

NapoliSana Campania

**NURSING
RESEARCH**

Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

Gli infermieri di Napoli nella rete internazionale della ricerca scientifica

CONVEGNO A NAPOLI
**Jean Watson e la teoria
dello Human Caring**

Servizio a pag. 33



NOTIZIE DALL'ORDINE
**Infermiera napoletana
nel direttivo Ivas**

Servizio a pag. 34



12 | **MAG** | **20**
GIO | **18**

**GIORNATA
INTERNAZIONALE
DELL'INFERMIERE**



L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Caro Governo, meno sprechi e più infermieri

La metà degli italiani pensa che gli infermieri siano pochi. Ed è una considerazione che vale sia per le cure in ospedale, sia per il territorio. Un paziente su quattro segnala poca assistenza e disponibilità all'ascolto rispetto al passato (in meno di dieci anni si sono perse 12,031 unità lavorative) e più di uno su tre vorrebbe maggiore integrazione con le altre figure sanitarie. Soprattutto sul territorio (Asl, ambulatori, servizi territoriali) i cittadini chiedono soluzioni che promuovano la figura dell'infermiere nella vita quotidiana. Vorrebbero essere assistiti da un infermiere in farmacia (65,5%); poter disporre di un infermiere di famiglia/comunità (78,6%); avere la possibilità di consultare un infermiere esperto per il trattamento di ferite/lesioni cutanee (86,1%); ma anche uno a disposizione nei plessi scolastici per i bambini e per i ragazzi che ne potrebbero avere bisogno (84,1%). Insomma, l'infermiere è popolare presso gli utenti e lo si vorrebbe più vicino, a portata di telefono o da vicino (farmacia, territorio, famiglia). Sono i dati emersi da un'indagine promossa dall'Osservatorio civico costituito da Cittadinanzattiva e Federazione nazionale delle professioni infermieristiche che pubblichiamo in questo numero del giornale. Non è un caso. In Italia ci sono molto meno infermieri della media Ocse (5,4 per mille abitanti contro la media di 9). E da un'analisi della Federazione, si calcola che per far fronte al bisogno di salute sul territorio delle persone con patologie croniche e non autosufficienza servono almeno 31 mila infermieri (uno ogni 500 persone con queste caratteristiche, che in Italia sono oltre 16 milioni). Analogamente in ospedale, per far fronte alle carenze create dalle manovre legate a tagli e risparmi e per rispettare i parametri dettati dalle norme europee su turni e orari di lavoro, servono almeno altri 21 mila infermieri, ricomponendo anche le carenze create dai vari blocchi del turn over. La proiezione con questo andamento è quella di un fabbisogno al 2021 di ben 63.000 infermieri che mancheranno all'appello.

Nello stesso momento, il 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale presentato dalla Fondazione Gimbe ci consegna un'immagine non proprio rosea

del nostro sistema salute. Quel 2° posto assegnato all'Italia dall'Oms nella classifica internazionale dei sistemi sanitari (Oms 2000, con dati 1997) è ormai archeologia sanitaria. Come pure obsoleto è quel 3° posto nella classifica Bloomberg che mette in relazione l'aspettativa di vita con la spesa sanitaria pro-capite, per cui meno spendiamo più scendiamo la classifica, visto che la longevità dipende soprattutto da altre ragioni. Il sistema salute Italia, così come nasce dalla riforma dell'83, universalistico, equo e sostenibile, non è più così. E rischia molto. La verità è che dal 2000 in poi si è assistito ad un progressivo defianziamento del Ssn a causa del quale, l'Italia continua inesorabilmente a perdere terreno nel confronto con gli altri paesi, con una spesa pro-capite inferiore alla media Ocse e sempre più vicina ai paesi dell'Europa Orientale. E per il futuro, se non cambiano le politiche del welfare, nessuna luce appare in fondo al tunnel. Il Def (Documento economico finanziario del governo) 2018 riduce il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2018 al 6,4% del 2019, al 6,3% nel 2020 e 2021. E non è un caso se circa 7 milioni di italiani nel frattempo si sono indebitati per pagarsi le cure. Nel periodo la 2013-2017 la spesa privata è aumentata del 9,6%. Il rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute presentato al "Welfare Day 2018" stima che nell'ultimo anno 44 milioni di italiani hanno speso soldi di tasca propria per pagare prestazioni sanitarie.

E allora. Alla luce di dati e cifre. Possiamo solo dire: Caro Governo, serve un cambio di rotta. Una spending review va bene, ma sugli sprechi e sulle inefficienze. Per il 2017, su 113,599 miliardi di spesa sanitaria pubblica la stima di sprechi, inefficienze, frodi e abusi è di 22,72 miliardi poco più del 20 per cento). Già con questa cifra un cambio di passo è possibile. Ed è possibile recuperare i tanti cittadini che oggi si affidano alla sanità privata per superare liste d'attesa, caro ticket, mancate risposte sul territorio. Ma c'è bisogno di un cambiamento strutturale, in termini di modelli organizzativi innovativi; sulla gestione delle risorse umane e nell'organizzazione del lavoro. Insomma una sanità che valorizzando le competenze degli infermieri, l'autonomia degli infermieri, punti ad una razionalizzazione delle risorse in campo e per questa via ad una lotta agli sprechi e a investimenti sulle risorse umane ormai ridotte a luccino. Solo così salviamo un sistema sanitario che così com'è è destinato a scomparire.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli

ANNO XXIV- N. 2 - GIUGNO 2018

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

Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Coordinamento Comitato Scientifico

Teresa Rea

Comitato Scientifico

Margherita Ascione, Florinda Carcarino, Maria Rosaria Esposito, Giampaolo Gargiulo, Assunta Guillari, Antonella Mottola, Nicola Serra, Silvio Simeone.

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Giovanna Annese, Anna Buonocore, Angela Capuano, Michele Carbone, Tonia De Crescenzo, Dario De Martino, Valerio Dimonte, Lorenza Garrino, Assunta Guillari, Cristina Mentone, Irene Motta, Peppe Papa, Franca Sarracino, Silvio Simeone, Pippo Trio, Inga Ventimiglia.

Editore, direzione e redazione: **Opi - Napoli**

Via Santa Maria di Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,
Tel. 081 440140, Fax 081 0107708

e-mail: info@opinapoli.it - web: www.opinapoli.it

pec: napoli@ipasvi.legalmail.it

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

**Caro Governo,
meno sprechi
e più infermieri**

di **Ciro Carbone**

6 Giornata Internazionale dell'Infermiere

**Gli infermieri di Napoli
nella rete internazionale
della ricerca scientifica**



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Giornata Internazionale dell'Infermiere

Ricerca infermieristica, formazione e nuovi modelli organizzativi

di Pino De Martino

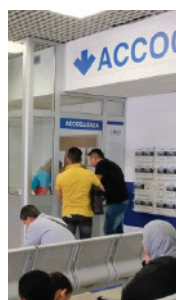
9

12 Politica sanitaria

Gli infermieri sono pochi. Lo dicono anche i cittadini

Un'indagine promossa dall'Osservatorio civico di Cittadinanzattiva e Federazione nazionale delle professioni infermieristiche svela la percezione dei cittadini nei confronti della professione infermieristica.

di Pippo Trio



14 Politica sanitaria

Intanto vola la spesa per la sanità privata

Secondo lo studio del Censis, l'out of pocket toccherà quest'anno il record di 40 miliardi.

di Pepe Papa

14

15 Politica sanitaria

La Federazione scrive a Governo e Parlamento

Lettera al nuovo esecutivo: ecco le richieste degli infermieri Nel 2021 fabbisogno a 63mila infermieri. Più equilibrio nel rapporto tra i professionisti e sviluppo delle competenze.

di Pepe Papa



17 Rapporto GIMBE

Come ti salvo il servizio pubblico riducendo gli sprechi

Nino Cartabellotta: "Manca un preciso disegno per salvaguardare la sanità pubblica".

di Dario De Martino



18 Politica sanitaria

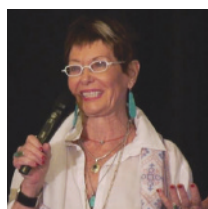
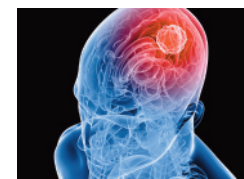
Giulia Grillo: "Qui una sanità in affanno"

di Anna Buonocore

19 NSC Nursing

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 19/31



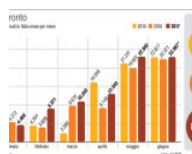
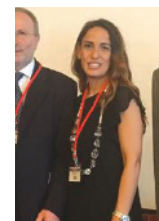
33 Notizie dall'Ordine

Jean Watson e la teoria dello Human Caring. Una conferenza di richiamo internazionale

34 Notizie dall'Ordine

Infermiera napoletana nel direttivo Ivas

Importante riconoscimento alla responsabile dell'Aipav



36 Dentro la professione

Migranti e salute: esperienza infermieristica in un centro di accoglienza



39 Ospedali e territorio



Gli infermieri di Napoli ricerca scientifica

Convegno a Napoli per celebrare la “Giornata mondiale dell’Infermiere”. Il Presidente Carbone annuncia: “La rivista Napolisana tra le pubblicazioni scientifiche”. Parterre d’eccezione con ricercatori, manager, presidi universitari, esponenti politici, medici e tanti iscritti all’Ordine. Il Sindaco De Magistris: “Avete grande professionalità, grande passione e grande cuore”.



nella rete internazionale della

Servizi a cura di **Pino De Martino**

La rivista Napolisana nell'indice mondiale delle pubblicazioni scientifiche. Con questa importante conquista gli infermieri di Napoli hanno celebrato con doppia soddisfazione la Giornata internazionale dedicata alla pro-

fessione. L'annuncio ufficiale è stato dato dal Presidente **Ciro Carbone** nel corso del convegno "**L'Ordine di Napoli tra ricerca e formazione**". Era emozionato. Lo si vedeva. Passeggia su e giù e muove nervosamente le labbra quando è in tensione. E il corridoio lastricato della Sala del Capitolo della Basilica di San Domenico Maggiore, Carbone l'ha misurato svariate volte. Certo il parterre era d'eccezione. E un filo d'emozione lo si è

colto anche sul viso di **Teresa Rea**, vice presidente Opi Napoli e moderatrice del convegno. Tra gli stucchi e gli affreschi del Fanzago erano presenti i maggiori esponenti della professione infermieristica campana e nazionale: la senatrice **Annalisa Silvestro**, le prof **Rosaria Alvaro**, **Lorenza Garrino** e **Jane Bryce**. I presidenti di Avellino, Benevento, Caserta, Salerno, Isernia, Matera. Ma anche manager, direttori generali e sanitari

(Giuseppe Matarazzo, Bruno Zuccarelli, per citarne alcuni). L'Università (Luigi Califano), le amministrazioni pubbliche. Con il Comune di Napoli super rappresentato dal Sindaco **Luigi De Magistris** e dalle assessore **Roberta Gaeta** (Politiche sociali) e **Alessandra Clemente** (Politiche giovanili). A rappresentare la Regione, la Consigliera **Antonella Ciaramella**.

I ringraziamenti di Carbone - "Sto arrivando il Sindaco", grida qualcuno dal fondo della Sala oramai strapiena. Solo in quel momento il Presidente Carbone si scioglie e dice: "Siamo qui per condividere con tutta la professione que-



sto enorme traguardo fermamente voluto dal gruppo dirigente dell'Ordine di Napoli. Abbiamo perseguito quest'obiettivo per anni. Ma non lo consideriamo un punto d'arrivo. E' un importante tappa di un percorso che, ne sono certo, ci porterà altre grandi soddisfazioni. Ringrazio voi tutti per essere qui, le autorità, gli amici. Ma soprattutto quanti hanno reso possibile tutto questo. Un team di colleghi, consulenti ed esperti bravi che ha lavorato sodo e con grande generosità".

L'endorsement del Sindaco - "C'è da fare una grande elogio agli infermieri napoletani per il grande risultato ottenuto. Considerando che a Napoli è tutto più difficile. Ma voi avete grandi professionalità, grande passione e grande cuore. E poi lavorare in condizioni difficili esalta le qualità individuali". Ha esordito così il Sindaco di Napoli Luigi De Magistris tra gli applausi della platea, intervenendo subito dopo il saluto di Carbone. Ma



tutto il suo intervento è stato apprezzato. "Gli infermieri svolgono un lavoro di prima linea, in contesti difficili, assumendo deci-

continua da pagina 7

sioni in condizioni complicate”, ha detto. “*E no dei mestieri più complicati, una missione*”. Al sindaco non è mancata la verve polemica, soprattutto nei confronti della Regione Campania, che però non cita mai: “*Noi al Comune veniamo tenuti fuori dalle programmazioni regionali. Un errore. Perché i sindaci sono tra la gente, ascoltano medici, infermieri, utenti, le persone che hanno bisogno di cure. Dovremmo essere ascoltati di più. Anche perché i sindaci sono responsabili della salute pubblica. Ma non può essere solo un’assunzione di responsabilità. Chiediamo di poter avere la possibilità di scegliere quando si prendono decisioni che poi incidono sulla salute dei cittadini*”.

L’Università forma eccellenze – Sono interventi appassionati quelli provenienti dal mondo accademico. A cominciare da quello pronunciato dalla Presidente del Corso di Laurea in infermieristica dell’Università Luigi Vanvitelli, **Eva Lieto**, intervenuta



anche a nome del Rettore, **Giuseppe Pao-
lisse**. Con il professor **Luigi Califano**, Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università Federico II di Napoli, la questione si sposta sul piano politico. Dopo gli auguri e i complimenti alla professione, parla dei giovani infermieri che la Federico Secondo prepara nel corso degli studi: “*Questi laureati che rappresentano delle eccellenze, vengono preparati al meglio delle nostre possibilità. E assicuro che la loro preparazione è di elevata qualificazione. Tanto è vero che vengono rapidamente assorbiti dal mercato. Il dramma è che noi investiamo cospicue risorse nel prepararli e poi li costringiamo ad emigrare per trovare un posto di lavoro. Allora, se veramente vogliamo investire in una sanità di elevata qualificazione e qualità professionale, la politica deve dare per prima cosa risposte a questo problema*”.

La politica e il welfare - Roberta Gaeta, assessore alle Politiche sociali del Comune di Napoli, ricorda di aver attivato un osservatorio sulla salute cui partecipano anche gli infermieri: “*Con l’osservatorio vogliamo portare avanti politiche di Welfare e di solidarietà. E in questo percorso abbiamo assolutamente bisogno dei rappresentanti di una professione che per vocazione e per tipicità di lavoro è quella che maggiormente s’interfaccia con chi ha bisogno di cure e con i cittadini*”. L’assessore Alessandra Clemente tocca la nota dolente delle aggressioni in corsia. “*Bisogna trovare tutti insieme una*



soluzione alle continue aggressioni, offese e violenze delle quali siete oggetto sempre più spesso mentre svolgete un lavoro delicato e impegnativo che richiede concentrazione e serenità d’animo. Meritate i complimenti da parte di tutti per l’impegno e la professionalità che approfondite nonostante tutto e per i vostri importanti traguardi raggiunti”. Sollecitata dal presidente Carbone (“*da dieci anni non si fanno concorsi per infermieri. Ci aspettiamo risposte da lei e da chi ha responsabilità in Regione*”) la consigliera regionale Antonella Ciaramella non dribbla la questione. “*La Regione Campania punta ad una sanità d’eccellenza. E le giuste cure dei pazienti non possono fare a meno di voi infermieri. Ne siamo consapevoli. E vogliamo essere quella regione che meglio di altre valorizza questa professione*”.



Messaggio in video della Presidente Barbara Mangiacavalli: “Con l’indicizzazione del giornale, da Napoli un importante contributo allo sviluppo scientifico della professione”. Annalisa Silvestro: “Celebriamo un grande strumento messo a disposizione della comunità professionale dall’Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli”. Gli importanti contributi delle relazioni scientifiche.

Giornata Internazionale dell’Infermiere

Ricerca infermieristica, formazione e nuovi modelli organizzativi



Mangiacavalli: “Grande traguardo verso lo sviluppo scientifico della professione”

“L’iniziativa sui temi scientifici promossa dagli infermieri di Napoli è insieme di grande interesse e di grande attualità. Soprattutto se messa in relazione, come è stato fatto, con il lavoro che l’Ordine di Napoli ha perseguito alacremente in questi anni. L’aver portato la rivista professionale di Napoli al pari delle pubblicazioni scientifiche internazionali, la prima del Mezzogiorno d’Italia, la seconda a livello nazionale, è un risultato strategico e importantissimo per la professione. Un traguardo straordinario che è frutto di anni di impegno e di lavoro. Un lavoro di metodologia, di scientificità. Fatto con accortezza e professionismo. I frutti e i meriti di questo impegno appassionato vanno interamente restituiti al Consiglio direttivo di Napoli che ha voluto perseguire questo traguardo e a tutti i metodologi, infermieri e non, che vi hanno lavorato. Ma cosa significa avere una rivista indicizzata? Significa far crescere e sviluppare la ricerca in Italia. Significa far crescere e sviluppare la capacità degli infermieri di pubblicare. Anche nella relazione programmatica della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, come Comitato centrale abbiamo indicato come elemento fondamentale la necessità di lavorare sull’Accademia. Certo non abbiamo bisogno di 450mila infermieri ricercatori. Ma abbiamo bisogno di 450mila infermieri che sappiano applicare e ben utilizzare le evidenze prodotte dal lavoro di ricerca. Cioè che sappiano applicare alla pratica clinica, ai nostri assistiti, quello che i nostri ricercatori ci mettono in evidenza come procedure scientifiche. Divulgare queste pratiche, attraverso la rivista, farle diventare prassi nella nostra attività quotidiana è fatto di fondamentale importanza per accrescere e favorire lo sviluppo di una professione intellettuale quale siamo”.

“La specificità operativa degli infermieri nel processo clinico e nell’attività assistenziale è anche correlato allo sviluppo della ricerca infermieristica e quindi di tutte quelle attività di studio tendenti ad estendere ed approfondire in modo sistematico le conoscenze disciplinari con intendimenti e metodi scientifici per incidere, modificare o ridefinire l’assistenza infermieristica alla persona”. Partendo da questo inciso, l’intervento della senatrice **Annalisa Silvestro** ha voluto mettere l’accento su un tema di grande rilevanza per la professione infermieristica: “La ricerca infermieristica a supporto dei modelli organizzativi innovativi”. Tutto ruota intorno ad una completa revisione dei principi che fin qui hanno dominato l’assistenza sanitaria in Italia, partendo da paradigmi medico centrici, e focalizzato sul sistema dell’offerta, piuttosto che sulle esigenze dei cittadini assistiti. Sulla revisione dei processi e dei ruoli

continua da pagina 9

organizzativi al fine di eliminare sprechi, tempi morti ed ottimizzare i flussi di lavoro. Sull'adozione di nuove formule di assegnazione logistica degli assistiti con particolare attenzione alle piattaforme, all'aggregazione dei pazienti per omogeneità di risposta assistenziale invece che per specializzazione clinica, all'intensità assistenziale e alla complessità delle cure. Sull'approccio strategico alla gestione delle risorse umane. Sull'utilizzo massiccio di tecnologie per la gestione dei flussi informativi e della comunicazione. Sullo sviluppo di sistemi in grado di "governare" sia le strutture verticali dell'organizzazione (i dipartimenti, i diversi Servizi sanitari e socio sanitari), sia i processi orizzontali di assistenza e cura intra ed extraospedalieri con focus sulla continuità assistenziale e sulla domiciliarizzazione dell'assistenza.

"In questa fase storica, ragiona la senatrice e past President Ipasvi - si è venuta affermando l'attenzione a tutto ciò che può contribuire alla sostenibilità del sistema salute da una parte e all'efficacia ed appropriatezza delle prestazioni e dei processi clinico assistenziale dall'altra". E poi grande *"rilevanza a percorsi e processi di studio e ricerca che, per quanto attiene l'infermieristica, devono evidentemente basarsi e procedere sulla scia di quella peculiarità disciplinare e muoversi nei diversi campi dell'attività infermieristica: nell'assistenza diretta alla persona, nella formazione dei professionisti. Ma è evidente che tale constatazione, dice la Silvestro, induce a riflettere sul fatto che aumentare la qualità assistenziale e rendere il Sistema salute più efficace ed efficiente, significa definire interventi che siano capaci di impattare sui processi organizzativi, cambiare le pratiche di lavoro, sviluppare i perimetri professionali, innovare le procedure operative, ridefinire i modi e i luoghi dell'assistenza, realizzare molteplici casi di studio sulle più diverse forme di innovazione organizzativa".* Anche in considera-



zione del fatto che "l'efficacia e l'efficienza del nostro sistema salute non dipendono solo dalla qualità e quantità delle risorse disponibili ma anche dal modo in cui lavoro, capitale e tecnologia vengono combinati nell'ambito di un modello organizzativo che non deve essere necessariamente nuovo, ma che può essere anche preesistente purché ridefinito nelle variabili che ne sostengono la struttura, le direttrici operative e i criteri gestionali. Fare ricerca in ambito organizzativo e portare la peculiarità del sapere e del sapersi organizzare degli infermieri è un obiettivo sfidante ma ineludibile non solo per i risultati da perseguire per gli assistiti ma anche per dare soddisfazione e motivazione

ai professionisti inseriti nelle Aziende e nelle Organizzazioni del sistema.

Ad oggi le rimodulazioni organizzativa o la sperimentazione di nuovi modelli organizzativo/gestionali si è mossa prevalentemente sulle logiche dell'aggregazione di strutture, di unità operative o di intere Aziende secondo il criterio dell'Area vasta o della mega Azienda oppure sul disegno e l'attuazione di modelli a base dipartimentale o nella differenziazione dell'offerta ospedaliera secondo il modello Hub & Spoke.

Ma ben poco si è visto e si legge su * rimodellizzazioni e revisioni dei processi produttivi professionali sulla *diversificazione dei ruoli organizzativi intermedi, sulla possibile maggiore appropriatezza derivante dall'inserimento *di funzioni specialistiche nei processi di cura ed assistenza sulla *ridefinizione dei percorsi e della rete assistenziale secondo i criteri dell'appropriatezza, dell'equità distributiva superando le ormai inefficienti standardizzazioni gestionali delle risorse con l'obiettivo reale e oggettivabile di sostenere il costante aumento della domanda sanitaria, della complessità dei processi, della sostenibilità del sistema.



