

NapoliSana Campania

CONTI IN ROSSO

Asl indebitate e visite a pagamento



QUI BENEVENTO
Infermieri di famiglia
Case Manager

Pepe Papa a pag. 35



QUI NAPOLI
Mette in salvo i pazienti
mentre la sua casa crolla

Pino De Martino a pag. 32



17 settembre 2017



GLOBAL DAY
GIORNATA
MONDIALE
sulla SLA





L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Lavoro, Lea e territorio

Le prossime cose da fare

Sono passati solo pochi mesi da quando il presidente della Giunta regionale della Campania, Vincenzo De Luca ha indossato anche i panni di commissario ad acta per la sanità, detenendo insieme anche l'interim come assessore al ramo. Quanto potere nelle mani di un solo uomo. Pur concentrando in se tanta responsabilità, l'eredità toccata, ma anche fermamente voluta, da De Luca è molto pesante. In Campania siamo ultimi quasi su tutto. Lo abbiamo denunciato tante volte e con dovizia di numeri sulle colonne di questo giornale e non è il caso di ripetere il lungo elenco delle dolenti note. La strada da fare è tantissima. Ciononostante, De Luca si dice sicuro che entro un anno e mezzo la Campania nel suo complesso sarà indicata come una delle eccellenze italiane. In questi pochi mesi da commissario, non mi sembra si sia fatto molto per azzardare una così ottimistica previsione. Anzi, l'estate appena archiviata ci ha mostrato quanto siamo fragili su tanti fronti: quello dell'emergenza, del 118, dell'igiene, degli organici. E anche sul fronte della sicurezza nei luoghi di cura, a tutto danno di infermieri e cittadini. E quanto pagano, sempre cittadini e infermieri, l'assenza di un reale governo della sanità campana.

Purtuttavia, il Commissario/Governatore/Assessore mostra di essere sicuro e di riuscire. Lui s'impegna non solo a portarci fuori dal pantano. Io ci metterei la firma. Ma a diventare addirittura i primi della classe. Come si dice, mai dire mai. Ma io sarei più realista e mi accontenterei di realizzare alcune cose per centrare almeno due o tre obiettivi capaci di ridarci una sanità che funzioni, un'assistenza ospedaliera e territoriale adeguata, che non faccia scappare i cittadini per andare a curarsi al nord, restituendo alla professione d'infermiere i tanti posti persi in dieci anni di blocco del turn over e dando lavoro a tanti giovani disoccupati. Due di questi li ha ricordati di recente anche il ministro della Salute: la Campania deve aumentare i livelli essenziali di assistenza e migliorare il rapporto tra territorio e ospedali, ha detto di recente la Lorenzin. E come non darle ragione. Ospedali e pronto soccorso sono talmente ingolfati, al punto

da generare quell'odioso e incivile fenomeno dei malati adagiati sulle barelle, se non a terra. Ma se non si mette mano all'assistenza territoriale e domiciliare, se non si attrezza il territorio per continuità assistenziale, per curare cronici e anziani, come si pensa di arginare il flusso negli ospedali? Ora si è scoperto che per queste ed altre attività in Regione c'è anche un tesoretto da 350 milioni di euro. Fondi finora rimasti al palo in attesa della programmazione del Piano regionale territoriale varato un anno fa, ma rimasto sulla carta. Sono questi i primi gradini dell'assistenza sanitaria deputata a fare da filtro agli accessi fiume nei pronto soccorso. Una barriera che, grazie ai tagli in atto negli ultimi anni, si sta sempre più assottigliando. Personale al lumicino, strutture fatiscenti, tecnologie obsolete che in otto anni di riduzioni di spesa hanno rimaneggiato distretti e ambulatori azzoppando la seconda gamba (oltre quella ospedaliera) su cui cammina l'assistenza sanitaria pubblica. Ed ecco allora l'altro punto su cui lavorare se veramente si vuole riportare la sanità campana a livello di quelle del nord. Le buone intenzioni professate dal commissario/governatore e dallo stesso ministro della Salute sul monitoraggio dei Lea e, quindi, sulla possibilità della Campania di raggiungere standard accettabili per uscire dal commissariamento continueranno a restare tali senza nuove assunzioni. I buchi nelle piante organiche sono sotto gli occhi di tutti, arruolare personale, infermieri, medici, oss soprattutto, è indispensabile anche per quel riequilibrio tra ospedale e territorio che il ministro auspica, per il decongestionamento dei pronto soccorso, ma soprattutto per ridurre le liste di attesa e garantire terapie in tempi ragionevoli per tutti. Al Commissario/Presidente/assessore va dato il tempo e la possibilità di tentare. Del resto, la dichiarazione dalla quale siamo partiti (in diciotto mesi porteremo la Campania al top) rappresenta per lui e per noi una sorta di conto alla rovescia: scaduti i diciotto mesi tireremo le somme.

<http://www.ipasvinapoli.org/portal/editoriale-3-2017/>

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo ufficiale dei Collegi Ipasvi di Napoli e Benevento

ANNO XXIII- N. 3 - SETTEMBRE 2017

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

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

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Comitato scientifico

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

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Anna Buonocore, Giuseppe Comentale, Grazia Dell'Angelo, Dario De Martino, Maria Rosaria Esposito, Giampaolo Gargiulo, Assunta Guillari, Gianluca Lubrano, Angela Lupigno, Mario Mormile, Massimo Niola, Peppe Papa, Gaetano Palma, Marco Perrone, Gianluca Pucciarelli, Teresa Rea, Marco Sarnataro, Silvio Simeone, 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

Lavoro, Lea e territorio. Le prossime cose da fare

di **Ciro Carbone**

6 La sanità in ginocchio

Conti in rosso, analisi e visite a pagamento



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



La sanità in ginocchio 8

Asl indebitate e nosocomi sotto esame

Debiti record delle Aziende sanitarie della Campania: tre miliardi di euro, tra le peggiori

di Dario De Martino

10 La sanità in ginocchio

Insetti e morti evitabili:

l'estate nera degli ospedali di Napoli

Le immagini e le notizie su formiche, tafani, blatte, zanzare e malasanità, fanno il giro del mondo, rappresentando una sanità campana in ginocchio. Sciacallaggio politico e mass media scatenati.

di Pino De Martino



La sanità in ginocchio 12

"Nessun protocollo e poco personale"

Le dichiarazioni del Presidente Carbone rese alla stampa all'indomani della vicenda Loreto Mare

14 Politica Sanitaria

Aziende sanitarie e Ospedali, ripartono le assunzioni

Sono ancora piccoli numeri, ma qualcosa incomincia a muoversi. Per il momento assunzioni sono partite all'Istituto dei tumori Pascale (110); all'Asl di Salerno (130 infermieri e 100 Oss)

di Pippo Trio



Politica Sanitaria 16

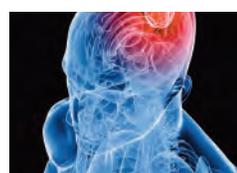
"La nostra sanità sarà primo modello in Italia"

Nonostante i tanti record negativi che fanno della Campania il fanalino di coda della sanità nazionale, il governatore/commissario Vincenzo De Luca si mostra ottimista.

di Pino De Martino

18 Politica Sanitaria

Infarti, una rete per la gestione emergenze



NSC Nursing 21

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 19/30

31 Qui Napoli

Premiato il progetto 'Bambini Liberi' del Santobono

di Anna Buonocore



Qui Napoli 32

Mette in salvo i pazienti mentre la sua casa crolla

di Pino De Martino

35 Qui Benevento

Infermieri di famiglia Case Manager

di Peppe Papa



Ospedali e territorio 38



La sanità
in ginocchio

Conti in rosso, analisi e

di Pino De Martino

Per coprire i costi e per assicurare cure, prestazioni ed esami ai cittadini servono 50 milioni. Nelle casse della Regione però non ci sono fondi a sufficienza per finanziare le strutture private. Il copione si ripete anche quest'anno, di questi tempi: i tetti di spesa per coprire i costi delle analisi, delle indagini diagnostiche nei centri privati accreditati sono esauriti. Dunque, le prestazioni sono rigorosamente e già da tempo a pagamento. A Napoli 1 la Radioterapia in convenzione è ferma già dall'inizio di agosto e sono assicurati solo i cicli di terapia precedentemente iniziati. Non va meglio alla Napoli 2 nord, dove la lancetta delle prestazioni anticancro segna rosso fisso.

Ma a soffrire è l'intera platea di pazienti che hanno bisogno di controlli specialistici: sono già passati a pagamento gli esami e le visite per i controlli cardiologici e quelli per la medicina nucleare.

Elettrocardiogrammi, esami holter e prove da sforzo, doppler carotideo, visite specialistiche e particolari esami di laboratorio per i controlli della funzionalità endocrina, saranno erogabili dunque nei centri privati accreditati solo pagando la prestazione o prenotandoli nei distretti e negli ospedali. Ma qui le attese sono bibliche: si va dai 30 ai 60 giorni nei principali ambulatori pubblici.

A breve anche radiologia e diabetologia si bloccheranno. Poi l'arresto contagerà i laboratori (analisi del sangue e delle urine) e via, via, le richieste di visite in altre branche specialistiche.

Nonostante gli annunci di un cambio di passo da parte dei vertici regionali, tutto procede come sempre: con i cittadini a pagare di tasca propria prestazioni che in altre parti d'Italia sono garantite sempre, senza ticket e in poco tempo. In Campania neanche quest'anno è stato trovato il sistema per evitare

il solito imbuto di fine anno, quando esauriti i soldi per pagare i centri privati convenzionati, non c'è altro da fare che pagare di tasca propria. La coperta delle risorse resta corta: mancano all'appello circa 50 milioni di euro che dal 2018 bisognerà mettere nel piatto al

netto di nuovi e più efficaci sistemi di verifica a monte e a valle delle prescrizioni di esami e controlli. Ma c'è poco da stare allegri. L'ultima programmazione in materia risale addirittura al 2001.

Da allora non è stato fatto più niente. "Nel





visite a pagamento

frattempo – commentano da Federlab (l'Associazione dei laboratori di analisi cliniche e dei centri poliambulatori privati accreditati) - si consentono gli sprechi nel pubblico, salvo poi gettare la croce addosso ai privati e cercare di recuperare risorse unicamente da loro”.

L'unica consolazione per i pazienti è poter contare su un'offerta pubblica che, rispetto allo scorso anno, si è arricchita di un acceleratore lineare in più attivato al Pascale, su altri due in funzione all'Ospedale del Mare e sull'Ascalesi che ha ridotto a 15 giorni l'avvio dei cicli di intervento.



Cresce “l'out of pocket” delle famiglie

La spesa sanitaria privata degli italiani continua a crescere. Nel 2016 è arrivata a 37,3 miliardi di euro ed è sostenuta in grandissima parte direttamente dalle famiglie. Lo dice il VII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata, presentato in occasione del Welfare Day 2017 con il patrocinio del ministero della Salute.

Dal Rapporto emerge che l'Italia continua ad avere una spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil inferiore a quella di altri grandi Paesi europei. Nel nostro Paese è pari al 6,8% del Pil, in Francia all'8,6%, in Germania al 9%. In questi anni il recupero di sostenibilità dei servizi sanitari regionali non è stato indolore. È salito a 12,2 milioni il numero di persone che nell'ultimo anno hanno rinunciato o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche (1,2 milioni in più rispetto all'anno precedente). I

I miracolo del recupero di sostenibilità finanziaria del servizio sanitario di tante Regioni ha impattato sulla copertura per i cittadini. Il più alto ricorso alla sanità pagata di tasca propria ha come contraltare il fatto che chi non ce la fa economicamente è costretto alla rinuncia o a rimandare visite e analisi diagnostiche.

Va sottolineato che quando si parla di spesa sanitaria privata non si include quella per le assicurazioni sanitarie, mentre si calcola la spesa per la compartecipazione sanitaria, cioè i ticket sanitari e quelli per i farmaci che, in termini reali nel 2015 (ultimo dato disponibile) rispetto al 2007 sono aumentati del +53,7%: con +162,2% per il ticket farmaci e +6,1% per la compartecipazione per prestazioni sanitarie.

L'eterno divario regionale. E sono sempre più marcate le differenze tra le sanità regionali, non solo nella valutazione dei cittadini, ma anche nei valori di indicatori più strutturali degli esiti come mostra, ad esempio, la quota di malati cronici in buona salute che nelle regioni meridionali è inferiore a quella delle regioni del Centro-Nord e, soprattutto, è letteralmente crollata negli ultimi anni. «La retorica dell'universalismo del Servizio sanitario pubblico è un guscio vuoto di fronte alle evidenti diversità di accesso alla tutela della salute e alle cure, e alla moltiplicazione degli effetti di razionamento dei principali deficit del Servizio sanitario stesso», si legge nel report. «I nuovi Lea, il Piano nazionale delle cronicità, il Piano nazionale per la prevenzione vaccinale sono di certo progressi importanti, ma guai a sottovalutare la portata della sfida di 21 sistemi sanitari locali in evidente traiettoria divaricante, e delle crescenti disparità nelle opportunità di cura, altrimenti a rischio sarà tutto il Servizio sanitario che gli italiani, pur non smettendo di criticarne aspetti del funzionamento, considerano una istituzione decisiva per il benessere e la coesione delle nostre comunità».

Le difficoltà di accesso al sistema pubblico sono aumentate. Le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Su quest'ultimo fronte non arrivano miglioramenti, anzi. Per una mammografia si attendono in media 122 giorni (60 in più rispetto al 2014) e nel Mezzogiorno l'attesa arriva in media a 142 giorni.

Per una colonscopia l'attesa media è di 93 giorni (6 giorni in più rispetto al 2014). Per una risonanza magnetica si attendono in media 80 giorni (6 giorni in più rispetto al 2014), ma al Sud sono necessari 111 giorni. Per una visita cardiologica l'attesa media è di 67 giorni (8 giorni in più rispetto al 2014), ma l'attesa sale a 79 giorni al Centro. Per una visita ginecologica i tempi medi sono 47 giorni (8 giorni in più rispetto al 2014), ma ne servono 72 al Centro. Per una visita ortopedica 66 giorni (18 giorni in più rispetto al 2014), con un picco di 77 giorni al Sud.



La sanità
in ginocchio

Asl indebitate e nosocomi

Debiti record delle Aziende sanitarie della Campania: tre miliardi di euro, tra le peggiori

di Dario De Martino

La sanità regionale più indebitata è quella del Lazio, con 3,8 miliardi di euro. A seguire la Campania, con 3 miliardi di euro, la Lombardia con 2,3 miliardi, la Sicilia e il Piemonte entrambe con 1,8 miliardi di euro ancora da onorare. Se, invece, rapportiamo il debito alla popolazione residente, il primato spetta al Molise, con 1.735 euro pro capite.

Seguono il Lazio con 644 euro per abitante, la Calabria con 562 euro pro capite e la Campania con 518 euro per ogni residente. Numeri da capogiro. Nonostante che dal 2011 il debito complessivo è in costante calo ed è sceso di 15 miliardi di euro (-39,7%).

Le aziende sanitarie più virtuose, invece, sono state l'Asl Umbria 1 e l'Azienda sanitaria universitaria di Trieste. Nel primo caso gli impegni economici assunti sono stati onorati con 24 giorni di anticipo rispetto alle indicazioni da contratto, nel secondo caso di 13.

Per quanto concerne i tempi medi di pagamento praticati nel 2016 e riferiti alle sole forniture di dispositivi medici (fonte Asso-biomedica), in Molise il saldo della fattura è avvenuto mediamente dopo 621 giorni, in Calabria dopo 443 giorni e in Campania dopo 259 giorni.

Se teniamo conto che la legge in vigore stabilisce che i pagamenti delle strutture sanitarie debbano avvenire entro 60 giorni dall'emissione della fattura, nessun valore medio regionale rispetta questo termine.

Fino ad oltre un anno di ritardo per pagare i propri fornitori: l'amministrazione della sanità italiana è ancora troppo lenta e il debito accumulato è arrivato a 22,9 miliardi di euro. Lo rileva la Cgia di Mestre analizzando la «Relazione sulla gestione delle Regioni» della Corte dei Conti, relativa al 2015, ultima rilevazione disponibile. Sebbene negli ultimi

anni lo stock sia in calo, l'ammontare del debito commerciale del nostro Sistema sanitario nazionale non è ancora stato ricondotto entro limiti fisiologici. Soprattutto nel Mezzogiorno, le Asl sono in affanno con i pagamenti, mettendo così in seria difficoltà moltissime piccole e medie imprese.

“Non è da escludere che in alcune regioni, in particolar modo del Sud, avvengano degli accordi informali tra le parti, per cui le Asl o le case di cura impongono ai propri fornitori pagamenti con ritardi pesantissimi, ma a prezzi superiori rispetto a quelli, ad esempio, praticati nel settore pri-





sotto esame

vato”, spiega il coordinatore dell'Ufficio studi degli Artigiani di Mestre, **Paolo Zabeo**, analizzando le cause che hanno determinato l'accumulazione di una cifra così rilevante. “*Se è noto che le Asl pagano da sempre con molto ritardo - rileva Zabeo - è altrettanto vero che in molti casi le forniture continuano ad essere acquistate con forti differenze di prezzo tra le varie regioni*”.



E il Ministro Lorenzin boccia gli ospedali

“Ridurre gli sprechi, tre anni per rientrare”

Verifica negativa sui nosocomi campani, si rischia di mandare in fumo 350 milioni

I conti, la gestione amministrativa e le performance dei singoli ospedali e delle singole aziende sanitarie campane (così come in ogni angolo d'Italia) sono sotto osservazione. Gli analisti del Ministero dell'economia e quelli della Sanità tengono gli occhi puntati non solo sui bilanci, ma anche sul rapporto tra costi e ricavi e qualità dell'assistenza erogata ai pazienti. Lo stabilisce una legge di fine 2015 e un decreto ministeriale del giugno del 2016. Con questi due provvedimenti si è di fatto posto sotto il diretto monitoraggio del ministero della Salute i rapporti tra costi e ricavi di ogni azienda ospedaliera e l'efficienza clinica misurata in termini di volumi, qualità ed esiti delle cure erogate ai cittadini. Quando questi due parametri (finanziario e clinico) sono fuori dai limiti scattano i piani di efficientamento triennali. Ora, in Campania, praticamente tutte le otto aziende ospedaliere, le due Università e il Pascale, viaggiano sul binario dell'inefficienza: lo scostamento economico finanziario nel complesso raggiunge i 348 milioni di euro e in percentuale ognuna delle aziende è ben sopra il 10 per cento di sbilancio tollerato e i 10 milioni fissati come limite assoluto. Il rientro in tre anni dovrà essere di almeno il 50 per cento, di cui il 15 per cento da raggiungere nel primo anno. Date queste premesse, le aziende campane sono state dunque costrette, come per legge, a presentare un Piano ad hoc. Programmi che la Regione Campania ha stilato e presentato nelle mani del ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Sul piano tecnico, il ministro ha detto che i Piani sono accettabili a patto che si proceda all'efficientamento, recuperando il preoccupante dato tendenziale di 348 milioni di scostamento. Il ministero potrebbe procedere da qui ai prossimi tre anni all'invio di commissari nelle singole aziende amministrative. In ogni caso già oggi, in caso di inadempienza, il ministero potrebbe disporre un affiancamento agli ospedali da parte di un gruppo di tecnici alle sue dirette dipendenze. Considerato il fatto che ogni ospedale è finanziato con un budget annuo. Si tratta di una piccola parte della fetta di torta che lo Stato attribuisce alle Regioni tagliandola dal Fondo sanitario nazionale. Ogni azienda ospedaliera a fronte delle risorse assegnate deve poi produrre prestazioni a cittadini e pazienti, erogandole in regime di efficienza.



La sanità
in ginocchio

Insetti e morti evitabili: l'estate

Le immagini e le notizie su formiche, tafani, blatte, zanzare e malasania, fanno il giro del mondo, rappresentando una sanità campana in ginocchio. Sciacallaggio politico e mass media scatenati. Ma l'organizzazione a monte e a valle di tanti ospedali fa acqua da tutte le parti.

di Pino De Martino

Prima le formiche all'Ospedale San Paolo di Fuorigrotta. Poi zanzare, tafani e scarafaggi al San Giovanni Bosco. E infine le blatte al Vecchio Pellegrini. Finiti i turbamenti e le indignazioni per gli insetti che bivaccano accanto agli ammalati, arrivano, in ordine di tempo, lo scandalo per i ritardi del 118 (quarantadue muore alla Stazione Centrale dopo mezz'ora d'agonia); quello per le cozze al pomodorino cucinate da un infermiere nel reparto di medicina d'urgenza al Cardarelli; quello per la salma parcheggiata nei bagni, sempre al Cardarelli.

E, ultimo ma non ultimo, la lunga e travagliata telenovela del Loreto Mare, dove un giovane politraumatizzato e con fratture multiple, dovute a un incidente con la moto, resta per ore e ore su una barella in codice rosso, in attesa di essere trasportato all'Ospedale dei Pellegrini per una angioTac che al Loreto Mare manca. Alla fine, tra rimpalli vari, il giovane 23enne muore il pomeriggio del giorno dopo.

E' l'estate nera dell'ospedalità a Napoli. Notizie e immagini allucinanti che fanno il giro del mondo, rappresentando una sanità nostrana ancora più allo sfascio di quanto lo sia in realtà. Si perché, alla cruda e violenta realtà dei fatti, si aggiunge lo sciacallaggio politico perpetrato su fatti veri, ma anche su fake news.

Notizie di falsa malasania denunciate su social e alle agenzie, pur di stare sui giornali. Anche la furia dei mass media dà una mano alla rappresentazione oscena della sanità targata Napoli. Giornali, web, radio e tv sono sempre in cerca di notizie scandalose, soprattutto d'estate, quando la cronaca langue.

