Organo Ufficiale Ordine degli Infermieri di Napoli Anno XXIV n°3

NapoliSana Campania

NSC nursing
Inserto di ricerca infermieristica
All'interno, pgg. 19/31

In Campania un buco di 9mila infermieri

POLITICA SANITARIA

Opi Napoli, investire in sanità: turn over e territorio

Servizio a pag. 10

NOTIZIE DALL'ORDINE

Il piccolo Alex Montresor mette in fila i napoletani

Servizio a pag. 36

Giornata Mondiale della Salute Mentale

GIORNATA NAZIONALE DELLA PSICOLOGIA

L'Editoriale

di Ciro Carbone

Investire in salute Investire nei giovani

Nella Legge di Bilancio per il 2019, alla voce Fondo Sanitario Nazionale e nuovo Patto per la Salute, sono postati 114,435 miliardi. Nel 2018 erano 113.396. Poco più di un miliardo in più, in ossequio al trend di questi ultimi 5/6 anni. Più o meno quanto era già scritto, nero su bianco, nella legge di Bilancio quando al posto del ministro Giulia Grillo c'era Beatrice Lorenzin. Le previsioni future dicono di un possibile incremento del fondo di 2 miliardi nel 2020 e di 1,5 miliardi nel 2021. Ma tutto dipende dall'andamento dei conti pubblici. Dunque, nessuna certezza. Manina corta quella del governo giallo/verde. Eppure, il ministro della Salute Giulia Grillo aveva gridato ai quattro venti: "Il governo ha messo la salute in cima alla lista degli investimenti e delle priorità per i prossimi anni". Figuriamoci non fosse stato così. Per esser chiari, fosse stata vera questa scelta strategica, ci voleva ben più del solito miliardo in più per affrontare questioni dirimenti quali rinnovi contrattuali, sblocco del turnover, eliminazione superticket, nuovi Lea, riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, edilizia sanitaria, ammodernamento tecnologico, riequilibrio territoriale. Per i nuovi contratti del pubblico impiego in sanità nel triennio 2019-2021 non si va oltre i 284 milioni per il prossimo anno. A fronte di un fabbisogno di almeno due miliardi, come già annunciato dalle Regioni. Gli enti locali hanno calcolato che per contratti degni di questo nome al personale di miliardi ne servono almeno altri due: tre in tutto. Mentre l'aumento promesso del Fondo sanitario nazionale di un miliardo basta a malapena a coprire l'esigenza dei servizi.

Nel frattempo, sette milioni di italiani sono stati costretti a indebitarsi per accedere alle cure. Altri 2 milioni e 800 mila hanno attinto dai risparmi di una vita. E circa tredici milioni d'Italiani ogni anno rinunciano a curarsi per motivi economici. I dati del rapporto Censis-Rbm, mostrano una crescita della spesa sanitaria privata degli italiani che sfiora i 40 miliardi di euro. Stiamo incamminandoci verso la privatizzazione. Verso la soppressione di quell'eccellenza del welfare italiano che era la sanità, equa e solidale. Negli ospedali campani e sul territorio c'è una carenza d'infermieri di circa 9 mila unità; 53mila a livello nazionale. Circa 90mila se dovesse passare la cosi detta "quota100" nella riforma delle pensioni. Carenza che impatta negativamente nella qualità delle cure prestate e sulla mortalità evitabile. Nel recente Rapporto Svimez, gli effetti dell'insufficienza dei servizi sanitari al Sud sono misurati con la cosiddetta migrazione ospedaliera: cioè il numero di ricoveri acuti che si registrano in entrata e in uscita da una regione all'altra. Il saldo tra ricoverati che affluiscono agli ospedali regionali e quelli che ne escono scegliendo un'altra regione, è sistematicamente negativo ogni anno, specie per la Calabria (saldo netto negativo pari a 34mila ricoverati) e per la Campania (meno 32mila ricoverati). Mentre è sempre più un affare per le regioni del Centro-Nord, come Lombardia, Emilia-Romagna. Toscana. Non sembra pagare il federalismo sanitario, soprattutto perché rende tanti cittadini, soprattutto al Sud, figli d'una sanità minore e portatori di minori diritti rispetto agli altri.