Come dicevo non siamo all'anno zero, anzi, e anche la presenza di una dirigenza infermieristica preparata a raccogliere le sfide che si presentano quotidianamente nella realtà operativa, ricca dei legami con il mondo accademico e con il sapere e la scientificità decisionale che ne deriva, possono essere gli elementi vincenti per rimodulazioni o innovazioni organizzative interessanti ed importanti nei risultati e per la centralità dei bisogni e delle esigenze dell'assistito. Assistiamo ad un impegno che si struttura sempre di più e che trova diffusione ed interesse; l'impegno deve essere indubbiamente implementato anche in considerazione delle nuove sfide che attendono il nostro sistema salute.

Come organizzare i processi di cura ed assistenza in Ospedali sempre più tecnologici e orientati all'acuzie all'emergenza e alla forte specializzazione clinica a cui - auspichiamo - si dovranno affiancare le nuove e formalizzare specializzazioni infermieristiche; come organizzare, gestire e verificare i nuovi processi di lavoro nell'ambito dell'assistenza e delle cure primarie a cui accederà una popolazione sempre più numerosa e sempre più anziana oltre che necessitante di essere mantenuta nella maggiore autonomia possibile e formata per fruire di specifiche informazioni e aiutata ad acquisire e mantenere la consapevolezza del proprio stato di salute e giovare dell'autocura.

Ma ancora come dare gambe solide e modelli ben strutturati per l'assistenza nelle fasi finali della vita, nei percorsi di palliazione.

Quali modelli organizzativi e gestionali porre in essere e sperimentare per dare informazione, comunicazione agli assistiti facendo sì che tali rilevanti funzioni siano parte integrante del tempo di cura ed assistenza.

Come sostenere, se non attraverso la produzione di risultati suffragati da dati e metodologia scientifica la necessità di un

rimpinguamento delle risorse professionali e delle competenze dei professionisti infermieri e dei componenti dell'equipe assistenziale. Come incunearsi nella pianificazione delle cure prevista nelle legge 219/17 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" ed assegnata esclusivamente al medico.

E parimenti come e con quale modello inserirsi nella rilevazione dei bisogni di salute e nella elaborazione e attuazione del Piano di assistenza individuale nell'ambito delle cure primarie e quindi anche della domiciliarizzazione assistenziale, che nella nuova convenzione per la medicina generale vede indicata esclusivamente la figura del medico di medicina di base. Si evidenzia sempre di più, dunque, una necessità forte di innovare i modelli organizzativi che sostengono l'assistenza ospedaliera e ancora di più l'assistenza nell'ambito delle cure primarie e delle strutture intermedie tra ospedale e territorio.

Senza dimenticare la sempre più evidente necessità di rivedere profondamente il modello di erogazione dell'assistenza infermieristica a domicilio.

Alzando lo sguardo lungo queste direttrici di pensiero, oggi non possiamo che celebrare il grande strumento che viene messo a disposizione della comunità professionale dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli.

Celebriamo l'impegno, la volontà, la tenacia, le positive relazioni

con la rete universitaria, con la rete delle aziende ospedaliere e sanitarie e con l'insieme degli infermieri e degli altri professionisti sanitari. Impegno e volontà che forniscono agli infermieri e ai professionisti sanitari tutti un ulteriore luogo di studio e di approfondimento e che li stimola a guardare in alto e avanti per i cittadini assistiti e per la salvaguardia del nostro importante e solidistico Servizio sanitario nazionale.

Davvero un gran bel giorno per l'intera comunità infermieristica operativa nel nostro Paese!

Lorenza Garrino

La ricerca infermieristica e appropriatezza formativa



L'intervento intende sviluppare il tema dei rapporti tra Ricerca e Formazione a partire da un duplice interrogativo. Può essere la ricerca un valore aggiunto nella formazione? Possono i percorsi di formazione alla ricerca fornire un contributo allo sviluppo del pensiero e della pratica infermieristica oggi in Italia e in che termini la Ricerca può contribuire ad accrescere la riflessione e ad aumentare la consapevolezza dei professionisti del loro agire quotidiano nelle cure? Esaminando la situazione attuale vediamo che la ricerca può prendere diverse vie e che queste vie possono colloquiare tra loro. C'è una ricerca che tende a dimostrare, spiegare e una ricerca che tende a comprendere i fenomeni. Tutto dipende dalla domanda di ricerca che ci si pone inizialmente. Nell'intervento verrà approfondito il tema della ricerca qualitativa che è considerata un vero "imperativo umanistico" per la professione. Conoscere la letteratura di ricerca qualitativa e cimentarsi in progetti di ricerca che utilizzano questo approccio rappresenta una doppia ed avvincente opportunità per la crescita personale e professionale degli infermieri. Verranno presentate esperienze di ricerca pubblicate a livello nazionale ed internazionale a partire da ambiti legati alla cura e all'assistenza nella cronicità e nell'ambito delle Medical Education e Medical Humanities.



Politica Sanitaria

Un'indagine promossa dall'Osservatorio civico di Cittadinanzattiva e Federazione nazionale delle professioni infermieristiche svela la percezione dei cittadini nei confronti della professione infermieristica. Più infermieri in ospedale, ma soprattutto sul territorio. Promosso l'infermiere in farmacia e quello di famiglia. Undici proposte per migliorare l'assistenza infermieristica e per rafforzare il rapporto cittadini-infermieri.

Il cinquanta per cento degli italiani pensa che il numero di infermieri sia oggi insufficiente a garantire l'assistenza. Una considerazione che vale sia per le cure in ospedale, ma anche sul territorio. Sempre gli italiani reputano il lavoro degli infermieri positivo, ma temono anche che il tempo dedicato all'assistenza venga sempre meno (51,3%). Un paziente su quattro, infatti, segnala poca empatia e disponibilità all'ascolto rispetto al passato e più di uno su tre vorrebbe maggiore integrazione con le altre figure sanitarie. Soprattutto sul territorio (Asl, ambulatori, servizi territoriali) i cittadini chiedono soluzioni che promuovano la figura dell'infermiere nella vita quotidiana, vorrebbero essere assistiti da un infermiere in farmacia (65,5%), poter disporre di un infermiere di famiglia/comunità (78,6%), avere la possibilità di consultare un infermiere esperto in trattamento di ferite/lesioni cutanee (86,1%) ma anche uno a disposizione nei plessi scolastici per i bambini e ragazzi che ne potrebbero avere bisogno (84,1%).

Insomma, l'infermiere è popolare presso gli utenti e lo si vorrebbe più vicino, a portata di telefono o da vicino (farmacia, territorio, famiglia). Sono i dati emersi da un'indagine promossa dall'Osservatorio civico costituito da Cittadinanzattiva e Fede-

Gli infermieri sono pochi.

di Pippo Trio

razione nazionale delle professioni infermieristiche. Da questi dati sono emerse 11 proposte tese a migliorare l'assistenza infermieristica e a rafforzare il rapporto cittadini-infermieri.

Cittadinanzattiva Aceti - «L'Osservatorio rappresenta un'inedita opportunità di coinvolgimento e partecipazione delle Organizzazioni dei cittadini nelle politiche della professione infermieristica. Una possibilità unica all'interno del mondo delle professioni sanitarie, resa possibile grazie alla lungimiranza della Fnopi e alla sua volontà di mettere al centro delle proprie politiche professionali la tutela del diritto alla salute degli individui», ha detto Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva presentando l'iniziativa. «Oggi - ha aggiunto Aceti - consegniamo alla Federazione nazionale le 11 proposte, condivise con tutti gli attori, per il miglioramento dell'assistenza e il rafforzamento dell'alleanza tra cittadini e infermieri. Avanti tutta sull'umanizzazione delle cure, a partire da una maggiore atten-

zione al dolore e alle sofferenze inutili, il contrasto al minutaggio e alla burocratizzazione dell'assistenza. Priorità alla prossimità delle cure attraverso un rilancio dell'azione politica sulle figure dell'infermiere di famiglia e in generale degli infermieri impegnati nell'assistenza territoriale. E ancora: fondamentale qualificare l'assistenza, garantendo continuità e innovazione dei percorsi attraverso una maggiore valorizzazione delle competenze della professione e maggiore investimenti nel capitale umano».

La Presidente Mangiacavalli - «Quella dell'infermiere - ha aggiunto per la Fnopi, Barbara Mangiacavalli - è tra le professioni sanitarie più vicine ai cittadini e nel processo di offerta e di garanzia di salute la professione infermieristica ha un ruolo essenziale. Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri avranno un ruolo sempre più incisivo, basato sulla collaborazione sinergica con tutte le altre professioni sanitarie. La nostra professione ha come scopo il rap-



Lo dicono anche i cittadini

porto coi pazienti. È per noi un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il 'patto con i cittadini' che da anni ci caratterizza: è essenziale avere una relazione privilegiata con loro, per comprendere come ci vedono e come soddisfare i loro bisogni di salute. Il risultato dell'Osservatorio civico premia la professione per la stima dimostrata verso gli infermieri e per la consapevolezza che i cittadini hanno del nostro ruolo, ma fa anche da stimolo alla Federazione perché faccia di tutto perché sia potenziata l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio attraverso i canali del Servizio sanitario con l'obiettivo di supportare i più fragili e le loro le famiglie. Le proposte di Cittadinanzattiva - conclude Mangiacavalli - ricalcano il nostro programma per il prossimo triennio e molte necessità che l'Osservatorio ha sottolineato fanno parte delle richieste che pochi giorni fa abbiamo avanzato al nuovo Governo.

Il nostro obiettivo è lavorare con e per i cittadini, Ordine per Ordine e come Federazione. E a mettere in campo con associazioni di cittadini e pazienti tutti gli interventi per soddisfare i loro reali bisogni di salute».

Undici proposte per migliorare l'assistenza

Di seguito riportiamo le 11 proposte, condivise con tutti gli attori, per il miglioramento dell'assistenza e il rafforzamento dell'alleanza tra cittadini e infermieri. Dell'Osservatorio civico fanno parte Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLEC), Associazione Italiana Lotta all'Ictus Cerebrale (ALICE ITALIA ONLUS), Associazione per le Malattie Reumatiche Infantili (AMRI), Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera (ANIMO), Associazione Spina Bifida Italia (ASBI), Associazione Pazienti BPCO, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, Ordine Professioni Infermieristiche Roma, Gruppo Formazione Triage (GFT) e Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare (UILDM).

1) Promuovere la cultura dell'integrazione tra più professioni sanitarie, investendo su modelli organizzativi idonei a rispondere al meglio ai bisogni di cura e di assistenza del paziente.

2) Sfruttare appieno le opportunità della formazione professionale, spendendo in percorsi mirati (ma anche trasversali) che rendano l'infermiere "esperto" e "specializzato", in particolar modo dove l'ambito in cui opera lo richiede (es. cure primarie e servizi territoriali, area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, pediatrica e della salute mentale).

3) Praticare soluzioni che promuovano la figura del professionista nella realtà quotidiana della persona: l'infermiere a domicilio, l'infermiere di famiglia/comunità, l'infermiere all'interno di plessi scolastici e nelle farmacie dei servizi.

4) Riconoscere e valorizzare il ruolo dell'infermiere nell'ambito dell'uso delle tecnologie sanitarie sul territorio, riconoscendo allo stesso un ruolo attivo nell'erogazione di specifiche prestazioni (es. telemedicina, tele monitoraggio, teleconsulto) inserite nei percorsi assistenziali.

5) Lavorare sul ruolo proattivo degli infermieri riguardo alle cronicità ed altre situazioni di fragilità, rendendoli anche un anello di integrazione dei percorsi tra ospedale e territorio.

6) Laddove presente, superare la logica dei minutaggi assistenziali con un criterio già in uso in altri paesi europei e che definisce un rapporto numerico specifico tra paziente-infermiere (1:6, ovvero un infermiere ogni 6 pazienti).

7) Realizzare corsi di formazione che qualificano e incrementano il rapporto con la persona e che dedichino specifici moduli all'empowerment, all'umanizzazione delle cure, alla relazione e alla comunicazione e in particolar al tema del dolore (L.38/10) in collaborazione con le associazioni di cittadini e pazienti.

8) Valorizzare la professione infermieristica riconoscendo le competenze professionali all'interno dell'organizzazione dei servizi sanitari, adeguandone il governo.

9) Promuovere il co-design dei servizi sanitari insieme ai cittadini, aprendo una riflessione su come evitare gli "effetti collaterali" della tecnologia applicata al mondo della sanità.

10) Pianificare un'operazione di comunicazione pubblica congiunta (es. campagne di informazione nelle piazze) tra Cittadinanzattiva, associazioni di pazienti e FNOPI, organizzando eventi di prossimità allo scopo di far conoscere al cittadino chi è l'infermiere e quando è possibile rivolgersi a lui, per comunicare il valore e le nuove opportunità che la professione offre.

11) Prevedere giornate di studio o di approfondimento presso le sedi degli Ordini locali, alla presenza di associazioni di cittadini e pazienti, in modo da facilitare lo scambio di idee e proporre interventi per soddisfare i bisogni specifici delle persone.

Politica Sanitaria

Intanto vola la spesa per la sanità privata

Secondo lo studio del Censis, l'out of pocket toccherà quest'anno il record di 40 miliardi. Tutta la tredicesima dei salariati se ne va in spese per la salute della famiglia. E c'è chi si indebita (7 milioni di cittadini).

di **Peppe Papa**

Gli italiani non hanno mai speso così tanto in cure e medicine. Segno che il sistema sanitario pubblico arretra ogni anno di più. E siamo al record. Il Rapporto Censis Rbm (Assicurazione Salute) presentato al "Welfare Day 2018" calcola che il valore complessivo della spesa sanitaria privata degli italiani toccherà quest'anno i 40 miliardi di euro.

Valore in crescita di 2,7 miliardi rispetto allo scorso anno (37,3). Nel periodo 2013-2017 è aumentata del 9,6% in termini reali, molto più dei consumi complessivi (+5,3%). Nell'ultimo anno sono stati 44 milioni gli italiani che hanno speso soldi di tasca propria per pagare prestazioni sanitarie per intero o in parte con il ticket.

C'è chi s'indebita - Chi se lo può permettere spende di tasca propria. Chi no s'indebita. Ben 7 milioni di italiani nell'ultimo anno sono ricorsi a prestiti e 2,8 milioni hanno dovuto fare ricorso ai propri risparmi. Solo il 41% degli italiani copre le spese sanitarie esclusivamente con il proprio reddito: il 23,3% deve integrarlo attingendo ai risparmi, mentre il 35,6% deve usare i risparmi o fare debiti (in questo caso la percentuale sale al 41% tra le famiglie a basso reddito).

Il 47% degli italiani taglia le altre spese per pagarsi la sanità (e la quota sale al 51% tra le famiglie meno abbienti). In sintesi: meno guadagni, più devi trovare soldi aggiuntivi al reddito per pagare la sanità di cui hai bisogno. "Sono 150 milioni le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani.

E chi taglia altre voci di spesa - Dalla ricerca, inoltre, emerge che il 47% degli italiani taglia le altre voci di spesa far fronte alla sanità. La conclusione è che coloro che guadagnano meno, devono trovare naturalmente più soldi per pagare le spese sanitarie. Poi ci sono i furbetti.

Non mancano nelle fattispecie prese in esame dal Censis coloro che per avere accesso alle cure sono arrivati a ricorrere a raccomandazioni: 12 milioni di italiani hanno saltato le lunghe liste d'attesa nel Servizio sanitario grazie ad amici e parenti. Infine, altro dato

sconcertante è rappresentato da quel 54,7% di italiani che dichiara di non aver più fiducia nelle opportunità di diagnosi e cure sanitarie.

Cittadini delusi dalla politica - Monta il rancore verso il Servizio sanitario e la politica. Il 37,8% degli italiani prova rabbia verso il servizio sanitario a causa delle liste d'attesa troppo lunghe o i casi di malasanità. Il 26,8% è critico perché, oltre alle tasse, bisogna pagare di tasca propria troppe prestazioni e perché le strutture non sempre funzionano come dovrebbero. Il 17,3% prova invece un senso di protezione e di fronte al rischio di ammalarsi pensa: "meno male che il Servizio sanitario esiste".

L'11,3% prova un sentimento di orgoglio, perché la sanità italiana è tra le migliori al mondo. I più arrabbiati verso il Servizio sanitario sono le persone con redditi bassi (43,3%) e i residenti al Sud (45,5%). Ma per un miglioramento della sanità il 63% degli italiani non si attende nulla dalla politica. Per il 47% i politici hanno fatto troppe promesse e lanciato poche idee valide, per il 24,5% non hanno più le competenze e le capacità di un tempo. Nel merito delle



posizioni politiche, i più rancorosi verso il Servizio sanitario sono gli elettori del Movimento 5 Stelle (41,1%) e della Lega (39,2%), meno quelli di Forza Italia (32,9%) e Pd (30%). Ma gli elettori di 5 Stelle (47,1%) e Lega (44,7%) sono anche i più fiduciosi nella politica del cambiamento, rispetto a quelli di Forza Italia (31,4%) e del Pd (31%). La sanità ha giocato molto nel risultato elettorale (per l'81% dei cittadini è una questione decisiva nella scelta del partito per cui votare) e sarà il cantiere in cui gli italiani metteranno alla prova il passaggio dall'alleanza del rancore al governo del cambiamento.

Lettera al nuovo esecutivo: ecco le richieste degli infermieri
Nel 2021 fabbisogno a 63mila infermieri. Più equilibrio nel rapporto tra i professionisti e sviluppo delle competenze.

“Il Paese ha bisogno di infermieri e di infermieristica. Eppure, il Ssn vede un costante decremento del numero di professionisti in Sanità e conseguentemente una sempre minore capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Su questa impostazione la comunità degli infermieri chiama a un confronto esplicito la politica Nazionale e Regionale”. Così la Federazione nazionale degli infermieri si rivolge al nuovo Governo e al Parlamento eletto il 4 marzo con una lettera a firma della presidente Barbara Mangiacavalli.

Blocco del turnover - La Fnopi sottolinea che le condizioni di lavoro sono insostenibili: “turni di lavoro massacranti”; “professionisti in età sempre più avanzata”.

Sotto la media Ocse - In Italia ci sono molto meno infermieri della media Ocse (5,4 per mille abitanti contro la media di 9), in particolare se rapportato al numero dei medici.

Manca soprattutto equilibrio - La Federazione è consapevole che a lanciare allarmi sono in tanti. mancano medici negli ospedali, mancano infermieri, mancano medici di famiglia. “Ma a mancare è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizzi attraverso lo sviluppo delle competenze”, si dice nella missiva. L’esigenza impellente, spiega la lettera, è quindi di modificare la composizione del personale nel quadro di invarianza delle risorse, con uno sguardo responsabile sulla situazione economica del Paese.

La proposta Fnopi - Dato il contesto, la proposta che la Federazione degli infermieri avanza è di strutturare un’assistenza in funzione dei bisogni di continuità dei cittadini con presenza dei professionisti sul territorio. Si calcola che per far fronte nell’immediato al bisogno di salute sul territorio c’è bisogno di almeno 31mila infermieri (uno ogni 500

La Federazione scrive a Governo e Parlamento



persone con queste caratteristiche, che in Italia sono oltre 16 milioni). Analogamente in ospedale, per far fronte alle carenze create in questi anni servono almeno altri 21mila infermieri. La proiezione con questo andamento è quella di un fabbisogno al 2021 di ben 63.000 infermieri che mancheranno all’appello. Lo scenario da ricercare è quindi quello di una “trasformazione strutturale” nell’organizzazione del lavoro. “Dobbiamo riuscire - afferma la presidente Fnopi Barbara Mangiacavalli - ad aumentare rapidamente il rapporto infermieri/medici per accompagnare l’evoluzione dei bisogni e migliorare appropriatezza e sostenibilità del sistema, soprattutto nelle regioni in cui demografia ed epidemiologia rendono il gap tra bisogni e offerta più ampio”. Per realizzare l’obiettivo è necessario: a) definire target espliciti di rapporto infermieri/medici da raggiungere entro periodi determinati; b) - accompagnare i cambiamenti con azioni (sperimentazioni, formazione, trasferimento

di esperienze, ...) che aiutino l’evoluzione del sistema verso una minore densità medica (vedi distribuzione dei compiti tra medici e infermieri in UK). “Una soluzione di breve periodo - aggiunge - che consentirebbe una giusta programmazione delle risorse e al contempo l’espletamento delle funzioni richieste sul territorio e sulla continuità assistenziale, sarebbe quella di investire sull’autonomia infermieristica, puntando ad agire su competenze oggi contendibili per dare da subito risposte concrete, di qualità e di sicurezza alla popolazione”. “Competenze - si legge nella lettera - che consentirebbero un miglior sviluppo di strutture a bassa intensità di cura (ospedali di comunità, reparti a gestione infermieristica, percorsi autonomi di trattamento dei casi minori nei Pronto Soccorso ecc.), permettendo un maggiore raccordo tra ospedale e territorio, abbattendo le liste di attesa e consentendo di venire incontro a un maggior numero di bisogni dei cittadini. P.P.

Rapporto
GIMBE

Come ti salvo il servizio pubblico rid

Nino Cartabellotta: "Manca un preciso disegno per salvaguardare la sanità pubblica". In dodici punti il piano di salvataggio. Disinvestimenti indispensabili da sprechi e inefficienze. Nel 2020 serviranno 220 mld. Un ashtag e un osservatorio per la campagna di comunicazione: #salviamoSSN - Tutelare il principio universalistico delle cure.

di Dario De Martino

Con il 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, elaborato dalla Fondazione Gimbe arriva la ricetta per salvare Il Ssn. Ma anche un allarme: se non si mette mano subito a disinvestire in inefficienze e sprechi, ben presto il nostro bel Ssn imploderà. Il piano di salvataggio promosso dal Presidente Nino Cartabellotta è in 12 mosse. Con decisioni politiche che riguardano le materie sanitarie, ma non solo. Anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali. Per salvare la sanità pubblica, dicono dalla Fondazione nata nel 1996, "occorre anzitutto una esplicita volontà politica" documentabile da tre segnali, oggi molto evanescenti: "rimettere la sanità pubblica e il welfare in generale al centro dell'agenda politica; Governo, Regioni e Parlamento devono confermare all'unisono che l'obiettivo del Ssn è ancora quello definito dalla 833/78 che lo ha istituito; pianificazione finanziaria e programmazione sanitaria devono essere perfettamente sintonizzate, senza alcuna subordinazione, perché salvaguardare la sanità pubblica e la salute delle persone è importante tanto quanto i vincoli di bilancio".