Tutto teso a dare una buona immagine sia di presidente, sia di commissario alla sanità, **De Luca** annuncia querele contro chi lancia false notizie: "Porteremo in tribunale chiunque propaghi episodi di autentica aggressione mediatica costruiti su niente". Ma la malasania non è fatta solo di episodi occasionali, veri o falsi che siano. Non è la sommatoria di eventi avversi, o di errori che tutti possono



commettere nell'esercizio professionale. Contro questi c'è la magistratura ordinaria che indaga. Ci sono poi gli ispettori del ministero, le indagini aziendali e i relativi provvedimenti amministrativi e disciplinari.

La malasania, purtroppo, è soprattutto frutto del degrado evidente in cui versano le strutture sanitarie pubbliche, dei ritardi organizzativi e clinici, della mancanza di risorse umane e finanziarie, di tecnologia adeguata, di organizzazione.

Proprio quest'ultimo aspetto credo sia il fattore comune a tutti gli episodi tragici di questa funesta estate. Su ciascun caso ci sono responsabilità oggettive. Si sono aperte e chiuse inchieste interne (in alcuni casi si attendono ancora gli esiti), con sommarie esecuzioni



nera degli ospedali di Napoli



"Al Loreto Mare caos, rischi e anarchia"

Così la relazione degli ispettori inviati dalla Lorenzin

Il gruppo di 007 inviato da Roma era composto da due ispettori del Ministero della Salute, quattro dell'Agendas, uno dell'Istituto Superiore di Sanità, uno nominato dalla commissione salute delle Regioni e un maggiore dei Nas. Essi hanno riscontrato un "ricorso a prassi non codificate e non supportate da indicazioni provenienti da linee guida regionali o nazionali". Al caos si accompagna la diffidenza: "Il clima percepito - scrive il nucleo ispettivo - è stato sovente di tipo conflittuale e tendente a volte a una marcata deresponsabilizzazione". Un'anarchia in cui nessuno è responsabile di nulla. Una mancanza di regole e procedure determinata "prevalentemente dalla mancata attribuzione degli incarichi e delle responsabilità da parte della direzione strategica aziendale". E' il quadro di carenze che con tutta probabilità è costato la rimozione al direttore, **Rosario Lanzetta**, anche se le disfunzioni riscontrate si spingono, come vedremo in seguito, ben oltre via Marina.

Le carenze specifiche toccano vari aspetti. Non ci sono percorsi chiari e immediati per decidere dove il paziente debba andare, c'è "discrezionalità diffusa" sullo spostamento dei pazienti a Medicina o a Chirurgia, spesso determinato dalle "forze disponibili" fra gli organici. Il pronto soccorso è un campo di battaglia: manca un direttore responsabile, ma anche la specifica dotazione organica per l'emergenza, si ricorre a prassi non scritte, manca un trauma-team e gli ambienti sono inadeguati, specie per i pazienti in codice rosso. Insufficienti anche le dotazioni tecnologiche per una struttura che "svolge attività di Dea di I livello pur non avendone tutti i requisiti". Un disastro insomma, mancano linee guida e protocolli vari, ognuno fa da se, un po' come capita, e "queste criticità non hanno carattere episodico". L'assenza di uno straccio di organizzazione incide "in modo elevato sul profilo di rischio della struttura nonché sulla probabilità di accadimento di eventi avversi". Le carenze in loco sono comunque figlie di carenze di programmazione a monte. In cima a tutte le carenze riscontrate c'è "l'atto di programmazione delle nuove reti ospedaliere", che manca, e che "con ogni tempestività dovrà essere adottato in conformità agli standard nazionali". In attesa della programmazione, gli ispettori hanno chiesto alla struttura commissariale, cioè allo stesso **De Luca**, di provvedere alla revisione della rete ospedaliere e a una serie di adeguamenti organizzativi.

sul campo, a volte giusto per dare in pasto all'opinione pubblica un capro espiatorio. Al Loreto Mare è stato rimosso il direttore sanitario e nominato un altro, tanto per fare un esempio.

Ma il problema non sta là. O quanto meno, non solo nella cattiva dirigenza, ma nell'assenza di regole. Lo dicono del resto gli ispettori inviati dalla Lorenzin (i dettagli in un altro articolo nella stessa pagina, ndr). Alla sanità campana manca una guida. Manca un progetto.

Manca un capo. Negli ospedali e sul territorio ciascuno fa per se. A cominciare dai manager e dai direttori generali. Al massimo, questi, non rispondono ai principi e ai protocolli nazionali. Tutt'al più rispondono ai desiderata di chi li ha nominati.



“Nessun protocollo e poco personale”

Le dichiarazioni del Presidente Carbone rese alla stampa all'indomani della vicenda Loreto Mare

«Siamo vicini alla famiglia della vittima, sono tragedie che non vorremmo mai commentare. Anche perché in questa vicenda sicuramente qualcosa non ha funzionato. E, al di là delle eventuali responsabilità personali sulle quali lasciamo il compito alla magistratura, c'è la sensazione che qualcosa non abbia funzionato nell'organizzazione, nella filiera di comando. Comunque, aspettiamo l'esito delle tre inchieste aperte, ma le vere responsabilità vanno individuate oltre».

Ciro Carbone, Presidente del Collegio Ispasvi di Napoli elenca tutte le criticità di un sistema sanitario ridotto in brandelli: «Al Loreto Mare ci sarà stata un'incongruenza, questo sarà accertato da chi sta svolgendo le indagini, ma il problema sta alla base. In Campania manca il personale nelle strutture, il turn over è bloccato, non si assume da dieci anni. Si pensa ad aprire nuovi ospedali quando ci sono queste gravi carenze che mettono a rischio la vita dei cittadini».

Le soluzioni proposte dalle istituzioni, fatte di ispezioni e accertamenti, non convincono il presidente del Collegio degli infermieri, che invita a fare riflessioni più profonde: «Questi episodi sono purtroppo sempre più frequenti e non dovrebbero verificarsi. Non serve a tanto intervenire ex post su questo o quel episodio. Ad esempio al Loreto Mare manca un protocollo interno su come gestire il trasferimento presso un altro ospedale. Forse questo avrebbe potuto evitare la tragedia. E' inverosimile che in un presidio così grande, importante e centrale come il Loreto Mare, che accoglie ogni giorno centinaia di pazienti, manchi un presidio strumentale di questo tipo. In assenza di strutture, tecnologie e presidi adeguati meglio inviarlo al trova un paziente in codice

rosso e politraumatizzato». L'ultima considerazione di Carbone è rivolta al presidente della Regione Campania **Vincenzo De Luca**: «I problemi sono molti. De Luca ha dichiarato che li avrebbe risolti. Spero che il neo commissario della sanità riesca a farvi fronte e che alle sue parole seguano finalmente i fatti».



“Sette giorni di tempo per costituire un Trauma team”

Il Governatore firma una circolare sulla gestione del politrauma inviata ai Direttori generali

La circolare porta come titolo: «Disposizioni urgenti in materia di gestione del paziente politraumatizzato e costituzione del Trauma team». E porta la firma del commissario ad acta, **Vincenzo De Luca**. E' la disposizione inviata ai Direttori generali (Cardarelli, Santobono Pausilipon, Moscati, Rummo, Sant'Anna e San Sebastiano, Ruggi d'Aragona, Centrali Operative 118) che hanno avuto sette giorni di tempo per istituire il Trauma team, in grado di assistere compiutamente i pazienti politraumatizzati. Iniziativa presa alla luce del decesso del 23enne politraumatizzato al Loreto Mare. Ma soprattutto per effetto delle raccomandazioni contenute nella relazione degli ispettori ministeriali e consegnata al Commissario De Luca. Nel report ministeriale si chiede espressamente al Commissario De Luca di provvedere alla «revisione della rete ospedaliera e a una serie di adeguamenti organizzativi. Un lavoro definito necessario per "la rimozione complessiva delle criticità rilevate", per il quale gli ispettori hanno dato 90 giorni di tempo al commissario. Nelle more, dicono gli 007, deve essere sempre il commissario a individuare "soluzioni e interventi per le questioni più gravi", specie per quanto riguarda l'urgenza e la "effettiva agibilità dei locali per l'emergenza nonché la dotazione di personale e tecnologie". Il Trauma Team è costituito da professionisti medici, infermieri o tecnici con competenza in materia di: medicina e chirurgia d'urgenza, ortopedia, rianimazione, radiodiagnostica. I componenti del Team vengono allertati dal Dirigente del pronto soccorso che riceve il paziente costituendo, immediatamente, una unità organizzativa funzionale avente come Team leader il dirigente anestesista rianimatore e, identificando nel team un case manager (infermiere di Ps). Il trauma team valuta le condizioni del paziente provvede ad una prima assistenza, assicura l'immediato supporto avanzato delle funzioni vitali, la valutazione delle priorità chirurgiche e la diagnostica ecografica e radiologica in emergenza.



Parti, ogni anno 13 decessi su 50

Il record negativo alla Campania. Il dato contenuto nel rapporto nascite del Dipartimento di Sanità pubblica della Federico II

Morire di parto. E' un evento possibile, ma sempre più raro nel mondo occidentale. Soprattutto nelle donne con meno di 30 anni. E se gli eventi infausti non possono essere azzerati del tutto, si possono almeno ridurre al minimo. Non così in Campania. Sulle morti per parto la nostra regione scosta i dati tra i peggiori del Paese: su circa 50 donne che muoiono ogni anno in Italia (10 morti su 100.000 nati vivi, dato medio basso in Ue, simile a Regno Unito e Francia) 13 sono in Campania contro i 5 della Toscana. Dato confermato dal rapporto nascite del Dipartimento di Sanità pubblica della Federico II. Negli altri Paesi occidentali la media è di 20 su 100 mila. Nella metà dei casi il decesso avviene per emorragia (dovuta all'atonìa uterina, ossia l'incapacità dell'utero di contrarsi dopo il parto favorendo il freno alla perdita di sangue). C'è poi la placenta previa che consiste (aderenza dei vasi all'utero che rende alto il rischio di emorragia al momento del parto). Età materna, condizioni di deprivazione sociale e utilizzo del cesareo se non necessario gli altri fattori negativi insieme all'ipertensione in gravidanza, alle tromboembolie, diabete, pressione alta, sovrappeso e perfino l'influenza in gravidanza. La metà dei casi, secondo gli analisti, potrebbero tuttavia essere evitati.

Le strutture più sicure? Secondo la riforma dei punti nascita attuata dal Ministero della Salute, sono quelle che vantano almeno 500 parti annui, la disponibilità h 24 di ginecologi, neonatologi, ostetriche e infermiere pediatriche, la presenza a corto raggio di un servizio di Terapia intensiva neonatale (Tin) e subintensiva per le madri. Ma anche i numeri giocano la loro parte. La soglia minima di parti all'anno tollerata è di 500 ma le raccomandazioni ministeriali arrivano a 1000 casi all'anno.

Anche il numero di parti cesarei effettuati ogni anno hanno il loro

peso nel giudizio sui punti nascita. L'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) fissa la soglia massima al 15% (che salgono a 20 per il ministero). Anche su questi numeri la Campania è decisamente lontana dalla media italiana (39%), già alta, con punte da record che costano forti penalizzazioni sui Lea, sebbene con dati in sensibile miglioramento nell'ultimo anno. In questo senso, la morte materna è un indicatore della qualità complessiva del sistema sanitario. E il gap della Campania è ancora una volta organizzativo: i punti nascita pubblici completi di tutte le discipline, compresa la terapia intensiva neonatale, a Napoli sono presenti solo nei due policlinici (via Pansini e Centro storico). Entro fine anno la Asl Napoli 1 dovrebbe convertire il Loreto Mare a centro di riferimento materno-infantile avendo stralciato la Ginecologia e ostetricia dall'Ospedale del mare (48 posti letto previsti e poi cancellati per fare posto alla Cardiocirurgia). Ma così in tutta l'Asl Napoli 1 mancherà un centro nascite con un pronto soccorso completo. Un politrauma o un addome acuto di una donna che finisce all'ospedale del mare non potrà giovare della consulenza di un ginecologo in loco. Un neo, nella programmazione del Piano ospedaliero, segnalato più volte ai responsabili di via Santa Lucia. Una scelta giustificata con la presenza della vicina Villa Betania (che soddisferebbe tale bisogno assistenziale specialistico) e con la mission futura



disegnata per il Loreto Mare. Ma così occorrerà prevedere trasporti in ambulanza a Villa Betania (un Dea di I livello, meno attrezzato dell'ospedale del Mare) o al Loreto (che sarà un pronto soccorso privo di molte discipline). Già oggi numerosissime richieste di consulenze giungono alla ginecologia del Loreto sia dal pronto soccorso dell'ospedale di via Vespucci sia dal Vecchio Pellegrini. Pazienti arrivate ed operate immediatamente. Per il San Paolo, dove la ginecologia è destinata a ridursi a una guardia in pronto soccorso, si notano le difficoltà legate alla delocalizzazione della Radiologia interventistica al Pellegrini e il solo Cardarelli concentra in un unico presidio tutte le attività emergenziali, compresa la radiologia interventistica, spesso necessaria anche in Ginecologia.

Politica Sanitaria

Aziende sanitarie e Ospedali,

Sono ancora piccoli numeri, ma qualcosa incomincia a muoversi. Per il momento assunzioni sono partite all'Istituto dei tumori Pascale (110); all'Asl di Salerno (130 infermieri e 100 Oss)

di Pippo Trio

Per il momento sono timidi segnali. Non siamo ancora ai grandi numeri. Quelli per intenderci capaci di riportare in servizio i circa 14mila posti persi in questi ultimi dieci anni di sanità regionale segnata dal blocco del turn over e da piani di rientro. Ma qualcosa si muove. Stando ai conti fatti dai Collegi Ipasvi della Campania, per compensare i posti persi in questi anni occorrerebbero solo per gli infermieri almeno cinquemila assunzioni. Volendo con questo sistemare i numeri negli ospedali da tempo sotto organico (ogni infermiere in Campania accudisce mediamente 18 pazienti a turno, mentre la media raccomandata dall'Oms è di circa 7/8 per ciascun infermiere), avviare la risistemazione dell'assistenza territoriale ridotta quasi a zero. Una cifra irraggiungibile. Non solo per cattiva volontà del governo locale. Ma soprattutto visti i continui tagli governativi sulla spesa sanitaria e sul pubblico impiego. Ciononostante, appunto, qualche timido segnale di ripresa nelle assunzioni si avverte. Anche il Governatore **De Luca** ha annunciato varie volte la volontà ad assumere. Ma fino ad ora si è visto poco o niente, nonostante la continua pressione, le continue denunce da parte delle organizzazioni professionali e dei sindacati, sia dei medici che degli infermieri.

Da qualche tempo però sembra che il vento sia cambiato. Che qualcosa finalmente si muova. E non solo per coprire posti va-

canti con assunzioni a tempo determinato o con il ricorso a contratti interinali come fatto fino ad esso, con il solo esito di creare ulteriore precariato. In ordine cronologico ha fatto notizia l'assunzione di 110 infermieri all'Istituto dei tumori Pascale entro il prossimo mese di dicembre. "Ho necessità di accorciare i tempi delle liste d'attesa", commenta il manager Bianchi annunciando le assunzioni che serviranno anche per far fronte ai sessanta posti letto in più programmati in ospedale.

Anche l'Asl di Salerno ha messo mano ai rinforzi. L'azienda sanitaria ha annunciato un'operazione per portare 130 infermieri e

100 operatori socio sanitari nelle fila dell'azienda. Si tratta di un avviso di mobilità regionale ed extra regionale finalizzato alla copertura di posti vuoti in organico a tempo indeterminato.

I nuovi innesti saranno spalmati su ospedali e territorio in questo momento in affanno. I 130 infermieri e i 100 Oss che rafforzeranno l'Asl di Salerno seguono il già annunciato concorso per primari ospedalieri. Infine, anche il Rummo di Benevento si rinforza. Qui però i numeri sono veramente bassi. In articoli pubblicati in queste stesse pagine esaminiamo caso per caso le assunzioni annunciate.

All'Istituto Pascale 110 neo assunti Bianchi: "Uno stop alle liste d'attesa"

Entro il prossimo mese di dicembre 110 nuovi infermieri entreranno a far parte dell'organico dell'Istituto per la ricerca sui tumori Pascale. Assunzioni a tempo determinato che colmeranno i vuoti di personale della struttura in vista dell'ampliamento dei reparti con 60 posti letto in più. Ma l'obiettivo principale: tagliare le liste di attesa. «Tutto è stato possibile - spiegano in amministrazione - con l'applicazione della Legge Madia che ha permesso di riaprire le graduatorie di mobilità che erano state bloccate dopo il concorso del 2008». I nuovi infermieri verranno assorbiti gradualmente ma entreranno tutti in servizio per la fine del 2017. Ottanta di questi sono neoassunti, lo erano a tempo determinato e passeranno quindi all'indeterminato, mentre 27 verranno assorbiti con il turn over. Ovviamente la graduatoria di scorrimento è nazionale. Le attività dell'Istituto che rappresenta una eccellenza nazionale nel suo campo, sono da tempo ridotte all'osso: sale operatorie in funzione al 50 per cento, reparti chiusi e liste d'attesa cresciute del 20 per cento con pazienti costretti a migrare al Centro-nord. "Dal mese di settembre i tre acceleratori lineari e il Cyber Knife del Pascale funzionano dalle 8 alle 20. Macchinari accesi anche il sabato mattina. Questo vuol dire che tempo un mese e la radioterapia del più grande Istituto oncologico del Mezzogiorno non avrà più liste d'attesa". E' quanto si legge in una nota dell'Istituto nazionale tumori Fondazione G. Pascale. "Grazie allo sblocco del turn over e delle assunzioni, che ha consentito 110 contratti di infermieri a tempo indeterminato, dal primo ottobre tutte le sale operatorie funzioneranno dalle 8 del mattino alle 20 di sera, tutti i giorni, e in casi straordinari anche il sabato mattina. Questo vuol dire che entro Natale le liste d'attesa subiranno un significativo abbattimento - continua la nota - Questo risultato, si spiega, "si è reso possibile grazie all'assunzione di tecnici radiologi e di infermieri". Dai primi di settembre, infine, è stato raggiunto il traguardo più alto: far lavorare le macchine dalle 8 alle 20 e il sabato mattina", continua la nota. "Credo che ci troviamo dinanzi ad una svolta - dice il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi - resa possibile grazie all'incremento di tecnici e infermieri e di questo ringrazio il presidente della Giunta Regionale, **Vincenzo De Luca**, che ha sbloccato le assunzioni."

ripartono le assunzioni



Anche all'Asl di Salerno arrivano i rinforzi

Via libera dell'Asl al reclutamento di 130 infermieri e 100 operatori socio-sanitari da distribuire tra i vari presidi ospedalieri della provincia dove la penuria di posti in organico è più forte ed è a rischio il mantenimento del normale livello di assistenza. L'avviso di mobilità regionale ed extra regionale è finalizzato alla copertura dei posti a tempo indeterminato. Nello specifico, le 230 persone saranno così distribuite: 30 infermieri e 18 operatori socio-sanitari presso l'ospedale Pagani-Nocera, 18 infermieri e 15 oss a Vallo della Lucania, 18 infermieri e 15 oss a Eboli-Battipaglia, 15 infermieri e 12 oss ad Agropoli, 12 infermieri e 10 operatori socio-sanitari a Sarno, 10 infermieri e 10 oss a Oliveto Citra, così come a Polla e Sapri, oltre a 7 infermieri per la sanità penitenziaria (sede di Salerno). Dopo anni di blocco delle assunzioni si incomincia ad assumere.

Al Rummo di Benevento tanti primari, ma pochi infermieri

Si riparte con le nomine più urgenti e c'è la graduatoria per il conferimento dell'incarico di direttore di struttura complessa di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso che durerà cinque. Contestualmente, c'è l'immissione in servizio con contratto a tempo pieno e indeterminato di tre infermieri. Due procedure distinte, ma complementari: da una parte la necessità di nominare i nuovi primari, dall'altra di sopperire alla forte carenza di infermieri. I vuoti in organico sono tanti, ma altre assunzioni sono attese per far fronte alla domanda di assistenza. Per quanto riguarda i primari, nell'arco di qualche mese si procederà alla nomina, per titoli e colloqui.

Le Asl locali impegnate sui ruoli apicali

Sul Bollettino ufficiale della Regione Campania sono elencati i reparti, tutti in ospedali dell'Azienda sanitaria locale di Salerno, per i quali bisognerà selezionare i futuri direttori. Si tratta di Otorinolaringoiatra dell'ospedale di Eboli, di Oncologia e di Ematologia per il Dipartimento di emergenza-urgenza di Nocera Pagani, di Oculistica di Vallo della Lucania, di Neuroradiologia di Nocera Inferiore e di Medicina generale per i presidi di Nocera Inferiore, Sarno, Battipaglia ed Eboli. Poi c'è spazio per altre delibere per affidamento di incarichi quinquennali o comunque a tempo determinato, per il Moscati di Avellino e sono state pubblicate altre sette delibere che interessano l'Asl Napoli 3 Sud, l'Asl Napoli 2 Nord e il Cardarelli.

Al "Ruggi d'Aragona", invece, si è in attesa dell'autorizzazione della Regione per poter affidare la direzione di tre parti importanti, quali il doppio reparto di Cardiocirurgia (urgenza ed elezione), di Ortopedia e Neurochirurgia. Al momento, dunque, rimangono in stand by alcuni ruoli di prestigio da assegnare al "Ruggi" e su cui da mesi si è acceso un forte dibattito.