La sanità del miliardo in più all'anno è destinata a fallire. Il sistema salute italiano regge ancora. Ma sono gambe fragili e usurate. Esso poggia sul lavoro, sulla dedizione, sulla professionalità, sui sacrifici di tanti professionisti. Si sostenta dei tanti infermieri fantasma: quasi 100mila colleghi, tra contratti a tempo determinato e internali. Colleghi con alte competenze e specializzazioni spesso non riconosciute. Sottoposti a un feroce demansionamento, solo per far fronte a carenze di personale anche non laureato. Procedure che la stessa giurisprudenza condanna. I nodi non sciolti adesso, prima o poi verranno al pettine. È necessario allora tornare a investire sulla salute pubblica e sul Servizio Sanitario nazionale. Bisogna puntare all'ingresso di giovani negli ospedali e sul territorio per elevare la qualità delle cure e azzerare quel venti per cento di morti inevitabili quando un solo infermiere deve assistere contemporaneamente diciassette e più pazienti, come avviene in Campania. Puntare sul momentaneo aumento dei consumi, come fa il governo giallo/verde, non porta da nessuna parte. Tutt'al più incrementa i like e i follower di qualche ministro sui social media. Ma è la Salute la vera ricchezza del Paese. Quella che porta ad una crescita sostenibile e virtuosa. E non lascia tanti cittadini senza cure.

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. 3 - SETTEMBRE 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

Maria Grazia Cefalo, Isabella Continisio, Karolina Capasso, Dario De Martino, Maurizio Di Martino, Assunta Guillari, Aniello Lanzuise, Antonella Mottola, Peppe Papa, Marco Perrone, Franca Sarracino, Carmela Serio, Gianmarco Trincone, Pippo Trio.

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:

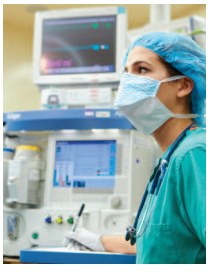
3 L'Editoriale

Investire in salute Investire nei giovani

di Ciro Carbone

6 Emergenza lavoro

In Campania un buco di 9 mila infermieri



Secondo i dati del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato elaborati dal Centro Studi Fnopi, in Italia ne mancano oltre 50mila. Sicilia e Campania le peggiori. Carbone: "Dedicheremo tutte le nostre energie al tema dell'occupazione". Gli studi internazionali: rischio servizi in calo e mortalità in aumento.

di Pino De Martino

In questo NUMERO

Politica Sanitaria **8**

Cronicità e invecchiamento, Oms e Ocse avvertono l'Italia

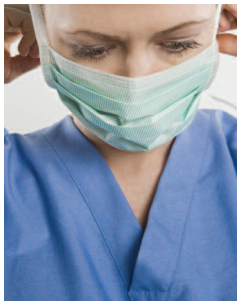
di Pino De Martino

10 **Politica sanitaria**

Opi Napoli, investire in sanità: turn over e territorio

La ricetta dell'Ordine di Napoli per produrre occupazione. Pronto un documento per affrontare l'emergenza: attivazione di nuovi modelli organizzativi e adeguati percorsi clinico-assistenziali.

di Dario De Martino



Politica sanitaria **12**

E "quota 100" porterà via altri 39mila infermieri

E' quanto prevede l'analisi effettuata dalla Federazione degli Ordini degli infermieri nel caso che la manovra finanziaria desse il via anche all'applicazione delle nuove norme sulle pensioni. In questo caso, la carenza d'infermieri per il 2019 salirebbe a quota 90mila

di Peppe Papa

14 **Politica sanitaria**

Sanità minata dal federalismo: Aceti: "No all'autonomia differenziata"

di Pino De Martino

17 **Politica sanitaria**

Riparto nazionale, alla Campania 100 milioni in più

di Peppe Papa

NSC Nursing **19**

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 19/31

32 **Focus**

Hospice e cure palliative La cultura del sollievo Dove l'infermiere fa la differenza

di Franca Sarracino

34 **Focus**

Comfort care neonatale, quando l'inizio si confonde con la fine

di Franca Sarracino

36 **Notizie dall'Ordine**

Il piccolo Alex Montresor mette in fila i napoletani

di Pino De Martino

Notizie dall'Ordine **38**

Prestige Italia, i vantaggi della convenzione a favore degli iscritti

39 **Ospedali e territorio**

Emergenza lavoro

In Campania un buco di 9mila infermieri

Secondo i dati del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato elaborati dal Centro Studi Fnopi, in Italia ne mancano oltre 50mila. Sicilia e Campania le peggiori. Carbone: *"Dedicheremo tutte le nostre energie al tema dell'occupazione"*. Gli studi internazionali: rischio servizi in calo e mortalità in aumento.

di Pino De Martino

"Dedicheremo le nostre energie come Ordine degli infermieri di Napoli al tema dell'occupazione. Dobbiamo favorire il rientro dei tanti colleghi che lavorano fuori regione, dobbiamo ottenere l'apertura di concorsi per infermieri e infermiere pediatriche oltre quelli già in essere e la stabilizzazione dei precari, ove ancora esistenti, e di tutte le forme di lavoro atipico.