Lotta a sprechi e inefficienze - Dunque, il servizio sanitario nazionale è a un bivio. O forse peggio, in una morsa. Sprechi e inefficienze nel 2017 sono arrivati a quota 21,59 miliardi (pari al 19% della spesa sanitaria con un range di variabilità del 20%). Dal riordino legislativo della sanità integrativa - ora in opaca concorrenza con il sistema pubblico - al rilancio delle politiche sul personale. Una terapia d'urgenza a tutto tondo che farebbe svettare il fabbisogno a 220 mld entro il 2025 (nel 2017 siamo fermi a 113,6 mld) equivalente a una spesa pro capite di 3.631 euro, ancora al di sotto della media Ocse del 2016, pari a 3.797 euro. «La Fondazione Gimbe - spiega il presidente Nino Cartabellotta - ribadisce che non esiste alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del Servizio sanitario nazionale, ma continua a mancare un piano preciso di salvataggio. Nella consapevolezza che la sanità rappresenta sia un considerevole capitolo di spesa pubblica da ottimizzare, sia una leva di sviluppo economico da sostenere, il Rapporto valuta con una prospettiva di medio termine il tema della sostenibilità del Ssn, ripartendo dal suo obiettivo primario: promuovere, mantenere e recuperare la salute delle persone».

Non siamo più tra i primi - Il Rapporto Gimbe si apre con i risul-



tati di una revisione sistematica delle "classifiche" internazionali che valutano le performance dei sistemi sanitari. «Occorre fermare le strumentalizzazioni nel dibattito pubblico e nelle comunicazioni istituzionali - puntualizza Cartabellotta - che decantano prestigiose posizioni del nostro Ssn in classifiche ormai obsolete (2° posto nella classifica Oms del 2000 con dati 1997), oppure che mettono in relazione l'aspettativa di vita con la spesa sanitaria pro capite (3° posto nella classifica Bloomberg) per cui meno spendiamo più scendiamo nella classifica, visto che la longevità dipende soprattutto da altre ragioni». Il sistema più completo e aggiornato per individuare le aree di miglioramento è quello dell'Ocse. E su questo fronte non sono tutte rose: su 35 Paesi membri, l'Italia è al 26° sulla mortalità per tumore, al 27° per percentuale di fumatori adulti, al 30° per i fumatori adolescenti, al 32° posto per casi di leucemia nei bambini sotto i 4 anni (5,3 ogni 100mila contro una media di 4,7); al 28° per il volume di antibiotici consumati, al 29° posto per numero di infermieri occupati ogni mille abitanti (5,4 contro 9) e al 30° posto per presenza di medici con più di 55 anni (53,3% contro una media 34,5%), al 25° per numero di posti letto ogni mille abitanti (3,2 contro una media di 4,7), al 28° per numero di posti letto in strutture per le long term care ogni mille over-65 (19,2 contro una media Ocse di 49,7).

Ssn defanziato per scelta - Il defanziamento delle cure pubbliche non è l'inevitabile conseguenza della crisi ma una scelta politica confermata anche dall'ultimo Def, che fissa l'asticella del rapporto spesa sanitaria/Pil al 6,3% nel 2020 e 2021 (nel 2018 siamo al 6,6%)

Lucendo gli sprechi



a fronte di una prevista crescita annua del Pil nominale del 3% nel triennio 2018-2020. E i numeri passati puntualmente in rassegna dal Rapporto Gimbe, parlano chiaro: la spesa sanitaria in Italia «continua inesorabilmente a perdere terreno e ci avvicina sempre di più ai livelli dei paesi dell'Europa Orientale». La spesa pro capite totale - pari a 3.391 dollari contro una media Ocse di 3.978 dollari e i 4.965 dollari della Germania - colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi più poveri d'Europa: Spagna, Slovenia, Portogallo, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Ungheria, Estonia, Polonia e Lettonia. E in mancanza di risorse certe il paniere dei nuovi livelli essenziali di assistenza - le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket) - ampliato e arricchito con la pubblicazione dell'atteso decreto poco più di un anno fa, rischia di trasformarsi in un ologramma. Non a caso ancora privo di provvedimenti attuativi indispensabili a un'applicazione omogenea (ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari e nella regolamentazione di monitoraggi e aggiornamenti) e con 5 Regioni che non hanno ancora

recepito il Dpcm.

La radiografia degli sprechi - Per il 2017 sul consuntivo di 113,599 miliardi di spesa sanitaria pubblica la stima di sprechi e inefficienze è di 22,72 miliardi, con un margine di variabilità ($\pm 20\%$) e un range variabile tra 17,27 e 25,91 miliardi. Risorse erose da «sovra-utilizzo» di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate (6,48 mld). Tra gli esempi: antibiotici prescritti per infezioni virali, parti cesarei senza indicazione clinica, ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso inappropriati. O da vere e proprie frodi o abusi (4,75 mld): basti pensare a influenze illecite sulle politiche sanitarie, utilizzo improprio dei fondi assegnati alla ricerca, acquisti non necessari, immissione in commercio di prodotti contraffatti o con standard inadeguati, evasione dei ticket sanitari per reddito. Poi ci sono i famosi acquisti a costi eccessivi di farmaci, vaccini, dispositivi medici e servizi (2,16 mld). Così come il sotto-utilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate (3,24 mld): per esempio il mancato accesso alle cure per gli immigrati clandestini o la mancata erogazione di oppiacei nel dolore oncologico, o la non aderenza a stili di vita raccomandati. All'elenco degli sprechi si aggiungono infine le complessità amministrative (2,37 mld) e l'inadeguato coordinamento dell'assistenza (2,59 mld).

Spesa sanitaria sotto la lente - La spesa sanitaria 2016, secondo le stime effettuate, ammonta a 157,613 miliardi di euro di cui: 112,182 miliardi di spesa pubblica; 45,43 miliardi di spesa privata di cui 5,6 miliardi di spesa intermediata (3,83 miliardi da fondi sanitari, 0,59

Il piano di salvataggio del Ssn

Il piano. 1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali 2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico 3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie 4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari 5. Ridisegnare il perimetro dei Lea secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri 6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei 7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi 8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione 9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone 10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari 11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il Ssn 12. Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate.

miliardi da polizze individuali, 1,18 miliardi da altri enti) e 39,8 miliardi di spesa a carico delle famiglie (out-of-pocket). «Al di là di rivalutare cifre assolute e composizione percentuale della spesa sanitaria- spiega Cartabellotta - la vera sfida è identificare il ritorno in termini di salute delle risorse investite (value for money): le nostre stime preliminari dimostrano che il 19% della spesa pubblica, almeno il 40% di quella out-of-pocket e il 50% di quella intermediata non producono alcun ritorno in termini di salute». In altre parole si tratterebbe di consumismo sanitario.

L'espansione del secondo pilastro - Alla luce di queste e altre considerazioni, il Rapporto Gimbe guarda in controluce l'espansione della sanità cosiddetta «integrativa». «La proposta di affidarsi al “secondo pilastro” per garantire la sostenibilità del Ssn - spiega il presidente Gimbe - si è progressivamente affermata per l'interazione di vari fattori: in particolare, nelle crepe di una normativa frammentata e incompleta che ha permesso alla sanità integrativa di diventare sostitutiva si è insinuata una raffinata strategia di marketing alimentata da catastrofismi, ma inverosimili, risultati sulla rinuncia alle cure». Il Rapporto analizza in dettaglio il complesso ecosistema dei “terzi paganti” in sanità, le coperture offerte, l'impatto di fondi sanitari e polizze assicurative sulla spesa sanitaria e tutti i potenziali “effetti collaterali” del secondo pilastro: dai rischi per la sostenibilità a quelli di privatizzazione, dall'aumento delle disuguaglianze all'incremento della spesa sanitaria, dal sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie alla frammentazione dei percorsi assistenziali.

Politica Sanitaria

Il ministro della salute in tour per due giorni negli ospedali campani. Sul Cardarelli: "La struttura soffre, rete ospedali non coerente" – Poche strutture territoriali e livelli di assistenza tra i più bassi d'Italia. Ospedale del Mare: "Il polo materno infantile non va smantellato".

Un tour di due giorni per capire cosa non funziona nella sanità campana. L'ha compiuto Giulia Grillo, ministro della Salute a 5 stelle, sollecitata più volte dalla consigliera regionale Valeria Ciarambino, compagna di partito. Era già in programma una visita, poi la vicenda del primario all'ospedale del Mare che chiude il reparto per portare tutti alla festa, ha accorciato i tempi. Il bilancio è tutt'altro che confortante. Il ministro non ha dato voti e pagelle, beninteso. Ma una serie di dichiarazioni, di dure critiche espresse dopo le visite al Monaldi, al Cardarelli, al Loreto Mare, allo stesso Ospedale del Mare e poi in provincia parlano chiaro. Le metteremo in fila in questo breve viaggio così come sono state espresse dal ministro.

Dopo la visita al Monaldi - All'uscita dal Monaldi, dove incontra i genitori dei bambini trapiantati, definisce la situazione grave. "Una sanità in affanno, serve una scossa". Per colmare il gap con il Nord sarebbe "necessaria una spinta politica, che non vedo. E più consapevolezza dei cittadini, che devono pretendere i loro diritti e invece non sanno come è organizzata la sanità". Qualche giornalista chiede: Nominerà un nuovo commissario per la sanità in Campania? La risposta è un chiaro messaggio al Governatore De Luca: "Stiamo valutando. Studi e approfondimenti sono in corso. La Campania è una regione che merita particolare attenzione. Ma non per venire a tagliare nastri, ma per cercare di capire come poter aiutare".

E dopo il Cardarelli - «L'ospedale soffre anche perché la riorganizzazione della rete

Il ministro Giulia Grillo: "Qui una sanità in affanno"

di Anna Buonocore

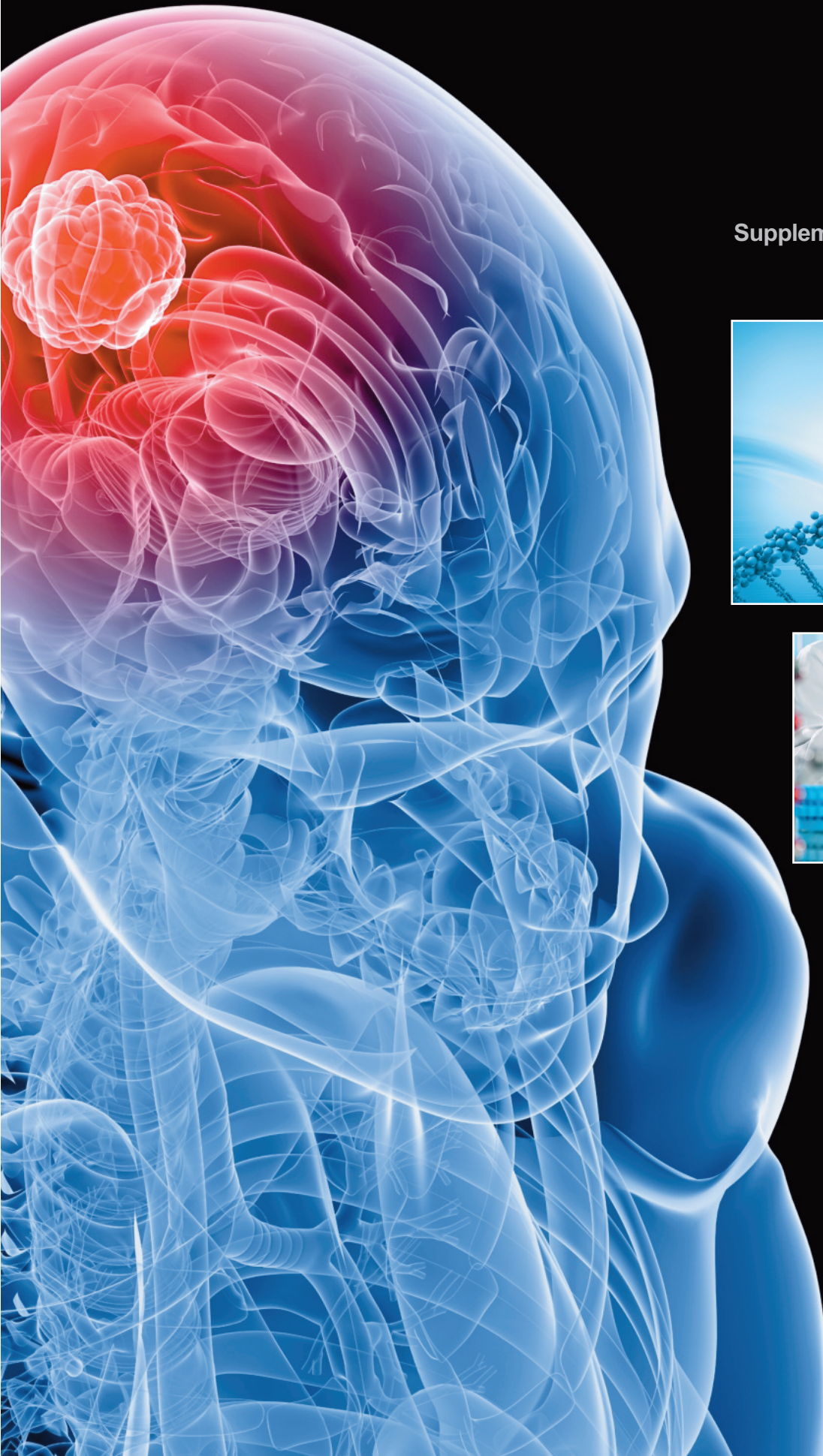


ospedaliera non è avvenuta finora in maniera coerente», dice il ministro Grillo. Poi, nel pomeriggio, il faccia a faccia riservato con il governatore Vincenzo De Luca: l'incontro dura meno di mezz'ora. Di commissariamento non si parla, ma «adotteremo tutte le azioni opportune», il monito rilanciato dal ministro al termine del viaggio tra le corsie semivuote dell'Ospedale del Mare.

Loreto Mare e Portici - Grillo fa una tappa a sorpresa anche al Loreto mare: per rendersi conto delle difficoltà evidenti in un presidio di frontiera. Ultima meta, Portici, presso una residenza per anziani a piazzale Gradoni per misurare la situazione dei presidi territoriali: «L'assistenza territoriale in Campania è zero rispetto al resto d'Italia. È stato difficile individuare una struttura territoriale perché non ce ne sono abbastanza nella regione, mentre ai pronto soccorso si

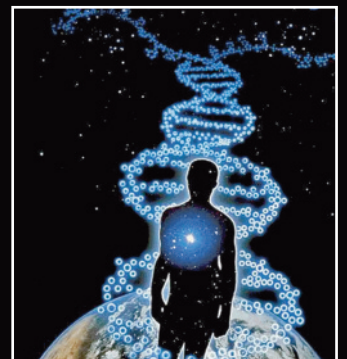
ha un eccesso di sos con codice verde proprio per la carenza di questo tipo di servizi», e anche quelli dedicati ai disabili sono insufficienti. «La sanità campana ha i livelli di assistenza estremamente bassi, se non i più bassi di Italia», sentenza. E la stoccata al governatore è servita.

Ospedale del Mare – Al nosocomio di Ponticelli il ministro dice: "Il primario del reparto chiuso per la sua festa dovrebbe chiedere scusa in pubblica piazza". Poi, ma ci sono responsabilità a più livelli che stiamo verificando. E' possibile che si chiuda un reparto e il manager non sa niente? Non accetteremo nessun scaricabarile. Altro fronte di scontro con la Regione la trasformazione del polo materno infantile, già pronto, per una cardiocirurgia. Il ministro ammonisce il "Polo materno infantile non va smantellato".



NSC nursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento Ricerca infermieristica

Individuazione precoce del delirium pediatrico, ricerca di strumenti specifici: protocollo di revisione della letteratura

(Pediatric delirium evaluation, research of specific instruments: protocol of literature review)

Autori - Franca Sarracino*, Michele Carbone**, Assunta Guillari***, Angela Capuano****, Giovanna Annese*****, Tonia De Crescenzo*****, Silvio Simeone*****

RIASSUNTO

Introduzione: Il delirium pediatrico, spesso identificato come sindrome da terapia intensiva, è associato ad una maggiore degenza ospedaliera ed all'insorgenza di sindromi post traumatiche e disturbi neuro cognitivi anche dopo l'ospedalizzazione. Mentre per i soggetti adulti o comunque con età superiore ai 12 anni i criteri diagnostici e gli strumenti validati per una diagnosi precoce sono ben delineati, in età pediatrica l'identificazione dei fattori predisponenti al delirium, è molto complicata. La specificità cognitiva della popolazione e l'esigua presenza di strumenti validati specifici, rendono tale sindrome fortemente sottostimata.

Obiettivo: identificare specifici strumenti atti alla precoce individuazione dei fattori predisponenti il delirium pediatrico.

Metodo: Revisione sistematica e Meta-analisi (se applicabile). A seconda della comparabilità degli studi reperiti, sarà condotta una meta-analisi. In tal caso, i risultati saranno riassunti in misure relative e assolute o differenza media, a seconda del tipo di risultato. Sarà effettuata l'analisi per la sensibilità ed eterogeneità.

Conclusioni: l'identificazione di strumenti per lo screening precoce dei fattori predittivi del delirium in età pediatrica e specifico per le differenti fasce di età, potrà rappresentare uno strumento di supporto nella pratica clinica infermieristica e potrebbe determinare una rilevazione di questa sindrome spesso misconosciuta durante la degenza dei piccoli pazienti, permettendo l'erogazione di interventi assistenziali specifici da parte dell'equipe assistenziale.

Parole chiave: *protocollo, valutazione, delirium pediatrico*

ABSTRACT

Introduction: Pediatric delirium or intensive care syndrome is associated with an increased hospital stay and the onset of post-traumatic syndromes and neuro-cognitive disorders even after hospitalization. While for adults or patient over the age of 12 y.o., the diagnostic criteria and the validated tools for an early diagnosis are well defined, in pediatric age the identification of risk factors to delirium is very complicated. The cognitive specificity of the population, and the limited presence of specific validated tools, make this syndrome strongly underestimated.

Aim: identification of predisposing tools for pediatric delirium

Method: A systematic review and meta-analysis (if applicable). Depending on comparability of studies, meta-analysis will be undertaken. If so, results will be summarized in relative and absolute measures or mean difference, depending on the type of outcome. Sensitivity and heterogeneity analyses will be performed.

Conclusions: early detection of the predisposing factors for pediatric delirium will allow specific and appropriate treatment for a strongly underestimated syndrome.

Keywords: *protocol, evaluate, pediatric delirium*

INTRODUZIONE

Il DELIRIUM, erroneamente noto ai più come "sindrome da terapia intensiva"¹, è uno stato di confusione mentale ad insorgenza acuta, con decorso fluttuante e di breve durata, dovuto a cause organiche sistemiche e/o conseguente al trattamento delle stesse². Di frequente riscontro nei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva³, e soprattutto in quelli sottoposti a ventilazione meccanica⁴, è caratterizzato dalla presenza di disturbi dell'attenzione, della coscienza, del pensiero e della memoria, con alterazione del comportamento psicomotorio, delle emozioni e del ritmo sonno-veglia⁵. La presenza del delirium si correla ad una maggiore durata della degenza ospedaliera, all'incremento del tasso di mortalità e ad una prognosi peggiore⁴. Nella pratica clinica la prevalenza del delirium⁶ è notevolmente sottostimata⁷, probabilmente a causa di un'estrema variabilità tra le popolazioni studiate, nonché all'eterogeneità degli strumenti utilizzati⁸. Situazione analoga o forse peggiore, si presenta nell'ambito pediatrico⁹, anche nello specifico setting delle terapie intensive¹⁰. Le tipologie di delirium nella popolazione pediatrica sono identiche a quelle esistenti nella popolazione adulta, e comprendendo il delirium ipoattivo, delirium iperattivo e le forme di delirium misto¹¹. Mentre per i bambini con età > 12 anni sono utilizzati gli stessi criteri diagnostici utilizzati per la fascia di età adulta¹², nei bambini con età < 12 anni, non sono presenti studi inerenti alla diagnostica del delirium, ma solamente osservazioni cliniche in merito all'argomento¹³. Il delirium dei piccoli pazienti è correlato con una degenza più lunga in una terapia in-

Supplemento Ricerca infermieristica

tensiva¹⁵, con l'insorgenza di sintomi post traumatici¹⁶, e con la possibile insorgenza di disturbi neuro cognitivi post malattia¹⁷. Tuttavia identificare i fattori predisponenti non è possibile, a differenza degli adulti¹⁸⁻⁶, in quanto gli strumenti validati sono esigui¹⁹. Se andiamo poi a prendere in considerazione bambini molto piccoli, la situazione si complica ulteriormente²⁰. La maggiore difficoltà diagnostica risiede nel fatto che i bambini molto piccoli non hanno una valida capacità di comunicazione, per cui risulta impossibile per loro esprimere verbalmente la loro condizione di malessere¹⁰. Pertanto si rende necessaria una revisione sistematica della letteratura che consenta di determinare e sintetizzare le precedenti conoscenze degli articoli originali in relazione agli strumenti per lo screening precoce del Delirium in età pediatrica e per le differenti fasce di età.

SCOPO

Lo studio ha lo scopo principale di rispondere ai seguenti quesiti di ricerca:

- Quali strumenti sono stati sviluppati e validati per l'identificazione precoce del Delirium in età pediatrica?

- Vi sono strumenti già esistenti per l'identificazione precoce del Delirium in relazione alle differenti fasce di età dei pazienti in età pediatrica?

METODO

La ricerca bibliografica dei documenti sarà condotta elaborando una specifica strategia di ricerca per le principali banche dati biomediche. Il processo di revisione sarà 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 sarà la ricerca della letteratura. La ricerca elettronica sarà condotta interrogando i database CINAHL, PubMed, Scopus e Web of Science. La strategia di ricerca per la selezione dei documenti prevedrà l'utilizzo di parole chiave/termini MeSH per ogni database derivati dall'elaborazione del PICO: Problem (Delirium pediatrico), Intervention (valutazione), Comparison (confronto tra i vari strumenti di valutazione utilizzati), Outcome (Identificare lo strumento che definisce, per

specifiche fasce di età, l'insorgenza del Delirium in età pediatrica). I termini MeSH e le parole chiave, come child, infant, adolescent, delirium, neonatology, pediatric, screening, assessment, tool, saranno modificati a seconda delle necessità per ogni database esarando combinati tra di loro con l'utilizzo di operatori booleani. La formulazione delle parole chiave/keywords della ricerca e la ricerca sui database elettronici saranno effettuate in collaborazione tra gli autori e stakeholder per garantire una maggiore validità e ridurre i bias nella conduzione delle ricerche.

