 h su 24, bensì garantisce un accesso quotidiano e la reperibilità full-

Grafico II

La disponibilità che l'équipe di cure palliative le ha mostrato



time. Per evitare di incorrere in aspettative disattese, risulta fondamentale chiarire molto bene questo punto e comprendere quanto il familiare sia disponibile ad assumersi l'onere di questa tipologia assistenziale.

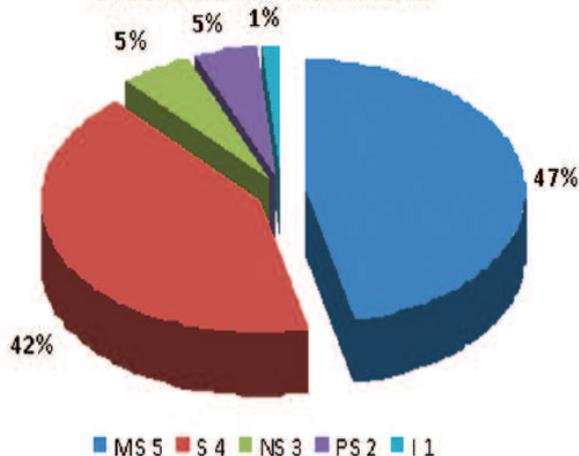
CONCLUSIONI

Nell'ambito delle cure palliative l'infermiere in equipe deve "stare accanto al paziente" per ridurre al minimo l'isolamento, la perdita di significato, l'inattività, la difficoltà nel soddisfare i più elementari bisogni di vita quotidiana.⁸ La relazione terapeutica si allarga verso la famiglia per far trovare loro un'interpretazione e una comprensione correlata alla difficoltà del lutto che stanno vivendo.⁹ I dati derivati da tale studio caratterizzano in maniera molto positiva l'assistenza fornita dal centro di Cure Palliative "Antea" di Roma. Grande soddisfazione viene manifestata nei confronti della professionalità degli operatori sanitari che riescono a coinvolgere i familiari nelle decisioni cliniche.

La risposta ai bisogni dei familiari si esplica in un sostegno morale, ma anche di sostituzione momentanea alle difficili mansioni che sono chiamati a svolgere ogni giorno, per avere dunque un po' di svago e ricaricare le forze.¹⁰ Fondamentale è il supporto di tipo burocratico, ovvero l'offerta di un unico punto di riferimento in cui la

Grafico III

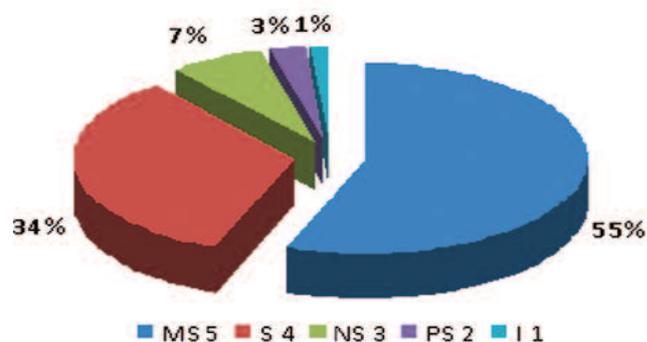
Le informazioni che le sono state date sugli effetti collaterali dei trattamenti



famiglia del paziente possa trovare tutti i servizi di cui ha bisogno senza indugiare in lungaggini burocratiche. Nonostante le pochissime risposte negative al questionario, emerse dallo studio, per un centro di cure palliative come quello di Antea sarebbe opportuno mettere in discussione e analizzare caso per caso, familiare per familiare, per poter migliorare gli standard d'assistenza. Questi potranno essere da spunto per l'équipe Antea per poter effettuare degli audit interni e verificare cosa non è andato durante il processo assistenziale, per poter poi migliorarsi e offrire un'assistenza ottimale.

Grafico 4

L'assistenza quotidiana che l'équipe di cure palliative ha fornito al suo familiare



BIBLIOGRAFIA

- 1) Saunders C. Foreword. In: Doyle D, Hanks WC, McDonald D. Oxford Textbook of Palliative Medicine. II Ed. Oxford, New York, Tokyo, 1998: v-ix.
- 2) Kristjanson LJ, Validity and reliability testing of the FamCare Scale: measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Social Science and Medicine* 1993;36(53):693-701
- 3) A cura di Ticconi Ylenia, Università Campus Bio-Medico, Roma, 2014
- 4) Beaumont, FamCare and FamCare-2 guidelines, 2012
- 5) Aoun S, Bird S, Kristjanson L, J Currow D. Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: measuring family carer satisfaction with palliative care *Palliative Medicine* 2010;24(7):674-681
- 6) Ringdal GI, Jordhay Ms, Kaasa S., Family satisfaction with End-of-Life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2002;24(1):53-63
- 7) Dong Wook Shin, the development of a comprehensive needs assessment tool for cancer-caregivers in patient-caregiver dyads. *Psycho-Oncology* 2011;20(12):1342-1345
- 8) Kristjanson LJ, Family member's care expectations, care perceptions, and satisfaction with advanced cancer care: results of a multi-site pilot study. *Journal of a Palliative Care* 1997;13(4):5-13
- 9) Garetto, le cure palliative come "Simultaneous Care": tre anni di esperienza in un ospedale di Torino, 2006
- 10) Zaninetta G. Hospice: un luogo dove morire" In: Cristini C (Ed.). *Vivere il morire. L'assistenza nelle fasi terminali*. Roma: Aracne; 2006.

NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

Le figure e le tabelle, in formato digitale JPG o TIFF a risoluzione alta, devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari (Internet). In: Pressato L, Cartabellotta A, Bernini G et al. *L'educazione continua in medicina*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003. (pubblicato Marzo 2003; consultato: Dicembre 2016). Disponibile all'indirizzo: <http://www.pensiero.it/catalogo/pdf/ecm/capitolo2.pdf>

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

Tutti gli articoli conformi alle norme editoriali saranno affidati ad uno o più revisori che valuteranno la qualità metodologica del lavoro e le eventuali proposte di modifiche da inoltrare agli autori.

Nella sua valutazione, il revisore potrà: valutare l'aderenza alle norme editoriali, la qualità metodologica dell'articolo ritenendolo idoneo alla pubblicazione, accettare l'articolo con richiesta di modifiche (motivandone le ragioni) o rifiutare l'articolo (motivandone le ragioni).

La valutazione del revisore verrà comunicata entro 3 mesi all'indirizzo che l'autore ha fornito per eventuali comunicazioni.



**I Collegi
della Campania
informano**

QUI NAPOLI

L'Asl Napoli Nord smantella la casa delle professioni sanitarie

All'Asl Napoli 2 Nord è stato smantellato il Dipartimento delle professioni sanitarie. La decisione, messa in atto con grave danno a carico di cittadini e professionisti, è tutta nella deliberazione n. 658 del 19 luglio scorso, presa dall'allora commissario straordinario Antonio D'Amore. Un provvedimento d'imperio che, da un lato penalizza l'offerta sanitaria territoriale e dall'altro spacca in due i vertici dell'azienda. Contro la deliberazione si è espresso infatti a suo tempo anche il Sub Commissario sanitario, il Dottor Luigi De Paola, palesemente contrario all'iniziativa. Come a dire che, la massima autorità aziendale in materia di servizi sanitari non concorda con quanto decide il commissario, confermando de facto l'importanza strategica e funzionale svolta dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie nel realizzare il processo del governo clinico in azienda e sul territorio.

Nonostante il parere avverso di De Paola, il Commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord ha poi messo in atto quanto deliberato.