Abbiamo bisogno di tutti per restituire ai cittadini napoletani e della Campania quell'offerta di salute che la Costituzione sancisce per diritto. Per farlo dobbiamo portare i giovani infermieri laureati ad occupare i tanti posti di lavoro persi in tutti questi anni con il blocco del turnover e con il mancato finanziamento del Ssn".

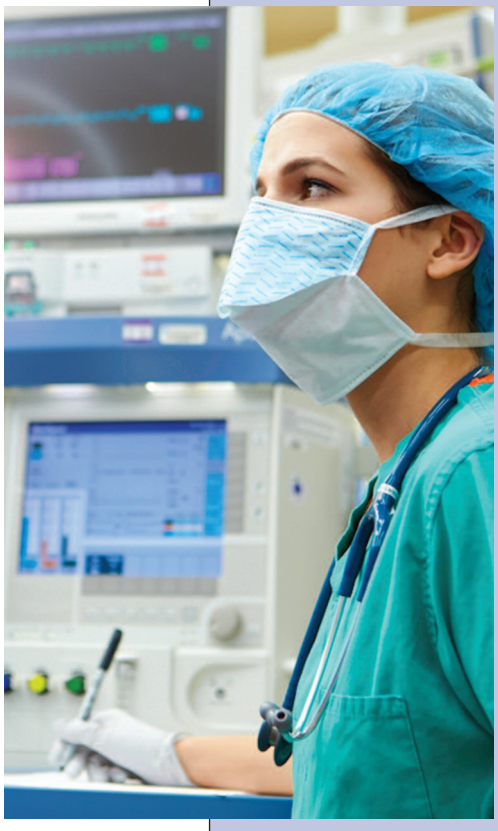
Il Presidente Dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, **Ciro Carbone** rilancia cosi la battaglia per l'occupazione in Campania. Napoli come capitale della disoccupazione infermieristica è un dato che fa saltare dalla sedia. Certo, la Campania è in buona compagnia. Anche le regioni del Nord soffrono. Ma qui è un dramma. Secondo i dati che emergono dall'ultimo Conto annuale pubblicato dalla Ragioneria generale dello Stato e che il Centro Studi Fnopi ha elaborato, in Italia ne mancano oltre 50mila. Nelle Regioni più tartassate dai piani di rientro ne mancano oltre 9.700 (Sicilia), 8.900 (Campania).

Gli studi - Se ogni infermiere assistesse al massimo 6 pazienti, sarebbero evitabili almeno 3.500 morti l'anno. E' quanto riportano gli studi pubblicati su riviste internazionali (JAMA e British Medical Journal). Ricerche che parlano chiaro: a un incremento del 10% di infermieri, corrisponde una diminuzione della mortalità del 7 per cento. In Italia ogni infermiere assiste invece in media 11 pazienti, nelle Regioni migliori scendono a 8-9, ma nelle regioni più tartassate dai piani di rientro, vedi la Campania, salgono fino a 17-18 con un rischio di mortalità in più quindi che raggiunge in media il 30-35% circa. Altri studi internazionali evidenziano che: ogni volta che si assegna 1 assistito in più a un infermiere, aumenta del 23% l'indice di burnout, del 7% la mortalità dei pazienti, del 7% il rischio che l'infermiere non si renda conto delle complicanze a cui il paziente va incontro. E ancora. Secondo uno studio francese nelle Unità di terapia intensiva, sotto la soglia di 2 infermieri ogni 5 pazienti e di un

medico ogni 14 pazienti (in sostanza qui il rapporto è di 5-6 infermieri per medico), si assiste a un aumento significativo del rischio di mortalità.