Criteri di inclusione ed esclusione

Saranno eleggibili tutti gli studi che rispondono alle ipotesi di ricerca bibliografica. Verranno inclusi solo studi primari. Gli abstract verranno valutati in base ai criteri di inclusione e di esclusione sopra descritti al fine di determinare se proseguire o meno nella ricerca e recupero dei full text.

Tutti i full text verranno a loro volta valutati in base ai criteri generali e specifici di inclusione/esclusione indicati per identificare quelli eleggibili per la revisione.

I limiti utilizzati per la ricerca elettronica saranno:

Popolazione di età compresa dai 0 – 18 anni; nessuna limitazione geografica; specie umana; data di pubblicazione negli ultimi 5 anni; lingua inglese, articolo scientifico peer-reviewed.

Saranno escluse le revisioni sistematiche e gli studi primari che non rispondono ai criteri di inclusione individuati.

La ricerca degli articoli e la loro analisi sarà condotta in maniera indipendente dai ricercatori del team; gli stessi esamineranno tutti i record bibliografici per valutarne l'eleggibilità. Nel caso in cui non sia possibile questa prima valutazione il record sarà incluso nella successiva valutazione del full text. I ricercatori confronteranno i risultati tra loro e così come alla conclusione di ogni step descritto, al fine di appianare le eventuali divergenze. I documenti selezionati saranno poi sottoposti ad una valutazione di qualità metodologica attraverso l'utilizzo delle Check list CASP (Critical Appraisal Skill Program)²¹.

Risultati

Per tutti gli studi selezionati sarà predisposta una tabella di estrazione dei dati. La

tabella conterrà i seguenti dati: Anno di pubblicazione dello studio, Autori, Titolo del manoscritto, Obiettivo dello studio, Disegno dello studio, Metodologia di ricerca utilizzata, Campionamento utilizzato, Variabili, Strumenti, Metodologia statistica utilizzata, Risultati, Conclusioni, Limiti.

ANALISI

Le caratteristiche degli studi inclusi, saranno sintetizzate e presentate in modo descrittivo in base all'estrazione dei dati precedentemente esposti. I dati, per ciascuna variabile di esito, verranno presentati in modo descrittivo e se possibile, sarà estratto o calcolato per ogni studio l'effectsizes (Cohen's d). Nonostante prevediamo la possibilità che le variabili di esito, che saranno prese in considerazione in tale studio, possano variare notevolmente tra gli studi che saranno considerati, se possibile, verrà presa in considerazione la possibilità di un eventuale studio di meta-analisi. Nel caso in cui i risultati degli studi selezionati non potranno essere sintetizzati direttamente, sarà condotta una sintesi narrativa al fine di fornire conclusioni generali per le domande dello studio. La valutazione della critica appraisal degli studi selezionati sarà condotta attraverso l'utilizzo delle Check lists CASP²¹.

CONCLUSIONI

L'identificazione di strumenti per lo screening precoce dei fattori predittivi del delirium in età pediatrica e specifico per le differenti fasce di età, potrà rappresentare uno strumento di supporto nella pratica clinica infermieristica e potrebbe determinare una rilevazione di questa sindrome spesso misconosciuta durante la degenza dei piccoli pazienti, permettendo l'erogazione di interventi assistenziali specifici da parte dell'equipe assistenziale.

* Infermiera Pediatrica Terapia Intensiva
Neonatale Fondazione Evangelica
Villa Betania.

** Infermiere Direzione Sanitaria Asl 1
Centro-P.O Ospedale del Mare.

*** Dottoranda di ricerca in Scienze
infermieristiche Univ. degli Studi di Roma

continua da pagina 21

"Tor Vergata", infermiere A.O.U.
Federico II-Napoli..

**** Coordinatrice TIP e titolare posizione
organizzativa di area infermieristica "Ri-

schio Clinico e sicurezza del paziente
Igiene ambientale e infezioni Ospedaliere"
AORN Santobono-Pausilipon di Napoli.

***** Infermiera UTIN Fatebenefratelli
di Benevento.

***** Infermiera Rianimazione
A.Cardarelli Napoli.

***** Dottore di Ricerca, Infermiere Terapia
Intensiva Cardio Chirurgica dell'Adulto e del
bambino, A.O.U. Federico II Napoli.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Pun, B. T., & Ely, E. W. (2007). The importance of diagnosing and managing ICU delirium. *Chest*, 132(2), 624-636. doi: 10.1378/chest.06-1795;
- 2) Shadvar, K., Baastani, F., Mahmoodpoor, A., & Bilehjani, E. (2013). Evaluation of the prevalence and risk factors of delirium in cardiac surgery ICU. *J Cardiovasc Thorac Res*, 5(4), 157-161. doi: 10.5681/jcvtr.2013.034;
- 3) Adamis, D., Treloar, A., Martin, F. C., & Macdonald, A. J. (2016). Recovery and outcome of delirium in elderly medical inpatients. *Arch Gerontol Geriatr*, 43(2), 289-298. doi: 10.1016/j.archger.2005.11.005;
- 4) Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Jr., Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*, 291(14), 1753-1762. doi: 10.1001/jama.291.14.1753;
- 5) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing; 2013
- 6) Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gelinas, C., Dasta, J. F., Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*, 41(1), 263-306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72;
- 7) Spronk, P. E., Riekerk, B., Hofhuis, J., & Rommes, J. H. (2009). Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Med*, 35(7), 1276-1280. doi: 10.1007/s00134-009-1466-8;
- 8) Allen, J., & Alexander, E. (2012). Prevention, recognition, and management of delirium in the intensive care unit. *AACN Adv Crit Care*, 23(1), 5-11; quiz 12-13. doi: 10.1097/NCI.0b013e31822c3633;
- 9) Jakob, S. M., Ruokonen, E., Grounds, R. M., Sarapohja, T., Garratt, C., Pocock, S. J., Takala, J. (2012). Dexmedetomidine vs midazolam or propofol for sedation during prolonged mechanical ventilation: two randomized controlled trials. *Jama*, 307(11), 1151-1160. doi: 10.1001/jama.2012.304;
- 10) Schieveld, J. N., & Leentjens, A. F. (2005). Delirium in severely ill young children in the pediatric intensive care unit (PICU). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(4), 392-394; discussion 395;
- 11) Leentjens, A. F., Schieveld, J. N., Leonard, M., Lousberg, R., Verhey, F. R., & Meagher, D. J. (2008). A comparison of the phenomenology of pediatric, adult, and geriatric delirium. *J Psychosom Res*, 64(2), 219-223. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.11.003;
- 12) Hatherill, S., Flisher, A. J., & Nassen, R. (2010). Delirium among children and adolescents in an urban sub-Saharan African setting. *J Psychosom Res*, 69(2), 187-192. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.011;
- 13) Madden, K., Turkel, S., Jacobson, J., Epstein, D., & Moromisato, D. Y. (2011). Recurrent delirium after surgery for congenital heart disease in an infant. *Pediatr Crit Care Med*, 12(6), e413-415. doi: 10.1097/PCC.0b013e31820ac2bf;
- 14) Silver, G., Kearney, J., Traube, C., & Hertzog, M. (2015). Delirium screening anchored in child development: The Cornell Assessment for Pediatric Delirium. *Palliat Support Care*, 13(4), 1005-1011. doi: 10.1017/S1478951514000947;
- 15) Smeets, I. A., Tan, E. Y., Vossen, H. G., Leroy, P. L., Lousberg, R. H., van Os, J., & Schieveld, J. N. (2010). Prolonged stay at the pediatric intensive care unit associated with pediatric delirium. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(4), 389-393. doi: 10.1007/s00787-009-0063-2;
- 16) Colville, G., Kerry, S., & Pierce, C. (2008). Children's factual and delusional memories of intensive care. *Am J Respir Crit Care Med*, 177(9), 976-982. doi: 10.1164/rccm.200706-857OC;
- 17) Prugh, D. G., Wagonfeld, S., Metcalf, D., & Jordan, K. (1980). A clinical study of delirium in children and adolescents. *Psychosom Med*, 42(1 Suppl), 177-195.;
- 18) Balas, M. C., Rice, M., Chaperon, C., Smith, H., Disbot, M., & Fuchs, B. (2012). Management of delirium in critically ill older adults. *Crit Care Nurse*, 32(4), 15-26. doi: 10.4037/ccn2012480;
- 19) Traube, C., Silver, G., Kearney, J., Patel, A., Atkinson, T. M., Yoon, M. J., Greenwald, B. (2014). Cornell Assessment of Pediatric Delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU*. *Crit Care Med*, 42(3), 656-663. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a66b76;
- 20) Daoud, A., Duff, J. P., Joffe, A. R., & Alberta Sepsis Network. (2014). Diagnostic accuracy of delirium diagnosis in pediatric intensive care: a systematic review. *Crit Care*, 18(5), 489. doi: 10.1186/s13054-014-0489-x;
- 21) Critical Appraisal Skill Program. Disponibile a: www.phru.nhs.uk/pages/PHD/CASP.htm. Ultimo accesso 10/06/2018

Il “Diario di bordo condiviso” come cura di sé nel vissuto di malattia oncologica delle persone assistite e percepito dell'utilità da parte degli operatori

(A Patient Diary as a Self-Care Practice in the Experience of Oncological Illness and the Perceived Usefulness for the Hematology-Oncology Health Care Professionals)

Autori

Lorenza Garrino*, Irene Motta**, Cristina Mentone***, Inga Ventimiglia****, Valerio Dimonte*****

RIASSUNTO

Introduzione: La diagnosi di malattia onco-ematologica risulta traumatica e di difficile elaborazione per le conseguenze drammatiche sulla vita della persona. L'approccio narrativo viene utilizzato in ambito clinico per sostenere i pazienti, facilitando espressione di sentimenti e condivisione. Obiettivo dello studio è analizzare le esperienze di pazienti e operatori in seguito all'introduzione dei diari di bordo condivisi all'interno di una Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Ematologia, indagandone l'utilità.

Materiali e Metodi: Il disegno di ricerca è di tipo qualitativo, con approccio "ricerca-azione". È stato progettato lo strumento dei Diari di bordo condivisi. È stata svolta una indagine realizzata attraverso interviste e focus group.

Risultati: Le sei persone assistite intervistate sottolineano come la scrittura del diario diventi un'arte della scrittura di sé, un mezzo "particolare" per condividere vissuti nella esperienza drammatica e totalizzante della malattia. Sono state coinvolti nei due focus group dieci tra Infermieri e Operatori Socio Sanitari, dai quali è emersa l'utilità del Diario di bordo condiviso come strumento "speciale" per conoscere l'esperienza degli assistiti e utilizzarla nella pratica di cura; una difficoltà riguarda la proposta dell'esperienza diaristica all'accoglienza dell'assistito dell'unità di cura.

Conclusioni: L'opportunità offerta dai Diari di bordo di condivisione del vissuto di malattia, la possibilità di scrivere per riflettere e lasciare una testimonianza rappresentano i punti di forza di questa esperienza. La lettura dei diari condivisi permette agli operatori di entrare in contatto con i vissuti dei pazienti e migliorare il proprio lavoro. Sono da affrontare alcune criticità legate all'introduzione dello strumento nella pratica clinica.

Parole chiave: *Medicina Narrativa; Diari dei Pazienti; Diario di bordo condiviso, Oncoematologia*

ABSTRACT

Background: Hematologic cancer diagnoses represents a traumatic event for patients because of its impact on both their physical psychological health. The Autobiographic Narrative approach has been developed in clinical settings, to support patients in expressing and sharing their experience. The aim of this study is to analyze the experiences of patients and professionals following the introduction of the Patient in a Hematology-Oncology ward in a urban Hospital in Turin (Italy).

Methods: Qualitative study and action-research approach. The Patient Diary Tool was created by a team of professionals and university researchers. Qualitative interviews with patients and focus groups with ward personnel were carried out in order to evaluate the Diaries' perceived benefits.

Results: Two main subjects emerged from the analysis of the interviews: the usefulness of the Diary as a mean to express as well as to share emotions with other patients, and the trauma of the illness.

One main subject emerged from the focus groups: its the efficacy for the healthcare professionals in order to use the patients' experience to improve nursing care. The issue of how to introduce the Journal as a practice to the patient was analyzed.

Conclusions: The patient's Diary tool in this specific experience as revealed to have two important effects. First, it offer the opportunity to share the illness experience with other patients as well as healthcare professionals.

Secondly, it is a way to ease expressing emotions. It has been an opportunity for the teamorder to understand and improve the patients' experience in the ward. The diffusion of this tool within clinical settings needs further discussion.

Keywords: *Patient Diary; Hematology-Oncology; Narrative Medicine*

continua da pagina 23

INTRODUZIONE

L'incidenza di tumori del sistema linfoproliferativo è circa il 9% della totalità dei tumori in Italia, con una prevalenza di linfomi e leucemie acute. La frequenza maggiormente osservata è nella fascia di età 0-49 anni, per tale popolazione i tumori ematologici rappresentano la quarta causa di morte per patologia oncologica¹. La diagnosi di malattia onco-ematologica rappresenta per la persona assistita un evento stressante, non solo per le conseguenze sulla salute fisica, ma anche in quanto provoca un trauma emotivo e psicologico². Per tale motivo l'approccio più efficace e più soddisfacente per gli assistiti è di tipo olistico, che miri a prendere in carico tutte le sfere della persona, senza perdere di vista la singolarità del bisogno di cura³.

Il metodo narrativo viene oggi utilizzato come valido strumento per raccogliere l'esperienza vissuta dai pazienti e impiegarla al fine di migliorare la pratica professionale⁴. In alcune realtà di assistenza si utilizza l'approccio autobiografico, definito come la sollecitazione di una narrazione personale e la sua successiva analisi attraverso criteri prefissati⁵. Attraverso l'autobiografia la persona restituisce a sé stessa "ordine e senso"⁶, in un processo che si ritiene terapeutico in senso lato⁷. Uno degli strumenti che può essere usato a tale scopo è il Diario, con cui l'esperienza viene documentata per poi essere disponibile all'analisi^{6,8}.

Lo strumento diaristico viene impiegato sempre più spesso in ambito clinico. Un esempio di progetti in tal senso è quello dei Diari dei pazienti nel campo della criticità vitale^{11,12}, inoltre tale pratica si è diffusa in campo oncologico^{13,14}. Dalla letteratura emerge come la scrittura permetta la riflessione sul momento drammatico di malattia¹⁵. Il materiale narrativo rappresenta una risorsa per il personale sanitario, che ha accesso al vissuto delle persone ricoverate¹⁶, inoltre per i pazienti può essere d'aiuto il contatto e lo scambio con persone affette da patologie simili alle pro-

prie¹⁷. L'obiettivo dello studio è quello di analizzare le esperienze di pazienti e operatori in seguito all'introduzione dello strumento dei Diari di bordo all'interno delle camere di degenza della Struttura Complessa a Direzione Universitaria (SCDU) di Ematologia dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino, indagandone l'utilità per le persone assistite e l'équipe curante.

MATERIALI E METODI

Il disegno di ricerca è di tipo qualitativo, con approccio "ricerca-azione".

Il setting di svolgimento dello studio è rappresentato dalle camere di degenza dell'Ematologia. A causa del tipo di patologia e dei trattamenti a cui gli assistiti sono sottoposti durante il ricovero, per la maggior parte di essi è prevista la necessità di isolamento protettivo al fine di ridurre il rischio di infezioni. Per tale motivo, le persone passano buona parte del tempo di ricovero in solitudine con contatti con l'esterno minimi.

dagando l'utilità percepita dalle persone ricoverate e dal personale. L'efficacia viene intesa in termini di utilità per la persona assistita in quanto pratica di cura ed espressione della propria esperienza in atto, e in quanto strumento di "mutuo aiuto" tra assistiti che vivono una situazione analoga, e utilità per gli operatori facenti parte dell'équipe curante come strumento per comprendere la realtà esistenziale della persona assistita, attraverso una riflessione sulle proprie pratiche di cura.

Per quanto riguarda l'opinione delle persone assistite, sono state svolte delle interviste individuali semi strutturate (**Box 1**). Sono stati incluse tutte le persone con età >18 anni, dimesse dal reparto tra i mesi di aprile e agosto, che avessero scritto sul Diario e avessero dato il consenso informato scritto alla partecipazione. Il campionamento utilizzato è stato di tipo a scelta ragionata, fino ad ottenere la saturazione dei dati.

Box 1. Traccia dell'intervista ai pazienti

Come ha reagito alla proposta di scrivere un diario? Come ha reagito quando ha saputo che nella sua camera era presente questo diario, che conteneva le parole di altre persone?

Ha mai avuto esperienze di scrittura di diari prima d'ora?

Scrivere su questo diario, cosa ha significato per lei? Di quali argomenti si è trovato a scrivere soprattutto?

Ha letto quello che le altre persone avevano scritto prima di lei? Se sì, cosa ha significato per lei?

Quale utilità pensa possa avere tenere un diario? Cosa vuol dire per lei scrivere sapendo che qualcuno leggerà dopo di lei? Di quali argomenti si è trovato a scrivere soprattutto? In quale momento del suo ricovero ha sentito maggiore Come ha reagito alla proposta di scrivere sul diario?

Su quali aspetti della sua malattia pensa che la scrittura abbia influito? Scrivere ha cambiato in qualche modo il suo atteggiamento verso la sua esperienza di malattia?

In quale momento del suo ricovero ha sentito maggiore necessità/desiderio di scrivere? Pensa che scrivere, per una persona che vive un'esperienza come la sua, possa cambiare qualcosa?

Attraverso la revisione della letteratura è stato individuato lo strumento diaristico al quale è stato dato il nome di "Diario di bordo condiviso". Il Diario di bordo è concepito come spazio personale e condiviso per i pazienti: esso è stato introdotto all'interno delle camere di degenza, a disposizione delle persone. Il Diario è costituito da un raccoglitore e da pagine igienizzabili, dal momento che tutto ciò che si trova nelle camere della SCDU di Ematologia deve poter essere sanificato.

E' stata svolta una valutazione di impatto, con lo scopo di supportare l'introduzione dello strumento all'interno del reparto, in-

zione dei dati. Sono stati condotti due focus group con il personale infermieristico e OSS dell'Unità Operativa. Si è trattato di sessioni di focus group semi strutturati (**Box 2**). Il campionamento è stato di tipo a scelta ragionata. Sia le interviste che i focus group condotti sono stati registrati e trascritti. Le trascrizioni sono state analizzate seguendo le linee guida per l'analisi tematica di Braun e Clarke¹⁸, articolata in 6 fasi. La prima fase ha previsto la trasposizione dei dati in forma scritta da parte del ricercatore e la loro lettura per ottenere una "immersione" nei dati, seguita da una fase di prima codi-

Supplemento Ricerca infermieristica

Box 2. Traccia focus group

1) Dal punto di vista dell'assistenza alla persona, quali vantaggi può dare al personale il fatto di avere a disposizione i Diari?

Quali sono le implicazioni della presenza dei Diari per il personale che lavora con le persone assistite?

Come possono essere usate le informazioni contenute nei Diari da parte del personale di un'unità operativa? In che modi si possono adoperare per migliorare il proprio lavoro?

C'è una differenza tra leggere le esperienze delle persone assistite e osservarle o sentirle raccontare da loro?

2) Quale pensate possa essere l'utilità nel proporre alle persone assistite i Diari di bordo?

Qual è secondo voi l'utilità per la persona assistita che vive l'esperienza di malattia nel vostro reparto?

Per quanto avete osservato, quali sono state le reazioni delle persone all'invito a scrivere i Diari?

Quante persone vi sembra abbiano scritto? Quali possono essere state le loro motivazioni?

Quali potrebbero essere i motivi per non scrivere?

Secondo voi si può considerare il diario come una terapia per le persone ricoverate?

3) Da quando i Diari sono stati introdotti nelle camere di degenza, ci sono stati cambiamenti nel modo di lavorare in reparto?

La presenza dei Diari ha portato un cambiamento nel lavoro quotidiano?

L'introduzione dei Diari nelle camere quale effetto ha prodotto in voi operatori, soprattutto all'inizio? Cambiamenti nei vostri rapporti/nella gestione del tempo/nel rapporto con gli assistiti

4) Secondo voi come sta funzionando lo strumento dei Diari di bordo per le persone assistite?

Pensate che il Diario stia aggiungendo qualcosa al reparto/al vostro lavoro?

Quali sono i vantaggi che avete riscontrato? Quali gli svantaggi?

Come pensate che si potrebbe migliorare tale strumento? Quali sono i punti su cui è necessario lavorare ancora?

Pensate che sarebbe utile per voi mantenere lo strumento anche in futuro?

Pensate che avrebbe un effetto positivo sulle persone assistite mantenere i Diari anche in futuro?

fica di frasi e immagini rilevati all'interno del testo. La tecnica che ha permesso di identificare i codici e poi le tematiche oggetto di discussione è quella della ricerca di parole o frasi ripetute e che si ripresentano all'interno del testo, di affermazioni tra loro opposte o discordanti e di concetti inediti. Tali concetti e frasi vengono messi in evidenza e poi riletti, per comprenderne il significato e tentare di creare collegamenti tra essi.

La terza fase ha portato all'iniziale individuazione dei temi, raggruppando i codici simili in gruppi, scartando quelli poco rappresentati. La quarta fase ha permesso di creare dei temi tra loro esclusivi e il più possibile aderenti ai dati analizzati, la quinta fase l'etichettatura delle tematiche. La sesta fase ha portato a ricercare nei dati raccolti parti di testo utilizzate come esempi nella descrizione dei risultati.

RISULTATI

Sono state intervistate sei persone assi-

stite, le cui caratteristiche anagrafiche vengono riportate in **Tabella 1**. La durata media delle interviste è stata di circa 20 minuti. Le interviste sono state svolte al momento della prima visita di follow up. Dall'analisi delle interviste sono emersi i seguenti temi: l'esperienza di scrittura diaristica come arte di scrittura di sé; il Diario di bordo condiviso come comunicazione particolare tra persone assistite; l'esper-

ienza totalizzante della malattia e dell'isolamento.

L'esperienza di scrittura diaristica come arte di scrittura di sé

Dalle interviste emerge il rapporto delle persone con l'arte della scrittura di sé stessi, sia nel momento in cui erano ricoverate, sia rispetto al loro vissuto al di fuori, nella vita quotidiana e anche precedente alla malattia. I pazienti hanno descritto le motivazioni personali che possono spingere a scrivere sul Diario, i tempi e i contenuti della scrittura diaristica, il loro sentire nel momento in cui sono stati coinvolti nel progetto dei Diari di bordo condivisi.