Da un lato è noto che alla guida di Neurochirurgia l'Azienda "Ruggi" ha scelto un nome di punta, **Giuseppe Catapano** che dovrebbe lasciare Benevento per Salerno, anche se manca la firma in attesa delle disposizioni della Regione e dell'ok del neurochirurgo.

Rimane l'incognita sul doppio reparto di Cardiocirurgia, dove ad essere conteso da due cardiocirurghi è il reparto di elezione (posti letto e liste d'attesa) e non quello di emergenza.

Politica Sanitaria

“La nostra sanità sarà primo

Nonostante i tanti record negativi che fanno della Campania il fanalino di coda della sanità nazionale, il governatore/commissario **Vincenzo De Luca** si mostra ottimista. Appena insediato nel ruolo di commissario annuncia il programma e l'obiettivo: *“Portare la sanità campana ai vertici in diciotto mesi”*.

di Pino De Martino

Rendere la sanità campana, “entro un anno e mezzo”, il “primo modello organizzativo sanitario d'Italia, eliminando i debiti residui con il pagamento nei prossimi mesi dei creditori e informatizzando i servizi per garantire trasparenza e legalità nella spesa sanitaria”. È l'obiettivo espresso dal presidente della Campania, **Vincenzo De Luca**, in occasione dell'inaugurazione di un nuovo poliambulatorio a Telesse Terme. “Siamo impegnati – si legge poi in un resoconto dell'Ansa - ad invertire la rotta di anni di congestione dell'area metropolitana e di desertificazione delle aree interne. Non siamo il governo della fascia costiera ma di tutto il territorio campano”. Una dichiarazione che ha fatto scalpore, soprattutto tra gli addetti ai lavori, ma anche tra i cittadini ben informati sullo stato di salute della sanità nostrana, fosse solo perché ne toccano con mano l'inefficienza, le carenze, i ritardi, le arretratezze, i costi. Non è stata l'unica uscita roboante da quando il Ministro **Lorenzin**, vincendo tante retrosie, dubbi e perplessità, gli ha affidato il ruolo di commissario. Di dichiarazioni esplosive ve ne sono state tante. Ed ancora, siamo certi, ve ne saranno.



Sono passati ormai circa tre mesi da quando il presidente della Giunta regionale della Campania, Vincenzo De Luca ha indossato anche i panni di commissario ad Acta, detenendo insieme l'interim come assessore al ramo. L'eredità toccata a De Luca è molto pesante. Una ricerca effettuata dallo Studio Ambrosetti (Meridiano sanità. Le coordinate della salute, Rapporto 2016) assegna alla Campania l'ultimo posto tra tutte le regioni italiane per lo stato di salute della popolazione e per altri numerosi indicatori di politica sanitaria (equità e capacità di risposta ai bisogni della popolazione; efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria; qualità e velocità di risposta del sistema sanitario). Una spia dell'inadeguatezza delle strutture sanitarie della Campania è data dalle cifre sulla cosiddetta migrazione degli utenti, quelli che si spostano dalla nostra regione in altre regioni italiane in cerca di servizi migliori.

L'anno scorso la Campania ha registrato un saldo negativo tra prestazioni fornite sul nostro territorio (i crediti) e prestazioni da pagare a strutture sanitarie di altre regioni (i

debiti), che è stato pari a circa -282 milioni di euro, cifra che ha superato tutti i saldi negativi, più della Calabria (-276 milioni). Le regioni meglio attrezzate nell'offerta sanitaria sono invece quelle del Nord come la Lombardia (che ha registrato un saldo positivo di 602 milioni di euro), l'Emilia-Romagna (+347 milioni), la Toscana (+150 milioni). Questo tragico stato dell'arte è ben noto. Più di un numero di questa rivista l'abbiamo dedicato a citare studi, ricerche, analisi e numeri di agenzie sanitarie nazionali che hanno sapientemente scattato questa impietosa istantanea.

Al Commissario/Presidente/assessore va dato atto di aver già messo mano a qualche cambiamento. Certo non basteranno a cambiare la faccia di una sanità che occupa l'ultimo vagone. E quanto accaduto quest'estate ce lo ha fatto toccare con mano. Allo stesso tempo, però, al Commissario/Presidente/assessore va dato il tempo e la possibilità di tentare. Del resto, la dichiarazione dalla quale siamo partiti rappresenta per lui e per noi una sorta di clessidra: scaduti i diciotto mesi tireremo le somme.

modello in Italia”

Tutti gli uomini del commissario

Una squadra per tentare la rimonta

Lo staff è stato disegnato per risalire velocemente la classifica. Si vuole vincere lo scudetto. O, quanto meno, si vuole conquistare un posto tra le prime. E allora, dirigenti e collaboratori che affiancheranno De Luca nel ruolo di commissario ad acta per la Sanità regionale devono dare garanzia di affidabilità, competenza, dedizione. Ma soprattutto di fedeltà al capo. Sono queste le qualità richieste e i criteri che hanno portato alla selezione. La squadra che affiancherà il presidente commissario nell'ultimo miglio del Piano di rientro dal debito è formata da molti nomi di funzionari già noti al mondo della sanità, con alcune new entry per una lista che in totale conta 46 nomi. Eccone alcuni. Tra i funzionari più noti un posto di rilievo lo occupa **Antonio Postiglione**, attuale direttore generale del dipartimento per la Salute di Palazzo Santa Lucia. E poi **Antonella Guida**, dirigente regionale e perno centrale dello staff di **De Luca**, cui sono affidati delicati compiti tecnici per le attività relative all'attuazione del Piano ospedaliero. E poi **Antonio Corcione**, primario anestesista del Monaldi. Dall'azienda ospedaliera Santobono/Pausilipon proviene **Giovanna Morvillo**. A **Maria Sorbino** sono stati affidati compiti di coordinamento. **Giuseppe Ferrigno** si occuperà della segreteria amministrativa. E poi **Rocco Piccolo**, **Francesco Bocchino**, **Maria Grazia Tassara** e **Marcello D'Anna**. **Marina Morelli** (Asl Napoli 3) si occuperà degli atti aziendali. E ancora **Daniela Mignone**, **Marco Gargiulo**, **Ugo Trama**, **Valentina Orlando**, **Bruno Di Gennaro** dovranno occuparsi di edilizia sanitaria. Il supporto tecnico giuridico per la valutazione degli atti e completamento dell'iter di accreditamento dei privati va alla dirigente regionale **Maria Messina** che sarà affiancata da **Arcangelo Saggese Tozzi**. Per i contratti Asl-privati ci sono **Paolo Sarnelli** e **Giancarlo Ghidelli**. Nella squadra anche **Vincenzo d'Amato** (Asl Salerno), **Domenico Crea** (Asl Napoli 1), **Pietro Buono** (rete neonatologica e punti nascite), **Alessandro Scoppa** (Rummo). A tempo pieno sul Piano di rientro dal debito **Giancarlo Ghidelli**.

E poi, **Luigi Riccio** e **Roberta Giordano** a presidio del fronte della mobilità sanitaria. **Gaetano Patrone** e **Alberto Pastore** (Asl Na 1) per il personale, **Tiziana Spinosa** su Terra dei fuochi, **Angelo D'Argenzio** (Asl Caserta) per l'epidemiologia.

Il Ministro Lorenzin usa carota e bastone



“Bisogna migliorare sui Lea, bene i vaccini”

«La Campania deve aumentare i Lea, i livelli essenziali di assistenza. Ma sui vaccini si è mossa in modo molto positivo superando una serie di problematiche delle Asl Napoli 1 e 2»: L'atteso giudizio del ministro sui primi passi compiuti da **De Luca** come commissario ad acta della sanità è tra luci e ombre. Il Presidente/Commissario e anche assessore non si è presentato al sesto congresso nazionale Anmdo (l'associazione dei medici delle direzioni ospedaliere) dove il ministro della Salute è stata ospite. Evidentemente già sapeva che oltre ai complimenti sui vaccini, ci sarebbe stato un giudizio ancora in sospeso sui Lea e quindi nessuna buona notizia sull'uscita della Campania dal Piano di rientro dal debito. Ma la **Lorenzin** usa toni concilianti: l'impegno mostrato da De Luca sui vaccini (campagna a cui lei teneva molto) evita il peggio: «La Campania va sostenuta in un percorso di trasformazione per migliorare i Lea. Stiamo pesando i dati sia qualitativi che quantitativi. Ma sono operazioni che non danno risultati immediatamente». La critica maggiore si appunta sul rapporto tra medicina territoriale e ospedali, che è inesistente, come spesso ammesso dallo stesso De Luca, «un rapporto tuttavia essenziale - dice il ministro - per decongestionare i pronto soccorso e garantire accesso alle terapie per tutti a tutti i livelli». Da Lorenzin l'elogio per come la Regione ha affrontato il tema dei vaccini «che - sottolinea - è uno degli indicatori dei livelli essenziali di assistenza che portavano così fortemente giù la Campania». Sul tema della violenza in ospedale, dopo l'ultimo caso nel pronto soccorso di Pozzuoli, il ministro spiega che non è un caso solo della Campania e che bisogna recuperare il rapporto di fiducia medico-paziente, oltre a rendere sicuri i presidi sanitari e gli ospedali. Sul tavolo del ministro era già arrivata nel frattempo la dura nota inviata dal Presidente del Collegio di Napoli **Ciro Carbone** ai ministeri di Salute e Interni, nonché al prefetto e al questore di Napoli, con la richiesta di «un presidio di polizia permanente presso l'ospedale Santa Maria della Grazie».

Politica Sanitaria

Cardiologia, la svolta

Infarti, una rete per la gestione emergenze

Pazienti inviati non all'ospedale più vicino ma a quello più attrezzato

C'è stata prima una fase di collaudo (sei mesi). Una sorta di sperimentazione in quel di Salerno. Poi, almeno sulla carta, dovrebbe partire anche a Napoli. Si tratta della nuova organizzazione del pronto soccorso per l'infarto. Il progetto è inserito nel piano ospedaliero regionale, insieme con quella per l'ictus e trauma.

Alla base della rivoluzione c'è la variabile temporale, decisiva per le malattie cardiovascolari. Per guadagnare tempo prezioso e sal-

vare più vite possibili, lo smistamento dei pazienti con infarto, da parte del 118, non seguirà più il criterio dell'ospedale più vicino, ma avverrà presso i centri meglio attrezzati, con una valutazione di merito che inizierà sin dalle prime fasi del soccorso.

La rete prevede tre principali snodi a complessità crescente: i centri spoke, dotati solo di Unità di terapia intensiva coronarica semplice, gli hub di 1° livello, con Utic e emodinamica interventistica; e gli hub di 2° livello, presenti solo in strutture pubbliche, completi per tutte le discipline interventistiche, compresa un'unità di cardiocirurgia per le emergenze. Cruciale, per la buona funzionalità della rete, saranno i tempi d'intervento dei mezzi di soccorso.



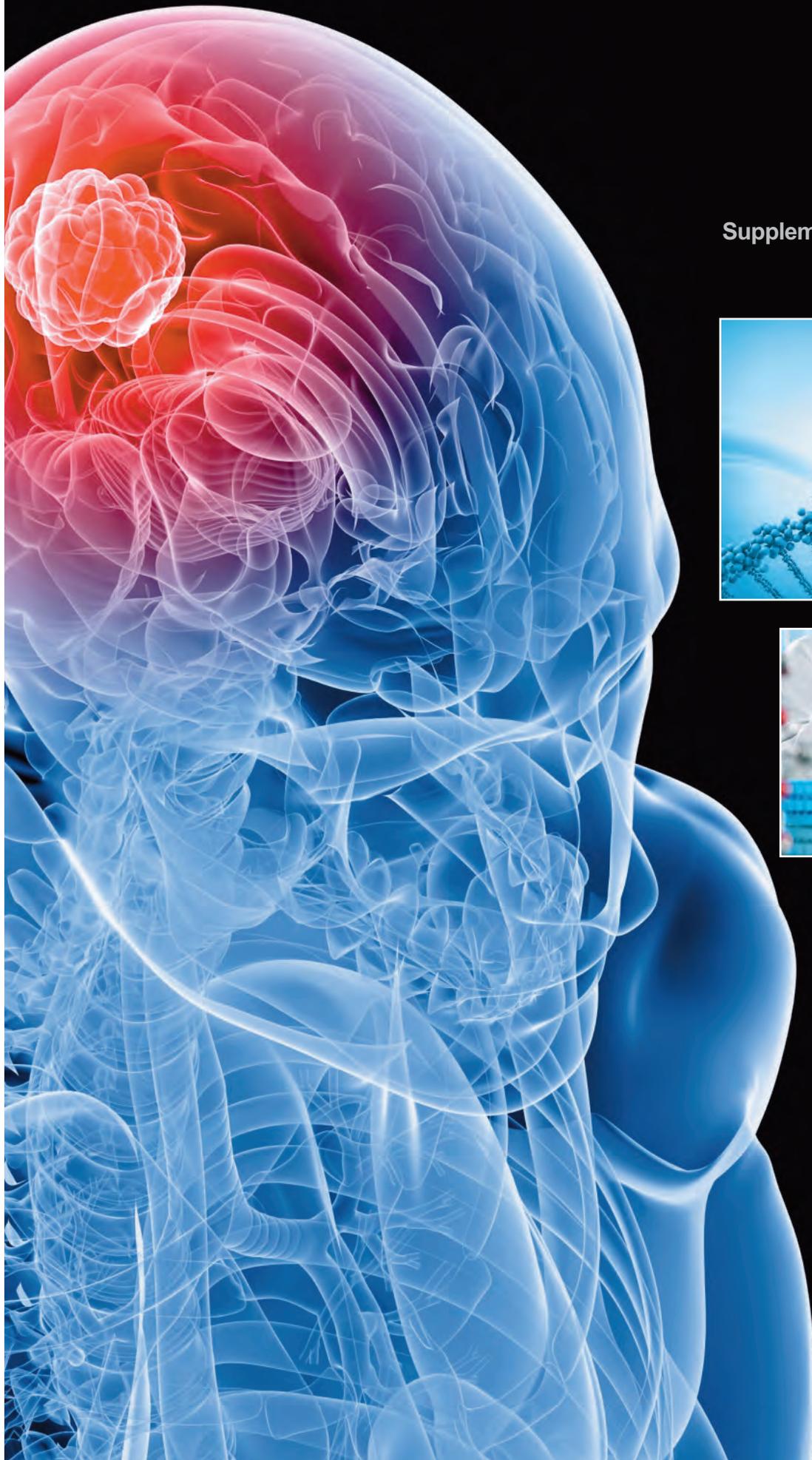
Fascicolo sanitario elettronico, Campania e Calabria a zero

Lo rivela il Governo attraverso il sito dedicato dell'Agenzia per l'Italia digitale dove è possibile visualizzare il livello raggiunto da ciascuna regione nell'attuazione del fascicolo sanitario elettronico

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente. Per attivare il proprio Fascicolo bisogna consultare le modalità adottate dalle singole regioni o province autonome. Il Fse assume un ruolo centrale nel governo del Ssn e della salute e del benessere dei cittadini. In particolare secondo le Regioni, "costituisce l'elemento unificante del patrimonio informativo sanitario di ciascun assistito, alimentato da ogni contatto tra lo stesso e il suo Ssr di assistenza e il Ssn, e "architrate informatica" abilitante per la realizzazione di servizi digitali ad elevato valore aggiunto per cittadini ed operatori sanitari sull'intero territorio nazionale". Il monitoraggio messo a punto dall'Agenzia per

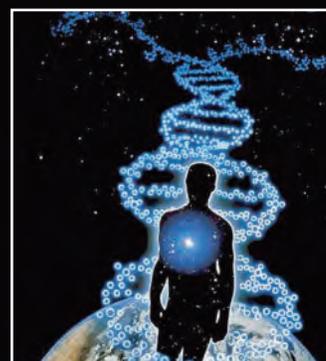
	Completato	Componenti attivati	Accesso cittadino	Accesso medico	Accesso azienda	Servizi interoperabili	Servizi referenti	Servizi interoperabili	Servizi interoperabili	Data di fine lavoro
Abruzzo	36%	36%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	30/12/2017
Basilicata	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	01/06/2018
Calabria	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	---
Campania	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	---
Emilia-Romagna	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	31/12/2016
Friuli Venezia Giulia	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	31/12/2017
Lazio	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	31/12/2016
Liguria	78%	78%	78%	78%	78%	78%	78%	78%	78%	31/03/2017
Lombardia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	31/12/2016
Marche	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	30/03/2017
Molise	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	87%	03/06/2017
Piemonte	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	31/12/2017
P.A. di Bolzano	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
P.A. di Trento	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	31/12/2017
Puglia	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	31/12/2016
Salvatore	66%	66%	66%	66%	66%	66%	66%	66%	66%	01/06/2018
Sardegna	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	31/12/2016
Toscana	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	31/12/2016
Trento	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60%	30/03/2017
Valle d'Aosta	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	06/06/2017
Umbria	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	31/12/2016

l'Italia digitale ci dice che allo stato la situazione è la seguente: il Fse è al 100% attivo in Emilia Romagna e Lombardia, seguite da Lazio (99%), Valle d'Aosta (95%) e Puglia (93%). Fanalini di coda ancora a zero sono Calabria e Campania. Per quanto riguarda l'utilizzo, sono in testa i medici di Valle d'Aosta (95%), Sardegna (52%), Emilia Romagna e Trento (50%), mentre in Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise, Toscana e Umbria non sono segnalati medici che l'utilizzano. Sul versante cittadini sono in testa Trento (60%), Lombardia (53,5%) e Sardegna (51%), mentre Abruzzo, Campania e Umbria sono a zero. Infine le aziende sanitarie: al 100% c'è Trento, seguito al 99,86% dalla Toscana e al 76,83% dalla Lombardia. Niente aziende segnalate in Abruzzo, Campania, Lazio e Umbria. <https://www.fascicolosanitario.gov.it>



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento
Ricerca infermieristica

Facilitatori e Barriere dell'aderenza al trattamento con CPAP nei pazienti affetti da Sindrome da Apnee Ostruttive del Sonno: revisione della letteratura.

ABSTRACT

Introduzione: Il trattamento efficace della sindrome da apnee ostruttive nel sonno (OSAS) con pressione continua positiva per via aerea (CPAP) può ridurre la morbilità e la mortalità, ma i tassi di aderenza sono bassi senza un chiaro consenso delle cause.

Obiettivo: Lo scopo della revisione della letteratura è stato quello di identificare i fattori cognitivi, barriere e facilitatori correlati all'aderenza terapeutica al trattamento con CPAP nei pazienti affetti da OSAS.

Risultati: Dagli studi selezionati emerge che i fattori che incidono maggiormente sull'aderenza sono: socio economici, terapie associate, patologia e servizi sanitari. Uno status socio economico svantaggiato, effetti collaterali legati all'interfaccia, la presenza di co-morbilità, scarse conoscenze del paziente e la limitata capacità di garantire percorsi educativi validi sono considerati le maggiori barriere per una scarsa adesione alle cure.

Conclusioni: Comprendere i fattori predittivi e quelli che ostacolano l'aderenza terapeutica nei pazienti con OSAS in trattamento con la CPAP, può aiutare i professionisti sanitari nella scelta di interventi assistenziali efficaci. Agire sui fattori che influenzano le scelte dei pazienti, come le conoscenze, le capacità, il locus of control ed i valori personali, migliora il livello di self-efficacy e ne sostiene l'aderenza al trattamento.

PAROLE CHIAVE: OSAS, CPAP, aderenza, barriere, self-efficacy

di Assunta Guillari, Angela Lupigno, Giampaolo Gargiulo, Silvio Simeone, Teresa Rea*, Gianluca Lubrano**, Maria Rosaria Esposito*** Massimo Niola****, Mario Mormile*****

INTRODUZIONE

La Sindrome da Apnee Ostruttive nel Sonno, OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome), è un disturbo respiratorio che si manifesta esclusivamente durante il sonno (AASM)¹. È caratterizzata da episodi di parziale o completa occlusione delle vie aeree superiori, con conseguente riduzione o cessazione del flusso di aria che raggiunge i polmoni, e persistenza di movimenti toraco-diaframmatici che determinano eventi respiratori vari e importanti². L'OSAS è associata alla riduzione della saturazione ossiemoglobinica, disturbi del sonno, russamento intenso e sonnolenza diurna, a cui possono seguire conseguenze cardiovascolari e neuro-comportamentali. Le conseguenze di un "cattivo sonno", determinano disturbi diurni che hanno importanti effetti negativi non solo sulla salute del paziente ma anche sulla qualità di vita in generale³. In particolare, la sonnolenza diurna, determina un maggior rischio di incidenti alla guida di veicoli a motore e infortuni sul lavoro e domestici e pertanto rappresenta un problema di salute pubblica⁴. Tale sindrome ha un impatto sanitario e sociale importante, poiché ha un'elevata frequenza nella popolazione mondiale⁵; si stima che interessi il 24% della popolazione di sesso maschile ed il 9% della popolazione di sesso femminile al di sopra dei 50 anni di età. L'OSAS è stata definita una malattia cronica dall'Organizzazione Mondiale⁶. In Italia si stima che i pazienti affetti da OSAS necessitanti di terapia siano circa un milione e seicentomila⁷. È dimostrato che la diagnosi ed il trattamento tempestivo dell'OSAS riducono i costi per le spese mediche del 33% per paziente e le giornate di ospedalizzazione da 1,27 giorni/paziente/anno a 0,54 giorni/paziente/anno⁸. Sulla base dei dati di prevalenza l'OSAS non trattata può causare un costo medico annuo fino a 3,4 miliardi di dollari⁹. La terapia con ventilazione a pressione positiva continua (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) durante il sonno, è indicata nella maggior parte dei casi ed è considerato l'approccio terapeutico preferenziale per le apnee ostruttive nel sonno. La CPAP permette di migliorare il disturbo apneico ostruttivo come dimostrato dalla diminuzione della sintomatologia diurna (minor sonnolenza, migliore performance cognitiva e capacità di concentrazione e di guida), dei parametri polisomnografici (Apnea Hyponea Index, desaturazione di ossigeno), ma anche delle patologie e complicazioni ad esso correlate¹⁰. La CPAP è una terapia che necessita di una accettazione da parte del paziente e di una buona aderenza al percorso terapeutico. Tale trattamento può causare una scarsa compliance del paziente, soprattutto se è a lungo termine, come nel caso dei pazienti con OSAS¹¹. Risulta fondamentale pertanto, al fine di migliorare l'aderenza del paziente alla CPAP, individuare i fattori cognitivi, barriere e facilitatori correlati all'adesione al trattamento.