In un sol colpo ha cancellato un servizio utile alla comunità costruito dopo anni e anni di lavoro. Non solo, quella decisione presa senza alcuna giustificazione, azzerava anni e anni di crescita professionale di tutti gli operatori della sanità e in maniera particolare degli infermieri. Soprattutto, essa priva la gestione della sanità territoriale, già alle prese con annosi problemi di carenze di uomini e mezzi, del più efficace strumento di programmazione, pianificazione e controllo delle attività di assistenza sanitaria messe in essere. A tutto svantaggio della quantità e della qualità delle prestazioni fornite dal sistema sanitario locale a favore dei cittadini. Mentre a livello nazionale si discute in tavoli tecnici ad hoc lo sviluppo delle competenze dei professionisti della salute per migliorare l'offerta, a Pozzuoli si arretra. Non uno. Ma dieci passi indietro, sia sul piano organizzativo, sia su quello della crescita professionale. Il Dipartimento delle professioni sanitarie va infatti considerato come elemento strategico per il governo clinico. In termini organizzativo-gestionali, il dipartimento assicura linee univoche ed omogenee di programmazione, direzione e controllo delle risorse umane; flessibilità ed efficacia nel loro impiego; livelli di performance pro-

fessionali aderenti agli standard di riferimento. In termini di funzioni, il dipartimento provvede alla determinazione degli standard assistenziali (operativi e professionali) in aderenza alle logiche e ai criteri della intensità di cura e della variabilità assistenziale; alla definizione dei criteri, degli strumenti e degli indicatori di pianificazione operativa per la realizzazione dei percorsi assistenziali e riabilitativi, progettazione, innovazione e sviluppo dei modelli e dei processi organizzativo-gestionali ed assistenziali della valorizzazione delle competenze e delle risorse dell'assistito, della continuità delle cure e del continuo miglioramento degli standard di efficacia e di appropriatezza.

Tutto questo per l'allora commissario D'Amore, non è attività indispensabile. Un parere che riporta le lancette della professione agli anni del mansionario.

Lancette che a Pozzuoli sembrano girare all'indietro. È necessario ricordare, infatti, che ancor prima della legge 251/2000 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) si è dimostrato nei fatti, con dati oggettivi e riscontrabili, il ruolo determinante dell'infermiere e la valenza strategica nell'ambito dell'assistenza sanitaria,



legittimando a pieno il compito, dirigenziale e non, nel sistema salute. Si è dimostrato come la professione infermieristica sia capace di adottare modelli assistenziali che si caratterizzano per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura, puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza. E', infatti, particolarmente funzionale allo sviluppo e all'utilizzo dei percorsi clinico assistenziali integrati, la traduzione locale delle linee guida nella pratica clinica, cosa che pare rispondere meglio non solo ai bisogni assistenziali di pazienti sempre più anziani e affetti da complesse polipatologie, ma anche alla necessaria integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

In definitiva, quindi un altro esempio di restaurazione politico-organizzativa delle nostre aziende sanitarie, un ritorno al passato e ad un modello medicocentrico della assistenza sanitaria, il tutto, ovviamente, senza il minimo rispetto per i cittadini e per le loro esigenze di salute e benessere.



CORSO DI LINGUA INGLESE PER INFERMIERI

con certificazione
ANGLIA EXAMINATIONS

BENEVENTO - 12 Gennaio 2017 - ore 10:00

La lingua inglese è divenuta uno strumento indispensabile per poter comunicare con il paziente straniero, comprendere pubblicazioni e articoli scientifici in lingua inglese e non ultimo, l'opportunità di partecipare a concorsi, avvisi pubblici, selezioni dirette nel Regno Unito e in tutti altri paesi di lingua inglese.

DESTINATARI:

Il corso è rivolto agli infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari

PARTECIPANTI:

Numero partecipanti 10-12

DURATA:

70 ore di lezione, divise su 3 mesi

PROGRAMMA E ATTESTATO:

Il programma definitivo sarà reso nota successivamente.
L'attestato finale sarà rilasciato al termine del corso. Gli studenti potranno scegliere di sostenere un esame per la certificazione linguistica con Anglia Examinations.

METODOLOGIA DIDATTICA:

Lezioni frontali e interattive con i partecipanti

SEDE:

Il corso si terrà presso la sede del Collegio Provinciale IPASVI di Benevento - Via E. Caggiano

COSTI:

La quota di partecipazione al corso sarà stabilita dopo le iscrizioni e varierà in rapporto agli iscritti.

ISCRIZIONE:

Gli interessati dovranno inviare la scheda di iscrizione al corso tramite pec (benevento@ipasvi.legalmail.it), email (ipasvibn@alice.it) o fax (0824.359980) entro il 9 gennaio 2017.

La scheda potrà anche essere consegnata in sede, entro tale data, negli orari di apertura del Collegio.

La scheda di iscrizione può essere scaricata dal sito www.ipasvibn.it

INFORMAZIONI GENERALI:

Per ulteriori informazioni
contattare il numero: 339.7771843
E-mail: ipasvibn@alice.it



I Collegi
della Campania
informano

QUI BENEVENTO

Il Cives e le buone pratiche di protezione civile

Della Ratta: "Infermieri portatori di valori solidaristici".
Guarnieri: "I rischi possono essere sensibilmente ridotti con una conoscenza reale dell'ambiente"



Una due giorni per la prevenzione. Ma anche per formare il cittadino ad una mentalità anti panico, per affrontare con consapevolezza e con le giuste conoscenze ogni evento catastrofico. E' questa la finalità dell'iniziativa messa in campo a Benevento dal nucleo locale Cives, ovvero dagli infermieri dell'Ipasvi inseriti nel Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria. Sabato 15 e domenica 18 ottobre erano in piazza con tanti gazebo per aderire all'iniziativa nazionale "Io non rischio": contemporaneamente, in 700 piazze d'Italia sono stati allestiti i punti informativi della campagna finalizzata a diffondere la cultura della difesa consapevole e preventiva del territorio: parlare con i propri concittadini del rischio terremoto, di maremoto e alluvioni e renderli consapevoli del fatto che tali rischi possono essere ridotti, fin da subito, facendo le scelte giuste. "Io Non Rischio è una campagna nazionale di comunicazione, giunta al suo sesto anno. Si svolge come una classica campagna di piazza sulle "buone pratiche di protezione civile", vale a dire su tutte le azioni che i cittadini possono mettere in atto fin da subito per ridurre il rischio. "Lo slogan scelto per identificare la campagna Io Non Rischio è l'affermazione di un



proposito ben preciso, è una dichiarazione di intenti che ogni cittadino e ogni comunità può fare come parte del sistema nazionale di protezione civile. Gli infermieri sono portatori di forti valori solidaristici" ha detto il Presidente dell'Ipasvi di Benevento Andrea Della Ratta, presentando l'iniziativa alla stampa. "Ancora una volta devo ringraziare i colleghi del Cives - ha aggiunto - per aver messo in campo, con il solito impegno sociale e con tante capacità, un'iniziativa che dopo quanto successo di recente a Benevento ha il merito di essere utile e quanto mai opportuna". In piazza S. Bartolomeo c'era una fortissima rappresentanza dei circa tremila infermieri beneventani. In testa i responsabili del nucleo Cives di Benevento, con il presidente Filippo Guarnieri e il direttore Carlo Di Cerbo. Ma anche molti cittadini incuriositi dalle mostre, dagli stand allestiti per l'occasione. "Benevento, come gran parte del territorio italiano, è esposta a molti rischi naturali, ma la reale consistenza del rischio può essere sensibilmente ridotta attraverso una conoscenza

reale dell'ambiente in cui viviamo, delle sue caratteristiche di pericolosità e l'adozione, fin da subito, di scelte consapevoli che riducono, in particolare, la vulnerabilità dell'ambiente costruito e della nostre comunità", ha detto Filippo Guarnieri. "Ma è altrettanto vero - ha aggiunto Di Cerbo - che l'esposizione individuale a questi rischi può essere sensibilmente ridotta attraverso la conoscenza del problema, la consapevolezza delle possibili conseguenze e l'adozione di alcuni semplici accorgimenti. Attraverso la conoscenza, la consapevolezza e le buone pratiche, poter dire, appunto: Io non rischio". La campagna è stata promossa dal Dipartimento di Protezione Civile (DPC), in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia (INGV), l'Associazione Nazionale delle Pubbliche Assistenze (ANPAS) e del Consorzio interuniversitario dei laboratori di Ingegneria sismica.



in collaborazione con



organizza

PRESSO LA SEDE DEL COLLEGIO IPASVI DI BENEVENTO
OGNI SECONDO SABATO DEL MESE

CORSO DI BLS&D

Basic Life Support and Defibrillation






Il costo in convenzione è di Euro 80,00 per gli iscritti al Collegio IPASVI di Benevento, Euro 90,00 per iscritti ad altri Collegi.

La quota comprende: materiale didattico e manuale (offerto dal Collegio IPASVI di Benevento), certificazione IRC.