E lo stesso studio ha dimostrato che in caso di aumento dei carichi di lavoro, con aumento del turnover dei letti o in caso di aumento delle manovre salvavita da parte del team di guardia, il rischio di mortalità aumenta di 5,6 e 5,9 volte rispettivamente.

E un recente studio inglese su pazienti post chirurgici andati incontro a complicanze trattabili, ha rilevato che il rischio di morte da complicanza era inversamente correlato al numero di infermieri e medici per paziente. Sempre dall'Inghilterra e ancora nelle Unità di terapia intensiva, è stato dimostrato che pazienti trattati e gestiti nel momento in cui l'intensità del lavoro in reparto era maggiore, avevano un rischio di decesso raddoppiato rispetto a quelli ricoverati in periodi di maggiore tranquillità.



Tre misure del carico di lavoro erano risultate correlate col rischio di mortalità: tasso di occupazione, il fabbisogno medio di personale infermieristico per letto per ogni turno lavorativo (definito dalla Uk Intensive care society) e il rapporto tra letti occupati e personale medico e infermieristico necessario.

Dunque, la situazione è intollerabile e richiede un intervento urgente a tutela dei cittadini.

Per questo la Fnopi, la Federazione nazionale delle professioni infermieristiche, il maggior Ordine italiano con suoi oltre 440mila iscritti, ha chiesto ufficialmente un tavolo di confronto sulle carenze di personale infermieristico al ministro, Giulia Grillo per studiare come modificare la composizione del personale nel quadro di invarianza delle risorse.

Teresa Rea alla Rai: *"Ciascun infermiere assiste 17 pazienti"*

Il Tgr Campania dedica ampio spazio alla carenza di personale infermieristico in regione. Nel servizio presentato dal collega Rino Genovese, Alessandra Barone intervista Teresa Rea, vicepresidente Opi Napoli. Di seguito il testo.

NAPOLI - **Rino Genovese** presenta il servizio: *"In Campania mancano quasi 9000 infermieri triste primato per la nostra regione prima in Italia per carenza di infermieri in proporzione ai pazienti da assistere. I particolari con Alessandra Barone"*.

Teresa Rea: *"Studi internazionali dicono che un infermiere può seguire al massimo 6 pazienti. Noi arriviamo in Campania a punte di 17. Questo impatta molto su quella che è la qualità dell'assistenza che noi riusciamo ad erogare"*.

In Campania mancano 8937 infermieri in Italia oltre 50.000 l'analisi presentata dalla Federazione Nazionale degli ordini degli infermieri sottolinea un problema delle regioni in cui il blocco del turnover a causa dei conti in rosso della sanità si protrae da quasi 15 anni numeri che tradotti nella realtà significano carenze assistenziali ed esasperazione degli ammalati.

Teresa Rea: "Negli ultimi tempi noi assistiamo ad un'aggressione verso gli operatori sanitari perché gli operatori sanitari non riescono spesso a rispondere a quelli che sono i bisogni dei nostri pazienti".

Alessandra Barone: Secondo l'analisi servono oltre 1300 infermieri nella ASL Napoli 1, quella con la maggiore carenza, insofferenza e soprattutto l'assistenza territoriale.

Teresa Rea: *"Parliamo di una fetta di popolazione che diventa sempre più esigente e che andrebbe assistita a domicilio ma non ci sono infermieri per cui si riversano negli ospedali andando ad intasare i nostri pronto soccorso"*.

Alessandra Barone: Ogni anno soltanto a Napoli si formano circa 800 infermieri.

Teresa Rea: *"La regione investe nella formazione di questi professionisti e poi questi professionisti vanno praticamente a lavorare in altre regioni. Vanno anche a lavorare all'estero, dove sono molto richiesti perché ben preparati"*.

Alessandra Barone: L'unico concorso, quello tanto atteso, indetto al Cardarelli prevede 80 posti. Ci sono già 16 mila candidati.