Tabella 1 Quesito metodologico individuato tramite metodologia PICOS

OBIETTIVO

Lo scopo di questa revisione integrativa è stato quello di individuare, descrivere e sintetizzare gli studi precedenti che hanno indagato i fattori cognitivi e le barriere influenzanti l'adesione al trattamento con CPAP nei pazienti affetti da OSAS.

La revisione mira a rispondere a due quesiti: quali sono le barriere ed i facilitatori per migliorare l'aderenza dei pazienti al trattamento con CPAP?

Quali strategie possono favorire l'aderenza dei pazienti al trattamento con CPAP?

MATERIALI E METODI

Il processo di revisione è stato condotto seguendo le seguenti cinque fasi: identificazione del problema di ricerca, ricerche bibliografiche, la valutazione dei dati, l'analisi dei dati e la presentazione della sintesi dei risultati. Individuato il problema di ricerca, la seconda fase è stata la ricerca della letteratura. La ricerca è stata condotta utilizzando i database CINAHL, PubMed e Scopus. I termini MeSH di ricerca inclusi, come OSAS, aderenza al trattamento, CPAP, OSA, self-efficacy, patologia ostruttiva del sonno, terapia a pressione continua positiva, sono stati combinati tra di loro con l'utilizzo di operatori booleani. La formulazione dei termini/keywords della ricerca e la ricerca sui database elettronici sono state effettuate in collaborazione per garantire una maggiore validità e ridurre i bias nella conduzione delle ricerche. I limiti per la ricerca elettronica erano che gli articoli dovevano essere pubblicati in lingua inglese tra gennaio 2006 e dicembre 2016. Sono stati considerati gli studi che rispondono alle ipotesi di ricerca bibliografica. Sono stati inclusi studi primari, revisioni sistematiche e Linee Guida. Gli abstracts sono stati valutati in base ai criteri di inclusione e di esclusione sotto descritti al fine di determinare se proseguire o meno nella ricerca e recupero dei full text. Tutti i full text sono stati a loro volta valutati in base ai criteri generali e specifici di inclusione/esclusione sotto indicati per identificare quelli eleggibili per la revisione. La ricerca bibliografica è stata condotta dal giorno 3 maggio 2017 al giorno 31 luglio 2017. La ricerca degli articoli e la loro analisi è stata condotta in maniera indipendente da due ricercatori.

Limiti utilizzati

I limiti utilizzati sono stati riferiti alla popolazione umana, maschi e femmine, pubblicazioni in lingua inglese, abstract disponibile, Free full text disponibili, pubblicazioni degli ultimi 10 anni, articoli scientifici.

Criteri di esclusione

Pazienti di età pediatrica, neonatale.

Criteri di selezione

Articoli di letteratura scientifica nazionale e internazionale il cui titolo e contenuto contenevano almeno una delle keywords o un collegamento alle stesse. La selezione è stata effettuata dopo l'accurata lettura dell'abstract e dell'articolo integrale (**Figura 1**).

Figura 1. Tabella di ricerca

BANCA DATI	KEY WORDS	STRINGHE DI RICERCA	RISULTATI
PubMed	Continuous positive airway pressure AND obstructive sleep apnea AND Self efficacy	("continuous positive airway pressure"[MeSH Terms] OR ("continuous"[All Fields] AND "positive"[All Fields] AND "airway"[All Fields] AND "pressure"[All Fields]) OR "continuous positive airway pressure"[All Fields] AND ("obstructive sleep apnea"[All Fields] OR "sleep apnea, obstructive"[MeSH Terms] OR ("sleep"[All Fields] AND "apnea"[All Fields] AND "obstructive"[All Fields]) OR "obstructive sleep apnea"[All Fields] OR ("obstructive"[All Fields] AND "sleep"[All Fields] AND "apnea"[All Fields])) AND ("self efficacy"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "efficacy"[All Fields]) OR "self efficacy"[All Fields]) AND ("2007/09/14"[PDat] : "2017/09/10"[PDat] AND "adult"[MeSH Terms])	27
CINAHL Plus with Full Text		(MM "Continuous Positive Airway Pressure") AND (MM "Sleep Apnea, Obstructive") AND (MH "Self-Efficacy")	6
Scopus		(continuous AND positive AND airway AND pressure AND obstructive AND sleep AND apnea AND self AND efficacy) AND PUBYEAR > 2006	39
PubMed	CPAP AND OSA AND Adherence	CPAP[All Fields] AND OSA[All Fields] AND Adherence[All Fields] AND ("2007/09/14"[PDat] : "2017/09/10"[PDat] AND "adult"[MeSH Terms]) Sort by: Best Match	165
CINAHL Plus with Full Text		(MM "Sleep Apnea Syndromes") AND (MM "Continuous Positive Airway Pressure") AND (MM "Patient Compliance")	20
Scopus		(cpap AND osa AND adherence) AND PUBYEAR > 2006	295
PubMed	OSAS AND adherence to treatment AND CPAP	OSAS[All Fields] AND (adherence[All Fields] AND ("therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) AND CPAP[All Fields] AND ("2007/09/14"[PDat] : "2017/09/10"[PDat] AND "adult"[MeSH Terms])	29
CINAHL Plus with Full Text		(MM "Sleep Apnea, Obstructive") AND (MH "Patient Compliance") AND (MM "Continuous Positive Airway Pressure")	126
Scopus		(osa AND adherence AND to AND treatment AND cpap) AND PUBYEAR > 2006	63

I 770 articoli iniziali sono stati selezionati in cinque fasi, in base al titolo (n = 562), agli abstract (n = 96), ai full-text (n = 66), eliminazione dei duplicati (n = 30) e utilizzo inclusione e criteri di esclusione. Ciò ha portato alla selezione di 16 articoli (**Figura 2**).

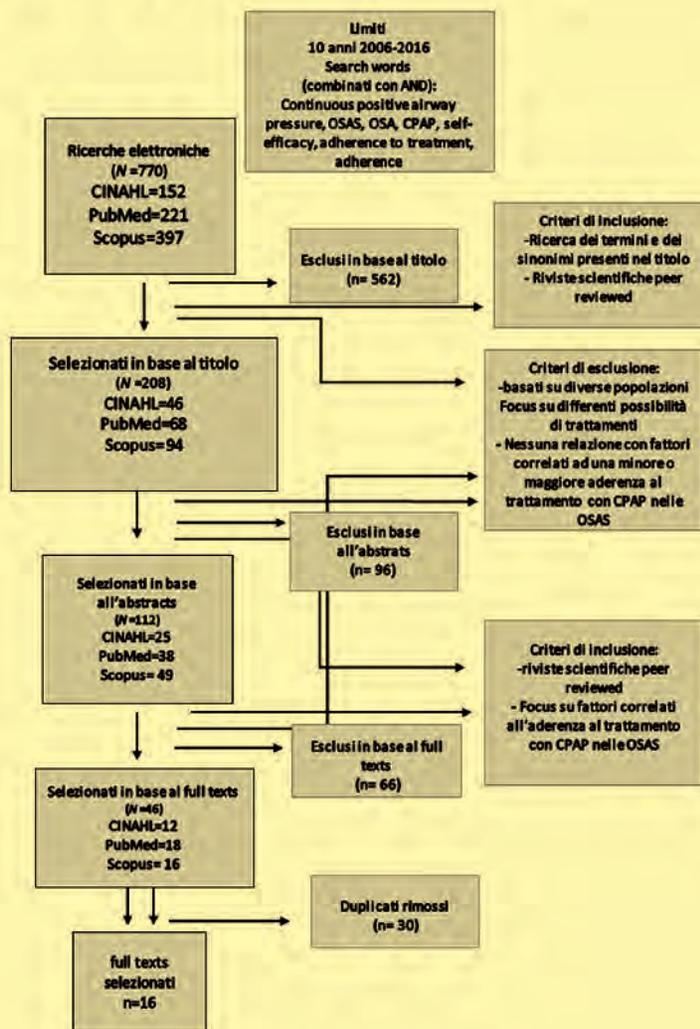
RISULTATI

L'aderenza del paziente rispetto l'utilizzo della CPAP risulta essere un problema clinico importante per favorire l'efficacia nel trattamento delle Apnee Ostruttive del Sonno. La valutazione precoce del rischio di fallimento nel trattamento con CPAP, connesso ad un scarso utilizzo, deve essere un imperativo strategico nella gestione della patologia al fine di promuovere l'aderenza e di scoraggiarne l'utilizzo scostante, causa frequente di fallimenti nel trattamento. Precedenti studi hanno identificato come fattori cognitivi, percezioni del rischio connesso alla patologia, aspettative rispetto agli outcome e la self-efficacy influenzino le decisioni dei pazienti rispetto all'utilizzo della CPAP. La compliance dei pazienti con OSAS in trattamento CPAP può dipendere da fattori definiti barriere, come ad esempio discomfort legati all'interfaccia, rumorosità del dispositivo, presenza di comorbidità, status socio-economico svantaggiato, ansia del paziente; e dipendere anche da fattori definiti facilitatori, come l'assunzione di una posizione confortevole durante il sonno,

continua da pagina 21

l'umidificazione del circuito dell'apparecchio, l'uso costante del dispositivo, il supporto del coniuge, una corretta educazione terapeutica e follow-up programmati dall'équipe sanitaria. Negli studi selezionati è stato osservato che le variabili che maggiormente influenzano la compliance sono quelle fisiologiche (Body Mass Index, Apnea Hypopnea Index, pressione della CPAP misurata in cm di H₂O) e psicologiche (grado di sonnolenza soggettiva, salute, tolleranza, influenze esterne, livello socio-culturale). Una maggior compliance è stata associata ad un evidente miglioramento dei parametri respiratori¹². Dagli studi, abrasioni o eruzioni cutanee, perdite di aria da scarsa tenuta dell'interfaccia, congiuntiviti da perdite d'aria, aerofagia, sinusiti e riniti, difficoltà all'espiazione, senso di costrizione toracica, secchezza di naso e fauci ed epistassi, emergono quali fattori barriera dell'aderenza. Dallo studio di Salepciet al¹³, condotto su 648 pazienti con OSAS diagnosticata attraverso Polisomnografia, è emerso che i fattori che maggiormente ostacolano l'aderenza alla terapia sono la difficoltà ad addormentarsi, i disturbi sonno-correlati, i costi della macchina, discomfort derivanti dall'interfaccia di utilizzo come abrasioni cutanee e ulcerazioni, bocca secca; inoltre ansia, cefalea ed il rumore legato alla macchina completano i risultati di tale studio definibili come fattori barriera. Questi problemi possono essere risolti con provvedimenti quali la scelta di un diverso tipo di maschera, l'umidificazione dell'aria tramite specifici device, l'impiego di prodotti a uso topico per i disturbi cutanei o di spray oro-nasali per la secchezza delle mucose. Inversamente gli studi condotti da Kreivi prima nel 2010¹⁴, poi nel 2016¹⁵, e lo studio Lojande del 1999¹⁶ enfatizzano come la CPAP non determini un peggioramento dei sintomi presenti all'atto dell'inizio della terapia. Lo studio Kreivi et al. su 536 soggetti con OSAS in trattamento con CPAP, evidenzia che la gravità dei sintomi legati alle vie aeree superiori presenti all'inizio del trattamento non mostrano correlazione con l'adesione alla CPAP dopo un follow-up a 1 anno. Risultati simili si confermano in un successivo studio di Kreivi et al. condotto su 385 pazienti. I limiti dello studio riguardano una mancata differenziazione dei sintomi in base al tipo di maschera utilizzata dai pazienti. A supporto di tali risultati si aggiunge lo studio retrospettivo di Lojande et al, condotto su 194 pazienti. Gli autori dichiarano che i disturbi nasofaringei non aumentano durante il trattamento con CPAP. Altre barriere all'aderenza terapeutica sono state rilevate dallo studio Shapiro et al¹⁷, condotto su 1217 pazienti di sesso maschile. Tale studio dimostra che la correlazione tra ansia e OSAS è molto comune e ciò si ripercuote sulle attività di vita quotidiana e sulla qualità di vita dei pazienti. I limiti dello studio sono

Figura 2. Diagramma di flusso della ricerca della letteratura e selezione



riconducibili al tipo di disegno utilizzato. I risultati dello studio di Sampaio et al.¹⁸, su 111 pazienti all'University Hospital in Portogallo, indicano come le donne presentino una più alta percezione della malattia con maggiore stress psicologico legata all'OSAS. Elementi considerati predittivi di aderenza terapeutica sono lo stato civile e lo stato occupazionale¹⁹, l'umidificazione dell'aria²⁰, la posizione assunta di notte²¹. Invero lo studio prospettivo di coorte multicentrico di Gagnadoux¹⁹ effettuato su 1141 pazienti con OSAS seguiti da 7 centri dell'est della Francia afferma che lo stato civile e lo stato occupazionale sono fattori indipendenti di aderenza terapeutica al trattamento CPAP in pazienti con OSAS. Lo studio dimostra che l'aderenza al trattamento è maggiore nei pazienti coniugati. Il supporto del partner può essere determinante per l'accettazione della malattia e del dispositivo. La CPAP sembra avere in

Supplemento Ricerca infermieristica

tali pazienti anche un ruolo nel migliorare la vita coniugale. Margel et al²², in uno studio su 60 pazienti di sesso maschile con OSAS, dimostra che il trattamento con CPAP determina un effetto positivo sulla funzione erettile. A dimostrazione dell'importanza del corretto utilizzo dell'apparecchio CPAP lo studio di Chuleekorn et al²⁰ condotto su 104 pazienti presso la clinica del sonno King Chulalongkorn Memorial Hospital in Bangkok, dimostra che l'adesione alla terapia e la qualità di vita sembrano migliorare con l'umidificazione riscaldata della CPAP. Lo studio di Avlonitou²³, pubblicato nel 2011, sottolinea che la terapia con CPAP nei pazienti con OSAS determina un miglioramento della qualità di vita e della sonnolenza diurna. Il ruolo del partner o della partner del soggetto con OSAS è spesso fondamentale per facilitare non solo la diagnosi, ma anche il trattamento del disturbo respiratorio. Supporti educazionali, tecnologici e psicologici possono apportare un miglioramento del grado di accettazione della terapia e della compliance. Lo studio Basoglu²⁴, lo studio Galetke²⁵ e lo studio Falcone²⁶, infatti, hanno dimostrato che l'adesione al trattamento CPAP potrebbe essere migliorata attraverso interventi di educazione terapeutica. Dallo studio di Basoglu et al, condotto su 113 pazienti con diagnosi di OSAS, si evince l'importanza di un corretto intervento di educazione terapeutica. Tale studio difatti afferma che l'adesione al trattamento CPAP potrebbe essere migliorata attraverso l'educazione visiva. A supporto di tali risultati vi è anche lo studio Galetke et al., nel quale gli autori hanno dimostrato che un valido percorso educativo e un follow-up periodico sono possibili strategie di miglioramento di adesione alle cure. Stessi risultati sono stati raggiunti dallo studio prospettico randomizzato di Falcone et al. Tale studio effettuato in Italia presso il reparto di pneumologia del Policlinico di Bari su 206 pazienti con OSAS, dimostra che la visualizzazione dei grafici polisonnografici da parte dei pazienti con apnea ostruttiva può aumentare l'adesione alla CPAP.

DISCUSSIONE

Lo scopo della revisione è stato quello di individuare i fattori predittivi e le barriere dell'aderenza terapeutica nei pazienti con OSAS in trattamento CPAP. La compliance dei pazienti con OSAS in trattamento CPAP può essere scarsa a causa di vari problemi. Dalla revisione è emerso che i fattori che incidono sull'aderenza terapeutica dei pazienti con sindrome da apnee ostruttive nel sonno in trattamento CPAP si articolano su 5 dimensioni: fattori legati al paziente, terapia, patologia, servizi sanitari e fattori socio-economici. Uno status socio economico svantaggiato¹⁹, effetti collaterali legati all'interfaccia, la presenza di comorbidità¹⁵, scarse conoscenze del paziente¹⁸ e la limitata capacità dell'équipe sanitaria di garantire percorsi educativi validi sono considerati le maggiori barriere per una scarsa adesione alle cure. Il comfort della persona in trattamento CPAP può essere pesantemente influenzato da fattori quali il fissaggio della maschera, l'umidificazione e il rumore del dispositivo²⁵. Il problema più difficile da risolvere è quello dell'accettazione del dispositivo da parte del paziente. L'idea di dover essere dipendenti da un apparecchio in modo cronico non è irrilevante per almeno due motivi. Il primo è che alcuni pazienti percepiscono tale situazione come segno di disabilità e questo, unito al fatto che spesso la per-

cezione della gravità della malattia da parte del paziente è sottostimata, può portare a un rifiuto del trattamento¹⁸. Il secondo motivo è che affinché la terapia con CPAP sia efficace, i pazienti devono partecipare attivamente al trattamento e impegnarsi a usare il dispositivo ogni notte, oltre che a essere attenti e disponibili a segnalare e correggere eventuali problemi²⁷. Per quanto riguarda il comportamento dei professionisti sanitari, il modo in cui essi comunicano con le persone assistite è un determinante chiave dell'aderenza ai trattamenti e impatta sui risultati clinici. E' stato dimostrato che esiste una relazione positiva tra l'aderenza ai trattamenti da parte dei pazienti e lo stile comunicativo degli operatori sanitari in particolare: i pazienti dovrebbero sentirsi attivi nei processi terapeutici e coinvolti nell'assistenza; i professionisti sanitari dovrebbero trasmettere empatia e dovrebbero condividere con i pazienti le informazioni e fornire loro un adeguato supporto emotivo²⁸.

Certamente la motivazione, che porta il paziente ad aderire ai trattamenti prescritti, è influenzata dal valore che egli conferisce al fatto di seguire correttamente le cure prescritte, soprattutto in fatto di costi/benefici, e a quanto si sente effettivamente in grado di farlo. L'educazione del paziente risulta essere una componente essenziale nella capacità del paziente stesso di formulare le proprie percezioni rispetto la patologia ed il trattamento. Come suggerito da Bandura²⁹, la conoscenza dei rischi e benefici sulla salute risulta essenziale al fine di stabilire i parametri di miglioramento. Ma le sole nozioni non sono sufficienti a motivare il paziente a cambiare o introdurre nuove abitudini o ad intraprendere un percorso terapeutico con la CPAP per il trattamento dell'OSAS; motivo per il quale risulta fondamentale l'implementazione nella pratica clinica di strumenti che siano in grado di valutare i rischi della non-aderenza, oltre che un'educazione specifica, per i pazienti che necessitano di essere sottoposti a CPAP. Altro determinante è dato dalla soddisfazione percepita dai pazienti. I pazienti possono sentirsi frustrati se nessuno si preoccupa di chiedere il loro parere, questo può comportare una scarsa aderenza al trattamento³⁰. L'identificazione precoce, tramite l'impiego di strumenti di valutazione oggettiva e soggettiva, di dei fattori predittivi l'aderenza alla CPAP risulta essere fondamentale al fine di limitare le conseguenze negative correlate ad un quadro patologico non trattato. È fondamentale, pertanto, richiamare l'attenzione sull'aderenza alla terapia mediante un rinnovamento delle prestazioni, che tengano conto anche di un'efficiente educazione terapeutica. Soltanto il raggiungimento di un'alleanza terapeutica tra gli operatori sanitari e una maggiore consapevolezza del paziente potrà portare l'assistenza sanitaria ad ottenere una maggiore aderenza alla CPAP nei pazienti con OSAS.