Per info ed iscrizioni:
Sede del Collegio IPASVI Benevento
www.ipasvibn.it
cell. 339 7771843 - 0824 310911 fax: 0824 35 99 80
benevento@ipasvi.legalmail.it - ipasvibn@alice.it

www.ipasvi.it

Infermieristica pediatrica

Il progetto Alma Mater

Una rete locale di cure palliative e

A cura di
Assunta De Martino e Finizia Peluso

In questi ultimi anni, soprattutto nei paesi occidentali, si è evidenziato un netto incremento di bambini portatori di malattia inguaribile: il progresso scientifico e tecnologico ha di fatto ridotto la mortalità neonatale e pediatrica, ma, nello stesso tempo, ha aumentato la sopravvivenza di pazienti pediatrici portatori di malattia grave e potenzialmente letale. Ciò ha comportato la necessità di garantire cure adeguate e corrispondenti alle particolari e complesse esigenze assistenziali di questi bambini e delle loro famiglie. E' ormai universalmente riconosciuto che l'approccio più corretto ed efficace per affrontare questa problematica è rappresentato da una rete di cure palliative e di terapia del dolore.

LA LEGGE

Secondo la definizione dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità), le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta evoluzione è la morte. In Italia, nel 2010 è stata emanata la Legge 15 marzo n. 38, concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010). Si tratta di una legge fortemente innovativa: per la prima volta si garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

Il fine è di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge, tra le prime in Europa, all'art. 1 tutela "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore", ed individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Per quest'ultimo, inoltre, riconosce una particolare tutela ed attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni, al quale bisogna offrire risposte indirizzate ed adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.

IL DECRETO

La prima definizione di rete di cure palliative presente in un atto ufficiale si trova nell'allegato 1 del Decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999 e recita: "La rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente



nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti". Inoltre, con l'intesa siglata presso la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, viene apportata una modifica alla definizione: "La rete locale di cure palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale". Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza.

Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie e non solo presso l'ospedale.

IL PROGETTO

Fortemente voluto dalla direzione aziendale dell'Aorn (Azienda ospedaliera di rilievo nazionale) Santobono-Pausilipon e grazie alla collaborazione del Rotary Club, nasce in Campania il primo Hospice pediatrico: "l'Alma Mater" (dai latini lo "spirito vitale", dalla dea che genera la vita: l'incipit delle cose, così come riportato da Lucrezio nel "De rerum natura"). Si tratta di una struttura residenziale situata all'interno del P.O. Pausilipon. Qui vengono accolti i piccoli malati inguaribili e le loro famiglie, sia per un periodo circoscritto per poi fare ritorno a casa, sia per vivere nel conforto gli ultimi giorni di vita.

L'EQUIPE

Nella "casa", così come la chiamano i nostri bambini, operano medici, infermieri, psicologi e fisioterapisti, con la collaborazione di associazioni di volontari specializzati impegnati h24. Il gruppo di

terapia del dolore



lavoro, nato al Pausilipon grazie alla guida del responsabile delle cure palliative e della terapia del dolore, Dott **F. Borrometi**, condivide l'alta ispirazione assistenziale. Opera in sinergia con le diverse figure professionali coinvolte: due medici palliativisti, undici infermieri, un riferimento infermieristico dipartimentale, lo psicologo, il dietista, il musicoterapista.

Grazie al progetto NetCcap, finanziato dalla Regione Campania a rinforzo della rete oncologica per la popolazione pediatrica, si realizza in pieno l'intenzione del legislatore sopra menzionata, affiancando, sostenendo e finalizzando la presenza assistenziale sul territorio fino a casa del paziente, sviluppando così quell'integrazione tra ospedale-territorio-hospice tanto auspicata. Un cenno particolare merita il gruppo di giovani infermieri che operano in Alma Mater. Un gruppo coeso e motivato, altamente professionale, ma anche umanamente impegnato.

E' questa un'eccellenza nell'eccellenza stessa del progetto. Frutto anche del particolare tipo di assistenza che si pratica in Alma Mater, dove alle alte conoscenze professionali si richiedono doti umane, caratteriali e psicologiche non comuni. Un aspetto di cui andare fieri, ma con un rammarico: il progetto nasce come un'esperienza a tempo determinato ed è forte il rischio che quest'eccellenza possa tra breve avere termine, distruggendo di fatto un'esperienza altamente formativa, ma anche unica e apprezzata.

Il Bambino non è un piccolo adulto

Il paradigma assistenziale pediatrico si è sviluppato soprattutto intorno a due elementi: la specificità dei bisogni del bambino e delle sue malattie e il pieno coinvolgimento della famiglia nella relazione di cura.

È partendo da questi punti che la Pediatria, per prima tra le branche della medicina, ha posto le basi per un ripensamento globale delle modalità e della relazione di cura. Attenzione al paziente, nelle sue dimensioni non soltanto fisiopatologiche, ma anche psicologiche, relazionali e sociali; ricerca di una relazione pienamente collaborativa con la famiglia e con il bambino; condivisione delle informazioni cliniche con continuità e in maniera fruibile; valorizzazione dei fattori non direttamente curativi nel rapporto tra il team di cura e il bambino.

Sono caratteristiche che oggi attribuiamo alla migliore medicina, ma tutto è cominciato dal bambino.

Infermieristica pediatrica

L'infermiere pediatrico e la neonatologia oggi Problemi aperti, ruoli e nursing

di Teresa Rea

In tutta Europa, seppur con formazione diversificata, l'Infermiere pediatrico ha competenza esclusiva sul paziente in età evolutiva. In Italia, sin dal 1940, la normativa ha previsto due distinte professioni: Infermiere e Infermiere pediatrico, ciascuna con una specifica formazione di base e due profili caratterizzanti. Le funzioni dell'Infermiere pediatrico sono individuate dal profilo professionale esplicito nel D.M. n. 70/1997: un professionista sanitario che gestisce ed attua interventi di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo nei confronti di neonati e bambini, sani o ammalati, fino al diciottesimo anno di età, nonché nei confronti della famiglia e della comunità relativamente ad interventi di educazione sanitaria e promozione della salute.

Con il persistere di una crisi economica che non accenna a demordere, il Sistema sanitario nazionale è orientato già da diversi anni verso una filosofia di contenimento dei

costi. In questo senso, la mission impossible è la seguente: garantire un'assistenza di elevata qualità con la minimo spesa.

Nel tentativo di perseguire questo obiettivo, è stata riscontrata la tendenza ad impiegare nell'area pediatrica infermieri generalisti, la cui competenza specialistica in tale area è da ricondurre all'esperienza sul campo. Ovviamente, tale condizione implica non pochi rischi.

Per ovviare a questa criticità, è stata presa in considerazione la possibilità di istituire un master specialistico per l'area pediatrica destinato agli infermieri generalisti.

Allo scopo di verificare il punto di vista dei professionisti coinvolti in merito a tale possibilità, la Federazione Nazionale dei colleghi Ipasvi ha condotto un sondaggio avente come oggetto l'attivazione di un percorso di riflessione sugli indirizzi futuri per l'infermieristica pediatrica e neonatologica, destinato agli infermieri pediatrici ed alle vigilatrici d'infanzia. I risultati di tale sondaggio sono stati pubblicati dalla FNCI in un rapporto del Gennaio 2015. Da tale son-

daggio è emersa, tra l'altro, la necessità di favorire l'evoluzione della situazione attuale attraverso: realizzazione di interconnessioni formative/operative Infermiere pediatrico-Infermiere specializzato in assistenza pediatrica e neonatologica. Con l'approvazione della legge 190/14, art. 1, comma 566, in risposta a quanto detto prima, nel Gennaio 2015 il Ministero della Salute e la Fnci costituiscono un gruppo di lavoro sulla tematica dell'evoluzione delle competenze infermieristiche. La proposta della Fnci vede, quale obiettivo centrale, il raggiungimento, da parte dei professionisti, di competenze che siano perfezionate, specialistiche ed esperte allo scopo di garantire: l'approfondimento disciplinare del processo di assistenza; l'abilità professionali spendibili; nuovi paradigmi relazionali, professionali, organizzativi; contributo ragionato alle necessità degli assistiti ed alla sostenibilità del Ssn. L'evoluzione delle aree specialistiche, e quindi la necessità di competenze migliori e più approfondite, si sviluppa a partire dai seguenti principi ed elementi



Infermieristica pediatrica

ispiratori: continuità assistenziale; presa in carico; multiprofessionalità; ampliamento/approfondimento competenze; rivisitazione formazione; il paradigma della disciplina infermieristica; la coerenza con il contesto e con i bisogni di salute della popolazione; evoluzione scientifica, epidemiologica, socio-economico e fattuale. L'evoluzione delle competenze professionali trova la sua motivazione nel fatto che le aree di intervento tengono conto delle peculiarità della famiglia professionale neonatale e pediatrica. La specializzazione delle competenze professionali determina consequenzialmente dei vantaggi: per i cittadini, in quanto garantisce l'erogazione di risposte assistenziali appropriate ai nuovi bisogni; per i professionisti, in quanto permette il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze professionali.