Alcuni assistiti hanno affermato di non aver mai o quasi mai scritto prima su un Diario e anche di non essere abituati a esprimere i propri sentimenti attraverso la pratica della scrittura, vivendo quindi quella dei Diari di bordo come un'esperienza nuova, a cui hanno reagito per motivi diversi, sentendosi spinti a provare a scrivere; una sola persona ha raccontato di avere già utilizzato in altre occasioni tale pratica come mezzo di comunicazione.

[...] "è difficile per me, io non scrivo quasi mai...anche su Whatsapp o su Facebook, io non scrivo, non sono uno che esprime i miei sentimenti o che. Invece qui secondo me era giusto farlo..." [...] (**intervista 1**)

[...] "questa mia passione per scrivere [...] era già mia intenzione scrivere un libro" [...] (**intervista 2**)

Nonostante si trattasse per molte persone del primo approccio in tal senso, non è emersa una particolare difficoltà nel provare a scrivere. Nelle interviste vengono espresse motivazioni precise, quale la possibilità di esternare i propri sentimenti, di portarli alla luce, in una sorta di catarsi

[...] "e quindi scrivere ogni tanto delle cose ti aiuta un po' a esternare tutto quanto,

Tabella 1. Caratteristiche campione interviste
Interviste (N=6)

Età, mediana	51 (min 18; max 76)
Livello di scolarità	
Media inferiore	1
Media superiore	2
Diploma o laurea	3
Patologia	
Leucemia	4
Linfoma	1
Altro	1
Recidiva	2

continua da pagina 25

a liberarti, la vedo così..." [...] **(intervista 6)**

[...] "a volte sai a voce ti lasci prendere dall'emozione, e non riesci a dire quello che vorresti dire, invece per scritto anche se qualche lacrima scende, però nessuno la vede e puoi andare avanti" [...] **(intervista 2)**

[...] "ho scritto che mi sembrava un momento di riflessione, di ritiro spirituale nel senso che...meditazione, perché io ho cominciato proprio a pensare a tante cose" [...] **(intervista 3)**

Dalle interviste è emerso che coloro che hanno scritto, lo hanno fatto verso la fine del ricovero in reparto. Per quanto riguarda gli argomenti che hanno affrontato, sembra che non ci siano stati temi più importanti di altri, le persone assistite hanno parlato delle loro emozioni, del loro percorso di malattia, alcuni hanno scritto solo una frase mentre altri si sono dilungati, senza un mandato preciso.

[...] "Poi col passare dei giorni, facendo mente locale, sapendo che comunque la situazione era quella, ho cominciato a metter giù qualcosa, e quelli che erano i sentimenti iniziali, cioè quello che io ho trasportato su questo foglio è quello che erano le mie emozioni al momento in cui sono entrata lì, oltre la spiegazione di quello che ho fatto, come mi hanno accolta" [...] **(intervista 3)**

[...] "è molto libero, non c'è una traccia, si può anche scrivere anche solo una frase ecco [...] e allora secondo me è positivo questo, il fatto che tutti secondo me si possono avvicinare con una piccola frase" [...] **(intervista 2)**

[...] "ho scritto il penultimo giorno delle dimissioni" [...] **(intervista 6)**

Il Diario di bordo condiviso come comunicazione particolare tra persone assistite

Le riflessioni emerse durante le interviste in merito alla possibilità di condivisione con altri assistiti offerta dai Diari di bordo riguardano le motivazioni e le conseguenze che ha avuto per essi lo scrivere sapendo che altri avrebbero potuto leggere. Un altro particolare aspetto concerne il poter accedere a storie e pensieri di chi ha vissuto un'esperienza molto simile alla loro attuale. Molte persone hanno affermato di

aver scritto il Diario anche perché hanno saputo che sarebbe stato letto dalle persone ricoverate dopo di loro, creando quindi una testimonianza per gli altri assistiti. Questo indica che la motivazione a scrivere è stata anche di tipo sociale: per l'assistito la persona che vive un'esperienza simile alla sua è una figura importante anche se sconosciuta, verso la quale alcuni sentono in un certo senso di avere una responsabilità, avendo già affrontato la sfida del ricovero, dell'isolamento e le possibili paure e incertezze a esso connesse.

[...] "lo fai sapendo che qualcuno dopo di te lo legge, e può aiutare" [...] **(intervista 1)**

[...] "tu scrivi a qualcuno, non scrivi così, tanto per tirare giù una frase" [...] **(intervista 6)**

Le persone ricoverate scrivono sui Diari, quindi, con l'obiettivo di motivare ed aiutare le persone che verranno dopo di loro. Sembra che esse vogliano preparare gli altri assistiti all'esperienza che stanno per vivere, che vogliano rassicurarli su una situazione di incertezza e difficoltà.

[...] "è giusto secondo me che quello che verrà dopo sappia a cosa va incontro" [...] **(intervista 1)**

[...] "se probabilmente un paziente precedente scrive quello che ti fanno [...] ti tira su" [...] **(intervista 3)**

[...] "già dando questa parola e questa esperienza è già veramente un conforto" [...] **(intervista 4)**

[...] "ho voluto caricare le persone" [...] **(intervista 6)**

Per quanto riguarda invece l'opportunità di leggere quanto lasciato dagli assistiti ricoverati in precedenza, le persone intervistate hanno affermato che si tratta di un modo per poter comunicare all'interno del reparto. Tale comunicazione sarebbe altrimenti impossibile, dal momento che l'ambiente di isolamento in stanze singole non permette alle persone di incontrarsi e parlare. Leggere le pagine del Diario di bordo condiviso ha creato quindi un canale tra di loro, suscitando emozioni e spingendole a scrivere a loro volta.

[...] "noi pazienti non abbiamo modo di confrontarci tra di noi, quindi non possiamo esprimere le nostre opinioni e scambiarci le opinioni e le nostre esperienze"

[...] **(intervista 1)**

[...] "Ha letto quello che le altre persone avevano scritto prima di lei? Cosa ha significato per lei? Mi ha dato...la voglia di farlo" [...] **(intervista 5)**

[...] "Mi ha fatto tantissima tenerezza" [...] **(intervista 4)**

L'esperienza totalizzante della malattia e dell'isolamento

Durante le interviste è emerso con forza il vissuto della malattia oncologica nei racconti e nei significati delle persone assistite. Questa esperienza coinvolge la loro vita in maniera totalitaria, pertanto in ciò che raccontano nei Diari di bordo condivisi, la malattia è presente ed è motivo e argomento di scrittura per gli assistiti.

Dai racconti si comprende che la malattia porta con sé un carico di incertezza e di paura per tutti coloro che la devono affrontare, nonostante questo essa è vista anche come un ostacolo da superare, verso il quale è importante mantenere un atteggiamento positivo

[...] "è verosimile che ci son paure, bisogna ambientarsi...alla fine invece poi si constata che si arriva sempre alla fine" [...] **(intervista 4)**

[...] "Non è facile [...] sapevo per che cosa dovevo lottare, le motivazioni le ho trovate" [...] **(intervista 1)**

La malattia onco-ematologica porta con sé paure e difficoltà "ulteriori" per le persone, che hanno raccontato in particolare della fatica nel vivere in isolamento, da soli e dovendo seguire numerose restrizioni. La maggior parte degli intervistati ha anche espresso riconoscenza e commenti positivi verso l'équipe curante, considerata come parte importante del loro percorso di cura.

[...] "ti buttano lì tutto quanto subito, no? E tu sei già nel pallone" [...] **(intervista 3)**

[...] "tu devi entrare in una stanza, devi rimanere lì 24 ore su 24, non puoi fare niente, ti devi sempre lavare, ti devi fare..." [...] si è fisicamente da soli...e anche mentalmente" **(intervista 1)**

[...] "non è un reparto normale questo" [...] **(intervista 6)**

[...] "ci sono dei medici, anche le infermiere, le OSS e quant'altro...hanno deciso di rimanere in un ambiente e in un reparto molto molto delicato, e quindi per amore,

Tabella 2. Caratteristiche campione focus group Focus group (N=10)

Età, media	48
Occupazione	
Infermiere	6
OSS	4
Livello di scolarità	
Media superiore	3
Diploma o laurea	7
Anni esperienza lavorativa, media	18,7

non per altro" [...] (intervista 4)

Focus group

Sono state coinvolte nei focus group cinque infermieri e OSS a sessione, per un totale di dieci partecipanti, dei quali si riportano le caratteristiche anagrafiche in **Tabella 2**. La durata media dei focus group è stata di circa un'ora. Dall'analisi tematica dei focus group sono emersi i seguenti temi: il Diario di bordo condiviso e la sua valenza terapeutica per le persone assistite; il Diario come modalità comunicativa "speciale" con l'équipe curante; difficoltà a presentare lo strumento diaristico nella prima fase del ricovero.

Il Diario di bordo condiviso e la sua valenza terapeutica per le persone assistite

Per alcuni membri dell'équipe curante il Diario sembra avere una valenza terapeutica per gli assistiti, per almeno due ragioni: da un lato è un'opportunità per poter esternare dei sentimenti, delle sensazioni durante il ricovero, dall'altro viene considerato come un mezzo che facilita l'elaborazione dell'esperienza di malattia

[...] "il Diario può essere vissuto anche come una valvola di sfogo" [...] (focus group 1)

[...] "un momento che è un momento tragico, no? Di malattia, di malattia grave, dove tutti quelli che sono i tuoi riferimenti di vita crollano, no? Li devi mettere in discussione...è un suggerimento per provare

in quel momento lì, che è un momento terribile, a guardarsi dentro" [...] (focus group 2)

Dai focus group emerge che l'utilità dello strumento diaristico è percepita come fortemente soggettiva dal personale dell'Unità Operativa. Infatti i partecipanti hanno affermato che, anche se per alcune persone la scrittura sembra essere un'opportunità, non ritengono che i Diari di bordo siano utili a tutti i ricoverati nello stesso modo

[...] "che può essere uno strumento non per tutti, come tutte le cose..." [...] (focus group 1)

[...] "c'è la persona che ha proprio bisogno no, di scrivere...è catartico per loro, però non sono tutti così" [...] (focus group 1)

[...] "mi è capitato di offrire questo strumento, ed entrambi mi hanno detto "ma che devo scrivere se sono arrabbiato, che gli scrivo..." [...] non lo usano come mezzo terapeutico" [...] (focus group 2)

Un altro elemento espresso dai partecipanti in merito al rapporto degli assistiti con i Diari di bordo è quello della possibilità di condivisione con altri. In particolare viene affermato che per essi il poter comunicare tra persone assistite è un elemento importante e di novità, in un contesto particolare come quello dell'Ematologia che costringe all'isolamento e quindi, rispetto ad altre realtà, non permette ai degenti nessuno scambio diretto. Questa opportunità viene vista pertanto come un valore aggiunto per i malati.

[...] "è una comunicazione particolare questa, anche tra di loro [...] la condivisione, perché il fatto di sapere che in fondo non sei solo, c'è qualcun altro che magari c'è stato prima di te, dal quale magari anche leggendo quelle poche parole riesci ad avere come dire, un aiuto in questo" [...] (focus group 1)

[...] "...poi c'è il valore dell'ospite suc-

cessivo" [...] (focus group 1)

Il Diario di bordo come modalità comunicativa "speciale" con l'équipe curante

Lo strumento diaristico viene considerato da alcuni operatori come un mezzo privilegiato e "speciale" attraverso il quale le persone assistite possono dire ciò che non riescono ad esprimere a voce, in maniera diretta, sia con i caregiver che con i membri dell'équipe. Il Diario viene anche considerato utile per ottenere delle informazioni dopo la dimissione della persona

[...] "sicuramente il Diario può essere un mezzo per...per leggere in un secondo momento, anche dopo la dimissione, delle cose non dette durante il ricovero" [...] (focus group 2)

[...] questo può essere un modo perché, per tutti, si sappia cosa il paziente sente, e può essere motivo di condivisione" [...] (focus group 1)

Tutti gli operatori vedono inoltre nei Diari di bordo condivisi un vantaggio nell'aver accesso a una quantità di dati che permettono di assistere in maniera più efficace le persone ricoverate. Vengono individuati due versanti sui quali è possibile agire. Da un punto di vista clinico-assistenziale, emerge l'importanza di curare prestando attenzione al vissuto della persona, per capirla meglio e anche utilizzando quanto espresso da altri per l'assistenza futura. Da un punto di vista organizzativo, analizzare i contenuti dei Diari potrebbe portare a modificare alcuni aspetti del reparto o del lavoro al suo interno

[...] "...noi parliamo dei pazienti, magari parlarne meno tecnicamente e un po' più emotivamente, entrare di più nella realtà della persona, nella realtà più intima, secondo me ti aiuta a curarlo meglio" [...] (focus group 1)

[...] "...potremmo cercare di personalizzare di più magari l'ambiente, sempre nei limiti" [...] (focus group 2)

[...] "leggerli successivamente può essere spunto per chiedersi dove migliorare su certe cose, su dove si può migliorare a livello assistenziale anche sulla dimensione dell'isolamento cioè, lavorare anche su delle, su un piano organizzativo" [...] (focus group 2)

Appare inoltre importante la possibilità

continua da pagina 27

di far entrare i Diari nel lavoro di condivisione, discussione e passaggio di consegna dell'équipe. Gli operatori sottolineano che lo strumento diaristico può essere utile a condizione che venga poi usato e considerato nella pratica quotidiana.

Difficoltà a presentare lo strumento diaristico

Per la maggior parte dei partecipanti l'efficacia del progetto è legata al fatto che le persone scrivano sul Diario messo loro a disposizione. Dal momento che è compito degli infermieri presentarlo, essi sentono che le modalità con cui spiegano alle persone assistite la finalità, i contenuti dei Diari incidono direttamente sulla decisione degli assistiti di scrivere o meno. Alcuni membri del personale riportano una difficoltà nel presentare alle persone il Diario di bordo al momento dell'ingresso in reparto. Esse infatti arrivano in un momento drammatico e sono concentrate sul nuovo ambiente, rendendo difficile creare una comunicazione; gli infermieri sentono che potrebbe essere importante individuare un momento adatto a introdurre il progetto agli assistiti, che per alcuni è un momento soggettivo, deciso in base alla persona che si ha di fronte, per altri è importante che non coincida con il momento dell'accoglienza

[...] "inizialmente, voglio dire, magari loro, tu gli proponi una cosa del genere loro possono dire "ma con tutti i problemi che ho non mi vengano a dire..." [...] credo proprio che ci sia veramente anche un momento giusto per indirizzarli a scrivere qualcosa" [...] **(focus group 1)**

[...] "difficile dire, individuare il momento preciso, è diverso per ciascun paziente" [...]

(focus group 1)

[...] "mi piacerebbe che dopo un po' di giorni che io ho instaurato un rapporto di fiducia, di reciproca fiducia, io possa proporre il Diario...mi piacerebbe sapere che a quello lì toccherà a me parlargli del Diario [...] mi piacerebbe di più personalizzare la proposta del Diario dopo che io ho potuto conoscere la persona, instaurarci un rapporto...personalizzerei anche in funzione di quello che ho saputo, della sua storia..." [...]

(focus group 2)

Un altro punto considerato critico e

fonte di difficoltà per l'équipe curante nella gestione dei Diari di bordo condivisi è quello relativo alla necessità di ottenere dalle persone ricoverate il consenso informato per utilizzare quanto scrivono nei Diari in futuro, e per poter essere intervistate. Gli infermieri ritengono che l'acquisizione del consenso sia una procedura che crea degli ostacoli nella buona riuscita del progetto. Da una parte, non sono certi del momento in cui sia meglio chiedere tale consenso, poiché andrebbe chiesto prima che la persona scriva: i Diari tuttavia sono strumenti soggettivi e legati ad una pratica spontanea, non seguono regole e inoltre le persone, secondo gli infermieri, si sentono in soggezione rispetto a questa richiesta o decidono di non scrivere per tale motivo

[...] "la cosa limitante, è quando anche parli del consenso...a me verrebbe di suggerire di somministrarlo quando io vedo che la paziente decide di scrivere qualcosa prima [...] O magari disgiungerli proprio, non so! Disgiungerli, come momenti" [...]

(focus group 2)

[...] "diventa una cosa seria, se devo farci sopra il consenso...consenso sì magari, ma non immediatamente" [...]

[...] "Una cosa che secondo me non funziona, ma forse sono io che non lo presento bene, è il consenso...il consenso li blocca! [...] Lo vedono come un'ulteriore restrizione" [...]

(focus group 2)
Dal focus group sono emersi alcuni suggerimenti degli operatori in merito all'aspetto visivo, alle caratteristiche grafiche dei Diari. Secondo alcuni di loro i Diari di bordo condivisi, anche a causa del fatto che sono nuovi e quindi contengono poche pagine scritte, possono non invogliare le persone ricoverate a scrivere per effetto del "panico da foglio bianco". Un'operatrice inoltre suggerisce di rendere il formato più piccolo in quanto sarebbe più comodo e anche più simile a un Diario personale

[...] "un'altra cosa che ho potuto notare è la paura del foglio in bianco" [...]

(focus group 2)

[...] "...non so se è un suggerimento giusto o non giusto, appunto i fogli bianchi riempire con qualcosa [...] il panico da foglio bianco" [...]

[...] "secondo me una dimensione più piccola sarebbe stata più accogliente, ma

questo lo pensavo già dall'inizio...renderlo più tascabile" [...]

(focus group 1) **DISCUSSIONE**

L'analisi tematica delle interviste qualitative e dei focus group ha permesso di indagare la prima reazione all'introduzione dei Diari di Bordo all'interno delle stanze di isolamento dell'Unità Operativa.

La maggior parte degli intervistati ha affermato di non essere abituato a esprimere i propri sentimenti per scritto, neppure in momenti precedenti alla malattia: nonostante questo, tutti hanno scritto durante la permanenza in reparto. Secondo Demetrio⁷, l'esordio della pratica narrativa coincide sempre con un desiderio dell'autore di raccontarsi e mettere ordine nella propria storia. La letteratura sostiene che imparare a esternare sensazioni legate a un'esperienza traumatica sia fondamentale per i pazienti, con il rischio altresì di conseguenze negative sul decorso di malattia^{19,20}: questo atteggiamento è testimoniato dalla presenza nei testi di termini quali "catarsi" e "meditazione" in riferimento alla scrittura. Inoltre, la narrazione può innescare un processo di riflessione: alcuni autori sottolineano come un atteggiamento di propensione a riflettere sulla propria malattia sia un punto di forza nella prognosi tra le persone trapiantate di midollo osseo²¹. I Diari di bordo quindi potrebbero avere per alcuni una funzione di supporto durante il percorso di guarigione. Il secondo aspetto di utilità dello strumento diaristico condiviso risiede nell'opportunità di interagire tra persone ricoverate. Scrivere di sé permette un contatto con coloro che vivono esperienze simili, un aiuto reciproco al fine di sentirsi supportati di fronte alla patologia oncologica²². La totalità degli intervistati ha descritto la profonda difficoltà che la persona affronta nel vivere le restrizioni imposte dalla fase acuta della malattia emato-oncologica e soprattutto l'isolamento: per questo, lo strumento dei Diari sembra essere una occasione di comunicazione altrimenti non possibile, dal momento che il reparto prevede il ricovero in stanze singole. Alcuni studi in letteratura affermano che la narrazione della propria vicenda di malattia è un mezzo per trasformare una esperienza personale in un racconto collettivo²³; alcune

Supplemento Ricerca infermieristica

persone intervistate hanno spiegato che una spinta a scrivere è stata data dal sapere che la persona successiva avrebbe letto, in una sorta di passaggio di testimone, suggerendo che per esse l'ospite successivo è una persona verso la quale sentono un senso di responsabilità. Al momento non esistono studi sulla comunicazione tra assistiti attraverso strumenti come un diario cartaceo, tuttavia alcuni relativi alla scrittura di blog online⁶ riportano dati simili a quelli descritti. Anche la tematica emersa dall'analisi dei focus group "*il Diario di bordo e le persone assistite*" racchiude tale significato: i membri dell'équipe di cura hanno sottolineato come le persone che assistono vivano un ricovero in condizioni particolari, e cercano il contatto con le altre persone assistite e vedono nei Diari un'utilità in questo senso. Un altro elemento comune, emerso con forza all'interno dei focus group e in parte durante le interviste, è la valenza di soggettività attribuita all'utilità dei Diari per i pazienti: assistiti e operatori, sebbene abbiano confermato che la presenza dei Diari sia positiva per loro, affermano anche che esso non è uno strumento che può servire a tutti nello stesso modo, come sembrano essere per essi ad esempio le terapie. La letteratura conferma come la scrittura personale e autobiografica sia una pratica soggettiva e legata al momento in cui viene messa in atto⁷, non forzabile, ma non per questo meno necessaria a coloro che desiderano provare ad usarla. Le motivazioni sono molteplici: alcune persone possono non essere abituate a scrivere, alcuni sembrano intimiditi o spaventati, infine alcuni non sanno di quali argomenti parlare. I risultati in letteratura di studi in cui persone affette da patologie oncologiche hanno tenuto dei diari mostrano come, in alcuni casi, questa pratica abbia avuto effetti positivi su sintomi e riduzione dello stress^{12,13}. Si tratta in tutti i casi di soggetti che scrivono in modo volontario, poiché l'elemento di convinzione intima risulta fondamentale in un percorso come quello di pratica narrativa⁵.

Il tema "l'esperienza di malattia", sebbene non direttamente correlato all'obiettivo, aiuta a comprendere le motivazioni che possono spingere una persona affetta da patologia onco-ematologica a raccon-

tare la propria esperienza. Secondo Morari: "...Scrivere di sé...chiede coraggio"⁶, il ricorrere di termini come "paura", "difficile", "percorso" suggerisce che queste persone affrontano una patologia che crea una frattura nella loro vita a tutti i livelli²⁴. Il personale sanitario con cui le persone condividono la loro storia ha un ruolo fondamentale nel sostenere tale ricerca di speranza²⁵ in un contesto che, come suggerisce il ricorrere dei termini "solo", "solitudine" nelle interviste, è fortemente traumatico per le persone adulte costrette a rispettare restrizioni e isolamento a causa della patologia.