Per ascoltare l'originale:
https://www.opinapoli.it/mancano-9mila-infermieri-teresa-rea-al-tgrrai-campania/

Politica Sanitaria

Cronicità e invecchian

L'Organizzazione internazionale per lo sviluppo economico, ricorda che: "*la popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo*". Di questo passo, dice "*il sistema sanitario italiano potrebbe non essere in grado di affrontare la sfida*". L'Ocse rincara e calcola che la carenza di infermieri aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno). *L'Oms, da parte sua, sostiene che "L'Italia deve affrontare un quadro di malattie croniche, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che chiedono una risposta assistenziale complessa, proattiva, personalizzata*". "*Complessivamente* – dice l'Oms - *il numero degli operatori del sistema sanitario è cresciuto negli ultimi 10 anni, ma il numero di infermieririmane basso: 6,5 ogni mille abitanti, mentre la media Ue è di 8,4*".

di Pino De Martino

Sono sempre meno gli infermieri in Italia. Dal 2009 l'Italia ne ha persi 12.031. E Ocse e Oms lanciano l'allarme: "***Questi professionisti sono pochi rispetto agli abitanti per garantire l'efficienza dell'assistenza e per affrontare le sfide emergenti di cronicità e invecchiamento***". A riferire la presa di posizione delle due organizzazioni internazionali è la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi). L'Ocse ricorda che "gli italiani invecchiano e la domanda di assistenza sanitaria sale. La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni. Il sistema sanitario italiano, al momento, potrebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti, in particolare per quanto riguarda il rinnovo e l'assunzione del personale infermieristico.

Si calcola che la carenza di infermieri, già importante soprattutto al Nord, aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno)". "L'Italia - ha ribadito l'Oms durante la sua 68esima Assemblea generale, svoltasi dal 17 al 20 settembre scorso a Roma - deve affrontare un quadro di malattie croniche, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che chiedono una risposta assistenziale complessa, proattiva, personalizzata". Per farlo, secondo l'Oms la Penisola deve rispondere ad alcune sfide tra cui, oltre a difendere meglio l'accesso universale all'assistenza, deve aumentare ancora una volta il numero di infermieri. "Complessivamente il numero degli operatori del sistema sanitario è cresciuto negli ultimi 10 anni, ma il numero di infermieri rimane basso: 6,5 ogni mille abitanti, mentre la media Ue è di 8,4". Secondo i documenti internazionali di Ocse e Oms, alla luce di una popolazione che invecchia (22% sopra i 65 anni nel 2015, la più anziana in Europa), che spende pochi anni in buona salute (7,7 anni rispetto a 9,4 in media nell'Ocse) e crescenti necessità per un'assistenza sanitaria di lungo termine, il numero di infermieri laureati negli ultimi 20 anni è aumentato, grazie a un migliore iter formativo e a un cambiamento nei requisiti d'ingresso per incentivare l'iscrizione. Ma non basta: il numero di infermieri laureati rimane il quinto più basso nell'Ocse (20,6 per 100 mila persone rispetto alla media Ocse di 46). E parlano chiaro i dati internazionali, che si affiancano alla carenza già denunciata dalla Fnopi di non meno di 51-53 mila infermieri: l'Italia tra i Paesi Ocse è al 24° posto (su 35 Paesi) nel rapporto infermieri ogni mille abitanti (al 15° nell'Ue a 28) e dopo di lei, Spagna a parte, ci sono nazioni che non brillano per l'organizzazione dei servizi sanitari, mentre ai primi posti ci sono i Paesi del Nord Europa (Norvegia, Svizzera, Danimarca, Islanda, Finlandia, la stessa Germania e così via), tutti a partire dai 7,9 infermieri per mille abitanti del Regno Unito (che pure chiede infermieri all'Italia), fino ai 17,7 della Norvegia. In Italia in realtà la situazione va peggiorando e si perdono in media tra i 2.500 e 4.500 infermieri l'anno: dal 2009 (anno dell'ultimo contratto e anno in cui sono iniziati i piani di rientro per le Regioni fortemente in deficit economico, quasi tutte del