L'Infermiere Specialista in Assistenza Neonatologica e Pediatrica è responsabile, oltre che delle funzioni definite dal profilo professionale (DM 70/97), del governo dei processi assistenziali e della presa in carico del neonato, bambino, adolescente, in condizioni di alta intensità di cura o di cronicità e/o fragilità. A tal fine si integra con altri professionisti e si coordina con il contesto sanitario e sociale per garantire la continuità assistenziale intra ed extra ospedaliera. I

campi di impiego dell'Infermiere specialista in assistenza neonatologica e pediatrica si articolano in: assistenza infermieristica; cultura, etica e valori; promozione della salute e prevenzione; capacità decisionale; comunicazione e lavoro in team; ricerca, sviluppo e leadership. Il nostro paese è da tempo disabituato a scelte ragionate in

campo materno-infantile. I piani sanitari nazionali più recenti, trascurano l'ambito dell'infanzia sebbene le maggiori organizzazioni internazionali sottolineino, da tempo, la necessità di investire risorse essenziali sui primi anni di vita così come è emerso già dal 2005 nel rapporto salute bambino.



Slow Medicine e l'infermieristica pediatrica: "Fare di più non significa fare meglio"

Lo scopo del progetto *"Fare di più non significa fare meglio"* è di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi. Attraverso il progetto, tramite la riduzione degli sprechi, ci si può attendere un uso più appropriato e più equo delle risorse disponibili e una maggiore sostenibilità economica e ambientale dei servizi sanitari.

Il progetto intende coinvolgere i professionisti della salute in una comune assunzione di responsabilità. In tale ottica, per una visione globale dell'assistenza che si faccia carico della persona

già nei suoi primi istanti di vita, gli infermieri pediatrici, iscritti presso il Collegio Ipasvi di Napoli, vogliono essere parte attiva al progetto e auspicano la costruzione di un gruppo di lavoro che risponda agli obiettivi dettati dalla Slow Medicine.

Si richiede, quindi, l'adesione spontanea al gruppo di lavoro. Requisiti richiesti: laurea in Infermieristica Pediatrica; attività professionale svolta in servizio presso una struttura pediatrica ovvero, attività svolta sul territorio in qualità di libero professionista.

Chiunque fosse interessato può telefonare al numero 081 440140 oppure inviare una mail all'indirizzo info@ipasvinapoli.org ed esprimere la propria adesione. Sarà cura del Collegio Ipasvi di Napoli contrattare gli interessati per comunicare il giorno e l'ora del primo incontro che si terrà presso la sede del Collegio Ipasvi di Napoli, Via S. Maria di Costantinopoli 27 – 80138 Napoli.

Per saperne di più:

<http://www.slowmedicine.it/pdf/Progetto%20Fare%20di%20pi%C3%B9%20non%20significa%20fare%20meglio%20-%20disegno%20-.pdf>

Ipasvi Avellino

La denuncia: “Fatti gravi al 118”

AVELLINO- *“Siano garantite la trasparenza e la professionalità nell’organizzazione e nella gestione del servizio di Emergenza Urgenza 118”*. Così il presidente del Collegio Ipasvi di Avellino, **Maurizio Roca**, sulla vicenda 118. *“Il personale infermieristico impiegato nella rete di emergenza-urgenza 118, vive ormai da anni una questione a dir poco irrisolta - denuncia Roca - e che a nostro avviso oltre a ledere il decoro di un’intera categoria professionale mette a rischio la salute dell’utenza”*.

Secondo la denuncia Ipasvi, i professionisti impiegati in tale servizio sono coordinati da personale appartenente ad associazioni di volontariato, convenzionate con la Asl, privo di requisiti specifici che la norma impone. *“L’impiego di personale “volontario”, remunerato con un compenso irrisorio, con dubbie procedure amministrative – dicono gli infermieri - è irrispettoso nei confronti*

della categoria professionale degli infermieri, è gravissimo sotto il profilo della salvaguardia della salute degli utenti”.

Attualmente, pur in presenza di un’unica Asl, i due sistemi territoriali in cui si articola l’Irpina sono denominati "ambito est" (ex Asl AV1) e "ambito ovest" (ex Asl AV2), con notevoli differenze riguardanti le dotazioni dei mezzi di soccorso (monitor defibrillatore, dispositivi per la gestione delle vie aeree, ecc.) e la presenza di professionisti sanitari a bordo. Infatti, in molte delle postazioni dell’ambito ovest continuano a svolgere il servizio con infermieri "volontari" (anche dipendenti della stessa Asl di Avellino, in qualche caso autorizzati con delibera aziendale) che "percepiscono un rimborso spese", o con infermieri prestati da cooperative (spesso dipendenti pubblici o privati che percepiscono rimborsi spese per

Ospedali e territorio

la propria opera "volontaria"). I rimborsi di cui sopra non sembrano essere correlati alle effettive spese sostenute per espletare il servizio, bensì calcolati in una cifra oraria che, nella maggior parte dei casi si aggira addirittura intorno a €5,00/h.

In altri casi, invece, si tende ad utilizzare in maniera impropria liberi professionisti trattati di fatto come dipendenti, retribuiti con una tariffa oraria variabile tra gli €8/10 dietro presentazione di regolare parcella. In "ambito Est", nelle postazioni non medicalizzate non è garantita la presenza di personale infermieristico e il soccorso è interamente affidato a personale "volontario" (quasi sempre "rimborso", sempre tramite le associazioni di volontariato).

Il Collegio provinciale degli Infermieri di Avellino, non accetterà più il protrarsi di tali episodi e, da subito, si farà carico di intervenire per dettare dei criteri riguardanti la dignità e la qualità della professione e, soprattutto, della salute dei cittadini messa a repentaglio per effetto di scelte gestionali ingiustificabili.

A tal fine, chiede a tutti gli organi preposti di farsi promotore di un tavolo tecnico durante la fase di contrattazione, per evitare ulteriori abusi e per promuovere progetti di formazione e valorizzazione della figura professionale, soprattutto alla luce del nuovo assetto normativo riguardante le competenze della stessa.

L’Ipasvi auspica, infine, che ogni qual volta le aziende sanitarie e/o ospedaliere decidano di avvalersi dell’outsourcing per l’espletamento dei propri servizi, si faccia riferimento ad organi di rappresentanza e tutela delle professioni interessate.



Ospedali
e territorio

Al Cardarelli nasce il percorso contro la violenza



di Chiara Sepe

Il Cardarelli rafforza il suo impegno per garantire e salvaguardare la salute di tutte le donne. In occasione della ricorrenza della Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, l'ospedale collinare di Napoli inaugura ufficialmente il Centro Dafne. «E' l'inizio di un percorso al quale teniamo in modo particolare», spiega il Direttore Generale Ciro Verdoliva. «In un pronto soccorso come il nostro, che ogni anno intercetta decine di migliaia di pazienti, non potevamo non dedicare un'attenzione particolare a quei segnali dietro i quali si maschera la violenza». Per questo motivo, in linea con gli obiettivi del Presidente De Luca e con il pieno sostegno dell'assessore regionale Chiara Marciani il Cardarelli ha scelto di lanciare un segnale forte e concreto, accelerando con decisione e inaugurando il Centro Dafne – codice rosa (padiglione M, piano terra), che è la componente più visibile di un enorme lavoro che inizia già dal pronto soccorso e si estende lungo tutto il percorso di assistenza alle donne vittime di violenza. Grazie alla formazione che da più di un anno coinvolge il personale medico e infermieristico del pronto soccorso, oggi al Cardarelli è possibile individuare precocemente i segni di una violenza in quelli che a prima vista potrebbero sembrare gli effetti di un "incidente". E' a questo punto che alla cartella della paziente viene applicato dal personale competente il "codice PR" (c.d. Percorso Rosa). Questo significa che in quel preciso momento la paziente viene trasferita in una medicheria dedicata, un ambiente protetto nel quale viene garantita oltre all'assistenza anche la privacy assoluta. A regime il Percorso Rosa porterà all'introduzione di una speciale cartella clinica "blindata", dove il verbale di pronto soccorso e i dati clinici della paziente saranno consultabili solo dalla Direzione Sanitaria dell'ospedale e dalla responsabile di Pronto Soccorso. Uno dei rischi, nei casi di violenza, è infatti che i dati della paziente possano essere utilizzati dall'aggressore per costruire una tesi difensiva laddove dovesse esserci una denuncia. Spesso per paura e perché non sono state adeguatamente accolte e informate dalla struttura sanitaria alla quale si sono rivolte dopo l'aggressione, molte donne dopo le cure fingono che nulla sia accaduto, esponendosi ad un rischio ancora maggiore.