L'utilità del Diario di bordo condiviso è emersa con forza dagli operatori. L'opportunità di poterlo utilizzare come fonte di informazione rappresenta una modalità "privilegiata" di prendersi cura in modo personalizzato dei pazienti. Esistono progetti di Diari proposti alle persone come mezzo per migliorare la comunicazione con il personale durante il ricovero ospedaliero, attraverso i quali esse raccontano la propria esperienza di malattia, per poi renderla disponibile all'équipe come testimonianza¹⁶. Per curare al meglio i pazienti è necessario considerarli fonte primaria di informazione: l'approccio narrativo è efficace nel raccogliere i pensieri e le opinioni delle persone in merito al loro percorso^{24,26}.

Dai focus group emergono anche le criticità affrontate nell'introduzione della pratica diaristica ed i possibili sviluppi. Per gli infermieri appare difficile presentare il progetto senza che esso diventi percepito come una informazione tecnica ulteriore per la persona, ma un invito. Dalla discussione si evidenzia il legame diretto che essi ipotizzano tra le modalità con cui presentano i Diari di bordo condivisi e la frequenza con cui le persone scriveranno successivamente. Potrebbe risultare importante invitare le persone alla scrittura autobiografica individuando le tempistiche più adatte. Alcuni autori individuano tre fasi di sviluppo psichico durante la malattia oncologica²⁷: sopravvivenza attiva, in cui la persona si concentra sullo stress dato dall'impatto con la diagnosi, sopravvivenza "estesa", fase di riflessione sul futuro, e sopravvivenza permanente. È possibile che, mentre durante la prima fase

gli assistiti siano orientati a sconfiggere la malattia, durante la seconda fase essi siano più recettivi. Tutte le persone assistite che hanno sperimentato il Diario durante il ricovero hanno affermato di aver scritto verso il momento delle dimissioni dal reparto e non, ad esempio, appena entrati.

Questo dato è confermato dall'osservazione diretta degli operatori. Inoltre, gli stessi membri dell'équipe dichiarano che sarebbero più soddisfatti nell'invitare alla scrittura personalizzando questa comunicazione. Rendere più specifico l'invito a scrivere sui Diari di bordo, anche proponendoli successivamente all'accoglienza, potrebbe contribuire a risolvere il timore del "panico da foglio bianco" espresso da alcuni operatori, tenendo conto tuttavia che l'esperienza narrativa è possibile solo quando la persona è propensa a raccontarsi. Questo progetto presenta alcuni limiti. Il campione includeva solo coloro che hanno scritto sui Diari di bordo, senza indagare le motivazioni di chi invece non ha scritto. Sarebbe opportuno coinvolgere anche questa tipologia di assistiti in analisi future. Il progetto è stato condotto in un periodo di tempo limitato e in una sola unità di degenza, questo porta a considerarlo alla pari di un progetto-pilota, che richiederebbe ampliamenti se considerato valido.

CONCLUSIONI

Le esperienze di pazienti e operatori in seguito all'introduzione dello strumento dei Diari di bordo condivisi evidenziano i numerosi punti di forza di questo progetto, che di fatto rappresenta uno dei pochi esempi di adozione di uno strumento narrativo a disposizione delle persone ricoverate in un reparto di Ematologia. Particolarità di questa esperienza è che il Diario venga anche utilizzato come mezzo per comunicare con altre persone assistite e sia leggibile dal personale sanitario. Alla luce dei risultati delle interviste qualitative e dei focus group svolti, i Diari di bordo condivisi potrebbero essere mantenuti in futuro all'interno delle stanze di isolamento, a condizione di superare insieme al personale alcune criticità. Una ulteriore possibilità di ricerca è rappresentata dall'analisi delle pagine dei Diari di bordo condivisi, da cui potrebbe emergere il senso ed i significati attribuiti dalle persone

continua da pagina 29

assistite all'evento malattia ed alle cure ricevute.

Conflitti di interesse e fonti di finanziamento

Non sono state necessarie fonti di finanziamento per sostenere il progetto. Non vi è presenza di conflitto di interessi.

Aggregato in Scienze Infermieristiche,
Dipartimento di Scienze della Sanità
Pubbliche e Pediatriche, Università degli
Studi di Torino

**MNS Student, infermiera, Presidio
Ospedaliero San Giovanni Bosco, Torino

Ordine Mauriziano, Torino
****Nurse, Nurse, Azienda Ospedaliera
Ordine Mauriziano, Torino

*****MSN, Professore Associato in Scienze
Infermieristiche, Dipartimento di Scienze
della Sanità Pubbliche e Pediatriche,
Università degli Studi di Torino

*MNS, Ricercatore e Professore

***Head Nurse, Azienda Ospedaliera

BIBLIOGRAFIA

- 1) Associazione Italiana Registro Tumori AIRTUM. I numeri del cancro in Italia 2016. Pubblicato nel 2016. Sito dell'AIRTUM consultato a settembre 2017. www.registri-tumori.it/cms.
- 2) Evans M, Shaw A, Sharp D. Integrity in patients stories: "Meaning making" through narrative in supportive cancer care. *Eur J Int Med* 2012; 4: 11-18.
- 3) Begley A, Pritchard-J K, Briotti M et al. Listening to patients with cancer: using a literary-based research method to understand patient-focused care. *BMJ Open* 2014; 4.
- 4) Garrino L. Strumenti per una medicina del nostro tempo. Firenze: FUP 2015.
- 5) Muzzatti B. Narrazione e ricerca: quale legame? In: Leggiamoci con cura. Scrittura e narrazione di sé in medicina. Atti del III convegno CRO di Aviano. 2014: 33-42.
- 6) Mortari L. Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione. Roma: Carocci 2003.
- 7) Demetrio D. Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé. Milano: Cortina 1996.
- 8) Madrussan E. Forme del tempo/Modi dell'io. Educazione e scrittura diaristica. Ibs 2009.
- 9) Garrino L. L'utilizzo dei diari nella formazione infermieristica: analisi della letteratura. *Tutor* 2007; 7: 94-99.
- 10) Garrino L. La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura. Centro Scientifico Editore 2010.
- 11) Greco MM et al. L'utilizzo dei "Diari del paziente" in Terapia Intensiva. *Scenario* 2009; 26(4): 22-27.
- 12) Cavedale E. Nursing e medicina narrativa in terapia intensiva: una revisione di letteratura. Padova: Università degli Studi di Padova, 2015. <http://tesi.cab.unipd.it/50882/> consultato 29 giugno 2018.
- 13) Smith S, Anderson-Hanley C, Langrock A, Compas B. The effects of journaling for women with newly diagnosed breast cancer. *Psycho Oncol* 2005; 14: 1075-82.
- 14) Gonzales LO, Lengacher AC. Coping with breast cancer: a qualitative analysis of reflective journals. *Ment Health Nurs* 2007; 28(5): 489-510.
- 15) Gargiulo G. et al. Narrative Based Medicine as a tool for needs assessment of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Acta Biomed for Health Professions* 2017; 88(1): 18-24
- 16) Bolton G. "Writing is a way of saying things I can't say" therapeutic creative writing: a qualitative study of its value to people with cancer cared for in cancer and palliative healthcare. *J Med Ethics; Medical Humanities* 2008;34:40-46.
- 17) Webster CS, Lu LM, Henning MA. Using hospital-stay Diaries to improve communication with patients. *Med Ed* 2014; 48: 522-48.
- 18) Chiu YC, Hsieh YL. Communication online with fellow cancer patients: Writing to be remembered, gain strength, and find survivors. *J Health Psychol* 2012; 18(12): 1572-81.
- 19) Braun V, Clarke V. using thematic analysis in psychology. *Qual Res in Psychology* 2006; 3(2): 77-101.
- 20) Frisina PG, Borod JC, Lepore SJ. A Meta-Analysis of the Effects of Written Emotional Disclosure on the Health Outcomes of Clinical Populations. *J NervMent Dis* 2004;192: 629-634.
- 21) Freda MF, Martino ML. Health and Writing: Meaning-Making Processes in the Narratives of Parents of Children With Leukemia. *Qual Health Research* 2015; 25(3): 348-59.
- 22) Benish-Weisman M et al. Healing stories: narrative characteristics in cancer survivorship narratives and psychological health among hematopoietic stem cell transplant survivors. *Palliative and Supportive Care* 2014; 12: 261-67.
- 23) Hoey L, Ierpoli SC, White VM, Jefford M. Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Ed and Counsel* 2008; 70(3): 315-37.
- 24) Persson L, Hallberg IR. Lived Experience of Survivors of Leukemia or Malignant Lymphoma. *Cancer Nursing* 2004; 27(4): 303.
- 25) Xuereb CM, Dunlop R. The experience of leukaemia and bone marrow transplant: searching for meaning and agency. *Psycho Oncol* 2003; 12: 397-409.
- 26) Fioretti C et al. Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. *BMJ Open* 2016; 6.
- 27) Egan R et al. The Cancer Stories Project: narratives of encounters with cancer in Aotearoa, New Zealand. *PSychoOncol* 2016; 25: 300-07.
- 28) Walton LM, Reeve J, Brown PM; Farquhar CM. Gynaecologic cancer patients' needs and experiences of supportive health services in New Zealand. *Psycho Oncol* 2009; 19: 201-08.

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/gli 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 cri-

teri 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 virgola3,4, 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-marjunana 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/ecm/capitolo2.pdf>

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

Tutti gli articoli conformi alle norme editoriali saranno affidati ad uno 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.

**Ultime
notizie**

Un Consultorio per donne con disabilità

**Nuova struttura all'Ospedale Annunziata.
E' il 1° terzo in Italia**

Anche a Napoli un consultorio per le donne con disabilità. Sarà ospitato all'interno dell'ospedale Annunziata, centro storico della città. È il terzo in Italia. Il primo consultorio ginecologico per donne disabili fu aperto nel 2007, nell'Ospedale S. Anna di Torino, un altro spazio dedicato a loro si trova a Roma. Il presidio sanitario dell'Annunziata ha come suo mandato istituzionale la tutela della salute della donna e del bambino e nel tempo sta potenziando in termini di accoglienza e presa in carico soprattutto di comunità forte mente a rischio socio-sanitario. È stato anche acquistato un ecografo ad alta sensibilità per effettuare il test prenatale, come il test combinato (bitest e translucenza nucale), basato sulla misurazione ecografica di parametri anatomici e funzionali del feto e sul risultato di esami ematochimici. Questo test rientra nei nuovi Lea e sarà da subito disponibile nella nuova struttura.

I servizi saranno rivolti a donne con disabilità motorie e altre tipologie di svantaggi che sono fortemente discriminate per la mancanza di accessibilità fisica a servizi per la salute sessuale e riproduttiva, in linea con le indicazioni del 'Secondo Manifesto sui diritti delle Donne e delle Ragazze con Disabilità nell'Unione Europea. Una particolare attenzione sarà riservata ai di-



positivi relativi alla salute sessuale delle donne con disabilità (come contraccettivi, lettini per la visita ginecologica, apparecchiature per la mammografia). Per le donne disabili la Asl Napoli 1 Centro, ha acquistato la sedia ginecologica specifica ed un ecografo ad alta sensibilità per effettuare il test prenatale come il test combinato (bitest e translucenza nucale), basato sulla misurazione ecografica di parametri anatomici e funzionali del feto e sul risultato di esami ematochimici.



L'Istat: la Campania è in testa per i viaggi della salute

Confermato il trend negativo sull'assistenza, le regioni meridionali restano fortemente svantaggiate

NAPOLI La Campania resta assieme alla Sicilia l'area regionale con il saldo negativo peggiore tra mobilità in uscita e i ricoveri registrati presso le proprie strutture ospedaliere, dato che effettua 0,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita.

Un saldo che in termini costa alla Campania all'incirca trecento milioni di euro l'anno. Il Rapporto annuale 2018 dell'Istat

fotografa una situazione eterogenea, a partire dai posti letto: nel 2015 la media nazionale è scesa a 3,6 posti per mille abitanti (erano 3,9 nel 2010), ma la maggior parte delle Regioni del Nord ha una dotazione superiore alla soglia, con l'eccezione di Liguria e Veneto (3,6 per entrambe). Per contro, il Molise è l'unica regione meridionale con una dotazione elevata di posti letto per abi-

tante (4,5 per mille). La mobilità ospedaliera, sebbene resti legata a diverse motivazioni, è spesso dovuta all'assenza di un'offerta di strutture ospedaliere o reparti di alta specializzazione, che sono concentrate prevalentemente al Centronord; questa evidenza aiuta a spiegare in parte la forte mobilità in uscita dal Mezzogiorno. Ma le regioni con la quota più elevata di mobilità in uscita siano Molise, Basilicata e Calabria (rispettivamente il 26,7, il 23,7 e il 21,2 per cento dei ricoveri dei residenti nel 2016) sono le stesse regioni che hanno la percentuale più bassa di cittadini soddisfatti per l'assistenza medica ospedaliera ricevuta nel luogo di residenza (il 25,6, 12,6 e il 21,1 per cento rispettivamente). Mentre le regioni più attrattive per l'assistenza ospedaliera sono la Lombardia e l'Emilia-Romagna, le quali effettuano, rispettivamente, 3,0 e 2,4 ricoveri in entrata per ogni ricovero in uscita.

Jean Watson e la teoria dello Human Caring

Una conferenza di richiamo internazionale

Lunedì primo ottobre 2018, sarà una giornata memorabile per l'infermieristica italiana e napoletana in particolare. Una conferenza di rilevanza internazionale è stata organizzata dall'Ordine degli infermieri di Napoli, in collaborazione con la Scuola di Medicina e Chirurgia e l'Azienda ospedaliera universitaria Federico II di Napoli: "La scienza del Caring, la teoria dello Human Caring e la salute della persona nella sua interezza".

Il titolo già dice molto sull'attualità del tema. Ma molto di più dicono i nomi dei relatori presenti. A partire da Jean Watson, infermiera americana e professore infermieristico conosciuta per la sua teoria della cura umana.

Autrice di numerosi testi, tra cui *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, la ricerca di Watson sulla cura è stata incorporata nell'istruzione e nella cura del paziente in centinaia di scuole per infermieri e strutture sanitarie in tutto il mondo.

Un nome di richiamo mondiale, insomma. Con lei, nell'Aula Magna "Gaetano Salvatore" della Scuola di Medicina e Chirurgia della Federico II, ci sarà la Presidente nazionale dell'Ordine degli infermieri, Barbara Mangiacavalli; il Presidente dell'Ordine di Napoli, Ciro Carbone; il Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Napoli Federico II, Luigi Califano; il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Vin-

cenzo Viggiani. La conferenza è stata organizzata con l'Ufficio Formazione Unico, A.O.U. Federico II e con il patrocinio morale della Società Italiana di Pedagogia Medica e della Cnai.

Il seminario è gratuito e l'iscrizione è obbligatoria. Tutte le informazioni necessa-

infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona (Pellegrini 2010).

E' fondata su un paradigma etico che si traduce in prassi operativa di natura assistenziale, educativa e manageriale e l'elemento fondamentale sta nella personalizzazione dell'assistenza, attraverso un modello capace di offrire significativi contributi alle professioni di cura.

Nel suo costrutto teorico Jean Watson elabora i dieci "carative factor", successivamente trasformati nei dieci "processi di caritas", definendoli valori fondamentali per l'essere infermiere. Il termine carative (care active = prendersi cura) viene utilizzato da Watson nell'infermieristica, distinguendosi



rie per partecipare all'evento saranno pubblicate per tempo sul sito dell'Ordine <http://www.opinapoli.it/>

Lo Human Caring rappresenta una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che pur nascendo in ambito

così dal termine curativo utilizzato in medicina. Infatti i fattori curativi mirano a curare il paziente dalla malattia, mentre i carative factor sono tutti quei processi di cura che aiutano a preservare, raggiungere o mantenere lo stato di salute, o morire serenamente (Watson, 2010).

**Notizie
dall'Ordine**

Infermiera napoletana nel direttivo Ivas

Importante riconoscimento alla responsabile dell'Aipav, il primo Ambulatorio Infermieristico Pediatrico degli Accessi Vascolari, nato quest'anno presso l'Ospedale Pausilipon. La struttura è interamente gestita da infermieri specializzati e dedicata ai bambini, oncologici e non, portatori di cateteri venosi centrali a medio e lungo termine.

Nel nuovo Consiglio direttivo Ivas - Italian Vascular Access Society - c'è un'infermiera napoletana. E' Federica Pitta, responsabile SVAN (Specialist Vascular Access Nurse) del primo e unico Ambulatorio Infermieristico Pediatrico degli Accessi Vascolari, presso l'Ospedale Pausilipon, gestito da infermieri specializzati, dedicato ai bambini oncologici e non, portatori di cateteri venosi centrali a medio e lungo termine (Aipav). La nomina nel corso del Congresso nazionale Ivas tenuto a Milano il 24 e 25 maggio scorsi. Federica Pitta è stata eletta come unica rappresentante dell'area pediatrica e resterà in carica per i prossimi due anni. "Spero di riuscire a dare un buon contributo e a portare in prima linea il lavoro che con tanto im-

pegno e dedizione il gruppo AIPAV sta facendo a nome anche dell'azienda che rappresenta", ha detto Federica subito dopo la nomina che premia il suo costante impegno professionale nell'area pediatrica. Nel nuovo direttivo Ivas (al completo nella foto) sono stati eletti nei ruoli chiave il Dott. Mussa (Presidente); la Dott.ssa Fuzzi (Vicepresidente); il Dott. Aprea (Tesoriere); il Dott. Corona (Segretario).

L'IVAS è stata costituita allo scopo di implementare la professionalità degli operatori e migliorare sia lo stato di salute che la qualità di vita del paziente mediante lo sviluppo della buona pratica nel campo specifico dell'Accesso Vascolare. In questa direzione va interpretato l'impegno dell'Associazione nell'organizzare corsi d'informazione/formazione professionale e i contributi alla promozione della ricerca scientifica con progetti di studio e ricerca multidisciplinare.

L'associazione offre assistenza e consulenza alla progettazione, l'avvio e la realizzazione di attività specifiche nel campo; produce e mette a disposizione informazioni, notizie, dati e documentazioni inerenti gli Accessi Vascolari sia a livello Nazionale che Internazionale. E fornisce servizi e collaborazioni con Enti Locali, con altre Società Scientifiche e le Istituzioni pubbliche, private e del privato sociale e promuove iniziative di valutazione dell'appropriatezza degli interventi in ambito degli Accessi Vascolari.



Oncologia
e prevenzione

Pizza Pascalina, la prevenzione è servita

L'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione Pascale di Napoli promuove la lotta al cancro attraverso la corretta e sana alimentazione propria della dieta Mediterranea.

Un team di scienziati (oncologi, nutrizionisti, epidemiologi, esperti della prevenzione) ha messo a punto un progetto per diffondere con un molta fantasia i principi e gli alimenti con proprietà antitumorali. Pomodori, farina tipo 1, verdure (crucifere), noci, olive nere, olio evo gli ingredienti della pizza Pascalina. Una felice intuizione di comunicazione e di supporto economico alla ricerca scientifica.

La Pizza Pascalina è un progetto dell'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione Pascale di Napoli che ha lo scopo di promuovere una sana alimentazione Mediterranea come strategia di prevenzione oncologica e allo stesso tempo di contribuire alla lotta contro il cancro. Infatti, per ogni Pizza Pascalina, 1 euro verrà devoluto alla ricerca. Il progetto Pizza Pascalina prende origine da un'esperienza positiva di un paziente in cura al Pascale, i cui familiari, grati dell'esperienza e del buon esito, desiderano ricambiare offrendo un supporto alla ricerca. Insieme al team direzionale del Pascale, nonché dei reparti di Chirurgia Colorettale, dell'Epidemiologia e prevenzione e dei nutrizionisti del Pascale, nasce la pizza Pascalina. Essa include ingredienti con proprietà antitumorali già studiate dai ricercatori del Pascale e dalla comunità scientifica interna-

zionale. Questi includono i pomodori San Marzano, i friarielli (o altre crucifere - dalla forma a croce delle quattro foglie - come le cime di rapa), l'olio extra vergine di oliva, le olive nere e le noci. L'impasto della pizza Pascalina è tipicamente napoletano ed è fatto con farina di tipo 1, ricca di fibra. La pizza Pascalina rappresenta un pa-

sto completo e fornisce almeno una porzione di verdura delle tre giornaliere suggerite dalle linee guida contro il cancro e malattie cardiovascolari. Inoltre, contiene molta fibra, 15 grammi dei 35 previsti giornalmente per un adulto ed è ricca di grassi mono e poli insaturi inclusi gli omega-3. Infine, è gustosa. Molto.




Il gusto della lunga vita.

Il progetto Pizza Pascalina nasce all'interno dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale di Napoli. Grazie alla collaborazione con le sapienti mani dei pizzaioli napoletani e con primarie aziende campane nel campo della ristorazione, della produzione, e della comunicazione, il Progetto riunisce in sé due Patrimoni Mondiali dell'umanità, quali l'Arte del Pizzaiolo Napoletano e la Dieta Mediterranea.

La **Pizza Pascalina**, studiata dai ricercatori nutrizionisti del Pascale, rappresenta un alimento che affianca un messaggio di sana alimentazione, legata ad un prodotto dalle scientificamente comprovate capacità protettive nei confronti del cancro, ad un progetto di sostegno alla ricerca nella lotta ai tumori. Infatti per ogni **Pizza Pascalina** consumata, un euro sarà devoluto all'Istituto Pascale. L'istituto annualmente renderà sulle modalità di utilizzo dei fondi stessi. Richiedi la **Pizza Pascalina** nelle pizzerie che espongono questo marchio.