nento, Oms e Ocse avvertono l'Italia

Sud) si sono perse 12.031 unità di personale. La carenza di infermieri è considerata un grave rischio per i sistemi sanitari anche a livello internazionale. La campagna 'Nursing Now', avviata quest'anno da Oms e Icn, l'International Council of Nurses, Consiglio internazionale delle infermiere, sottolinea anzitutto che senza interventi - ritenuti necessari e urgenti - nel 2030 mancheranno nel mondo 9 milioni di infermieri e aggiunge che è necessario migliorare la percezione degli infermieri, migliorare la loro influenza e massimizzare il loro contributo per garantire che tutti abbiano accesso alla salute e all'assistenza sanitaria. La campagna Oms-Icn prevede entro la fine del 2020 di raggiungere cinque obiettivi, analoghi in gran parte a quelli già evidenziati nella ricerca Oasi 2017 dalla Sda Cergas Bocconi: maggiori investimenti per migliorare la formazione, lo sviluppo professionale, gli standard, la regolamentazione e le condizioni di lavoro per gli infermieri; maggiore e migliore diffusione di pratiche efficaci e innovative nell'infermieristica; maggiore influenza per infermieri sulla politica sanitaria globale e nazionale, come parte di un più ampio sforzo per garantire che la forza lavoro della salute sia maggiormente coinvolta nel processo decisionale; più infermieri in posizioni di comando e maggiori opportunità di sviluppo a tutti i livelli; fornire ai responsabili politici e decisionali riferimenti per comprendere dove l'infermieristica può avere il maggiore impatto, cosa impedisce agli infermieri di raggiungere il loro pieno potenziale e come affrontare questi ostacoli.

Mangiacavalli: "Manca il giusto equilibrio tra professioni

"A mancare è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizzi attraverso lo sviluppo delle competenze", dicono dalla Federazione nazionale delle professioni infermieristiche. Cioè, il giusto rapporto definito a livello internazionale da Oms, Ocse e Comunità europea di almeno tre infermieri per medico. Secondo una recente analisi dell'Adapt, associazione senza fini di lucro fondata nel 2000 da **Marco Biagi**, che promuove, in una ottica internazionale e comparata, studi e ricerche di lavoro, è importante garantire un equilibrato skill mix (ovvero il rapporto tra il numero degli infermieri e il numero dei medici o tra medici generici e specialisti) per garantire un'equa distribuzione di attività tra professionisti ed evitare un eccesso di offerta di profili professionali a discapito di altri.

Dal punto di vista italiano il rapporto medici infermieri è costante nel tempo, ma perché segue le carenze progressive delle due professioni.

Il rapporto infermieri medici in ospedale è passato ad esempio da 2,48 del 2010 a 2,52 del 2016. E a dimostrarlo non è solo il rapporto infermieri-medici, ma anche l'analisi sui dati della Rilevazione forza lavoro dell'ISTAT. Circa il 40% degli

infermieri occupati nel Ssn svolge straordinario. Si tratta quindi su circa 270mila dipendenti di 108mila unità di personale. Di questo straordinario circa il 4,5-5% è in eccesso rispetto ai normali parametri, il che significa che su 180mila unità di personale, per ridurre di questa percentuale lo straordinario, sarebbero necessarie 49.000 – 54.000 unità aggiuntive di personale, in linea quindi con il personale mancante in base al rapporto infermieri-medici. Resta il fatto che l'altalena di personale infermieristico su cui "dondolano" le aziende sanitarie italiane porta a un aumento di rischi per i pazienti e per gli stessi operatori: ogni infermiere dovrebbe assistere al massimo 6 pazienti per ridurre del 20% la mortalità . Attualmente ne assiste in media 11 e nelle Regioni dove la carenza è maggiore si arriva anche a 17. E spesso è tamponato con soluzioni che non dovrebbero essere considerate lecite, come quella di non assumere personale, ma di utilizzare, per risparmiare, quello messo a disposizione da cooperative o col lavoro interinale, cosa che non aiuta né la professionalità del singolo, stressato e sottopagato né il professionista numericamente insufficiente a erogare un'assistenza di qualità né un'assistenza specializzata che i professionisti potrebbero erogare ma che le organizzazioni con scarso organico non riescono a riconoscere e valorizzare adeguatamente. La cronicità e la demografia in genere con l'incremento dell'età e della vita media, aumenteranno i bisogni di assistenza e gli infermieri non solo possono, ma devono essere messi in grado di esprimere il massimo delle loro potenzialità sia in termini quantitativi che qualitativi. Un mancato intervento oggi non avrà possibilità di essere riparato domani.

Politica Sanitaria

Opi Napoli, investire in sanità: turn ov

La ricetta dell'Ordine di Napoli per produrre occupazione. Pronto un documento per affrontare l'emergenza: attivazione di nuovi modelli organizzativi e adeguati percorsi clinico-assistenziali. Ospedali di comunità, Ambulatori infermieristici, infermiere di famiglia e di comunità. Tante le strade per creare occupazione migliorando l'assistenza.

di Dario De Martino

"*Non si può dire che non c'è la possibilità di creare lavoro in Campania. Ce ne potrebbero essere migliaia di occasioni, risolvendo contemporaneamente un sacco di problemi. Al massimo si può dire che non c'è la volontà politica di farlo. E questo riguarda soprattutto la politica nazionale, ministero dell'Economia e della Finanza e quello della Salute in primis*".