* A. O. Universitaria "Federico II" Napoli

** Infermiere libero professionista

*** Infermiere Istituto Nazionale Tumori "G. Pascale" Napoli

**** Prof. Medicina Legale

***** Ricercatore di malattie dell'apparato respiratorio

Università degli Studi "Federico II" di Napoli

L'articolo integrale è disponibile online al seguente link
<http://www.ipasvinapoli.org/portal/cpap-da-osas-revisione-della-letteratura/>

BIBLIOGRAFIA

1. Epstein L.J. Chair M.D. Kristo D. Strollo P.J. Friedman N. Malhotra A. et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults; *Journal of clinical sleep medicine*; 2009.
2. Park J.G., Ramar K., Olson E.J. Updates on definition, consequences, and management of obstructive sleep apnea. *Mayo Clin Proc.* 2011 Jun;86(6):549-54.
3. Samani F. Dossier disturbi del sonno-progetto ASCO. Rivista della Società Italiana di Medicina Generale; 2009.
4. Insalaco G. Sanna A. Fanfulla F. Patruno V. Braghiroli A. Marrone O. Documento dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO); 2010.
5. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach; World health organization; 2007.
6. Linee guida nazionali per la prevenzione ed il trattamento odontoiatrico della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno; Ministero della Salute; 2014.
7. Donner C.F. Giornata mondiale del sonno/ Apnee: 1,6 mln di persone avrebbero bisogno di terapia; Sole 24 ore, 2017. In URL<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2017-03-17/giornata-mondiale-sonno-apnee-16-mln-persone-avrebbero-bisogno-terapia-123042.php?uuid=AEbipOo&refresh_ce=1> Consultato il 18/04/2017..
8. Bahammam A et al. Health care utilization in males with obstructive sleep apnea syndrome two years after diagnosis and treatment; *Sleep* 1999;22; 740-747.
9. Kapur V. et al. The medical cost of undiagnosed sleep apnea. *Sleep* 1999; 22;749-755.
10. Kato J Isono S Takana A Watanabi T Araki D et al. Dose-dependent effects of mandibular advancement on pharyngeal mechanism and nocturnal oxygenation in patient with sleep-disordered breathing. *Chest* 2000;117:1065-72.
11. Dal Farra F. Capano P. La sindrome da apnee ostruttive nel sonno; Nuovi orizzonti: il sonno e le patologie; 2007.
12. Basoglu O.K. Midilli M. Midilli R. Bilgen C. Adherence to continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea syndrome: effect of visual education; *Sleep Breath*; 2011.
13. Salepci B. Caglayan B. Kiral N. Torun E. Comert S.S. Sarac G. et al. Cpap Adherence of Patients With Obstructive Sleep Apnea; *Respiratoru Care*; 2013.
14. Kreivi H.R. Virkkula P. Lehto J. Brander P. Frequency of Upper Airway Symptoms before and during Continuous Positive Airway Pressure Treatment in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome; *Respiration*; 2010.
15. Kreivi H.R. Maasilta P. Bachour A. Persistence of Upper-Airway Symptoms During Cpap Compromises Adherence at 1 Year; *Respiratory Care*; 2016.
16. Lojander J. Brander P.E. Ammala K. Nasopharyngeal symptoms and nasal continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnoea syndrome; *Acta Otolaryngol*; 1999.
17. Shapiro A.L. Culp S. Chertok I.A Osa Symptoms Associated With and Predictive of Anxiety in Middle-Aged Men: Secondary Analysis of NHANES Data; *Archives of Psychiatric Nursing*; 2014.
18. Sampaio R. M. Pereira M.G. Winckb J.C. Psychological morbidity, illness representations, and quality of life in female and male patients with obstructive sleep apnea syndrome; *Psychology, Health & Medicine*; 2012.
19. Gagnadoux F. Le Vaillant M. Goupil F. Pigeanne T. Chollet S. Masson P. et al. Influence of Marital Status and Employment Status on Long-Term Adherence with Continuous Positive Airway Pressure in Sleep Apnea Patients; *Plos One*; 2010.
20. Chuleekorn S. Dittapol M. Sirimon R. Naricha C. Effect of Heated Humidification on Cpap Therapy Adherence in Subjects With Obstructive Sleep Apnea With Nasopharyngeal Symptoms; *Respiratory Care*; 2016.
21. Moniri A.B. Nilsson M. Rasmusson L. Attia J. Ejnell H. The effect of the prone sleeping position on obstructive sleep apnoea; *Acta Oto-Laryngologica-Infirma Health Care*; 2015.
22. Margel D. Tal R. Livne P.M. Pillar G. Predictors of erectile function improvement in obstructive sleep apnea patients with long-term CPAP treatment; *International Journal of Impotence Research*; 2005.
23. Avlonitou E. Kapsimalis F. Varouchakis G. Vardavas C.I. Behrakis P. Adherence to CPAP therapy improves quality of life and reduces symptoms among obstructive sleep apnea syndrome patients; *Sleep Breath*; 2011.
24. Basoglu O.K. Midilli M. Midilli R. Bilgen C. Adherence to continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea syndrome: effect of visual education; *Sleep Breath*; 2011.
25. Galetke W. Puzzo L. Priegnitz C. Anduleit N. Randerath W. Long-Term Therapy with Continuous Positive Airway Pressure in Obstructive Sleep Apnea: Adherence, Side Effects and Predictors of Withdrawal .A 'Real-Life' Study; *Respiration*; 2001.
26. Falcone V. Damiani M.F. Quaranta V.N. Capozzolo A. Resta O. Polysomnograph Chart View by Patients: A New Educational Strategy to Improve Cpap Adherence in Sleep Apnea Therapy; *Respiratory Care*; 2014.
27. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization, 2003.
28. Vervloet D. Dalla compliance del paziente all'aderenza terapeutica. *Expressions*, 2006; 24: 4-6.
29. Bandura A. Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist* 1993;28(2):117-48.
30. Bartolini F. Caputi A.P. Cianfarani S. Corti F. Loche S. Messina R. et al. Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica nel territorio italiano, 2013.
31. Yetkin O, Kunter E, Gunen H. CPAP compliance in patients with obstructive; *Sleep Breath*, 2008 Nov;12(4):365-7.

Studio fenomenologico sul vissuto esperienziale dei genitori di bambini ricoverati in una Terapia Intensiva di cardiocirurgia: comprendere per aiutare

ABSTRACT

Introduzione: i difetti cardiaci sono molto comuni nell'età pediatrica; spesso i genitori scoprono, dopo la nascita, queste patologie ed apprendono che l'intervento di cardiocirurgia è l'unica soluzione. Il ricovero del proprio bambino in una Terapia Intensiva comporta elevati livelli di stress, ansia, depressione. Gli infermieri assumono un ruolo attivo nell'assistenza del piccolo degente ma anche nella presa in carico dell'intero nucleo familiare.

Obiettivo: scopo dello studio è stato descrivere l'esperienza dei genitori dei bambini ricoverati in una unità di Terapia Intensiva cardiocirurgica.

Metodo: disegno ermeneutico fenomenologico secondo Cohen.

Risultati: dall'analisi di 16 interviste sono emersi 3 temi principali: la paura per la possibile perdita del proprio bambino; le sensazioni di aver perso il ruolo di genitore e la bisogno di ricevere maggiori informazioni per poter essere parte attiva nel processo di cure.

Conclusioni: Il ricovero di un bambino in una Terapia Intensiva e, nello specifico, di cardiocirurgia, impone al personale assistenziale la presa in carico dell'intero nucleo familiare.

Gli Infermieri sono i primi professionisti dai quali i genitori si attendono tale coinvolgimento. Questo studio offre uno sguardo sull'esperienza vissuta dai genitori che hanno il proprio figlio ricoverato in una Terapia Intensiva di cardiocirurgia; inoltre può rappresentare lo spunto per ulteriori ricerche finalizzate alla olistica armonizzazione tra la diade (famiglia e bambino) spesso ingiustamente scisse durante il ricovero in Terapia Intensiva.

PAROLE CHIAVE: CHD, family, heart defects, infants, experience, cardiac surgery

Silvio Simeone, Assunta Guillari, Marco Perrone,
Grazia Dell'Angelo Teresa Rea, Gianpaolo Gargiulo*
Gianluca Pucciarelli **, Giuseppe Comentale ***, Gaetano Palma****

INTRODUZIONE

I difetti cardiaci congeniti (congenital heart defect or disease-CHD) sono piuttosto comuni nella popolazione pediatrica. Nonostante i progressi della diagnostica neonatale però molti genitori apprendono la patologia del loro figlio dopo la nascita e, con essa, la consapevolezza che spesso l'intervento cardiocirurgico sia l'unico trattamento possibile. Successivamente all'intervento il percorso del piccolo paziente solitamente prevede la degenza in Terapia Intensiva di Cardiocirurgia (TI cardiocirurgica), seguito dalla degenza in un reparto specialistico e poi la dimissione. Il ricovero di un proprio caro in una TI evoca sentimenti di incertezza all'interno del nucleo familiare^{2,5}. Quando il ricoverato è un bambino, è di vitale importanza assistere anche la famiglia del piccolo degente⁶; questo è forse uno dei compiti più gravosi del personale infermieristico operante nelle TI⁷. Dalla letteratura internazionale emerge che quando il ricoverato è un bambino, il proprio figlio, i genitori sperimentano sentimenti di stress, ansia, depressione, separazione, disperazione, perdita di controllo^{8,9}. Il continuo miglioramento delle cure erogate in cardiocirurgia, con il conseguente aumento dei tassi di sopravvivenza dei piccoli pazienti, sta portando sempre più interesse verso i risvolti psicologici dei genitori di bambini sottoposti ad interventi di cardiocirurgia; sia da un punto di vista di ricerca quantitativa^{10,11} sia per ciò che concerne la ricerca qualitativa^{1,12,13}.

I comuni servizi ospedalieri resi ai genitori dei piccoli degenti, quali ad esempio fornire un pasto, un servizio di lavanderia, un posto letto sono molto apprezzati dai genitori, ma non sembrano essere essenziali nell'esperienza vissuta⁹.

Da un punto di vista qualitativo, varie fasi, dalla diagnosi alla dimissione, ed oltre, sono state indagate¹⁴⁻¹⁶, ma il vissuto esperienziale all'interno della specifica TI di cardiocirurgia sembra aver raccolto poca attenzione sino ad oggi.

Scopo

Lo scopo di questo studio è descrivere l'esperienza dei genitori durante il ricovero del loro figlio in TI di cardiocirurgia, al fine di individuare le aree di intervento per migliorare l'assistenza olistica erogata.

continua da pagina 25

MATERIALI E METODI

Per questo studio è stata utilizzata una metodologia fenomenologica¹⁷. Questo metodo combina caratteristiche descrittive (husserliana) e la fenomenologia interpretativa (gadameriana). È stato utilizzato un campionamento di tipo propositivo.

I criteri di inclusione sono stati: essere maggiorenni per la legge italiana; essere i genitori di un bambino ricoverato nei precedenti 12 mesi nell'U.O. Terapia Intensiva Post Operatoria di Cardiocirurgia; sopravvivenza attuale del bambino; parlare la lingua italiana. Il "bracketing" da parte di tutti i ricercatori è stato il primo passo. In accordo con il metodo fenomeno-

logico di Cohen¹⁷, questa tecnica di "riflessione critica" consiste nel mettere "tra parentesi" le proprie idee sul fenomeno in studio, i propri preconcetti. In questo modo

si riduce la possibilità di influenzare la corretta estrapolazione dei temi. Dopo aver firmato il consenso informato i soggetti sono stati intervistati con una domanda aperta; questo per dare ai partecipanti piena libertà di espressione¹⁸.

Al soggetto partecipante allo studio è stato chiesto di descrivere la propria esperienza quando il proprio figlio/a era ricoverato/a in TI di cardiocirurgia.

L'intervistatore ha avuto un atteggiamento di accoglienza¹⁹⁻²¹ durante l'intervista al fine di agevolare la raccolta delle interviste. Sul diario del ricercatore l'intervistatore annotava delle fieldnotes riguardanti l'ambiente, l'impostazione del colloquio, il linguaggio del corpo ed eventualmente le proprie riflessioni. Ogni intervista è stata audioregistrata. Tutte le interviste hanno avuto una durata che va dai 20 ai 60 minuti. Al fine di consentire al ricercatore di prendere confidenza con il metodo, l'intervista è stata testata su due partecipanti non inclusi nello studio. Successiva fase è la trascrizione fedele di ogni singola intervista raccolta. Poi i ricercatori si sono "immersi nei dati", rileggendo accuratamente le interviste e le filenotes.

Si è ottenuta la saturazione dei dati, ovvero la ridondanza dei temi¹⁸, all'archiviazione della undicesima intervista. È seguita l'extrapolazione dei temi; i singoli ricercatori si sono confrontati sui vari temi estra-

Tabella. 1 (caratteristiche socio demografiche del campione)

	COD	SESSO	ETA'	TITLE STUDY	STATO CIVILE	GG DEGENZA figlio IN TI
1	AA 01	F	39	SUPERIORE	CGT/CONVIVENTE	4
1	AB 02	M	38	LAUREA	CGT/CONVIVENTE	4
2	AC 03	F	35	SUPERIORE	CGT/CONVIVENTE	7
2	AD 04	M	36	PROFESSIONALE	CGT/CONVIVENTE	7
3	AE 05	F	33	MEDIA	CGT/CONVIVENTE	2
3	AF 06	M	35	MEDIA	CGT/CONVIVENTE	2
4	AG 07	F	29	MEDIA	CGT/CONVIVENTE	4
4	AH 08	M	28	MEDIA	CGT/CONVIVENTE	4
5	AI 09	F	31	PROFESSIONALE	CGT/CONVIVENTE	5
5	AL 10	M	33	SUPERIORE	CGT/CONVIVENTE	5
6	AM11	F	35	SUPERIORE	SINGLE	2
7	AN12	F	42	LAUREA	CGT/CONVIVENTE	9
7	AO13	M	42	LAUREA	CGT/CONVIVENTE	9
8	AP14	F	35	PROFESSIONALE	CGT/CONVIVENTE	11
8	AQ15	M	37	SUPERIORE	CGT/CONVIVENTE	11
9	AR16	F	29	SUPERIORE	SINGLE	3

PAURA PER LA POSSIBILE PERDITA DEL FIGLIO

Tutti i genitori intervistati hanno ricordato la paura che provavano in quei giorni; paura di perdere il proprio bambino. Questo sentimento sembrava essere presente anche prima della degenza in Terapia Intensiva, ma solo allora è divenuto dominante. AC03 ci dice: "...all'atto del ricovero la paura per la morte del mio bambino sfiorava a malapena i miei pensieri, poi, dopo l'ingresso in sala operatoria, è stato un sentimento che iniziava ad espandersi dentro di me. Ricordo bene che, dal termine dell'intervento, da quella prima visita nella Terapia Intensiva [Terapia Intensiva Post Operatoria di Cardiocirurgia] quel sentimento mi dominava dentro. La paura della morte di mio figlio è stata costante sino a quando non ho visto spariti i tubi, tutti quei fili che lo circondavano...". AI09 aggiunge: "quando era in terapia intensiva iniziò a crescere la paura di perderlo, non so perché proprio lì...in fondo anche all'atto della diagnosi la paura della morte di mio figlio era presente, ma lì...forse le interminabili attese per l'ingresso, la realizzazione di ciò che realmente era accaduto, non so spiegare bene il perché ma quei giorni sono stati dominati dalla paura della morte.." [al solo parlare le tornano gli occhi lucidi]. AR16: "sapevo che l'intervento sarebbe stato di breve durata, mi era stato presentato come semplice, ma, non so, sapere mia figlia solo in una camera, pieno di fili, impossibilitato a farsi capire...ho avuto paura per la sua vita...l'idea della sua morte mi ha tormentato maggiormente in quei giorni. Insomma quando si parla del cuore nulla è semplice".

PERDITA DELLA FUNZIONE GENITORIALE

Altro grosso tema comune è stato quello da noi nominato “perdita della funzione genitoriale”. Durante la degenza in Terapia Intensiva i genitori si sentivano impotenti, non potevano aiutare i loro figli; si sentivano derubati del loro ruolo. AQ15: “vedevo mio figlio lì, in quel letto, immobile, pieno di fili, mi guardava per cercare aiuto, ed io [il nostro partecipante ha gli occhi lucidi, si ferma per tentare di trattenere l’emozione, prende fiato e poi, dopo alcuni secondi, continua con l’intervista]..mi sentivo impotente, non sapevo come aiutarlo...che genitore è quello che non può aiutare il figlio?..”. AG07 esplica tale concetto: “il ruolo di una mamma e di un papà è quello di crescere, proteggere e formare un bambino...beh, quando il mio era ricoverato in terapia intensiva, avevo la sensazione di non poter essere una mamma...”. Ancora continua dicendoci: “il fatto di non poter essere sempre accanto a lui, di non capire cosa stesse succedendo, di non sapere cosa e come fare... beh, non ci si sente genitori, ci si sente finiti in quei momenti...”. AA01 nella sua intervista ci esplica ancor di più tale sentimento: “i primi giorni in terapia intensiva mi sono sentita strana, non mi sentivo una buona madre... cercavo di convincermi che, purtroppo era inevitabile quel passaggio ma, ancora oggi, pensandoci, chiedo scusa a mia figlia per quei giorni... insomma quando scopri che lei ha una patologia ti senti in colpa per ciò che le hai dato, poi, all’atto del ricovero tale colpa aumenta. Ma quando era in terapia intensiva mi sembrava di non essere una mamma, insomma, non potevo proteggerla, aiutarla”.

VOGLIA DI INFORMAZIONI E DI ESSERE ATTIVI NEL PROCESSO DI CURA

I genitori volevano aiutare i loro figli, ma non sapevano come e cosa fare. In molti hanno creduto che il ricevere maggiori informazioni, non solo tecniche, potesse favorirli ad aiutare il loro bambino. Durante la sua intervista AC04 ci dice: “...volevo notizie, più notizie. Avevamo il bisogno di essere parte integrante delle cure che davano a nostro figlio. Insomma, parlo di notizie relative alla semplice assistenza...non volevo sapere come gestire la macchina di ventilazione, o i fili delle vene...volevo capire a cosa servisse, ma volevo soprattutto poter fare qualcosa per essere utile a mio figlio. Ad esempio quando aveva tolto i tubi dal torace [drenaggi] gli stavo quasi per dare una cioccolata, ma poi sono stato bruscamente fermato...successivamente mi hanno spiegato il perché fosse prematuro dare quella cioccolata ma dico io, perché non dirmelo prima? Perché non spiegarmi cosa ha fatto, cosa posso o non posso fare in quel momento?”...continua dicendo: “per i figli i genitori sono eroi e illuderli li ferisce...allora se mi si dice guarda da ora in poi puoi bere, tra tre ore, ecc. ecc., insomma, puoi mangiare, uno si regola di conseguenza”. AN12 nel corso della sua intervista enfatizza tale aspetto: “ricordo che le informazioni che ricevevo erano abbastanza dettagliate, ma molto mediche...ero io che insistentemente chiedevo agli infermieri cosa facesse la mia principessa quando io non ero lì, come reagisse alla mia assenza, come reagiva alle cure, se aveva dolore, se aveva appetito, se potevo darle questo, fargli fare quest’altra cosa...insomma ricordo la fame di notizie specifiche che avevo, la voglia di poter partecipare alle cure, di essere parte attiva”. Anche AH08 rende chiara tale essenza: “...volevo poter curare mio figlio, prendermi cura di lui. Per fare il papà in quella situazione però ci volevano notizie precise su cosa fare, come e quando farlo. Già il fatto di non poter vedere tuo figlio ogni volta che vuoi ti distrugge, poi quando lo vedi e sei immobile ti senti come uno estraneo...ma quello è tuo figlio. Se mi dicevano guarda, ora lo puoi dare a mangiare perché, che ne so, la pancia funziona benissimo e proprio prima che entravi tu voleva mangiare...ecco, lui vedeva che tu facevi il genitore, lo aiutavi. E tu ti sentivi tra virgolette importante, sapevi che, a modo tuo, lo curi anche tu, che fai quello che un qualunque papà deve fare.. invece spesso queste notizie dovevi cercartele tu, dovevi farti dire cosa poter fare e perché...”.

polati. Non ci sono state discordanze in questa fase. Chiedendo conferma ai partecipanti dei temi estratti si è garantita la validità finale dei risultati. Questo approccio è stato utilizzato con successo anche in studi precedenti¹⁹⁻²¹. È stato richiesto il consenso alla partecipazione allo studio a tutti i partecipanti ed è stato garantito il rispetto del trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003.

RISULTATI

Il campione (tabella 1) risulta composto da sedici soggetti, nove di sesso femminile e sette di sesso maschile. L’età media è di 34,8 anni, con un livello di educazione medio. Tutti i soggetti sono genitori di un bambino ricoverato nei precedenti 12 mesi in TI cardiocirurgia; sono tutti sposati o conviventi tra loro eccetto due. In media i piccoli de-

continua da pagina 27

genti sono stati ricoverati all'interno della TI di cardiocirurgia circa 5,2 giorni (DS 2,97), successivamente sono stati trasferiti nel reparto di degenza dell'U.O.C. di Cardiocirurgia per poi, in seguito, fare ritorno alla propria casa. Dall'analisi delle interviste sono emersi 3 temi principali: **1)** la paura per la possibile perdita del proprio bambino; **2)** la sensazione di aver perso il ruolo di genitore e **3)** la voglia di ricevere maggiori informazione per poter essere parte attiva nel processo di cure.

DISCUSSIONI

Scopo del nostro studio è stato quello di descrivere l'esperienza vissuta dai genitori di bambini cardiopatici, sottoposti ad intervento chirurgico, durante la degenza del bambino in TI. La prima essenza che è emersa con forza è stata quella della "paura per la possibile perdita del proprio bambino". Tema comune in tutte le interviste, i genitori ricordano bene questa sensazione, presente con maggiore forza e costanza, a loro dire, dall'immediato periodo post operatorio. Questo sentimento è ben descritto in letteratura dove spesso si fonde col senso di colpa per la patologia del bambino^{13,22}. I partecipanti al nostro studio sembrano invece essere riusciti a scindere questi due sentimenti; in loro è forte e chiaro il ricordo dell'attimo in cui tale sentimento si rafforza in loro. Hanno tutti indicato come l'intervento e l'immediato passaggio nella TI sia il fattore scatenante.

Probabilmente, come descritto più avanti, il fatto di non essere presenti col bambino rende maggiormente fragili i genitori. Inoltre è comune associare la degenza in una TI con uno stato di salute gravissimo. Crediamo che anche tale fattore culturale influisca su tale sentimento di paura della morte. Altro tema emerso è "la sensazione di aver perso il ruolo di genitore".