Pizza Pascalina
Chi gusta, dona

TEAM di PROGETTO

Per l'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione Pascale di Napoli

Attilio Bianchi
Direttore Generale

Carmine Mariano
Direttore Amministrativo

Rosa Martino
Direttore Sanitario Aziendale

Paolo Delrio
Direttore Chirurgia Oncologica Colorettale

Livia Augustin
Nutrionista Unità Epidemiologica

Maurizio Montella
Direttore Unità Epidemiologica

Gianluca Passeggio
Titolare pizzerie Don Peppe

Antimo Caputo
Amministratore delegato Molino Caputo

Paolo Ruggiero
Dani Coop

Nicola Auletta
Selezione Catering

Marialuisa Firpo
Visual designer

Sviluppo Informatico

Rocco Saviano
Responsabile informatico
Istituto Nazionale dei Tumori
Fondazione Pascale di Napoli

Ivano Russo
3d0

www.pizzapascalina.it
[#pizzapascalina](https://twitter.com/pizzapascalina)

Dentro la Professione

Migranti e salute: esperienza infermieristica in un centro di accoglienza

di **Roberta Fournier, Giuseppina Lettieri**

Il presente lavoro nasce da un'esperienza, che ho avuto la fortuna di vivere in prima persona, operando dall'agosto 2015 al dicembre 2016 presso un CAS per donne (centro di accoglienza straordinaria) ubicato a Napoli, il Centro "Talitakum", gestito da la cooperativa sociale "Davantage", di cui sono socia fondatrice. Dalla prima metà del 2015 a tutt'oggi i media, con vari gradi di allarmismo, ci hanno raccontato di migrazioni di massa verso le coste dell'Europa mediterranea. Questo fenomeno ha prodotto un importante dibattito politico-istituzionale all'interno dell'Europa e dei singoli stati nazionali con maggiore intensità nei paesi di primo approdo. Il Rapporto migrantes 2016

comportamenti e atteggiamenti, spesso condizionati dalla diffidenza nei confronti della 'diversità', come risultato dell'esperienza transculturale (Ciancio, 2005). Queste turbolenze da una parte determinano nel professionista la paura di perdere le proprie connotazioni culturali, dall'altra l'esigenza di una profonda riflessione sui valori dell'assistenza, per ridisegnarli in relazione ai nuovi bisogni (El-Hamad e Pezzoli, 2005). Si tratta di una sfida positiva e stimolante per l'infermiere, che comporta un arricchimento e un approfondimento delle dimensioni professionali che fanno riferimento alle scienze umane e a competenze specialistiche su nuovi bisogni emergenti (Mottini, 2007).

OBIETTIVI

Questo studio infermieristico si pone l'o-

MATERIALI E METODI

Al fine di descrivere i bisogni di salute delle giovani migranti (sono state) abbiamo raccolte informazioni inerenti gli aspetti socio anagrafici, il profilo sanitario e l'accesso ai servizi sanitari all'interno di una scheda di rilevazione di dati socio-anagrafici redatta da noi. (è importante sottolineare proprio questo concetto e cioè che non eravamo in possesso di materiale di raccolta dati appropriato)

Nella struttura di accoglienza nel periodo di osservazione sono state ospitate complessivamente circa 100 profughe. Il campione da me indagato è costituito da 80 soggetti sulla base dei criteri di inclusione dello studio da me definiti in fase preanalitica e di seguito riportati.

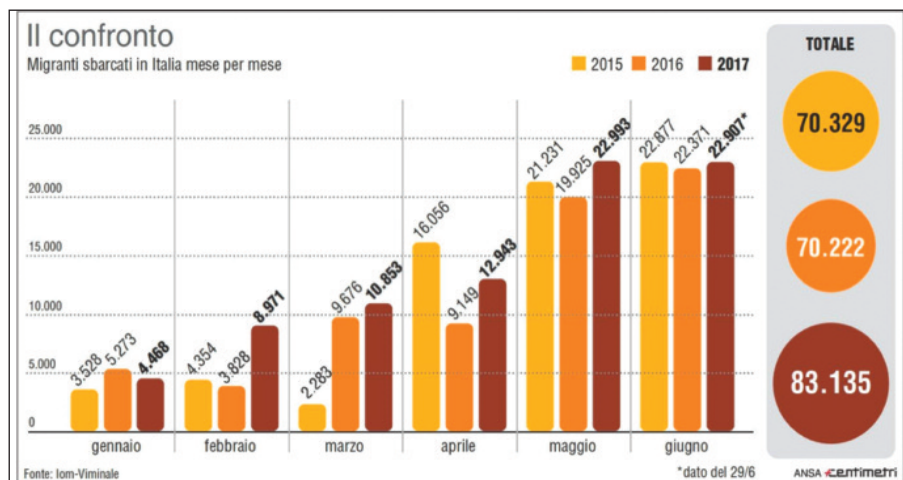
Criteri di inclusione dello studio esplorativo:

- 1) sesso femminile
- 2) età superiore ai 18 anni
- 2) periodo di osservazione: maggio 2015 a dicembre 2016
- 3) documentazione socio sanitaria completa (scheda di rilevazione dati socio sanitari)
- 4) permanenza di almeno 60 giorni all'interno della struttura di accoglienza indagata.

A ogni persona è stato attribuito un codice numerico che permette l'anonimato dei dati e il rispetto della privacy.

STRUMENTI

La fonte principale dei dati raccolti per la rilevazione dei problemi di salute delle profughe è stata ottenuta dall'analisi della documentazione clinica in possesso della struttura di accoglienza. In particolare per ciò che concerne l'aspetto sanitario (è stata) abbiamo strutturato una cartella personale (scheda di rilevazione dati socio-sanitari, riportata di seguito), per ciascuna profuga presente nel Centro con le seguenti informazioni. In particolare i dati riguardanti i problemi di salute accertati sono stati suddivisi in diversi gruppi, quelli rilevati al primo controllo,



ci fornisce alcuni dati rilevanti sul fenomeno immigrazione in Europa e in Italia, :

I dati dimostrano che nonostante le leggi più restrittive, gli immigrati continuano ad arrivare in Italia e a modificare il tessuto sociale, nelle variegate dimensioni della multiculturalità, con specifiche ripercussioni sulla salute e sull'assistenza. L'incontro tra operatori sanitari italiani e utenti stranieri induce reciprocamente il cambiamento di

biettivo di fornire in maniera precisa, attraverso indicatori sanitari, una valutazione dei bisogni di salute delle giovani migranti e della presa in carico delle stesse. Inoltre attraverso l'analisi di questi dati si vuole evidenziare il ruolo dell'infermiere: responsabile del processo assistenziale che deve basarsi su un approccio personalizzato e rispettoso della cultura della persona assistita (Leininger, 2002).

Dentro la Professione

quelli rilevati in itinere e quelli evidenziati nel corso dell'ultima valutazione registrata. Tale cartella è regolarmente compilata e aggiornata dall'infermiere presente in struttura.

presenti unicamente nell'ultima valutazione perché si sono resi evidenti in seguito agli esami diagnostico strumentali di approfondimento a cui sono state sottoposte le profu-

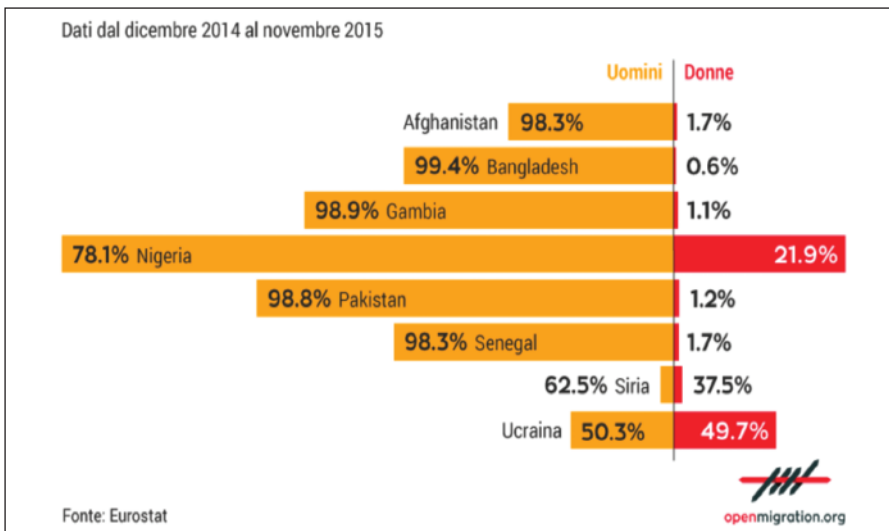
ghe, Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari, il ricorso al ricovero ospedaliero è stato fortunatamente molto limitato, avendo riguardato solo 5 ricoveri complessivi, così come anche l'accesso al pronto soccorso che ha riguardato solo 7 persone; sono invece frequenti e differenziati gli accessi agli ambulatori specialistici (tabella 3 e Tabella 4)

un miglioramento delle condizioni di salute delle profughe come si evince dalle tabelle una e due. I problemi di salute rilevati al primo accertamento sono più strettamente legati alla condizione specifica del viaggio di attraversamento delle frontiere (disidratazione, stipsi, infezione da acaro della scabbia), mentre all'ultimo controllo, oltre ad un atteso miglioramento delle condizioni generali di salute con una riduzione di circa un terzo dei problemi di salute accertati alla prima valutazione, si registrano problemi di salute soprattutto di tipo: gastrointestinale correlati a scorrette abitudini alimentari, uso eccessivo di: peperoncino, banane, scarso introito di fibre; ginecologico correlati a rapporti sessuali non protetti, aborti illegali eseguiti in Africa, scarsa educazione all'igiene personale.

Dallo studio è emerso che la maggior parte dei soggetti del campione il 77% ha eseguito nel corso della sua permanenza presso il CAS una terapia farmacologica di almeno tre giorni, impegnando l'infermiere e il mediatore culturale in interventi di educazione ed informazione terapeutica.

CONCLUSIONI

Dallo studio emerge che: i dati epidemiologici se raccolti e divulgati in tempo reale dagli infermieri operanti nei centri per immigrati, favoriscono il riconoscimento precoce di rischi ed emergenze sanitarie e di



RISULTATI

La data di accoglienza è stata considerata per poter calcolare i tempi di permanenza in struttura, i quali indicano che tutti i soggetti inclusi nello studio sono ospiti da più di 60 giorni, al fine di avere dati sanitari completi; il 30% del campione è ospite da più di 300 giorni.

La provenienza geografica prevalente del campione oggetto di studio è dall'Africa occidentale 92%, seguita dall'Africa orientale 7%, mentre il restante 1% proviene da nazioni dell'Asia. In linea con i dati nazionali di seguito riportati:

L'età del campione oggetto di studio è compresa 18 e 42 anni, ma si concentra maggiormente tra i 20 e i 28 anni (mediana 24 anni).

In relazione all'obiettivo di valutazione dei bisogni di salute delle profughe, sulla base degli indicatori di seguito riportati, è emerso che: le profughe alle quali è stato accertato alla prima visita almeno un problema di salute sono il 90%, mentre i casi in cui i problemi di salute sono risultati più di uno sono il 32%. Nell'ultima valutazione le profughe con almeno un problema di salute sono il 35% mentre i casi in cui i problemi di salute sono risultati più di uno sono il 15%.

Alcuni problemi di salute risultano esser

Nel complesso i problemi di salute individuati si sono evidenziati in seguito ad esami ematochimici, diagnostici e strumentali, che le profughe hanno eseguito nel corso del periodo di permanenza presso la struttura.

Questi esami e le visite specialistiche ambulatoriali hanno consentito di diagnosticare patologie di cui, nella maggior parte dei casi neanche le profughe stesse ne erano a conoscenza. I quattro problemi più diffusi all'ultima valutazione sono: infezioni genitali (35 casi), infezioni delle vie urinarie (28 casi), miomi/menorragia (23 casi), stipsi (23 casi). In generale si registra, nel periodo osservato,

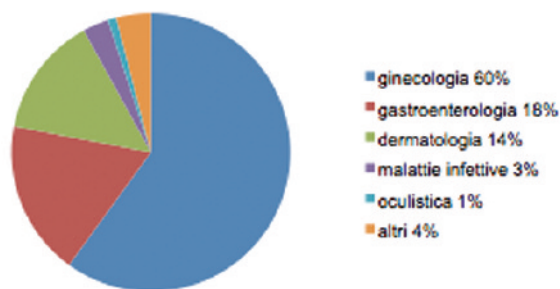
Modalità	Frequenza
Mai	3%
1 volta	5%
2 volte	10%
3 volte	15%
4 volte	27%
5 volte	40%

conseguenza permettono di attuare idonee misure di protezione o di rafforzare quelle di prevenzione di patologie.

Il risultato ottenuto dal lavoro sulla sorveglianza sindromica e il modello proposto potrebbero contribuire a ridurre le allerte sanitarie, gli accessi impropri al pronto soccorso ed a abolire o ridurre le emergenze

continua da pagina 37

Tabella 4

ambulatori specialistici e
accesso

epidemiche nei centri di prima accoglienza, determinando in questo modo una sensibile riduzione della spesa sanitaria. Inoltre dallo studio condotto, si registrano dati abbastanza positivi circa il soddisfacimento dei bisogni di salute delle profughe ospitate presso il CAS indagato; pur tuttavia emerge la necessità di regolamentare in maniera più precisa un ambito operativo, quale quello dell'assistenza ai migranti, che ormai non risponde più alla definizione di "servizio emergen-

ziale" e che per questo necessita di un intervento che deve essere strutturato e realizzato attraverso un tavolo di concertazione che veda come protagonisti: istituzioni pubbliche locali, istituzioni sanitarie locali ed enti gestori dei centri di accoglienza, al fine di perseguire due importanti finalità: la continuità assistenziale individuale e collettiva, ed il riconoscimento precoce di eventuali problemi di rilevanza socio sanitaria. Per rispondere alle giuste sollecitazioni dell'OMS e alle nuove esigenze di integrazione socio sanitaria in fatto di assistenza alla popolazione accolta, si deve costruire un modello operativo che favorisca lo sviluppo progressivo dell'assistenza alla salute, investendo la figura infermieristica, per una migliore qualità di vita e di salute del singolo e della comunità di inserimento. Nello specifico l'infermiere è il responsabile del processo assistenziale, nonché della presa in carico del profugo, che si esplica nel:

- favorire il percorso di riacquisizione della salute e dell'autonomia della persona intesa come capacità di raggiungere il migliore stato di benessere fisico, psichico e sociale;
 - identificare i bisogni di assistenza infermieristica, formulare gli obiettivi per rispondere a tali bisogni, pianificare, gestire e valutare la necessità e l'appropriatezza di un intervento assistenziale infermieristico;
 - interagire con le istituzioni e con gli attori del privato sociale per attuare strategie efficaci di una presa in carico del migrante mirata e allo stesso tempo olistica;
 - programmare e realizzare interventi di educazione sanitaria e terapeutica. .
- In particolare l'infermiere deve conoscere le credenze e i valori che influenzano la relazione terapeutica per poter assicurare un'assistenza competente.

Quando il privato sociale e gli apparati dei servizi sanitari si compenetrano per favorire il raggiungimento di obiettivi di salute, si crea un laboratorio culturale originale, i cui effetti è ancora prematuro analizzare approfonditamente, ma certamente interessante per il mandato sociale che investe queste due realtà.

BIBLIOGRAFIA

- Anci, Caritas Italiana, Fondazione Migrantes, Sprar UNHCR (2014). Rapporto di protezione internazionale in Italia, 2014.
- Balsamo F. Famiglie di migranti. Carocci Editore. Roma, 2006.
- Besozzi E., Colombo M., Santagati M. Misurare l'integrazione nelle classi multietniche. Fondazione ISMU. Milano, 2012
- Caritas, Dossier giugno 2015: Mari e Muri, Infinite barriere mortali per i migranti, A cura di: Francesco Soddu, Angelo Pittaluga, Silvio Tessari, Paolo Beccegato. Serie: Dossier Caritas con testimonianze, Giugno 2015.
- Cattaneo M.Luisa, Dal Verme S., Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere, Unicopli, 2005.
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Rapporto 58. Sulla Sorveglianza Sindromica, Popolazione immigrata, 2013
- Geraci S., Maisano B., Mazzetti M. La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. Un lessico per comprendere. Migrazione, salute, cultura, diritti, (a cura di): Migrazione, salute, cultura, diritti, 2005.
- Geraci S., Baglio G., Burgio A. (2014). Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Rapporto Osserva salute, 2014.
- Leininger M, McFarland MR (2005). Diversità e universalità

- dell'assistenza transculturale. Una teoria del nursing. Padova, Piccin.
- Manara D.F. Il nursing transculturale. Eguaglianza, disuguaglianza, differenza. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. McGrawHill Italia, Milano, 2001.
- Marceca M. La salute. Trattato dall'XII Rapporto sulle Migrazioni 2006 – ISMU, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Mazzetti M. Il dialogo transculturale, Carocci Faber, 2003
- Ministero della Salute. Conferenza sulla salute del Mediterraneo, Roma, Ottobre 2014.
- Pomponio G. Calosso, A. EBM e Metodologia della ricerca per le professioni sanitarie, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2005.
- Sannella A., Salute transculturale. Percorsi sociosanitari, Franco Angeli, 2010.
- Stievano A. Alle radici del nursing transculturale: il contributo di Madeleine Leininger, Infermiere Oggi. Gemmagraf Editore, Roma, 2006.
- Tortolici B., Steviano A. Antropologia e nursing. Carocci Faber Editore, 2009.
- Leininger M. Diversità e universalità della assistenza culturale. Una teoria del nursing. Piccin Editore, 2005.
- KEYWORDS: nursing transculturale, migranti, centri di accoglienza

Ospedali e territorio

Al Cardarelli prima banca cute del Sud

NAPOLI – “Tra pochi mesi avvieremo i lavori per poter dare all'ospedale Cardarelli una banca della cute che sarà la prima del Sud. Oggi siamo costretti ad acquistarla fuori Regione, con tutte le conseguenze del caso in termini di costi e di tempi". Ad annunciarlo è il direttore generale dell'ospedale Cardarelli di Napoli, Ciro Verdoliva, che sottolinea il ruolo del centro grandi ustioni del Cardarelli "un hub regionale e del Sud, insieme ai centri di Bari, Brindisi, Catania e Palermo. Siamo senza dubbio il riferimento più importante, sia per il numero di posti letto che per i casi trattati". Il centro grandi ustionati di Napoli cura circa 200 pazienti all'anno. Si tratta di persone che hanno bisogno di cure intensive e continue. Il Cardarelli ospita anche casi di donne ustionate dall'acido per casi di violenza. Dopo il protocollo d'intesa stipulato con l'ospedale di Niguarda di Milano, al cardarelli hanno in programma un confronto con il centro lombardo per uno



scambio esperienziale. Lo stesso si farà con la Romania, dopo l'incontro con Ana-Maria Oproiu, primario del Centro Ustioni dell'University Hospital di Bucarest, con il quale si sono rafforzati i rapporti dopo che il team inviato per usare un farmaco innovativo ha permesso di salvare alcune persone ustionate dopo il rogo alla discoteca Colective del 2015.

Piano ospedaliero Ok Tesoretto da 900 mln

NAPOLI - Nel corso della verifica ministeriale sulle attività della struttura commissariale della sanità campana è giunto l'auspicio via libera al nuovo Piano ospedaliero della Campania. L'ok è arrivato da Roma, dove, contestualmente, si è riusciti a recuperare da agosto scorso ad oggi 900 milioni di euro che erano bloccati da precedenti inadempienze. Ai 300 milioni relativi al 2015, si aggiungono i 600 milioni già conseguiti per il 2013 ed il 2014.. Nel corso della riunione è stato inoltre verificato il risultato economico positivo del Servizio Sanitario Regionale anche per il 2017 (in continuità con il 2016) e il conseguimento di un sensibile miglioramento del punteggio della griglia livelli essenziali di assistenza 2016 (124 punti), con la previsione di un ulteriore netto miglioramento dei punteggi sui livelli essenziali di assistenza per

il 2017. In realtà, le performance sui Lea restano ben lontane dalla sufficienza. Prima dell'avvento dell'amministrazione De Luca, per quanto riguarda i dati 2013 e 2014, il punteggio si attestava rispettivamente a 136 e 139 e che il livello minimo è fissato a 130 punti. Il livello considerato adempiente è fissato a 160, anche se regioni benchmark come Toscana, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia superano i 200 punti. A partire dal 2015, anno d'insediamento del presidente De Luca, e nei primi mesi del 2016 alla Campania vengono assegnati 99 punti, un record negativo se si considera che nessuna regione era mai scesa sotto il muro dei 100.



Ospedali e territorio

Al Santobono un tomografo di ultima generazione

Grazie alla solidarietà e all'impegno dell'associazione Sostenitori Ospedale Santobono onlus, il reparto di Oculistica dell'Ospedale Santobono potrà avvalersi di un importante strumento ad alta tecnologia e di ultima generazione: la Tomografia Ottica a Radiazione Coerente (Oct), un apparecchiatura sofisticata che consente di praticare esami diagnostici estremamente accurati per la diagnosi ed il follow-up "in vivo" di numerose patologie oculari pediatriche, come le degenerazioni retiniche, le uveiti, le forme tumorali, la retinopatia del prematuro, le alterazioni del nervo ottico.



Consiglio Regionale Campania elegge garante dei disabili

Il Consiglio regionale della Campania ha eletto Giuseppe Bove come garante regionale dei diritti delle persone con disabilità, istituzione di garanzia istituita nei mesi scorsi dall'assemblea che si aggiunge al garante dei detenuti e a quello dell'infanzia e dell'adolescenza. Bove è stato scelto a maggioranza con 33 voti. Primo firmatario del progetto di legge che ha portato all'istituzione del garante è il presidente del Pd campano e consigliere regionale, Stefano Graziano: "Finalmente le persone con disabilità hanno un ufficio che lavorerà per la tutela dei loro diritti avendo come obiettivo il superamento di tutte le barriere e per arrivare a una società realmente inclusiva".

Ospedale dei Colli, cambio al vertice

NAPOLI – Con una mossa a sorpresa, il Governatore della Campania e Commissario per il piano di rientro della Sanità, Vincenzo De Luca cambia il vertice aziendale. A Giuseppe Matarazzo, commissario del nosocomio, subentra Antonio Giordano, già direttore generale della stessa azienda e attualmente direttore generale dell'Asl di Salerno.

Lo ha annunciato l'ufficio stampa della Regione con uno scarno comunicato stampa nel quale s'annunciava l'imminente avvicendamento del commissario dell'Azienda Ospedaliera dei Colli. L'operazione, si legge nella nota regionale, avviene in un "quadro di stabilità" e di "consolidamento dei programmi di sviluppo dell'AORN dei Colli e dell'obiettivo di completare e potenziare come previsto l'area dell'emergenza-urgenza".

Sub commissario con funzioni sanitarie è stata nominata la dott.ssa Maria Vittoria Montemurro e Sub commissario con funzioni amministrative la dott.ssa Antonella Tropiano. Commissario Straordinario dell'Asl Salerno è stato nominato il dott. Mario Iervolino. Sub commissario con funzioni sanitarie il dott. Vincenzo D'Amato, e Sub commissario con funzioni amministrative il dott. Germano Perito.



L'Oms toglie la transessualità dalla lista delle malattie mentali

NAPOLI - L'incongruenza di genere è stata rimossa dalla categoria dei disordini mentali (International Classification of Diseases) per essere inserita in un nuovo capitolo delle "condizioni di salute sessuale".