Cosi il Presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, **Ciro Carbone** in un documento che affronta il nodo occupazione ribaltando la prospettiva: La sanità non può essere considerata un costo, piuttosto un investimento. Il contrario di quello che le politiche di definanziamento del Ssn hanno fatto in questi ultimi dieci anni.

Questo il ragionamento: mettere insieme la copertura dei posti persi per il blocco del turn over negli ultimi sette anni, l'applicazione della normativa comunitaria sull'orario di lavoro e quanto prevede la programmazione sulla sanità territoriale.

Tenendo insieme tutte queste esigenze, si potrebbero creare abbastanza posti di lavoro per favorire contemporaneamente il rientro dei tanti colleghi che lavorano fuori regione, l'attivazione di nuovi concorsi per infermieri e infermiere pediatriche, la stabilizzazione dei precari, ove ancora esistenti, e la normalizzazione di tutte le forme di lavoro atipico: infermieri interinali, a progetto e quant'altro. I cosi detti infermieri fantasma.

A corredo di questa ipotesi di lavoro, una dettagliata analisi sui nuovi fabbisogni assistenziali, (infermiere di famiglia) che pure in Campania si dovranno attuare per crescere sui Lea, per liberare i pronto soccorso affollati di codici bianchi, per organizzare il territorio e risparmiare sui ricoveri impropri.

In questo quadro, agli infermieri potrebbero aprirsi varie possibilità occupazionali, considerando la società che invecchia e i crescenti bisogni di interventi a lungo termine: promozione della salute, prevenzione, assistenza al paziente cronico e con più patologie, come consulente individuale e famigliare, senza contare gli interventi di assistenza infermieristica diretta.

Gli stessi ambulatori potrebbero essere una risposta sul territorio ai codici bianchi o alle richieste di consulenza per monitoraggio parametri, sicurezza ambientale, aderenza alle terapie, corretti stili di vita, con riduzione accessi impropri al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri inutili.

ver e territorio

I Pot, (presidi ospedalieri territoriali) ad esempio, sono strutture multiservizi deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e socio sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici.

Nulla di nuovo, sia chiaro. Toscana, Veneto ed Emilia da tempo puntano su realtà diversamente chiamate "casa della salute", "ospedali di comunità" o "ospedali di prossimità" che dir si voglia.

Tutte accumunate da una base pressappoco comune: medicina generale, medicina specialistica, servizi sociali e servizio amministrativo. Target di circa 20.000 abitanti come popolazione di riferimento.

Orario di apertura: da un minimo di 8 ore al giorno, fino all'h.24.

La beffa: "*Provvedimenti concreti per gli infermieri*"

ROMA - Fabbisogno di personale per fare fronte alle carenze, per riequilibrare il rapporto tra i professionisti, anche attraverso lo sviluppo delle competenze e per offrire la migliore assistenza possibile; specializzazioni infermieristiche; rispetto degli impegni economici, ma non solo, per valorizzare la professione.

Sono i temi cardine dell'incontro con il ministro della Salute, **Giulia Grillo**, chiesto dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi). Il deficit di infermieri nel Ssn è come una voragine.

Ma soprattutto, quel che la Fnopi vuole evitare è che il ragionamento sulle risorse diventi un problema di pressing (di medici e di altre figure professionali) piuttosto che una valutazione oggettiva di chi fa che cosa e dunque quanti medici, quanti infermieri, e quanto personale sanitario occorra in realtà.

Nell'ultimo incontro con il ministro c'erano state non poche aperture agli infermieri. *"Lavoriamo a provvedimenti concreti, per questo stiamo pensando di creare un gruppo tecnico stabile tra ministero, Fnopi e rappresentanze dei cittadini"*, disse il ministro nel corso dell'ultimo incontro, il secondo, tenuta sul finire di settembre. *"Ho ben presente che il Contratto nazionale sottoscritto a febbraio ha necessità di trovare una copertura finanziaria nella redazione della legge di Bilancio.*

Faremo il possibile – aggiunse - *.Quando parliamo di infermieri parliamo di 440mila persone che lavorano tutti giorni, tutte le notti, Natale, Pasqua, Capodanno! Non abbiamo la bacchetta magica, ma abbiamo tanta buona volontà, e posso assicurare che il ministero è al lavoro su tutti i dossier e anche su questo perché dobbiamo dare risposte agli infermieri e a tutti coloro che garantiscono la salute dei nostri cittadini"*.