Il fatto di non poter essere costantemente accanto al proprio bambino [nella terapia intensiva cardiocirurgica dove i bambini dei partecipanti sono stati ricoverati vi era un rigido orario di visita, consistente in 30-60 minuti giornalieri, con ingresso fisso alla stessa ora] sembra aver generato questa spersonalizzazione del ruolo genitoriale. Inoltre, le apparecchiature presenti in tali unità di cura non favoriscono certo il contatto umano. I

genitori dei bambini sottoposti ad intervento cardiocirurgico sembrano ricordare bene la paura della degenza in TI, causa le apparecchiature.

La letteratura internazionale associa proprio a tali apparecchiature una sensazione di terrore¹², e, inoltre, ci descrive come difficile il contatto con la persona cara mentre la si vede ricoperta di fili, a volte incosciente, collegata a macchinari per mangiare o respirare⁹. La letteratura suggerisce infatti che occorre un incoraggiamento da parte del personale sanitario verso la famiglia del ricoverato per ricreare in TI tale rapporto, tale contatto²³.

Ultimo tema emerso è stato "la voglia di ricevere maggiori informazione per poter essere parte attiva nel processo di cure".

I genitori intervistati hanno lamentato le poche informazioni ricevute; molte delle quali, inoltre, ritenute troppo tecniche. Probabilmente in loro, in risposta al tema precedente, è forte la voglia di "recuperare", di aiutare il proprio bambino.

Lamentavano proprio la carenza di queste specifiche informazioni, volevano insomma prendersi loro cura del bimbo, ma non sapevano cosa e come fare. Dalla letteratura emerge tale voglia di essere parte integrante del processo di cura²⁴, ed è stata associata alla riduzione stress ed altri sentimenti "negativi" presenti nei genitori^{25,26}.

I nostri partecipanti allo studio hanno compreso come il ricevere informazioni specifiche possa agevolarli a sentirsi meglio. Ad esempio nello studio di Andersson et al.²⁷ in merito alla somministrazione di un analgesico al loro bambino, i genitori descrivono come una buona informazione sia fondamentale per la gestione, la comprensione e la preparazione per un eventuale cambiamento nella situazione del bambino.

Il ricevere informazioni chiare aiuta le famiglie nella comprensione e gestione della degenza in TI del proprio bambino²⁸. Dalle

interviste non è emerso alcun riferimento esplicito al rapporto tra genitori e operatori sanitari, ma logiche deduzioni indicano un rapporto basato non sulla massima fiducia. Tutto ciò dovuto alle poche informazioni ricevute in maniera spontanea. Il ricevere informazioni, rendere i genitori partecipi del processo di cura, sembra alleviare i sentimenti di stress, e sembra far porre maggiore fiducia nel lavoro degli operatori sanitari²⁹⁻³¹. Alla luce di quanto detto è chiaro come sia fondamentale integrare la famiglia nel processo di cura.

Gli Infermieri sono i primi professionisti dai quali i familiari si aspettano il suddetto coinvolgimento. È suggerito in letteratura³⁰ un'integrazione faccia a faccia tra personale sanitario e genitori, con l'obiettivo di offrire supporto, educazione e partecipazione al processo di cura.

Lo studio ha come limite un campionamento di dimensioni ridotte, durante il reclutamento, infatti, sono emerse non poche criticità. I genitori sembrano trarre vantaggio nel raccontare la loro esperienza, ma il ricordare tali momenti evoca la paura di tornare ad essere vulnerabili. Inoltre, non si è tenuto conto della singola complessità assistenziale, ma al fine di ottenere un quadro completo circa tale esperienza, nel campionamento sono stati inclusi tutti i genitori disponibili a partecipare allo studio, indipendentemente dal tipo di intervento cardiocirurgico effettuato sul bambino.

CONCLUSIONI

Il ricovero di un bambino in una TI e, nello specifico, in una TI cardiocirurgica impone al personale assistenziale la cura anche del nucleo familiare. L'esperienza raccolta in questo studio può fungere da stimolo per ulteriori ricerche, al fine di favorire il processo di olistica armonizzazione nella diade (famiglia e bambino), spesso ingiustamente scisse durante il ricovero in Terapia Intensiva.

*Infermiere AOU Policlinico Federico II

** Assegnista di ricerca infermieristica Scienze Infermieristiche Univ. Tor Vergata, Roma

***Medico in formazione, cardiocirurgia dell'adulto e pediatria AOU Policlinico Federico II

****Ricercatore chirurgia cardiaca, AOU Policlinico Federico II

L'articolo è disponibile nella versione online al seguente link

<http://www.ipasvinapoli.org/portal/vissuto-genitori-bambini-terapia-intensiva/>

BIBLIOGRAFIA

1. Harvey KA, Kovalesky A, Woods Rk, Loan LA. Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery. *Heart Lung*. 2013 Nov-Dec;42(6):399-406;
2. Eggenberger, S.K.. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *J Clin Nurs*. 2007 Sep;16(9):1618-28.
3. Engström, Å., & Söderberg, S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004 Oct;20(5):299-308;
4. Johansson I., Fridlund B., Hildingh C. What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nurs Crit Care*. 2005 Nov-Dec;10(6):289-98.
5. Keenan A, Joseph L. The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: a qualitative study. *Can J Neurosci Nurs*. 2010;32(3):25-35
6. Larsson A, Rubertsson S. *Intensivvård [Intensive Care]*. 2012, Stockholm: Liber;
7. Fegran L, Helseth S. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009; 23: 667–673;
8. Obeidat H, Bond E, Callister L. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education* 2009; 18: 23–2;
9. Engström , Dicksson , Contreras . The desire of parents to be involved and present. *Nurs Crit Care*. 2014 Oct 1. doi: 10.1111/nicc.12103;
10. Landolt MA, Buechel EV, Latal B. Predictors of parental quality of life after child open heart surgery: a 6-month prospective study. *J Peds* 2011;158:37–43.;
11. Fuller S, Nord AS, Gerdes M, Wernovsky G, Jarvik GP, Bernbaum J, et al. Predictors of impaired neurodevelopmental outcomes at one year of age after infant cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2009;36:40–8;
12. Re J, Dean S, Menahem S. Infant cardiac surgery: mothers tell their story: a therapeutic experience. *World J Pediatr Congenit Heart Surg* 2013 Jul;4(3):278-85;
13. Salgado CL, Lamy ZC, Nina RV, de Melo LA, Lamy Filho F, Nina VJ. Pediatric cardiac surgery under the parents sight: a qualitative study. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2011 Jan-Mar;26(1):36-42.;
14. Wray J, Sensky T. Psychological functioning in parents of children undergoing elective cardiac surgery. *Cardiol Young* 2004;14:131e139;
15. Heuer L. Parental stressors in a pediatric intensive care unit. *Pediatr Nurs* 1993;19(2):128e131;
16. Franck LS, Mcquillan A, Wray J, Grocott MPW, Goldman A. Parent stress levels during children's hospital recovery after congenital heart surgery. *Pediatr Cardiol* 2010;31:961e968;
17. Cohen MZ, Kahn DL, Steever RH. *Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers*. 2000, Sage Publications (CA);
18. Polit DF and Beck CT. *Essentials of nursing research*. 8th ed. 2014, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;
19. Simeone S, Savini S, Cohen MZ, Alvaro R, Vellone E. The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014; [Epub ahead of print].;
20. Vellone E, Piras G, Venturini G, Alvaro R, Cohen MZ. The experience of quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease living in Sardinia, Italy. *J Transcult Nurs* 2012; 23(1):46-55;
21. Vellone E, Piras G, Talucci C, Cohen MZ. Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs* 2008;61(2):222-31;
22. Lima A, Santa Rosa D. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):547-53;
23. Engström Å, Söderberg S. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 1651–1659;
24. Engström B, Uusitalo A, Engström Å. Relatives' involvement in nursing care: a qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011; 27: 1–9;
25. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Neonatal nurses' perspectives of family-centered care: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21: 2477–2487;
26. Mattsson J, Forsner M, Castrén M, Arman M. Caring for children in pediatric intensive care unit: an observation study focusing on nurses' concerns. *Nurse Ethics* 2013; 17: 1–11;
27. Andersson L, Johansson I, Almerud ÖS. Parents' experiences of their child's first anaesthetic in day surgery. *British Journal of Nursing* 2012; 21: 1204–1210;
28. Knafl KA, Deatrick JA. Family management style and the challenge of moving from conceptualization to measurement. *J Pediatr Oncol Nurs* 2006;23(1):12-8;
29. Aldridge M. Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit: one unit's experience. *Critical Care Nurse* 2005; 25: 40–50;
30. Meert K, Eggly S, Pollack M, Anand KJS, Zimmerman J, Carcillo J, Newth C, Dean M, Willson D, Nicholson C. Parents' perspectives on physician–parent communication near the time of a child's death in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine* 2007; 9: 2–7;
31. Meert KL, Briller SH, Schim S, Thurston C, Kabel A. Examining the needs of bereaved parents in the pediatric intensive care unit: a qualitative study. *Death Studies* 2009; 33: 712–740;
32. Wechsler Doron M, Trenti-Paroli E, Wechsler LD. Supporting parents in the NICU: a new app from the US, 'My-Preemie': a tool to provide parents of premature babies with support, empowerment, education, and participation in their infant's care. *Journal of Neonatal Nursing* 2013; 19: 303–307.

PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

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 progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da 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: Marzo 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.pensiero.it/catalogo/pdf/ecrn/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) PIPITONEI via e-mail all'indirizzo del Comitato Scientifico: cs.napolisana@gmail.com.

PROCESSO DI REVISIONE

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



I Collegi
della Campania
informano

QUI NAPOLI

Premiato il progetto 'Bambini Liberi' del Santobono

Al Forum sull'innovazione in sanità sono state premiate le eccellenze progettuali in grado di dare risposte concrete ai crescenti bisogni di salute. Il progetto presentato dall'ospedale pediatrico napoletano ha vinto nella categoria innovazione nel campo clinico-sanitario. Si tratta della prima sperimentazione clinica in ambito pediatrico di un sistema che sostituisce il tradizionale "gesso" con un esoscheletro in plastica ABS stampato in 3D.

di Anna Buonocore

Il progetto *"Bambini liberi"*, presentato dalla Fondazione Santobono Pausilipon onlus di Napoli è tra i vincitori del Premio Innova S@lute 2017. Nella seconda giornata del Forum sull'innovazione per la salute in programma al Centro Congressi Roma Eventi, sono state premiate le eccellenze progettuali del panorama salute italiano. Il Premio Innova S@lute è il contest lanciato da FPA e Allea con il supporto incondizionato di Teva Italia per valorizzare di progetti in grado di dare risposte concrete a crescenti bisogni di salute. Tra i 112 progetti in gara, 6 idee innovative si sono aggiudicate la vittoria. Il progetto "Bambini liberi" della Fondazione Santobono Pausilipon ha vinto nella categoria innovazione nel campo clinico-sanitario. Si tratta di un'innovazione in campo pediatrico realizzata grazie alla sinergia tra Fondazione Santobono Pausilipon, Azienda Ospedaliera Santobono Pausilipon e CNR, con il contributo della Banca d'Italia. Il progetto porta avanti la prima sperimentazione clinica in ambito pediatrico di un sistema che sostituisce il tradizionale "gesso" con un esoscheletro in plastica ABS stampato in 3D. La ricerca è stata promossa al fine di realizzare un programma assistenziale fortemente innovativo. L'esoscheletro, realizzato in ABS, è prodotto con una stampante 3D sulla base di calcoli strutturali, mediante sistemi di scansione 3D dell'arto fratturato.

Il tutore personalizzato è totalmente immersibile in acqua, leggero, aperto e poco ingombrante, igienico e conforme alle esigenze ergonomiche del bambino. Per ulteriori informazioni sul progetto <http://www.forumpachallenge.it/soluzioni/bambini-liberi>. Tra gli altri progetti vincitori del premio ricordiamo: nell'ambito della comunicazione con cittadini ed utenti si è aggiudicato un premio il "Club degli Innovatori Sanità a km Zero" di Regione Veneto - Arsenal.IT; nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria medicina di prossimità e presa in carico degli anziani, dei cronici e delle fasce deboli il progetto "Integrazione socio-sanitaria al servizio dei cittadini" dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Taranto; nell'ambito educazione alla salute e al wellbeing (educazione alimentare, fitness, monitoraggio, wearable, ecc.) "MyCyFAPP" di imaginary srl; nell'ambito amministrativo/gestionale "LogOs® Logistica Ospedaliera Integrata" di Zanardo Servizi Logistici; nell'ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione tra strutture, professionisti e amministrazioni "ADIGest" di THCS - Telemedicine for Health Care Solutions.

"Ormai è chiaro a tutti che il digitale è l'ecosistema in cui il settore della sanità si troverà a operare nel brevissimo futuro" ha detto Carlo Mochi Sismondi, Presidente di FPA. "Tutti gli operatori della filiera devono rendersene conto e smettere di pensare al-



l'innovazione tecnologica come a un semplice tassello delle politiche per la salute. La sfida è sfruttare la disruptive innovation per crescere e creare benessere equo e sostenibile per tutti. S@lute 2017, anche quest'anno, è stata della partita, sostenendo chi innova, rischia e cerca nuove strade. "Il Premio Innova S@lute ha mostrato come l'innovazione ci sia, ma sia spesso nascosta: per portarla allo scoperto basta dare voce ai soggetti pubblici e privati impegnati sui territori e offrire uno spazio di visibilità a chi si confronta ogni giorno con problemi e relative soluzioni. Il numero maggiore di progetti è stato presentato dalle strutture della sanità pubblica e privata, ma grande è stata anche la partecipazione di startup e piccole e medie imprese innovative". Per Alessandro Beulcke, Presidente Allea, "Questa terza edizione di S@lute ha voluto dar voce ai molteplici aspetti dell'innovazione, favorendo la condivisione delle informazioni e l'incontro di visioni diverse. Perché l'Italia non è seconda a nessuno su idee e progettualità, anche nel campo della salute. L'elevato numero di richieste di partecipazione al contest Innova Salute - 112 progetti, con un incremento del 10% rispetto all'anno scorso - dimostra quanta sete di cambiamento ci sia. Noi di S@lute 2017 stiamo facendo la nostra parte, ma è necessario il lavoro di tutti, e soprattutto una direzione condivisa."

QUI NAPOLI



Terremoto di Casamicciola

Atti di autentico eroismo da parte di infermieri e medici mentre la terra tremava ancora. Evacuato l'ospedale. Sessanta pazienti trasportati all'esterno in poco tempo. In molti sono restati in servizio pur avendo finito il turno. Altri sono rientrati da ferie, permessi, smonto notte.

di Pino De Martino

Dopo la conta dei morti, il bilancio dei danni, le polemiche che inevitabilmente ogni catastrofe porta con se, passata l'emergenza, emergono le storie. Piccoli e grandi gesti di un'umanità che di fronte alle tragedie, davanti al bisogno estremo di aiuto, spesso tira fuori il meglio di se. Atti di solidarietà, di reciproco soccorso, di generosa mobilitazione si moltiplicano. Molti di questi resteranno sconosciuti ai più. Affolleranno i ricordi di chi quelle ore le ha passate insieme, nel terrore, con in braccio la paura: per te, per i tuoi cari, per chi assisti e dipende da te. Proprio come i tanti infermieri dell'Ospedale Rizzoli che in quelle ore si sono distinti per coraggio, generosità, professionalità, mentre intorno la terra trema e c'è angoscia, preoccupazione, istintiva volontà di scappare. Lo racconta bene **Marco Sarnataro** nel suo *"Ho visto. Ho visto tutto. Io c'ero"*: dove quei momenti di frenetico soccorrere sono raccontati con rara sensibilità in un intreccio incessante di

Mette in salvo mentre la sua

L'esemplare e generoso gesto di un'infermiera dell'Ospedale Rizzoli di Ischia



emozioni e sentimenti. L'Ospedale si deve sgomberare, c'è imminente pericolo di crollo. Ma ci sono sessanta pazienti da mettere in salvo e portare in strada, ma anche da assistere. Ciascuno con un grado differente

d'infermità. Alcuni vengono tra trasportati a braccia. Altri sulle barelle, passando anche per le scale, in questi casi l'ascensore è sconsigliato. I più gravi si spostano con tutto il letto.

QUI NAPOLI

i pazienti casa crolla

Non potendo fare diversamente, qualcuno l'ascensore lo prende lo stesso. Tra gli infermi c'è chi ha bisogno d'ossigeno, chi è intubato, chi per terapia è vincolato ad una macchina.

E' una lotta contro il tempo, ogni secondo può costare la vita: la propria e quella degli ammalati. C'è da allestire in brevissimo tempo un'assistenza da campo, come in guerra.

C'è da trasportare medicinali, attrezzature, tutto quanto occorre per la continuità assistenziale. E allora tutti mobilitati, anche i medici. In molti sono restati in servizio pur

avendo finito il turno. Altri sono rientrati da ferie, permessi, smontati da un misto di motivazioni: umana pietas, attaccamento alla professione, è giusto fare così. Su tutti la storia di **Barbara Settembre**, l'infermiera del Rizzoli simbolo di questa generosa umanità che si ritrova nell'emergenza e nel dolore. "Barbara ha lavorato e aiutato pazienti e gente in difficoltà mentre il terremoto portava via la sua casa con tutto quello che c'era custodito", raccontano i colleghi. Parole di apprezzamento e di ammirazione per una in-

Terremoto di Casamicciola

fermiera che ha continuato il proprio lavoro, mettendo in salvo ammalati, anche mentre veniva giù la propria casa e non aveva notizie del figlio: "Essere rappresentati da una collega così deve essere un onore per noi". La pensa così anche chi rappresenta la professione e non manca di inviare un plauso agli infermieri del Rizzoli. Grazie a nome di tutti gli infermieri di Napoli.



QUI NAPOLI



Terremoto di Casamicciola

“Ho visto Ho visto tutto lo c’ero”

di Marco Sarnataro*

Ho visto colleghi attivarsi per mettere in sicurezza i pazienti ricoverati e i loro parenti, spronarli a raggiungere l’uscita, la salvezza. Ho visto i volti delle persone che urlavano, che piangevano, che si disperavano. Ho visto scene drammatiche. Ho visto colleghi rischiare la vita, tornare su, dentro l’ospedale, caricarsi i pazienti in spalla pur di non lasciarli nei reparti ancora traballanti, con puro sprezzo del pericolo.

Ho visto la faccia dei colleghi quando hanno capito che non potevano attendere l’arrivo di squadre speciali di soccorso per evacuare il resto del nosocomio e mettere in sicurezza tutti i pazienti, perché sarebbe passato troppo tempo, perché quelle squadre speciali erano già impegnate sul territorio devastato dalla violenza della scossa.

Ho visto colleghi risalire per recuperare gli altri pazienti allettati, quelli non deambulanti, lottare contro la paura di nuove scosse e fare quello che è altamente sconsigliato: prendere l’ascensore insieme al paziente con tutto il letto, perché quella persona che vi giaceva era troppo pesante per caricarla in spalla.

Ho visto colleghi rientrare in



ospedale, mentre tutti erano fuori, perché non hanno abbandonato i pazienti intubati, quelli della rianimazione, quelli la cui vita dipende da una macchina; nonostante la paura di altre scosse e il pericolo di crolli.

Ho visto colleghi piangere quando hanno appreso che dopo quel turno, dopo quella lunga notte, non avrebbero trovato più una casa, perché crollata. Colleghi che non si sono sfilati i guanti, ma hanno continuato ad assistere al meglio quell’utente ferito, spaventato, disorientato.

Ho visto colleghi giungere dalle loro case mentre eravamo nel pieno delle attività di emergenza e venire in ospedale, o meglio fuori dall’ospedale, in soccorso ad aiutarci per organizzare un mega reparto all’aperto, con pazienti provenienti da tutte le degenze, con ogni tipo di patologia.

Ho visto la solidarietà. Ho visto negli occhi dei colleghi la preoccupazione di una mamma e di un papà perché ansiosi di ricevere notizie e rassicurazioni riguardo i

propri figli, i loro familiari, i loro cari e continuare ad operare nonostante tutto, mostrando tutto il meglio di loro stessi, tutto l’attaccamento alla loro missione.

Ho visto colleghi organizzarsi; creare in poco tempo una postazione infermieristico-medica all’esterno dell’ospedale. Una postazione che aveva dell’incredibile: ogni tipo di attrezzatura medica di emergenza, un punto di riferimento, un punto d’ascolto; era una medicheria, un ambulatorio, un consultorio.

Ho visto colleghi cedere alla paura, perché umani

Ho visto colleghi continuare imperterriti con spirito di abnegazione, infaticabili, zoppicanti per i chilometri percorsi dai loro zoccoli.

Ho visto lo spavento, la speranza, la paura, il dolore.

Ho visto mamma, figlio e nonna piangere di gioia perché superstiti dalle macerie. Erano ancora tremanti su di una barella, fianco a fianco dopo ore dalla scossa, dopo ore da quel boato terrificante che li aveva separati. Erano ancora impolverati. Ho visto colleghi esultare alla notizia del salvataggio del primo bimbo.

Ho visto la gioia della nascita di Anna. Ho visto la VITA più forte della morte.

*Infermiere Ospedale Rizzoli
Ischia

Il messaggio del Presidente Carbone

“Il Presidente **Ciro Carbone**, e il Collegio Ipasvi della Provincia di Napoli esprimono umana e fattiva solidarietà alla popolazione Ischitana colpita duramente dal terremoto. Un apprezzamento particolare va ai colleghi infermieri dell’ospedale Rizzoli: a loro che, pur avendo il pensiero rivolto alle proprie famiglie e ai propri cari, hanno continuato a prestare le cure agli assistiti, un grazie particolare a quelli che pur non essendo in servizio hanno dato la propria disponibilità a prestare soccorso ai feriti mettendo da parte paure e angosce per le proprie famiglie. Un ringraziamento anche ai colleghi dell’Ospedale Cardarelli di Napoli e a tutti i colleghi napoletani impegnati nei soccorsi e nell’assistenza nei vari ospedali cittadini che con abnegazione e generosità stanno operando a pieno ritmo nonostante i numeri ancora più ridotti per le ferie estive. Il grande cuore di Napoli e degli infermieri napoletani ha saputo rispondere a questa emergenza con la solita grande professionalità e profonda umanità”.