In parole povere, la transessualità non è più classificata dall'Oms come malattia mentale.

Per l'Oms è ormai chiaro che non si tratti di una malattia mentale e classificarla come tale può causare una enorme stigmatizzazione per le persone transgender. «La disforia di genere è stata rimossa dalla categoria dei disordini mentali dell'International Classification

of Diseases - spiega l'Organizzazione mondiale della Sanità - per essere inserita in un nuovo capitolo delle 'condizioni di salute sessuale'».

La decisione di lasciarla in un capitolo dell'International Classification of Diseases (Icd) è stata motivata dall'Oms con la necessità di garantire «l'accesso agli adeguati trattamenti sanitari».

La declassificazione quale malattia mentale, se da una parte contribuirà a eliminare ogni forma di stigmatizzazione verso le persone transgender, dall'altra, riducendo la disapprovazione sociale verso le stesse, ne migliorerà l'accesso alle cure.



Trasparenza nelle Asl, un tavolo regionale sui disagi

NAPOLI - Un tavolo tecnico per individuare le criticità del sistema sanitario. E' l'iniziativa avviata in Consiglio regionale per avviare un monitoraggio sulla rete della trasparenza nelle aziende del sistema sanitario regionale della Campania. L'obiettivo dell'iniziativa è individuare e implementare le aree di applicazione della normativa sulla trasparenza che impattano positivamente sul diritto alla salute e sulla capacità della comunità di controllare l'azione pubblica. Il tavolo vedrà la partecipazione di tutti i dirigenti responsabili della Trasparenza e della Prevenzione della corruzione delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere della Regione e dell'Ircs Pascale.



“Salute donna Onlus” Sportello al Policlinico

NAPOLI - Sostegno psicologico alle pazienti, informazioni sulla burocrazia legata alla malattia, consigli sugli stili di vita più idonei, sull'alimentazione e anche sull'estetica. Questi sono alcuni dei servizi che offrono le volontarie di «Salute donna Onlus», associazione impegnata nella prevenzione dei tumori e nell'assistenza che ha inaugurato una nuova sede presso l'Azienda ospedaliera universitaria Federico II. «Al dipartimento di oncematologia del Policlinico, eroghiamo circa 100 trattamenti oncologici di chemioterapia al giorno - afferma Rossella Lauria, dirigente medico - Proprio per tale notevole affluenza abbiamo pensato a un supporto da parte di associazioni che possano coadiuvare i medici nella presa in carico del paziente». Nella sala d'attesa del reparto di oncematologia è, dunque, presente uno sportello presso il quale le pazienti potranno rivolgersi per informazioni e assistenza. «Insegniamo anche alle pazienti il make-up idoneo - spiega Antonella Esposito, responsabile scientifico Salute Donna Onlus - e forniamo consigli sulle parrucche e sull'abbigliamento più adatto durante la cura».



Ospedali e territorio

Un nuovo ospedale per Giugliano Un progetto da 64 milioni di euro

NAPOLI - L'Asl ha approvato il piano di fattibilità: la nuova struttura ospedaliera sorgerà su un'area di 52m; la metri quadrati e disporrà di 210 posti. Dopo anni di annunci e di discussioni assume maggiore concretezza il progetto di un nuovo ospedale per la città di Giugliano. E quanto deciso nella delibera 612 adottata dall'Asl Napoli 2 Nord, nella quale l'azienda sanitaria, diretta dal dottor D'Amore, mette nero su bianco il progetto del nuovo nosocomio. Il nuovo presidio ospedaliero, secondo il progetto elaborato dall'ingegner Antonio Galdero, su proposta della Regione Campania,



sarà un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (Dea) di I livello che sorgerà a ridosso della Circumvallazione esterna di Napoli, in prossimità del parco commerciale Auchan, su un terreno già di proprietà del-

l'Asl. Il progetto sarà finanziato con 64 milioni di euro che arriveranno all'azienda sanitaria dai fondi previsti con la legge 67/88, programma III triennialità. Il nuovo ospedale sarà fuori de centro cittadino, per esser collocato in un'area che lo rilancerà come pronto soccorso anche a favore dei comuni limitrofi. I 210 posti letto previsti dovrebbero assicurare alla struttura quel respiro, in termini di spazi, che oggi mortifica molte specialità. La delibera per il nuovo ospedale è stata già pubblicata, tuttavia, è solo il primo passo di un lungo iter amministrativo.



Ospedale del Mare, il Ministero chiede chiarimenti

NAPOLI - L'annuncio lo aveva dato la consigliera regionale 5stelle Valeria Ciarambino. Ora la comunicazione ufficiale è sulla scrivania del direttore generale dell'assessorato alla Sanità della Regione Campania. Si tratta della richiesta di chiarimenti sull'Ospedale del Mare firmata dal ministro della Salute, Giulia Grillo.

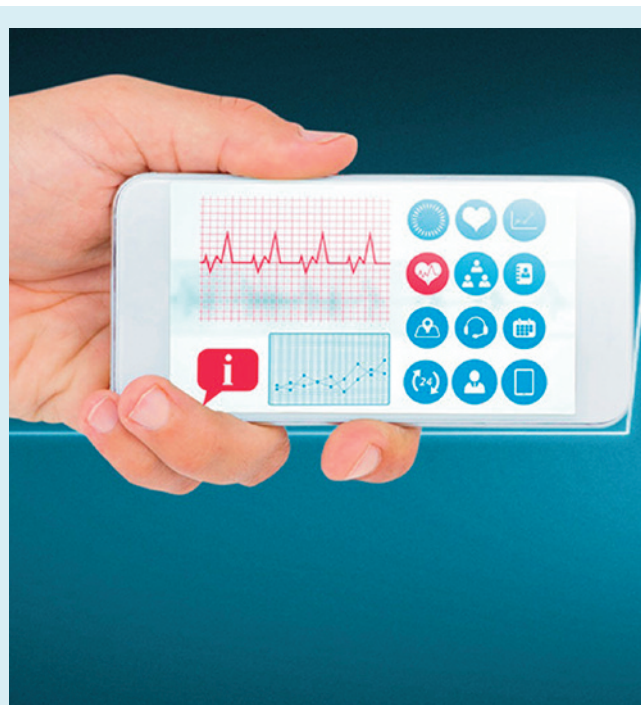
La neo ministra, che prende il posto di Beatrice Lorenzin, ha in tasca la tessera 5stelle, proprio come la Ciarambino. Nella lettera inviata al Presidente De Luca ci sono molte delle questioni poste dalla consigliera regionale in una nota nella quale si contestano al Presidente De Luca ritardi e procedure sull'apertura dell'Ospedale del mare. Prima fra tutte la mancata attivazione del pronto soccorso del presidio di Ponticelli. Il reparto di emergenza/urgenza dell'Ospedale del Mare, secondo quanto annunciato dallo stesso De Luca, doveva essere pronto entro il 30 dicembre del 2017. Siamo a luglio del 2018 e non si hanno notizie. Non solo. Ma per portare a termine questo obiettivo si sono chiusi e ridimensionamenti reparti e pronti soccorso di altri ospedali cittadini, trasferendo discipline specialistiche per la gestione delle emergenze da altri presidi all'Ospedale del Mare. Nella lettera del Ministro si legge di voler avviare «ogni utile indagine» per chiarire ritardi, carenze e inadempienze.

Il Tribunale del malato

“In penisola sorrentina ospedali allo sfascio”



NAPOLI - "In Penisola sorrentina ospedali allo sfascio. La gente ormai qui ha paura di ammalarsi e va altrove". Carenza di personale, posti letto tagliati, pronti soccorso cancellati. La deriva della sanità si allunga dal capoluogo al resto della regione. In questo caso sul banco degli imputati c'è la penisola sorrentina. L'ultima denuncia arriva dal Tribunale per i diritti del malato. Ecco i punti di crisi. Si parte dai primari andati in pensione e non più sostituiti. E non va meglio con le altre figure, dai dirigenti medici agli infermieri. I pazienti fuggono a Villa Stabia di Castellammare o alla clinica Maria Rosaria di Pompei: in quelle strutture c'è tutto, ma è il pubblico che dovrebbe funzionare. E invece lo stanno azzerando». «Manca tutto. Gli ospedali Santa Maria della Misericordia di Sorrento e il De Luca e Rossano di Vico Equense, sono in condizioni pietose. È stata dismessa da tempo anche la manutenzione ordinaria». D'altronde è intuibile come di fronte a penuria di organico e mezzi, l'assistenza sia sempre più scadente. Non certo per carenza di professionalità degli operatori, ma per la mancanza di risposte adeguate alle esigenze del territorio. «Di fronte allo sfascio totale, risulta impossibile tutelare i cittadini perché anche gli interlocutori, quelli che dovrebbero dare spiegazioni e darsi da fare, balbettano cose nebulose», si legge nella nota inviata alla stampa e sottoscritta dal responsabile del Tribunale Giuseppe Staiano. «Una situazione che non è più solo allarmante, ma vergognosa. E lo diventerà sempre di più ora che i responsabili di questo sfascio, possono agitare il vessillo dell'ospedale unico finanziato». Si tratta di un vecchio progetto che risale a 40 anni fa e che doveva sorgere a Sant'Agnes. Il Tribunale si domanda il tempo che ci vorrà per «realizzare la struttura che, secondo quanto dice la manager Antonietta Costantini, dovrebbe essere pronta entro il 2022.



“Visita facile”, l'app per orientarsi tra i padiglioni del Policlinico

NAPOLI - I cittadini potranno orientarsi tra i padiglioni del Policlinico Federico II in modo semplice e veloce attraverso il proprio smartphone e ricevere consigli medici sulle aree specialistiche di interesse.

È la rivoluzione digitale a cui ha dato il via, prima in Italia, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II con il progetto innovativo App «Visita Facile», realizzato in collaborazione con JoinTag, società milanese specializzata in proximity marketing. L'App è dedicata all'esperienza del paziente e dei suoi accompagnatori all'interno della struttura federiciana. Utilizzabile da chiunque si rechi presso il Policlinico Federico II, senza bisogno di registrazione, gratuitamente e nella piena tutela della privacy.

L'app consente al paziente di geolocalizzarsi e grazie all'utilizzo della tecnologia beacon, (piccoli sensori utilizzabili tramite bluetooth posizionati in alcune aree interne dell'ospedale) i cittadini potranno essere guidati nel reparto di interesse e ricevere direttamente sull'App notifiche e informazioni relative al Dipartimento in cui si trovano. Inoltre, in una sezione apposita chiamata "Lamia Visita Facile", l'utente potrà fotografare analisi, esami, prescrizioni e segnare appuntamenti, per poter tenere traccia del proprio percorso di cura, nel più totale e garantito anonimato.

Ospedali e territorio

Tumore del colon

Al Pascale tre nuove sperimentazioni

NAPOLI- Dal Pascale una speranza in più per i pazienti affetti da tumore al colon. Nel giro di poche settimane all'Istituto dei tumori di Napoli prenderanno il via tre studi clinici innovativi volti a verificare tre originali strategie terapeutiche sviluppate attraverso la stretta collaborazione tra l'Unità di Farmacologia Sperimentale; Oncologica e l'Unità di Oncologia Clinica Sperimentale dell'addome, con il coinvolgimento della Chirurgia Colonrettale e di quella Epatobiliare. Il primo studio, denominato Improve, coinvolgerà più di dieci centri italiani. Lo studio esplorerà una nuova modalità di somministrazione dell'anticorpo anti-EGFR panitumumab in associazione alla chemioterapia standard, in pazienti con tumore avanzato in prima linea di trattamento. La finalità della sperimentazione è di impedire al tumore di adattarsi con meccanismi di resistenza al trattamento e, dunque, di migliorarne l'efficacia e al tempo stesso attenuare alcuni effetti collaterali come la tossicità cutanea. Il secondo studio, denominato Nicole, comincerà l'arruolamento entro giugno e valuterà per la prima volta l'impatto di un immunoterapico, l'anticorpo anti-PD1 Nivolumab, somministrato prima dell'intervento chirurgico nei tumori del colon localmente avanzati. La finalità della sperimentazione è di evitare la formazione di metastasi a distanza. Il terzo studio, denominato Revolution, comincerà l'arruolamento entro l'estate ed è risultato vincitore del finanziamento di ricerca finalizzata da parte del Ministero della Salute. Lo studio valuterà, in pazienti con tumore del colon avanzato con mutazione del gene RAS, l'impatto sulla sopravvivenza, di un farmaco generico a basso costo, l'acido valproico, un anticonvulsivante e stabilizzatore dell'umore utilizzato da oltre cinquanta anni, associato al trattamento standard con chemioterapia e anticorpo anti VEGF Bevacizumab. "Con l'avvio di queste sperimentazioni l'Istituto Pascale - dice il direttore generale dell'Irccs di Napoli, Attilio Bianchi - punta ad offrire alla maggioranza dei pazienti con tumore del colon-retto l'opportunità di poter beneficiare di terapie innovative e all'avanguardia. Questi studi hanno la finalità di implementare la caratterizzazione biologica dei tumori del colon attraverso ricerche che saranno effettuati presso i nostri laboratori, per migliorare e personalizzare sempre di più il trattamento sul singolo paziente".



Radioterapia, in Campania 30 milioni in arrivo



ROMA - Circa 30 milioni di euro saranno stanziati per l'implementazione dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione. Cure sempre meno invasive e più precise, veloci ed efficaci e prevenzione: sono queste le sfide reali da affrontare in ambito oncologico. I dati del 2017 mostrano in Italia mille nuovi malati di cancro all'anno, 650 di questi hanno bisogno di radioterapia. In Campania sono circa 38 mila i pazienti ammalati, di cui circa il 60% ha necessità di terapia. È necessaria una distribuzione sul territorio con apparecchiature moderne che possano curare l'integrazione della terapia farmacologica per il cancro. E trenta milioni di euro sono un investimento importante per la Campania che consentirebbe alle strutture della Regione di raggiungere uno standard che possa garantire un adeguato trattamento per i pazienti oncologici. L'uso di questi nuovi macchinari può condurre a potenziali miglioramenti clinici e ad una importante diminuzione degli effetti collaterali. Con la tecnologia HyperArc di Varian si sono ottenuti il 90% di risposta sulle lesioni metastatiche trattate, un risultato straordinario, se si pensa che la terapia non risulta invasiva, né tantomeno dolorosa, e dura solo pochi minuti.

I ricci di mare per combattere l'infarto e l'ictus

Studio della Stazione Dohrn e Università di Chieti

CHIETI - Arriva dal mare, in particolare da alcuni molluschi molto diffusi nel Mediterraneo, un alleato contro l'aterosclerosi, una patologia degenerativa delle arterie che ne provoca l'infiammazione e l'ispessimento e predispone a serie malattie, tra le quali l'infarto e l'ictus. Un recente studio condotto da ricercatori della Stazione Zoologica Anton Dohrn, in collaborazione con il gruppo di lavoro dell'Università di Chieti, ha evidenziato che in laboratorio alcune molecole di origine marina chiamate ovotiooli, prodotte dalle uova dei ricci di mare, hanno la capacità di ridurre la formazione delle placche aterosclerotiche. Stando alla ricerca, pubblicata sulla rivista scientifica *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, esse svolgono una funzione antinfiammatoria perché contrastano i radicali liberi nelle cellule umane ed incrementano i livelli di ossido nitrico, che favorisce il flusso sanguigno e la funzionalità del sistema vascolare. Il modello sul quale sono stati condotti gli esperimenti sono le cellule endoteliali umane isolate dalla vena di cordone ombelicale di donne affette da diabete gestazionale e le cellule endoteliali umane isolate dalla vena di cordone ombelicale di donne sane. L'indagine apre un sentiero promettente da esplorare nel tentativo di contrastare l'aterosclerosi. Ma non solo. Da alcuni anni si studiano le uova di ricci di mare come fattore antitumorale del carcinoma epatico.



CASERTA - L'attesa è durata 15 anni. Dopo aver rischiato la soppressione, l'ospedale di Maddaloni si rifà il look. Riaprono i cantieri per l'adeguamento logistico e funzionale. Lavori già finanziati: tutte le «aree funzionali» subiranno una razionalizzazione.

L'allestimento in sicurezza del cantiere imporrà un riordino degli accessi e dei percorsi di ingresso, della circolazione veicolare e una diversa disposizione dei parcheggi.

Tinteggiatura e rifacimento degli intonaci. Ma non solo. Dopo l'intervento in emergenza (nel blocco operatorio) saranno rifatte tutte le coibentazioni, le pluviali e le zone di scarico delle acque meteoriche.

A ruota seguiranno i lavori di allesti-

L'Ospedale di Maddaloni si modernizza Ma restano i gravi vuoti in organico



mento della nuova area che ospiterà il reparto di cardiologia.

Sono le prime due tranches di un investimento complessivo di 2,8 milioni di euro (fondi ex articolo 20). La ristrutturazione integrale del terzo piano (sede dell'ex ostetricia) è subordinata alla redazione di un

nuovo progetto e non vedrà la luce prima del 2019. Così pure la nuova accettazione e la divisione delle aree di degenza da quelle ambulatoriali. In concreto, dopo 40 anni, la Regione Campania e l'Asl tornano a investire sull'intero nosocomio. Permangono i problemi legati alle risorse umane: mancano ausiliari, infermieri e medici.

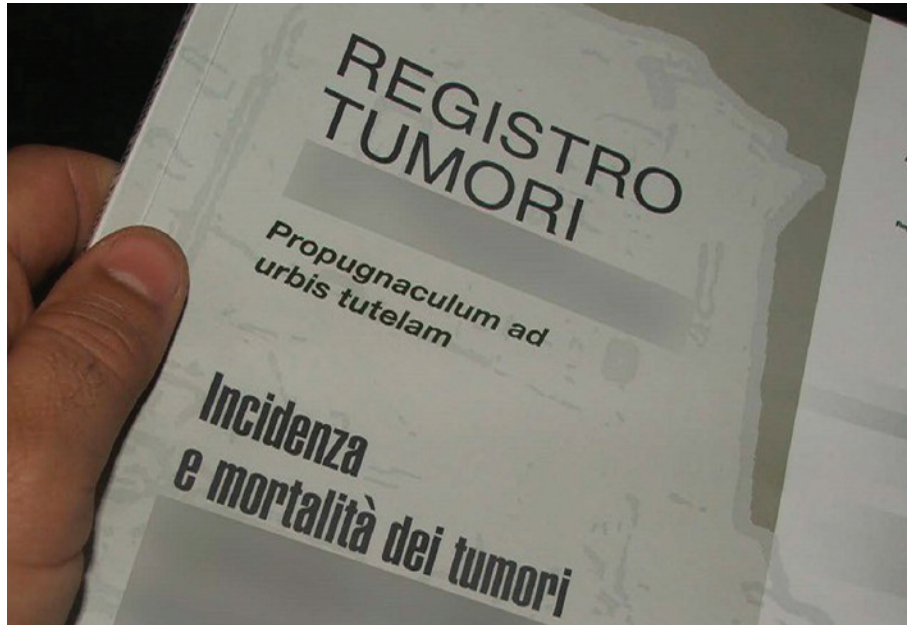
Il complesso ospedaliero Maddaloni/San Felice è il secondo, per dimensioni, della provincia di Caserta. Serve poco meno di un terzo degli abitanti di Terra di Lavoro (270 mila) e garantisce servizi insostituibili come il Pronto Soccorso e la Rianimazione (quattro posti) nel sistema provinciale di gestione delle urgenze/emergenze.

Ospedali e territorio

Asl Avellino, c'è il registro tumori

AVELLINO - Via libera al Registro Tumori per l'Irpinia.

La Commissione di accreditamento Airtum (Associazione Italiana Registro Tumori), a seguito di una valutazione molto positiva del lavoro svolto dall'Asl di Avellino, ha rilasciato l'accREDITAMENTO ufficiale del Registro Tumori provinciale. Il Registro Tumori rappresenta uno strumento fondamentale per monitorare nel tempo l'andamento della patologia oncologica sul territorio. Tale monitoraggio si realizza attraverso la raccolta, codifica, elaborazione ed analisi di tutte le informazioni relative ai casi di tumore che vengono diagnosticati alle persone residenti nella provincia di Avellino. Due elementi contraddistinguono l'attività del Registro Tumori: la continuità nel tempo della rilevazione ed il riferimento all'intera popolazione residente nell'area monitorata; tali caratteristiche consentono di avere un quadro reale, dinamico e di insieme del problema oncologico del territorio di riferimento, sia in termini di patologia oncologica rilevata nel tempo, sia di interventi messi in atto per contrastarla, sia degli esiti che l'intero sistema diagnostico curativo messo in campo riesce a produrre. Il Regi-



stro rappresenta la struttura di epidemiologia oncologica sul territorio con il compito di mettere tra loro in correlazione i vari e molteplici flussi informativi in campo sanitario con l'obiettivo di fornire informazioni di servizio, agli operatori sanitari e di governo ai

responsabili della programmazione sanitaria. I dati del Registro Tumori provinciale saranno presentati dall'ASL di Avellino durante una manifestazione pubblica che sarà organizzata dall'Azienda nelle prossime settimane.

Al Ruggi un reparto dedicato alla Neuropsichiatria infantile



SALERNO – A dirigere l'unità operativa di neuropsichiatria infantile del Ruggi D'Aragona di Salerno, recentemente inaugurata, è il professore Giangennaro Coppola. Il reparto ospiterà minori di età compresa da zero a 18 anni e per i casi cronici anche oltre. Presso il presidio ospedaliero di via San Leonardo sarà in funzione un poliambulatorio, un centro di diagnostica e di approfondimento. Sarà dotato di spazi per la scuola di specializzazione, per effettuare indagini diagnostiche legate alla polisonnografia e al neurosviluppo. La struttura potrà contribuire a ridurre la migrazione dei pazienti verso il Nord. L'attività dell'unità operativa sarà centrata, come assicurano dal nosocomio, su assistenza e ricerca, e ci si occuperà di patologie come l'autismo e di patologie legate alla sfera affettiva emotiva, di disturbi dell'umore e dell'apprendimento scolastico, di patologie convulsive, di epilessie e sindromi rare. L'utenza media annua prevista sarà di circa un migliaio di pazienti. Unità di Neuropsichiatria infantile sono presenti a Napoli nell'Azienda ospedaliera Santobono e presso l'Università di Napoli Luigi Vanvitelli. A Salerno, unità analoga è già in essere presso l'ospedale di Agropoli.

14
GIUGNO

Giornata mondiale del DONATORE DI SANGUE



GIORNATA MONDIALE DELL'AMBIENTE



5 GIUGNO 2018