Università Luigi Vanvitelli, un Centro d'eccellenza oncologica

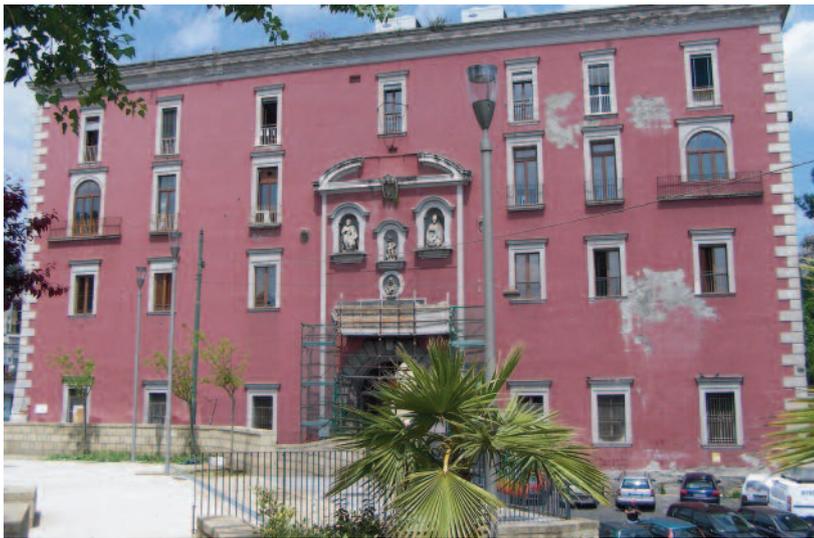
NAPOLI - Trenta posti letto, di cui 14 per bambini e 16 per adulti. Il Policlinico dell'Università "Luigi Vanvitelli" (il nuovo nome del Secondo Ateneo) ha inaugurato un centro di eccellenza per malati oncologici di qualunque età nel centro storico di Napoli alla presenza del Rettore Giuseppe Paolisso e del Presidente della Regione, Vincenzo De Luca. «Il nuovo centro - ha spiegato durante la cerimonia di presentazione il rettore Paolisso - è l'unico in Campania in grado di assistere con elevate professionalità, dal bambino all'anziano, in maniera completa. Medici e strutture dell'azienda universitaria garantiscono al malato oncologico diverse professionalità mediche e chirurgiche lavorando con approccio multidisciplinare integrato, dalla chemioterapia al supporto psicologico, dalle terapie antalgiche fino all'applicazione clinica della ricerca sperimentale». Una struttura che si caratterizza per un'organizzazione al servizio del paziente e che parte dai dati secondo cui sono previsti circa 370mila nuovi casi di cancro in Italia per il 2016: la Campania, con circa il 10 per cento della popolazione italiana, deve quindi confrontarsi con la diagnosi e la cura di circa 37mila nuovi pazienti per l'anno che sta per finire. «Si calcola - fanno sapere dalla Sun - che circa 3 milioni di persone in Italia (circa 212mila persone in Campania) sono guarite dal cancro o vivono con una neoplasia in fase di trattamento e in fase di sempre più lunga cronicizzazione della malattia.

Tutto questo richiede un formidabile sforzo organizzativo del Servizio sanitario".

Ospedali e territorio

Definite le funzioni del Presidio San Gennaro

NAPOLI - Riorganizzazione e potenziamento. Sono questi i principi fondamentali intorno ai quali ruota il futuro dell'ospedale San Gennaro di Napoli: resterà un presidio al servizio della città, aperto ai cittadini. Sarà dunque un 'Punto di Primo Intervento' (Psaut con Saut 118), ovvero Servizio di Assistenza e Urgenza Territoriale. Il Pronto soccorso sarà garantito 24 ore su 24, con ambulanza fissa dedicata. Un 'Poliambulatorio polispecialistico': cardiologia con ecografia cardiovascolare, ecodoppler vascolare, test da sforzo e Medicina dello Sport, neurologia e neurofisiopatologia con elettroencefalografia, elettromiografia, elettroencefalografia, dermatologia, pneumologia, urologia, oculistica otorinolaringoiatria con audiometria, ortopedia, chirurgia, chirurgia vascolare, diabetologia, endocrinologia, geriatria, odontostomatologia, medicina nucleare, terapia antalgica, gastroenterologia ed endoscopia digestiva con gastroscopia e colonscopia, epatologia, allergologia, reumatologia. Un 'Ambulatorio infermieristico' per la somministrazione di terapie, gestione cateteri, medicazioni, gestione ileostomia e urostomia). Un 'Day Service' con erogazione di percorsi assistenziali complessi e coordinati con presa in carico dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, asma, ipertensione). E poi ancora: un laboratorio di Patologia Clinica e Genetica con un punto prelievi. Svolgerà servizio di radiologia territoriale con ecografia e Tac.



Farmacia territoriale; centro Antidiabetico e un polo di Riabilitazione territoriale polispecialistica, con collegamento funzionale con le unità operative fasce deboli distrettuali ed i centri privati accreditati. Centro di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare, Diagnostica cardiovascolare non invasiva, Centro di Riabilitazione geriatrica con annesso Centro Diurno, attività di Riabilitazione neuromotoria, Riabilitazione Respiratoria. Il San Gennaro avrà inoltre il compito di essere un ospedale di Comunità, una struttura di ricovero gestita dagli infermieri dell'Asl e dai medici di Medicina generale per patologie che non richiedono il ricovero ospedaliero. Infine anche un consultorio di II Livello con attività di ecografia strutturale e di monitoraggio della gravidanza, screening della sfera genitale femminile e di prevenzione dell'obesità pediatrica, centro vaccinale.

Vecchio Pellegrini E' high tech il nuovo pronto soccorso



Al Vecchio Pellegrini il nuovo pronto soccorso è high tech: tecnologia all'avanguardia e strumenti di ultima generazione saranno al servizio di pazienti e sanitari nel pronto soccorso del fabbricato costruito intorno alla chiesa cinquecentesca della «Santissima Trinità dei Pellegrini». Dopo quasi quattro anni di cantieri, rallentati da varianti dei progetti, è stata realizzata un'area di quasi 500 metri quadri distribuiti tra una sala d'accoglienza per il filtraggio dei soccorsi, un reparto di osservazione breve e stanze dedicate ad assistenze specifiche, come quella per le donne vittime di violenza. Vittorio Helzei, primario del pronto soccorso dal 2005, ha illustrato nel corso della cerimonia inaugurale il percorso di filtraggio che divide la priorità dei soccorsi, un meccanismo che smaltisce le attese e che si rispecchia nei colori del pavimento e delle sale che vanno dal rosso per la massima urgenza fino al bianco che ha un'area specifica dedicata alle prestazioni di competenza del medico di base. Al momento sono operative 11 postazioni di assistenza che a breve diventeranno 21, tutte informatizzate.

L'allestimento high tech assicurerà il massimo della qualità a disposizione dei medici. Ma anche lo speciale comfort potrà garantire ai pazienti la giusta accoglienza con wc per disabili dotati di fotocellule piccole docce e con il «bagno assitito»: una barella molto particolare dotata di una vasca per lavare senza contaminarsi clochard o pazienti infetti o ancora pulire velocemente le persone ferite con colpi d'arma da fuoco.

Una barelvasca completamente elettronica. L'apertura del neo reparto informatizzato nel nosocomio della Pignasecca è stata anche l'occasione per il Presidente della Regione Vincenzo De Luca di annunciare che in breve tempo sarà allestito il triage nell'ospedale San Giovanni Bosco. Entro il 2017, sarà infine inaugurata la seconda ala con la nuova riattivazione del Vecchio Pellegrini.