I Collegi
della Campania
informano

QUI BENEVENTO

Infermieri di famiglia Case Manager

Un corso di alta formazione sul management del territorio promosso dal Collegio Ipasvi di Benevento. Sarà finanziato con fondi regionali Fesr. Una partnership con Aps Maya di Varese e Asl. Formazione direttamente sui pazienti, 50 crediti Ecm e la possibilità di ottenere un contratto di 18 mesi con l'Asl.

di **Pepe Papa**



Stiamo parlando del corso di alta formazione intitolato "Il management del territorio, l'infermiere di famiglia" che consentirà a 40 infermieri campani aventi i requisiti (libera professione, condizione di precariato o disoccupazione) di ottenere il titolo di infermiere di famiglia casemanager. All'incontro di presentazione del corso hanno partecipato più di 100 infermieri iscritti nei diversi collegi Ipasvi della Campania: 20 di Napoli; 10 di Caserta; 12 di Salerno; 8 di Avelino e tutto il restante di Benevento.

La comunità europea ha messo a disposizione dei fondi da investire in formazione con lo scopo di migliorare la competitività e l'introduzione nel mondo del lavoro. Ebbene, la partnership creata ad hoc tra il Collegio Ipasvi Benevento, Aps Maya di Va-



rese coi suoi infermieri di famiglia e l'Asl Benevento mira a raggiungere proprio questo obiettivo attraverso l'utilizzo del Fondo Fse (Fondo sociale europeo) della Regione Campania.

"Abbiamo pensato a questo corso – dice il presidente Ipasvi di Benevento **Andrea Della Ratta** – perché la sanità territoriale per cronicità è ormai di grande attualità e abbiamo deciso di fornire una preparazione specifica per gli infermieri disoccupati o precari".

La novità è tutta nel contenuto.

I moduli didattici sono improntati sull'esperienza di chi ha già valutato il territorio in diversi anni di attività e mirano a rispondere alle reali necessità di una sanità in continua mutazione. Un tirocinio formativo di 350 ore che completa la formazione sul campo, coadiuvato da uno strumento innovativo: la cartella infermieristica informatizzata, che attraverso un tablet consegnato a ogni partecipante, consentirà la rapida presa in carico dell'assistito, valutandolo a 360° e pianificando l'assistenza futura. La tutela del Collegio Ipasvi, cabina di regia amministrativa con la Regione Campania che si farà garante della qualità, contribuirà a creare nuovi posti di lavoro, da provider dell'evento erogherà ben 50 crediti Ecm per il 2018 e tutelerà con la copertura assicurativa Inail e Rc/Terzi. Il ruolo dell'Asl di Benevento è quello di attivare servizi ai cittadini, attraverso specifici ambulatori infermieristici su ben tre distretti e mettendo a

disposizione un bacino di 15.000 utenti affetti da diversi livelli di cronicità che dovranno, nei sei mesi di tirocinio, essere seguiti in toto dai partecipanti. Al termine del corso, sulla base dei dati acquisiti, l'Asl si farà carico della stipula di contratti di 18 mesi, direttamente coi partecipanti meritevoli per il proseguo dell'attività intrapresa. Il corso, che partirà a gennaio 2018, è finanziato al 70% dalla Regione Campania.



QUI BENEVENTO

Legge Gelli, le responsabilità dell'infermiere

Convegno a Benevento promosso dal Coordinamento interregionale dei collegi Ipasvi di Campania, Basilicata e Molise. Interverranno, tra gli altri: l'onorevole Federico Gelli, la senatrice Annalisa Silvestro, la presidente della Fnc Ipasvi Barbara Mangiacavalli.

di **Peppe Papa**

L'appuntamento è fissato per lunedì 16 ottobre, con inizio alle 13, presso il Teatro Massimo di Benevento. Il tema è di quelli interessanti, perché riguarda da vicino le nuove regole sulla responsabilità professionale alla luce della legge approvata in Parlamento che riguarda anche gli infermieri: "La responsabilità professionale dell'infermiere alla luce della Legge 24/2017

(Legge Gelli)". Un appuntamento fortemente voluto dal Presidente del Collegio Ipasvi di Benevento Andrea Della Ratta: "C'è la necessità di informare i nostri iscritti sulla normativa in vigore che riguarda da vicino gli infermieri nell'espletamento dell'attività professionale. E' giusto assumersi le proprie responsabilità, ma è altrettanto giusto e doveroso conoscerle". Il convegno è promosso dal Coordinamento interregionale dei collegi Ipasvi di, Campania, Basilicata e Molise.

Interverranno: l'onorevole Federico Gelli presentatore della legge e responsabile sanità del Pd; la senatrice Annalisa Silvestro, la Presidente della Fnc Ipasvi Barbara Mangiacavalli. Il presidente del Collegio Ipasvi di Salerno Cosimo Cicia, il Presidente del Collegio Ipasvi di Avellino, Maurizio Roca, la presidente del Collegio Ipasvi di Matera, Vita Spagnuolo, la presidente del Collegio Ipasvi di Isernia/Campobasso Mariacristina Magnocavallo, il presidente del Tribunale per i diritti del Malato/Cittadina-zaattiva, Tonino Aceti, l'avvocato Giovanni Carpenito. Ai circa duecento infermieri già iscritti, saranno assegnati 5,2 Crediti formativi. L'evento è aperto agli Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari.



Organizzato dal
Coordinamento Interregionale Collegi IPASVI
Campania - Basilicata - Molise
Provider: Collegio Provinciale Ipasvi Di Napoli

LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE ALLA LUCE DELLA LEGGE 24/2017 (Legge Gelli)

**16 OTTOBRE 2017
BENEVENTO
TEATRO MASSIMO**
Via Giovan Battista Perasso, 3
BENEVENTO

Posti Disponibili N. 200
Crediti formativi ECM assegnati: 5,2
Accreditato ECM per:
Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari.
Corso gratuito riservato agli iscritti dei collegi Ipasvi di:
Benevento, Napoli, Salerno, Avellino, Caserta,
Campobasso - Isernia, Matera, Potenza.



Via E. Caggiano, 18
82109 Benevento
Telefono 0824 310911
Fax 0824 359980
www.ipasvibn.it

Programma

Ore 13,00

Registrazione Partecipanti

Ore 13,30

I Sessione

Presentazione evento

Saluti autorità

Presidente di sessione: *Dott. Cosimo Cicia*
moderatori: *Maurizio Roca, Vita Spagnuolo*

Ore 13,30

*Gli infermieri e l'innovazione giuridica:
quale contributo per la sicurezza
dei pazienti e la gestione del rischio clinico*
Dottorssa *Barbara Mangiacavalli*

*Il punto di vista dei cittadini
sullo stato di attuazione della legge 24/2017*
Dott. *Tonino Aceti*

*Legge Gelli l'impatto sulla
professione infermieristica*
Sen. *ce Annalisa Silvestro*

Coffee break

Ore 17,00

II Sessione

Presidente di sessione: *Mariacristina Magnocavallo*
moderatori: *Cosimo Cicia, Maria Rosaria Bonetti*

Profili applicativi Della Legge 24/2017

Avv. *Giovanni Carpenito*

La legge e i decreti attuativi

On. *Federico Gelli*

Confronto Dibattito

Tutti i Relatori

Moderata: *Il Giornalista Pino De Martino*

Ore 19,40

*Somministrazione test finali
Chiusura Lavori*

Ospedali e territorio

Cardarelli, ai pazienti braccialetti colorati

NAPOLI - Al pronto soccorso del Cardarelli arrivano i braccialetti per l'immediata identificazione del paziente. Una novità assoluta varata per garantire ai degenti un'assistenza più efficace. Questo nuovo progetto, voluto dalla direzione strategica, segna un ulteriore step nel percorso iniziato a luglio del 2016, proiettando ancor più il Cardarelli verso l'informatizzazione di tutti i processi di cura. Nella pratica, ad ogni paziente che arriva in pronto soccorso sarà messo un braccialetto identificativo: verde, giallo o rosso, a seconda della gravità del caso. Il braccialetto, di carta plastificata, conterrà anche i dati anagrafici e un codice a barre, che poi seguirà il paziente durante tutto il periodo di permanenza nella struttura ospedaliera. Sarà l'infermiere al triage a verificare i dati (con la collaborazione del paziente stesso o dei familiari) e ad applicare materialmente il braccialetto. «In questo modo - spiega **Fiorella Paladino**, responsabile del pronto soccorso - oltre all'identificazione attendibile del paziente, sarà garantita anche l'univoca attribuzione del codice di gravità. Questo braccialetto rappresenta un utile strumento per migliorare la sicurezza e ridurre eventuali rischi in relazione sia alla diagnosi che alla terapia. Una tecnologia conclude la dottoressa - *utile anche in considerazione della durata dell'attesa per i pazienti con bassa priorità di accesso e dei possibili spostamenti verso altri servizi, esterni al pronto soccorso, durante la fase dell'inquadramento diagnostico*». Dunque, in pronto soccorso, il colore dirà a tutto il personale quale sia la condizione del paziente; in reparto sarà invece applicato un braccialetto bianco e grazie al codice a barre sarà immediatamente possibile accedere a tutte le specifiche del caso. La sperimentazione partirà prima di tutto al pronto soccorso. Tradotta in cifre, l'iniziativa riguarderà (già in questa fase iniziale) circa 300 pazienti al giorno. Poi, entro il 2018 l'applicazione del braccialetto identificativo sarà estesa a tutti i reparti dell'ospedale. L'obiettivo è quello di riuscire in breve tempo ad implementare grazie al codice a barre tutte le procedure informatizzate che gestiscono i processi a maggior rischio: trasfusioni di sangue, procedure chirurgiche, diagnostica per immagine e gestione trasporti. Una sicurezza in più anche se dovesse essere necessario ricostruire a posteriori la storia clinica di un paziente, la tracciabilità dei suoi percorsi assistenziali e il monitoraggio dei suoi spostamenti all'interno della struttura.



Carbone (Ipasvi), “Un presidio permanente di forze dell’ordine al Santa Maria delle Grazie

*“Innesadimento urgente di un presidio fisso di polizia all’interno dell’Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli, contestualmente alla predisposizione di un piano di sicurezza e di potenziamento della presenza delle forze dell’ordine all’interno delle strutture ospedaliere su tutto il territorio metropolitano”. E’ quanto chiesto dal Presidente del Collegio degli infermieri di Napoli (Ipasvi) e consigliere nazionale, **Ciro Carbone** all’indomani della brutale aggressione a 4 infermieri, 1 medico e un addetto alla vigilanza nel nosocomio puteolano.*

La richiesta è contenuta in una nota allarmata sull’aumento esponenziale di episodi di violenza a carico di infermieri nelle strutture sanitarie inviata ai Ministri degli Interni e della Sanità, al Prefetto e al Questore di Napoli, al direttore generale e al direttore sanitario del Presidio ospedaliero di Pozzuoli.

Nella nota, Carbone ricorda che “quanto accaduto ieri al Santa Maria delle Grazie costituisce ormai un fenomeno in dilagante aumento, che mette a repentaglio la sicurezza fisica degli infermieri, ma anche il normale svolgimento dell’attività di cura e di assistenza degli stessi ammalati”.

Ospedali
e territorio

Staminali e chirurgia toracica Riconoscimenti al “Pascale”



NAPOLI - Si chiama Jacie ed è il più importante riconoscimento a livello internazionale nel campo dei trapianti di cellule staminali, trapianto che viene usato come terapia fondamentale per la cura di molte neoplasie ematologiche e di alcuni tumori solidi come quello del testicolo e dei sarcomi.

Il 26 giugno scorso la Commissione Europea Jacie ha conferito questa importante certificazione al Programma Trapianto al Pascale, l'Istituto dei tumori di Napoli. La certificazione Jacie risulterà a brevissimo un requisito dovuto ed indispensabile per tutti i Centri che curano pazienti oncoematologici attraverso il trapianto di cellule staminali. In tal senso, l'Istituto Pascale è riuscito, unico al momento tra i Centri della Regione Campania, a superare con successo tale processo di accreditamento. «Si tratta di un traguardo molto importante per tutti i pazienti del nostro Istituto — sottolinea il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi - che abbisognano di un trapianto di midollo e per i loro familiari.

Gli ispettori del Jacie hanno infatti verifi-

cato che le modalità di esecuzione ed i risultati di tali trapianti presso il Pascale sono allineati con quelli dei più importanti centri ematologici internazionali. Questo riconoscimento non può far altro che impegnarci ad ampliare e sviluppare ulteriormente l'attività del nostro Programma di Trapianto allo scopo di offrire tali procedure in tempi adeguati e con le migliori garanzie di qualità a tutti i pazienti, in Regione Campania e in Italia, che dovessero abbisognare di una terapia a così elevata complessità». Antonello Pinto, direttore del Programma Trapianti e Gianpaolo Marcacci, responsabile dell'Unità Clinica aggiungono: che «l'accreditamento Jacie rappresenta per noi un primo passo fondamentale per sviluppare ulteriormente le strategie trapiantologiche allo scopo di curare sempre più pazienti e, sopra ogni cosa, garantire ai cittadini della nostra regione la stessa qualità assistenziale erogata a livello internazionale. Per i pazienti con diagnosi di mieloma multiplo, ad esempio, il trapianto autologo, rappresenta ancora oggi la migliore opzione per il trattamento di prima

linea. Le indicazioni di tale procedura, inoltre, sono state recentemente estese anche a patologie non neoplastiche tra cui le malattie autoimmuni refrattarie alla terapia convenzionale.

Al Pascale va un altro importante riconoscimento internazionale. La Struttura complessa di Chirurgia Toracica Oncologica dell'Istituto dei Tumori di Napoli ha ottenuto l'accreditamento europeo da parte della European Society of Thoracic Surgeons (Ests) a testimonianza del rispetto dei parametri internazionali di performance nell'esecuzione di interventi per malattie tumorali del polmone e degli altri organi contenuti nel torace. Il processo di accreditamento, iniziato nel 2007 ed effettuato da un'agenzia neutrale che ha passato in esame i risultati del reparto Chirurgico confrontandoli con quelli europei, si chiuderà con la consegna a Gaetano Rocco, Direttore della Chirurgia Toracica, della certificazione ufficiale durante il Congresso Annuale dell'ESTS nel 2018 a Lubiana. Fin ora sono state insignite solo altre 10 Istituzioni Europee.

Ospedali
e territorio

Ruggi Ok all'app anti caos



SALERNO – Attraverso un monitor, i pazienti potranno conoscere i tempi di attesa. Al Ruggi è pronta l'app anti caos per avere informazioni chiare e tempi di attesa certi. Presso l'azienda ospedaliera di via San Leonardo ed in particolare in Pronto soccorso arriverà l'app "anti caos" che segnala, in tempo reale, il flusso dei pazienti.

Il servizio è frutto di una convenzione con l'Aorn "Cardarelli" di Napoli per l'utilizzo del web application multipiat-taforma per la gestione del paziente, destinato all'uso in mobilità da parte degli operatori sanitari. Il primo step vedrà protagonista il pronto soccorso ed un reparto "pilota" del Ruggi, la Cardiochirurgia. Il sistema dovrebbe essere pronto per l'autunno 2017 e vedrà protagonisti gli infermieri che saranno dotati di un tablet sui quali saranno in evidenza, in tempo reale, i flussi di pazienti in entrata e in uscita trasmessi dalla direzione strategica.

Accettazioni e dimissioni sono elaborate dal software che stilerà grafici per ogni singolo reparto, i posti letto presenti. Aggiornamenti immediati saranno visibili in pronto soccorso grazie ad un monitor.

Tumore al colon Nuova scoperta

Il team è tutto "Made in Sud"

SALERNO - E' tutta italiana, anzi, meridionale, la scoperta che potrebbe arrivare a debellare il tumore al colon. La ricerca è stata svolta da un gruppo di studiosi italiani al Fox Chase Cancer Center di Filadelfia, (uno fra i venticinque laboratori di ricerca contro il cancro più importanti degli Stati Uniti) coordinati dal prof. Alfonso Bellacosa, nato a Nocera Inferiore. La scoperta è arrivata grazie all'analisi dei passati studi di Bellacosa che aveva dimostrato come un particolare gene del DNA, il MBD4, potesse influire e favorire la nascita di tumori nel colon rettile. Il team di studiosi, guidato dai pugliesi Prof.ssa Rossella Tricarico e Prof. Salvatore Cortellino, dal napoletano Prof. Antonio Riccio e dal siciliano Dr. Pietro Mancuso, ha dimostrato ufficialmente quanto sostenuto dal coordinatore, scoprendo come il particolare tumore sia causato da alterazioni del MBD4. Lo studio



verrà pubblicato e completamente esposto a breve in un articolo sulla rivista medico-scientifica internazionale "Oncotarget". Una vittoria scientifica per la medicina, ma soprattutto per la nostra terra, il Sud, che ha generato le menti che hanno guidato la ricerca.

La scoperta potrebbe portare, nel giro di pochi anni, non solo a metodi di prevenzione più rapidi ed efficaci, ma alla nascita di nuove tipologie di chemioterapie specifiche e funzionali per debellare il tumore al colon.

De Luca: "Anche a Salerno un polo universitario"



NAPOLI - «Abbiamo tre grandi strutture. Ospedale del Mare, Policlinico di Caserta, dove abbiamo ripreso i lavori dopo anni di fermo, ora manca il polo di Salerno». Lo ha detto il presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca parlando delle strutture sanitarie in regione. «Sulla carta, vecchie amministrazioni regionali, avevano fatto finta di stanziare 200 milioni di euro - ha affermato - Siamo andati a verificare e dietro le carte non c'era niente». «Delibere di intenti - ha aggiunto - ma i soldi e il capitolo finanziario dove sono?». «Sto facendo un lavoro - ha sottolineato - per trovare risorse per avere il terzo polo dove c'è l'università». «Nel frattempo ho mandato al Ministero il programma per l'edilizia sanitaria,

circa 12 milioni di euro per gli interventi da fare, credo verrà approvato entro 15 giorni».

**Ospedali
e territorio**

Ospedale del Mare e cura del piede diabetico

NAPOLI - A pochi giorni di distanza dall'apertura dell'Ospedale del Mare a Napoli, l'équipe di Chirurgia Vascolare dei Pellegrini e dell'Ospedale del Mare, ha effettuato un intervento innovativo, il primo in Italia, di chirurgia rigenerativa, utilizzando una combinazione di micro innesti tissutali arricchiti con fattori di crescita (CGF). L'intervento è stato eseguito nella nuova struttura ospedaliera su un paziente di 51 anni, che era destinato all'amputazione maggiore ad entrambi gli arti per le complicanze del diabete.

L'aspetto rivoluzionario dell'operazione è che il paziente è sia donatore che ricevitore. La metodica consiste infatti nel prelievo di un frammento cutaneo generando frammenti microscopici di tessuto ricchi di cellule staminali, che durante lo stesso intervento chirurgico, vengono posizionati sulle zone danneggiate. Inoltre in questo caso per la prima volta sono stati utilizzati insieme anche i fattori di crescita (CGF) ottenuti dal prelievo di sangue dello stesso paziente.

Questi ultimi sono necessari per ricreare un microambiente capace di nutrire i micro innesti e di reclutare ulteriori cellule indifferenziate orientandole alla replicazione cellulare e quindi al loro differenziamento. I fattori di crescita a livello locale rappresen-



tano un primo e potente segnale rigenerativo e l'utilizzo di queste due metodiche combinate, ha permesso al sig. D.V. di evitare l'intervento di amputazione maggiore di entrambi gli arti. All'Ospedale del Mare sarà attivo un ambulatorio per la cura del piede diabetico ed uno per la cura delle lesioni dif-

ficili, nati dalla collaborazione tra Francesco Pignatelli, responsabile UOC di Chirurgia Vascolare dei Pellegrini e dell'Ospedale del Mare, Vincenzo Nuzzo, responsabile reparto malattie endocrine e del ricambio ed Ernesto Grasso, responsabile della UOC di Medicina.

Nuova ginecologia al San Leonardo

CASTELLAMMARE DI STABIA – E' sto lo stesso presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca a inaugurare il nuovo reparto di Ginecologia e la nuova strumentazione Tac dell'Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia. Il reparto di neonatologia è stato arricchito dalla terapia intensiva neonatale, l'unica presente nella Asl Napoli 3 Sud. Dopo anni di tribolazioni, sono stati

finalmente realizzati gli interventi di ristrutturazione da tempo richiesti, con nuove dotazioni di attrezzature ad alta tecnologia.

Il reparto di ostetricia dell'ospedale stabiese ha l'indice regionale più basso di parti cesarei e consente di praticare il parto in acqua e partoanalgesia, quello di neonatologia, invece, è stato arricchito dall'apertura della terapia intensiva neonatale (Tin). «Abbiamo recuperato ritardi storici e realizzato qui a Castellammare un presidio pieno di eccellenze e di professionalità, che ora può contare e conterà sempre di più su strutture e attrezzature moderne e di qualità», ha detto il Presidente De Luca.

Cronicità e territorio, via libera a 349 progetti

NAPOLI - La Campania ha selezionato 349 progetti che saranno finanziati con quote del Fondo sanitario nazionale per realizzare obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, previsti dal Piano sanitario nazionale. Si tratta di fondi vincolati in base alla legge n.662 del 1996, e che secondo un accordo Stato-Regioni del 2015 le Regioni possono utilizzare presentando progetti e scegliendo fra le linee di attività individuate. Obbligatoria, per la sua funzione strategica, la presentazione di progetti con risorse riguardanti cure palliative e terapia del dolore, sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; e supporto al Piano nazionale di prevenzione.

La dote della Campania, (secondo il riparto 2014, 2015, 2016) è di circa 353,7 milioni, di cui: 81,7 per la gestione della

cronicità; 78 mln per la prevenzione; 62,6 per l'assistenza primaria; 35,5 per le cure palliative, la terapia del dolore e l'assistenza domiciliare; 11 milioni per lo sviluppo dei processi di umanizzazione. Alle reti oncologiche sono destinati 84,7 milioni. Per facilitare la realizzazione dei piani è prevista l'erogazione anticipata del 70% delle risorse. I progetti sono stati valutati da una commissione istituita sette mesi fa. Complessivamente le Aziende sanitarie hanno presentato 398 documenti inerenti cure primarie in integrazione ospedale territorio; umanizzazione di processi assistenziali in contesto di prevenzione, cura e riabilitazione (finalizzati anche alla previsione del rischio clinico e delle liste d'attesa); sviluppo della terapia del dolore e cure palliative in continuità ospedale territorio; le varie tappe della cronicità



in età pediatrica e adulta dalla genetica al PDTA, attraverso percorsi in rete informatizzati, multidisciplinari e multidimensionali, nei vari setting assistenziali. Altri progetti riguardano l'implementazione delle articolazioni della Rete oncologica campana e il piano di prevenzione.

NAPOLI - "Dentro il Silenzio". E' il titolo della pellicola girata all'interno dell'ospedale pediatrico Santobono, presso l'Unità di Chirurgia protesica della sordità. Il film, che sarà protagonista al Giffoni Film Festival nella sezione Gex, racconta il dramma familiare della sordità. L'idea originale è di Antonio della Volpe, re-

L'Aorn Santobono al Giffoni Film Festival

Sondelli, la pellicola ha ricevuto il patrocinio dell'Unicef, del Comune di Napoli e dell'Aorn Santobono-Pausilipon. E' la storia di

sponsabile dell'Unità di Chirurgia protesica della Sordità del Santobono e di Lucio Allegritti, direttore della società di produzione cinematografica Aquila Film. Scritto e diretto da Pino

due gemelli che a 3 anni perdono l'udito e, a causa di questa condizione, l'intera famiglia precipita nel caos. Il ricorso all'impianto di un orecchio bionico presso il Santobono garantirà ai due bambini una crescita "normale" e alla famiglia un ritorno alla serenità. "La sordità infantile oltre a rappresentare un grave handicap per il bambino, può diventare un vero terremoto per l'intera famiglia. - ha detto il direttore dell'Unità di Chirurgia protesica della sordità Antonio della Volpe - nella pellicola si racconta di questo e si narra come, grazie all'impianto di un orecchio bionico, i bambini escano fuori dal silenzio e la famiglia lentamente torni alla normalità".



**Ospedali
e territorio**

Un camper sanitario per l'assistenza ai senza fissa dimora



CAMPANIA – Da un'intesa tra la Regione Campania e la Curia arcivescovile di Napoli nasce l'iniziativa per l'assistenza in strada ai senza fissa dimora. A curare tecnicamente l'iniziativa sarà l'Asl Napoli 1 Centro con un camper, una unità mobile, dotato di presidi sanitari moderni ed adeguati alle cure primarie. L'accordo prevede la messa a disposizione di un'unità mobile attrezzata per fare analisi mediche e valutare le condizioni di salute dei clochard. "Collocheremo il camper sul territorio sulla base delle segnalazioni delle parrocchie". Così il presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, nel corso della conferenza stampa di presentazione del camper presso la Basilica Santa Restituta del Duomo a Napoli.

Nel corso della cerimonia inaugurale, il cardinale Crescenzo Sepe, ha benedetto il camper dell'Asl. "C'era un vuoto che andava colmato - spiega il cardinale Sepe - tra le tante attività che si svolgono in favore di queste persone che sono gli ultimi degli ultimi. Quando le ho incontrate, anche di notte, mi hanno più volte segnalato che oltre al cibo e al latte caldo è fondamentale essere anche curati e tanti mi hanno detto che non sanno a chi rivolgersi per avere un'assistenza medica". "Abbiamo trovato nella Regione un partner formidabile - aggiunge Sepe - che ha messo a disposizione questa autoambulanza con medici e infermieri, mentre noi provvederemo attraverso tutta l'organizzazione capillare delle parrocchie e

dei movimenti a sensibilizzare i senza dimora a farsi curare. Cosa non facile". Il camper all'inizio sarà sul sagrato del Duomo e poi girerà per i quartieri. Già sono stati individuati sei siti. Poi si allargherà a tutta la diocesi. il camper è stato acquistato dall'Asl ex novo appositamente per questo progetto. Sarà garantita un'assistenza di 6 ore al giorno: dalla 16.30 alle 22.30. "E' un modo di avviare i casi che dovessero risultare più rilevanti verso un percorso di cura impegnativo - aggiunge De Luca -, attrezzeremo l'Ascalesi per questo e per monitorare le varie situazioni nei quartieri. Noi garantiamo sempre la presenza di un medico e di un infermiere in una struttura mobile che sarà impegnata per 36 - 40 ore a settimana".

NAPOLI - "Dal mese di settembre i tre acceleratori lineari e il Cyber Knife del Pascale funzionano dalle 8 alle 20. Macchinari accesi anche il sabato mattina. Questo vuol dire che tempo un mese e la radioterapia del più grande Istituto oncologico del Mezzogiorno non avrà più liste d'attesa".

E' quanto si legge in una nota dell'Istituto nazionale tumori Fondazione G. Pascale di Napoli. "Grazie allo sblocco del turn over e delle assunzioni, che ha consentito 110 contratti di infermieri a tempo indeterminato, dal primo ottobre tutte le sale operatorie funzioneranno dalle 8 del mattino alle 20 di sera, tutti i giorni, e in casi straordinari anche il sabato mattina. Questo vuol dire che entro Natale le liste d'attesa subiranno un signi-

Pascale, radioterapia anche il sabato



ficativo abbattimento - continua la nota - Questo risultato, si spiega, "si e' reso possibile grazie all'assunzione di tecnici radiologi e di infermieri". Dai primi di settembre, infine, e' stato raggiunto il traguardo piu' alto: far lavorare le macchine dalle 8 alle 20 e il sabato mattina", continua la nota. "Credo che ci troviamo dinanzi ad una svolta - dice il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi - resa possibile grazie all'incremento di tecnici e infermieri e di questo ringrazio il presidente della Giunta Regionale, Vincenzo De Luca, che ha sbloccato le assunzioni. Un grazie lo devo anche a quanti hanno contribuito a questo straordinario risultato: il personale tutto dell'Istituto e le forze sindacali che hanno condiviso queste traiettorie di sviluppo".

Asili nido aziendali e ludoteche in tutti gli ospedali

NAPOLI - La Regione Campania ha accolto le prime richieste per realizzare asili nido aziendali e ludoteche in tutti gli ospedali della Regione. Nei prossimi mesi partirà la fase di sperimentazione che, secondo le stime, sarà conclusa nell'arco di un anno e mezzo, partendo concretamente con l'apertura degli asili nel 2018. I primi progetti partiranno in tre aziende ospedaliere, due napoletane, Cardarelli e Ospedale del Mare, e una salernitana, San Giovanni di Dio, Ruggi D'Aragona.

Le risorse sono già a disposizione della Regione, sono fondi ordinari per la conciliazione della vita familiare con la vita lavorativa, gestite dall'assessorato alla Formazione e Pari opportunità, e ammontano a circa un milione e mezzo di euro. Nei prossimi giorni saranno definiti i decreti di ammissione a finanziamento. Successivamente i servizi saranno affidati a società esterne con una procedura a evidenza pubblica.

Il servizio accoglierà sia i figli dei dipendenti degli ospedali sia i bambini di coloro che devono recarsi in ospedale per prestazioni sanitarie oppure per visitare parenti o conoscenti ricoverati, con un servizio di "baby stop". L'obiettivo è sostenere e favorire la genitorialità e la conciliazione dei tempi famiglia e lavoro. «È un progetto che nasce dalla volontà di offrire alle famiglie maggiori servizi per i propri figli, con maggior bilanciamento tra famiglia e lavoro, venendo incontro soprattutto alle esigenze delle donne - spiega l'assessora alle pari opportunità, Chiara Marciani - e garantendo inoltre l'evoluzione del bambino in un contesto che faciliti l'attività lavorativa delle mamme ed il rapporto naturale con



i figli». Il progetto a cui si sta lavorando prevede che ogni struttura debba offrire servizi per bambini di età compresa tra 0 e 3 anni e, oppure, per bambini da 3 a 12 anni, con un orario di apertura utile a coprire fino a due turni di lavoro. Gli spazi destinati a asilo nido o ludoteca saranno pronti ad accogliere dai 20 ai 50 piccoli utenti.

La fase sperimentale servirà anche a comprendere come proseguire l'erogazione del servizio, se si potranno attingere risorse aggiuntive, anche europee, per estendere l'iniziativa al resto delle aziende ospedaliere campane e se oltre alle aziende ospedaliere si potrà ipotizzare l'apertura di asili nido o ludoteche anche in altri tipi di strutture sanitarie in cui vi è non solo presenza di personale dipendente ma anche afflusso di pubblico con tempi di permanenza e attesa prolungati.

Ospedale di Nola, attive le nuove sale operatorie

Ag. AGI- Sono attive le nuove sale operatorie al primo piano dell'ospedale di Nola, nel Napoletano, al centro di un 'caso' nei mesi scorsi perché un picco di affluenza al pronto soccorso aveva fatto sì che alcuni pazienti fossero sdraiati per terra.

Una foto postata sul web aprì una inchiesta dell'Asl conclusa senza sanzioni per i medici, costretti a operare in condizioni di emergenza sia per la psicosi da influenza sia per la mancata consegna di alcune strutture in cui erano in corso lavori.

Superate le difficoltà connesse alla

nuova organizzazione, le nuove strutture ora consegnate consentiranno di ampliare l'attività chirurgica e riqualificare l'offerta. In questo quadro l'unità operativa di Ortopedia avrà la possibilità di incrementare gli inter-

venti e raggiungere l'obiettivo di operare la frattura del femore nelle 48 ore. Altri sono gli interventi disposti dalla direzione generale Asl Napoli 3 Sud per dare un ulteriore impulso alla riqualificazione del plesso ospedaliero di Nola.

Sono in fase avanzata i lavori di adeguamento del Nido per offrire ai piccoli pazienti e alle mamme standard alberghieri elevati; così come entro l'anno verranno completati gli interventi di adeguamento del terzo piano dove verrà allocata l'Ortopedia e saranno aumentati i posti letto per il reparto di Medicina. (

Ospedali e territorio

Maresca, via al restyling



TORRE DEL GRECO - Un pronto soccorso nuovo di zecca e soprattutto un importante primo passo verso l'annunciato rilancio dell'ospedale Maresca, presidio sanitario che serve una popolazione di oltre 300 mila abitanti.

Sono partiti i lavori nell'area di primo intervento del nosocomio di via Montedoro: tempo trenta giorni e il pronto soccorso avrà un volto totalmente diverso rispetto a quello attuale. Per i lavori di adeguamento sono stati stanziati dalla Regione 130mila euro: serviranno a rimettere a nuovo la pavimentazione, a dotare l'impianto di nuovi lettini e barelle, oltre che di moderna strumentazione. Previsto anche un collegamento degli ambulatori tramite la realizzazione di un varco ad hoc. Per non interrompere le pre-

stazioni di emergenza e urgenza, gli interventi di ristrutturazione saranno divisi in due tranche da 15 giorni. L'opera di rilancio avviata per l'ospedale torrese prevede il rilancio della cardiologia (è già partito l'avviso pubblico per procedere al reclutamento degli specialisti); della radiologia (concorsi e avvisi di mobilità hanno consentito di reclutare il personale necessario. In più, ultimati i lavori per il pronto soccorso, toccherà mettere mano alla risistemazione delle sale operatorie della Gastroenterologia, per i quali sono stati stanziati 450mila euro, in attesa del reparto che avrà 16 posti letto. Ma forse la novità più importante viene dall'annunciata partenza dell'ambulatorio per l'obesità infantile, che consentirà al Maresca di aprire nuovamente le porte ai piccoli degenti.

S.M. Capua Vetere Città cardioprotetta



S.M.CAPUA VETERE - E' tutto pronto, il progetto 'Città cardioprotetta' è ormai cosa fatta. Deve ancora completarsi l'ultima fase, quella relativa alla formazione dei cittadini che hanno presentato richiesta al Comune per il corretto utilizzo dei defibrillatori semiautomatici che saranno poi posizionati da ottobre nelle diverse zone del territorio comunale. La città, fa sapere l'amministrazione, ha risposto in maniera positiva: sono state circa trenta le disponibilità pervenute al Comune da parte dei commercianti e degli operatori interessati a prendere parte al corso abilitante. Così prende vita la 'Città cardioprotetta'. Alla fase di formazione, oltre agli operatori commerciali e delle attività delle aree interessate, prenderanno parte anche un numero significativo di vigili urbani in servizio sul territorio. Complessivamente, in questa prima fase, saranno circa quaranta gli operatori formati attraverso il corso promosso dall'amministrazione comunale. Nel mese di ottobre saranno installati i primi defibrillatori semiautomatici in città. La città cardioprotetta prevede due fasi parallele e convergenti: l'installazione di defibrillatori semiautomatici in appositi totem o protezioni debitamente allarmate in determinate aree della città e il contemporaneo svolgimento di un coreo abilitante teso ad impartire le nozioni essenziali per il corretto utilizzo di tali attrezzature.

Maddaloni: due ospedali, una sola organizzazione

CASERTA - - Rivoluzione dirigenziale all'ospedale di Maddaloni: lascia il direttore sanitario titolare Vincenzo Negro. Al suo posto subentra, anzi ritorna, Mario Borrelli, che dovrà guidare il complicato processo di «organizzazione complementare» tra i nosocomi di Maddaloni e San Felice a Cancello. Ma soprattutto di far decollare a Maddaloni i servizi di cardiologia, neurologia, urologia e lungodegenza riabilitativa. A San Felice invece si attende, tra i tanti servizi, il decollo di quelli di oncologia medica. Quasi subito, i due presidi dovrebbero vedere quasi raddoppiare i posti letto. Restano invariati i servizi di terapia intensiva, ambulatoriali e di oculistica. Unificati i reparti affini: ortopedia e chirurgia condivideranno complessivamente 14 posti letto. Le rispettive unità infermieristiche dovranno garantire 12 ore di servizio in Pronto Soccorso.



Riduzione per Medicina e Pneumologia: rispettivamente con 15 e 5 posti letto. Anche qui, il personale infermieristico superstito dovrà garantire due turni di 24 ore con l'ag-

giunta dell'ausilio al Pronto Soccorso. I pazienti in esubero (afferenti ad un bacino di interprovinciale di quasi cento mila abitanti) saranno dirottati su altri nosocomi.

Via libera al Garante regionale dei disabili



NAPOLI - Il provvedimento è stato votato in Consiglio regionale con 33 voti favorevoli su 33 votanti.

Il Garante per i diritti della disabilità si farà promotore di azioni per assicurare il pieno rispetto della dignità e dell'autonomia delle persone con disabilità e programmi per agevolare l'accessibilità ai servizi e all'istruzione, nonché interventi per eliminare tutte le barriere architettoniche e comunicative. Il Garante non solo dovrà avere il ruolo previsto dalla legge, ma dovrà anche avviare un'opera di sensibilizzazione su un tema delicato ed importante che riguarda la vita stessa dei disabili e la società.

lità ai servizi e all'istruzione, nonché interventi per eliminare tutte le barriere architettoniche e comunicative. Il Garante non solo dovrà avere il ruolo previsto dalla legge, ma dovrà anche avviare un'opera di sensibilizzazione su un tema delicato ed importante che riguarda la vita stessa dei disabili e la società.

Asl Benevento, cambio al vertice



BENEVENTO - È Chiara Di Biase il nuovo direttore amministrativo dell'Asl di Benevento, dipendente a tempo indeterminato dell'ospedale «San Giuseppe Moscati» di Avellino, con la qualifica di direttore dell'Unità Complessa Affari Legali. Nata a Napoli e residente a Sant'Antimo, la Di Biase, classe 1972, laureata in giurisprudenza, è subentrata a Mario Florenza che, fino a metà giugno, aveva ricoperto il ruolo di direttore amministrativo

Ospedali e territorio

Telese, riapre il poliambulatorio

TELESE - Dopo cinque anni i circa sessantamila utenti del distretto sanitario di Telese (18 comuni sanniti) potranno fruire di nuovo dei servizi sanitari pubblici. Ha ripreso a funzionare dai primi di agosto il nuovo Poliambulatorio di via Massarelli. La struttura completamente rinnovata ospiterà gli ambulatori specialistici di Cardiologia, Oculistica, Neurologia, Dietologia, Otorinolaringoiatria, Fisiatria, Geriatria, Medicina dello sport e un punto prelievi per il Laboratorio analisi. A regime, il poliambulatorio sarà dotato anche di un centro diabetico altamente specializzato. Al taglio del nastro c'erano il Presidente della



Regione Vincenzo De Luca, il sindaco di Telese Terme, Pasquale Carofano; il direttore generale dell'Asl di Benevento, Franklin Picker; l'assessore regionale alle Pari Opportunità, Chiara Marciari e il consigliere regionale, Erasmo Mortaruolo.

Piano contro il tabagismo Ora è legge in Campania

La proposta contro il tabagismo è legge in Campania grazie al voto favorevole di tutte le forze politiche. Il testo integra le leggi nazionali con l'obiettivo di ridurre il numero di fumatori attivi, il numero degli esposti al fumo e gli effetti sull'ambiente causati dagli scarti di fumo.

E' previsto un Piano regionale triennale per la lotta al tabagismo che prevede interventi per la prevenzione, l'assistenza ai fumatori per la disassuefazione, la tutela dei non fumatori, il rispetto della normativa antifumo, interventi di prevenzione e azioni di formazione e informazione sui danni causati dal fumo, obblighi dei datori di lavoro per la tutela della salute dei non fumatori nelle strutture pubbliche e private, misure per la tutela dell'ambiente dei luoghi pubblici e di aggregazione con l'adozione di appositi raccoglitori e la promozione dell'uso di posacenere personali per minimizzare l'impatto causato dagli scarti di fumo.

La novità più rilevante di questa legge sarà il piano regionale triennale per la lotta al tabagismo per programmare e finanziare campagne di informazione e di supporto alla disassuefazione dal tabagismo e, nelle strutture sanitarie, l'estensione dei divieti antifumo alle aree aperte limitrofe agli accessi e percorsi sanitari per salvaguardare la salute dei pazienti.

La priorità adesso sarà dare impulso ad attività di prevenzione e di educazione ai corretti stili di vita e rafforzare i programmi delle Asl sul contrasto al fenomeno, tenendo conto dei nuovi e innovativi sistemi di riduzione del rischio. Prevenzione, controllo e riduzione del rischio sono elementi che incideranno, tra l'altro, sulla sostenibilità del sistema sanitario in Campania.

Rummo Medicina nucleare e polo oncologico

BENEVENTO - Sul tavolo del Commissario alla Sanità Vincenzo De Luca c'è la richiesta per ottenere l'introduzione della medicina nucleare e l'integrazione delle prestazioni in campo oncologico tra l'ospedale «Rummo» e il «Sant'Alfonso Maria de' Liguori» di Sant'Agata dei Goti. Una richiesta firmata dal Direttore generale dell'azienda ospedaliera, Renato Pizzuti. Ad oggi, il Rummo di Benevento è l'unico ospedale in Campania a non erogare questo tipo di servizio, importantissimo soprattutto per i pazienti oncologici, costretti a lunghi spostamenti fuori provincia per effettuare indagini oncologiche, oppure devono rivolgersi a strutture private.

Enrico Coscioni nel Cda Agenas

NAPOLI - Enrico Coscioni, consigliere per la sanità del presidente della Giunta regionale della Campania, Vincenzo De Luca entra nel consiglio d'amministrazione dell'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali), l'ente pubblico nazionale non economico, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari. Coscioni entra nel board come rappresentante indicato dalle Regioni. Classe 1961, Coscioni è cardiocirurgo e docente a contratto presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli studi di Salerno.

Vaccini ok, copertura al 95%

NAPOLI - La Campania ha raggiunto gli obiettivi fissati sul versante dei vaccini. In pochi mesi infatti si è raggiunta la quota del 95 per cento di bambini vaccinati nelle diverse province. "Per le scuole dell'infanzia e gli asili nido abbiamo avuto qualche criticità, ma al di là di qualche fila lunga, per le vaccinazioni tutto ha funzionato alla perfezione", ha detto il governatore della Campania Vincenzo De Luca. "Altro che caos - ha evidenziato - Abbiamo recuperato il ritardo del passato".

LOTTA ALLA SEPSI



A
300

ALL'ORA

WORLD
SEPSIS
DAY

Iniziativa promossa dal

GRUPPO DI STUDIO INFEZIONI E SEPSI SIAARTI
(Società Italiana di Anestesia, Analgesia,
Rianimazione e Terapia Intensiva)

SEPSI
CONOSCERE
CURARE
PREVENIRE

21 settembre Giornata mondiale Alzheimer

Riconoscere i sintomi