Ospedali
e territorio

Santobono

L'ospedale italiano
dove si aspetta meno

Tra i grandi Pronto Soccorso italiani quello che garantisce l'attesa minore, in base ai dati Agenas - l'Agenzia nazionale per la Sanità - è a Napoli presso l'ospedale pediatrico Santobono. Il primato, relativo all'anno 2014, è certificato dal sistema che monitora l'attività delle strutture sanitarie italiane in base a standard uniformi: la banca dati del Programma Nazionale Esiti gestito da Agenas per conto del Ministero della Salute. Solo lo 0.1% degli oltre 105.000 piccoli pazienti entrati al Pronto Soccorso dell'ospedale napoletano è stato trattenuto per 24 ore prima di essere visitato. Il dato è il migliore tra i 35 ospedali italiani che registrano più di 5000 accessi al mese e assume un valore ancora maggiore se si considera che, in base ai dati Agenas, sono solo 3 gli ospedali italiani a registrare oltre 100.000 accessi all'anno in Pronto Soccorso. Dice Anna Maria Minicucci: "Il Santobono-Pausilipon ha peculiarità che sono uniche in Italia. Da un lato si qualifica per la complessità dei casi trattati, per le competenze e le tecnologie di cui è dotato. Dall'altro è un importante punto di riferimento per la gestione dell'emergenza, tanto da essere l'unico ospedale pediatrico tra le 35 strutture italiane che fanno registrare più di 60.000 accessi l'anno."

La velocità di gestione dei pazienti in pronto Soccorso è stata ottenuta organizzando la struttura dell'emergenza in percorsi interni specialistici. Il paziente in arrivo viene valutato da personale infermieristico altamente formato che assegna un codice triage e indirizza ad aree diverse del Pronto Soccorso, differenziate per specialità (area medica, chirurgica o ortopedica). Qualora si abbia necessità di spe-



cialisti oculisti o di otorini, si attiva il percorso detto "fast track", in base al quale il paziente viene trasferito agli ambulatori di tali specialità, attivi 12 ore al giorno. Nei giorni festivi presso il Pronto Soccorso viene attivato un ambulatorio per i codici bianchi e viene potenziato il personale in servizio. Questo sistema ha permesso di trasferire le competenze direttamente in Pronto Soccorso, limitando la richiesta di consulenze ai reparti e permettendo, in tal modo, di avere valutazioni migliori direttamente in accettazione. Questo metodo, insieme a un attento utilizzo dell'Osservazione Breve Intensiva, ha permesso di ridurre i tempi di attesa in Pronto Soccorso e di ottenere il risultato eccezionale dell'8% di ricoveri sul totale degli accessi, contro la media nazionale del 13%.

NAPOLI - Continua a crescere la diffusione della ricetta elettronica, che supera ormai il 78% del totale delle prescrizioni a livello nazionale con il podio conquistato da Campania (90,15%), Molise (89,23%) e Veneto (89,12).

Per completare la diffusione della ricetta elettronica a livello nazionale ci vorrà ancora del tempo, anche perché le Regioni sono partite in ordine sparso e in tempi diversi.

La ricetta elettronica ha consentito il potenziamento dei controlli della spesa farmaceutica in tempo reale, una importante semplificazione per i cittadini, che possono ora accedere al farmaco in ogni zona del Paese, indipendentemente dal luogo di residenza oltre che un risparmio per l'eliminazione della stampa delle ricette. Soddisfazione anche per Michele Di Iorio,

Ricetta elettronica
Campania leader

presidente di Federfarma Campania. La Campania è la prima Regione a tagliare il traguardo del 90% delle ricette dematerializzate raggiungendo l'obiettivo fissato dall'Agenda Digitale per l'Italia per quest'anno.

Il risultato è stato raggiunto grazie all'impegno di tutte le farmacie del territorio su un obiettivo ritenuto particolarmente prioritario dall'Unione regionale dei titolari. Questa la situazione (aggiornata al settembre 2016) nelle altre Regioni: Sicilia 88,44%; Provincia Autonoma Trento 88,16%; Valle d'Aosta 87,23%; Piemonte 85,08%; Basilicata 84,57%; Umbria 80,83%; Lazio 79,94%; Emilia Romagna 79,05%; Puglia 78,72%; Liguria 78,42%; Marche 74,93%; Lombardia 73,42%; Abruzzo 72,69%; Sardegna 71,34%; Toscana 66,48%; Friuli Venezia Giulia 63,84%; Calabria 40,58%, Provincia Autonoma di Bolzano 12,57%.

La ricetta elettronica, inoltre, è stata protagonista alla quarta edizione dell'Osservatorio Agenda Digitale del Politecnico di Milano.

Ospedali e territorio

Nuovi pronto soccorso a Giugliano e Pozzuoli

NAPOLI - “Investiremo altri tre milioni di euro in questa struttura”. Parola del Presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca. La dichiarazione a margine dell'inaugurazione del nuovo pronto soccorso dell'ospedale San Giuliano di Giugliano in Campania. La nuova struttura va a sostituire il Pronto Soccorso provvisorio che ha garantito servizi di emergenza e urgenza per oltre 2 anni. Nel corso della cerimonia inaugurale è stata presentata anche la campagna #selfiecare per la promozione dello screening oncologico. Più posti letto e stanze divise per codici: bianco, verde, giallo e rosso. Nei nuovi locali sarà potenziato il triage ed è stato istituito anche il reparto Obi (Osservazione Breve Intensiva), ossia un'area dove i degenti resteranno sotto osservazione per 24 ore in attesa di essere dimessi o ricoverati nei reparti, evitando così il sovraffollamento degli ospedali e la presenza di letti nei corridoi dei nosocomi della zona. L'innovativo reparto di emergenza sarà provvisto di telecamere di sorveglianza e un'ampia sala d'attesa per i familiari dei degenti.

Anche il Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli ha da pochi mesi la nuova area emergenza. Essa si sviluppa su 1150 metri quadrati (rispetto ai 400 della precedente). I lavori hanno riguardato anche il consolidamento antisismico. Nel nuovo Piano ospedaliero regionale è previsto che il Santa Maria delle Grazie passi dagli attuali 210 posti letto ai programmati 364. Il servizio di Pronto Soccorso del Santa Maria delle Grazie accoglie ogni anno circa 60 mila pazienti, per una media giornaliera di circa 170 accessi. L'ospedale flegreo serve l'intera



area costiera a nord di Napoli, assicurando i propri servizi anche alla fascia costiera della provincia di Caserta. Il nuovo Pronto Soccorso è stato pensato con tutti i servizi occorrenti ai moderni reparti di accettazione ed urgenza. Tutti i percorsi sono stati informa-

tizzati e tutte le postazioni sono dotate di schermi touch, capaci di permettere ai sanitari di inserire direttamente nella cartella clinica del paziente le informazioni circa la sua condizione di salute, gli esami diagnostici effettuati e la terapia praticata.

E' stato finalmente vaitato il piano di organizzazione e funzionamento aziendale che riassegna a Cava dei Tirreni il suo ospedale. Con la delibera di adozione dell'Atto aziendale n.299 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona è stato ratificato il nuovo piano di organizzazione e funzionamento aziendale che assegna definitivamente all'ospedale civico di Cava dei Tirreni novantuno posti letto ed una

Cava De Tirreni, novantuno posti letto per l'Ospedale

funzione di pronto soccorso di qualità e garanzia: 15 nel reparto di Medicina Generale, 15 nel reparto di Chirurgia

Generale e d'Urgenza, 12/ 16 in Cardiologia, 4 per Anestesia e Rianimazione; 12 per Ortopediatria; 2 per il reparto di Dermatologia; per la Lungodegenza 14 posti letto, il reparto di Pediatria sarà formato da 9 posti letto ed in ultimo l'Obi avrà la disposizione di 4 posti letto.

Cure anti cancro dal Cnr di Napoli

Con un lavoro pubblicato su Nature Communications, un team di ricercatori dell'Istituto di Biochimica del Cnr di Napoli ha definito un inedito meccanismo molecolare del processo di separazione delle membrane cellulari. Nuovi enzimi per cure anti-cancro. Gli enzimi "Lpaat" potrebbero essere i nuovi bersagli per la lotta alle patologie endocrine e tumorali. Questi enzimi infatti sarebbero al centro di un meccanismo finora sconosciuto che è stato scoperto dai ricercatori dell'Istituto di biochimica delle proteine del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibp-Cnr) di Napoli. Le cellule, come è noto, sono separate dall'ambiente esterno da una membrana; non solo: un'articolata organizzazione di membrane interne permette a ogni cellula di avere ambienti separati e interconnessi in cui compiere le funzioni specifiche a cui è deputata. Tali membrane spesso si fondono, si separano, si rinnovano o formano vescicole secretorie che trasportano ormoni e altri prodotti cellulari nel circolo sanguigno. Su questi meccanismi i ricercatori dell'Istituto di biochimica delle proteine del Consiglio nazionale delle ricerche (Ibp-Cnr) lavorano da anni, identificando - tra l'altro - il complesso di proteine essenziali per la separazione e il taglio delle membrane (Ncb 2012). Con un lavoro pubblicato su Nature Communications gli scienziati hanno ora definito anche il meccanismo molecolare di tale processo. "Le proteine Bars-14-3-3gammaPi4chinas; formano una sorta di scheletro che tramite un enzima (Lpaatdelta) trasformano l'acido lisofosfatato in acido fosfatato, arricchendo la membrana e facilitandone il taglio" spiega Carmen Valente dell'Ibp-Cnr e autrice della ricerca.

Al Cto un hub traumatologico-ortopedico. Al Monaldi un centro per il piede diabetico. Prima sarà un hub, cioè un centro di smistamento traumatologico-ortopedico, che permetterà al presidio dei Colli Aminei di tornare a vivere. Poi il pronto soccorso vero, non di seconda battuta, di fatto partirà a marzo del 2017. Una decisione, che arriva dopo quasi cinque anni di stop, che strategicamente servirà a decongestionare gli accessi al Cardarelli da dove, con il sistema dell'hub, i pazienti con urgenze di tipo traumatico saranno trasferiti proprio al nosocomio dei Colli Aminei, dove saranno sottoposti, ove ce ne fosse la necessità, anche ad intervento chirurgico.

Ciliberto ai vertici degli Ifo

ROMA - Gli Ifo, gli Istituti fisioterapici ospedalieri di Roma che comprendono il centro per la cura dei tumori Regina Elena e l'Istituto dermatologico San Galliciano hanno il nuovo direttore scientifico. Si tratta di Gennaro Ciliberto, direttore scientifico dell'Irccs Fondazione Pascale di Napoli. Francesco Ripa di Meana è invece il nuovo direttore generale degli Ifo. Ripa di Meana è per altro direttore generale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso).



Al Monaldi, invece, è stato inaugurato il Centro di terzo livello per la cura del piede diabetico. Una patologia che in Campania provoca circa 200 amputazioni all'anno. La nuova struttura vede la presenza di angiologo, diabetologo, chirurgo ortopedico, chirurgo plastico, chirurgo vascolare, infettivologo e neurologo. Un'organizzazione capillare che serve a garantire al paziente diabetico tutta l'assistenza possibile per la prevenzione e la cura delle ulcere diabetiche che se non adeguatamente trattate possono portare all'amputazione.

Epatite C, la Campania prima regione in Italia per persone contagiate

NAPOLI - La Campania è la prima regione d'Italia per persone affette da epatite C. Ed è al secondo posto per numero di trattamenti avviati con i nuovi farmaci antivirali. In alcune aree della regione si toccano livelli altissimi di contagio, circa il 12% (contro il 3% della media nazionale). Ogni anno in Italia muore circa mezzo milione di persone a causa del virus. In Campania sono stati avviati oltre 7.800 trattamenti per l'epatite C con i farmaci di nuova generazione (in Italia 60mila). L'età media dei pazienti in trattamento è di 65 anni e il 60% di questi ha più di 65 anni. Circa l'80% dei trattamenti avviati da aprile 2016 è terminato e il 95% ha ottenuto la scomparsa del virus. Pochissimi anche gli effetti collaterali. «Quella di partire dal trattamento dei pazienti più seriamente compromessi è una scelta comprensibile, ma non del tutto condivisibile. A parte le considerazioni di carattere etico, non consente di sfruttare pienamente l'efficacia della cura somministrata prima dello svilupparsi delle complicanze non solo in termini di salute ma anche di risparmio per il sistema. Ormai è opinione condivisa che l'infezione da virus dell'epatite C (HCV), deve essere considerata una malattia sistemica. Un'infezione che, oltre al fegato, colpisce i più disparati organi e tessuti, provocando una serie di malattie extraepatiche estremamente invalidanti.

Ospedali e territorio

Al Cto un hub traumatologico ortopedico

NAPOLI - Prima sarà un hub, cioè un centro di smistamento traumatologico-ortopedico, che permetterà al presidio dei Colli Aminei di tornare a vivere. Poi il pronto soccorso vero, non di seconda battuta, di fatto partirà a marzo del 2017. Una decisione, che arriva dopo quasi cinque anni di stop, che strategicamente servirà a decongestionare gli accessi al Cardarelli da dove, con il sistema dell'hub, i pazienti con urgenze di tipo traumatico saranno trasferiti proprio al nosocomio dei Colli Aminei, dove saranno sottoposti, ove ce ne fosse la necessità, anche ad intervento chirurgico.

Al Monaldi un centro per il piede diabetico



Al Monaldi, è stato inaugurato il Centro di terzo livello per la cura del piede diabetico. Una patologia che in Campania provoca circa 200 amputazioni all'anno. La nuova struttura vede la presenza di angiologo, diabetologo, chirurgo ortopedico, chirurgo plastico, chirurgo vascolare, infettivologo e neurologo. Un'organizzazione capillare che serve a garantire al paziente diabetico tutta l'assistenza possibile per la prevenzione e la cura delle ulcere diabetiche che se non adeguatamente trattate possono portare all'amputazione.

Lea, il sannita Guido Quici nella Commissione nazionale



BENEVENTIO 'è il sannita Guido Quici nella commissione nazionale per la definizione e l'applicazione dei Livelli essenziali d'assistenza. Guido Quici è stato nominato dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, componente titolare della commissione nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza prevista dalla Legge di Stabilità 2016. La Commissione, presieduta dalla stessa Lorenzin, è costituita dai presidenti del Consiglio Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia del Farmaco e dai rappresentanti del Ministero Economia e Finanza, Agenas e Regioni. All'organismo è affidato il delicato ruolo di monitorare, aggiornare ed assicurare la corretta applicazione dei Lea su tutto il territorio nazionale.

E' chiamato, inoltre, a escludere le prestazioni, servizi o attività ritenuti obsoleti, a individuare le condizioni di erogabilità ed appropriatezza delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale ritenuti innovativi o efficaci per la cura dei pazienti avvalendosi delle valutazioni di ÇÔÁ (Health Technology Assessment) su tecnologie sanitarie e biomediche.

Cardiochirurgia tridimensionale ora anche al Centro Sud

CASERTA - L'Alta Specialità del Cuore della Casa di Cura "San Michele" di Maddaloni (CE) si è dotata di una delle tecnologie più sofisticate: la Colonna video 3D "Einstein Vision", che supera i tradizionali limiti della visione a due dimensioni consentendo al chirurgo di intervenire con maggiore precisione, grazie alla visuale tridimensionale. E' già stato eseguito il primo intervento mini-invasivo nel Sud di sostituzione di valvola mitrale con supporto di tecnologia 3D, rivelandosi particolarmente efficace anche perché effettuato all'interno della sala operatoria multidisciplinare o "ibrida". La visione in 3D offre al chirurgo un valore aggiunto: quello di una visione non più limitata alle due tradizionali dimensioni (altezza e lun-



ghezza) ma dotata anche della terza, la profondità. In questo modo, il campo di visione dell'operatore è completo e la percezione delle distanze diviene reale, senza più il limite dell'appiattimento delle immagini. La previsione è che nei prossimi anni questa tecnologia si imporrà prepotentemente nella pratica chirurgica, consentendo al medico di operare con una invasività minima e, grazie agli appositi occhiali, di osservare sullo schermo le immagini dei piani anatomici per certi versi addirittura meglio che in chirurgia aperta.

Battipaglia, il Ministero della Salute boccia l'ospedale "S.Maria"

BATTIPAGLIA. Troppi parti cesarei, l'ospedale di Battipaglia non rispetta gli standard imposti dal Ministero della Salute. La diffusione dei dati sulla rete ospedaliera, per ciò che riguarda i punti nascita, ha portato alla luce una situazione preoccupante in diverse strutture sanitarie del Salernitano. In particolare al "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia. Sui tre standard considerati (almeno 500 parti annui, percentuali di cesarei e di parti vaginali), l'ospedale di Battipaglia rispetta solo uno di questi, ossia il numero di nascite. Nel 2015, al "Santa Maria della Speranza" sono nati 1.143 bambini, rispettando il limite minimo imposto. Tuttavia, l'ospedale supera di gran lunga il tetto dei 25 tagli cesarei ogni 100 parti, previsto per gli ospedali con un numero di parti annui maggiore di mille. Nello stesso 2015, infatti, il 63% dei parti è stato effettuato con taglio cesareo. Solo dell'1% il dato che riguarda il numero di parti vaginali ogni cento, in donne con un pregresso cesareo. In pratica, a Battipaglia, nel 2015, solo 1 donna su 100 che avevano già subito un cesareo ha partorito in modo naturale. La media nazio-



nale è dell'8%. Il "Santa Maria della Speranza" è il caso più eclatante, soprattutto perché nel suo polo delle nascite è confluita anche l'ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Eboli, ma non è l'unico. Bocciate dai dati ministeriali anche le cliniche Villa del Sole di Salerno (74% di parti cesarei, zero parti naturali dopo il cesareo) e Malzoni di Agropoli (48% di parti cesarei, 1% di parti naturali dopo il cesareo). Gli ospedali di Vallo, Polla e Sapri, invece, non rispettano lo standard di almeno 500 parti annui.

Il "Ruggi" di Salerno pronto per i trapianti tra vivi

SALERNO. Il centro trapianti del Ruggi è pronto a eseguire trapianti combinati di rene e pancreas e a effettuare trapianti da donatori viventi. I riconoscimenti all'ospedale di via San Leonardo sono arrivati dal direttore del Centro nazionale trapianti, Alessandro Nanni Costa. L'autorizzazione al trapianto da vivente è duplice. Occorre una procedura regionale e un nazionale.

Quest'ultima ha espresso parere favorevole affinché si avvii anche a Salerno una procedura per autorizzare trapianti da viventi. L'annuncio è arrivato in occasione dell'evento "300 di questi giorni, festa dei trapianti di rene a Salerno". Dal 2006 sono stati già effettuati 306 trapianti da cadaveri. Interventi combinati di fegato e rene, cuore e rene e i prossimi obiettivi per il 2017 sono due. Effettuare trapianti combinati di rene e di pancreas ed eseguire trapianti da donatori viventi.

L'obiettivo della Regione è ridurre la migrazione sanitaria. Il Presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca ha confermato: «Stiamo lavorando per approvare una legge che consenta la donazione di organi da vivo a vivo, come accade in altre parti d'Italia. Abbiamo troppa mobilità passiva, troppi concittadini vanno fuori regione per un trapianto, ma abbiamo eccellenze professionali, mediche e scientifiche per crescere anche qui a Salerno».

Caserta, un Centro per smettere di fumare



CASERTA - È stato attivato il "Centro per smettere di fumare" presso l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta". L'iniziativa rientra nell'ambito di un incremento dei servizi di qualità offerti dall'Aorn alla cittadinanza. L'équipe del Centro è composta da pneumologi, psicologi e sociologi. L'ambulatorio è attivo due giorni a settimana, il lunedì pomeriggio e il mercoledì mattina. È possibile accedere ai servizi del Centro attraverso la presentazione di due impegnative mediche: una per visita pneumologica con spirometria semplice e l'altra per colloquio psicologico. Il "Centro per smettere di fumare" è raggiungibile al numero 0823/232109. Per comprenderne l'entità delle problematiche legate al fumo, va detto che i fumatori in Italia sono 11,5 milioni, il 22% della popolazione. Gli uomini sono 6,9 milioni, il 27,3%, le donne 4,6 milioni, il 17,2%. Gli ex fumatori sono 7,1 milioni, rappresentando il 13,5% della popolazione. I non fumatori sono invece 33,8 milioni, il 64,4%. Secondo le indagini Doxa condotte tra il 2002 e il 2016 il dato di quest'anno relativo ai fumatori si riporta sui valori registrati nel 2008. Si osserva inoltre un lieve incremento della prevalenza di fumatori di entrambi i sessi: gli uomini passano dal 25,1% del 2015 al 27,3% del 2016, le donne dal 16,9% del 2015 al 17,2% del 2016. L'analisi della prevalenza del fumo di sigarette tra gli uomini e le donne nelle - conclude la nota - varie classi di età mostra che la percentuale di fumatori è ancora superiore a quella delle fumatrici in tutte le fasce di età.



Lettere al
Direttore

Da Bergamo, riceviamo e volentieri pubblichiamo

Poesia di Natale 2016

di Francesco Lena

*Anche quest'anno è arrivata la festa più bella, il Natale, porta sempre gioia e fa sognare,
ricordando la nascita di Gesù Bambino con la sua luce,
ci apra gli orizzonti e una società più giusta si possa realizzare.*

*Questa festa speciale, porta freddo e neve e le bellezze della natura da ammirare,
da coltivare, rispettare, un' equa distribuzione delle risorse e ogni persona abbia il pane da mangiare.*

*Questa simpatica festa, ci doni l'impegno per far sì che i bambini non siano sfruttati e maltrattati,
ma possano avere il diritto di giocare, vivere sereni, con bontà e affetto essere amati.*

*Il Natale festa meravigliosa, faccia scoccare in noi la scintilla
che accende la fiamma che scalda ogni cuore,*

portare calore un sorriso e l'ascolto agli anziani, il tempo donato a loro è per tutti salutare.

*In questo magnifico Natale assumiamo la responsabilità, di utilizzare l'intelligenza
con pura onestà per amare, senza maltrattamenti, ma con umanità, dolcezza,
voler bene alle donne, la loro dignità è da rispettare.*

*In questa dolce festa, vorrei che sparisse l'indifferenza e crescesse in ogni luogo
l'albero della responsabilità, con tanti rami, i suoi frutti siano, diritti e valori umani,
per portare nel mondo giustizia sociale e solidarietà.*

*In questa splendida festa, sarebbe bello vedere fiorire nelle persone la gentilezza e la tenerezza,
da donare agli ammalati, assieme al diritto alle cure, un affettuoso abbraccio e una carezza.*

*In questo Natale, prendiamo l'impegno di raggiungere un grande obiettivo,
quello di abolire la guerra, portare nel mondo buona armonia, fratellanza e pace
in ogni angolo della nostra madre terra.*

*C'è bisogno di un Natale con meno egoismo e più ospitalità,
le persone siano salvate nel nostro mare, diventi un luogo di vita, a questi fratelli,
spunti l'alba per un futuro migliore, hanno il diritto di sperare.*

*La felicità non è vivere e sentirsi grandi in cima alla montagna con illusa superiorità,
Ma quella di essere umili, assieme agli ultimi, a condividere un pezzo di pane,
lì si trova, il valore della vita e umanità.*

*Se tutto questo con il nostro impegno, si avvererà e farà vincere nella società,
l'amicizia, la pace e l'amore, allora sarà per tutti sempre Natale
e saremo sereni, in un mondo migliore.*





1 DECEMBER 2016
WORLD

 AIDS DAY

IT IS IN OUR HANDS TO END HIV AND TB



Il Papa elogia gli infermieri: *"Hanno qualità speciali"*

15/12/2016 - Francesco incontra lavoratori e malati del Bambino Gesù di Roma e ne approfitta per tratteggiare la figura dell'infermiere, a lui particolarmente cara. Arriva da Papa Francesco un pubblico elogio agli infermieri e alle infermiere. "Avete il fiuto della malattia", ha detto oggi il Pontefice, incontrando nell'Aula Nervi dirigenti e operatori dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, prima di iniziare il suo dialogo con i piccoli malati accompagnati dalle famiglie.

"Non sparlo contro i medici, sono bravi - ha precisato Bergoglio - ma le infermiere e gli infermieri, per la loro vicinanza col malato, hanno una qualità speciale per accompagnare e anche per guarire. Per questo li ringrazio tanto!". Sono gli infermieri, ha ancora osservato Francesco, che "sono vicini alle sofferenze, che capiscono e sanno come gestire e come accompagnare con tenerezza: proprio per la loro vicinanza all'ammalato, gli infermieri sono quelli che capiscono meglio il percorso della malattia".

Il Papa, come è sua consuetudine, ha quindi raccontato un'esperienza personale: "A 21 anni ho avuto una polmonite gravissima, non si sapeva cosa fosse, pensavano un'influenza ma scottavo tanto. Così mi hanno portato in ospedale e mi hanno tolto tanto liquido dai polmoni. Il dottore ha detto, non ricordo bene la cifra: un milione di penicillina e 500 mila di streptomina, allora c'erano quelle cose, e se n'è andato. E la suora ha detto all'altra infermiera: tre milioni e un milione, perché aveva il fiuto della situazione. E mi sono rimesso...".

ASCOLTA IL DISCORSO
INTEGRALE DI PAPA FRANCESCO



GUARDA IL VIDEO
INTEGRALE DI PAPA FRANCESCO