Dunque un ministro – come spiegò allora la presidente Fnopi, **Barbara Mangiacavalli** – che ha mostrato il suo interesse e dato la sua disponibilità a inserire i temi della professione infermieristica nella sua agenda e in quella del Governo.

Lavoriamo tutti e con grande impegno nella stessa direzione: la salute dei cittadini.

E “quota 100” porterà via altri 39mila infermieri

E’ quanto prevede l’analisi effettuata dalla Federazione degli Ordini degli infermieri nel caso che la manovra finanziaria desse il via anche all’applicazione delle nuove norme sulle pensioni. In questo caso, la carenza d’infermieri per il 2019 salirebbe a quota 90mila

di Pippo Trio

C’è preoccupazione tra i vertici degli infermieri. Ma anche al ministero della Salute c’è preoccupazione. Le dichiarazioni del premier **Conte** e dei due vice premier **Salvini** e **Di Maio** lasciano pensare che il documento finanziario sia abbastanza blindato. Dunque, quel che è stato annunciato grosso modo sarà. Ma se con il varo della manovra Finanziaria 2019, venisse applicata indiscriminatamente la cosi detta “quota cento” annunciata tra i criteri per il pensionamento, contro la riforma **Fornero**, la voragine di infermieri nel Sistema sanitario nazionale potrebbe ben presto trasformarsi in un baratro. Un’autentica catastrofe per la sanità pubblica, per i cittadini e per i professionisti. Ragioniamo numeri alla mano. I conti son presto fatti: oggi mancano almeno 53mila unità circa. Ma il meccanismo previdenziale a quota 100 porterebbe fuori dalla sanità pubblica almeno altri 39mila infermieri. Sono quelli che hanno un’anzianità di servizio sufficiente a raggiungere quota 100. La carenza infermieristica si porterebbe allora da 53mila a oltre 90mila unità già nel primo anno di applicazione, cioè il 2019. *“Abbiamo il dovere di sottolineare l’acuirsi di una crisi nella gestione dell’organizzazione e dell’assistenza sanitaria che avrà ripercussioni non solo sulla vita lavorativa dei professionisti, ma soprattutto sulla salute dei pazienti”*, dicono in Federazione. Un allarme più che giustificato. Gli infermieri sono la categoria su cui “quota 100” impatterebbe di più. Ad essi si sommerebbero poi le altre professioni. Prima fra tutte quella dei medici: la formula “38+62” determinerebbe in un solo anno l’acquisizione del diritto al pensionamento di ben quattro “scaglioni” e farebbe uscire dal Ssn più di 25mila tra medici e dirigenti sanitari, coincidendo con la parte della curva pensionistica che presenta le frequenze più alte.

Come funziona “quota100” – La cosi detta riforma della Legge Fornero dice che “la soglia minima per il pensionamento anticipato è di 62 anni di età e 38 anni di contributi, a cui si potrà accedere durante quattro finestre l’anno”. Questa riforma consentirà di uscire a 62 anni, ovvero 5 anni prima del limite posto dalla legge Fornero. Un meccanismo applicabile alle pensioni di vecchiaia a partire dal 2019. Quota100, dicono gli esperti, potrebbe costare caro a chi la sceglie. Le “perdite” potrebbero arrivare fino a un quarto, il 25% in meno al mese, di quanto si otterrebbe se si andasse in pensione ai canonici 67 anni, versando più contributi.

Età media alta – L’età media degli infermieri occupati è in continua crescita. Questo è dovuto anche al blocco del turn over che non consente il ricambio generazionale fisiologico tra i lavoratori attivi Stando agli ultimi dati disponibili la percentuale di giovani (sotto i 35 anni) tra gli infermieri è diminuita, al contrario di quella degli anziani (oltre i 50 anni), che è invece in progressivo aumento.

Con una concentrazione di infermieri nella fascia d’età compresa tra 36 e 55 anni. Gli infermieri ultrasessantenni con anzianità professionale superiore a 30 anni sono invece poco più di 13mila. Le Regioni che hanno il maggior numero di infermieri al di sopra dei 58 anni sono Lombardia, Sicilia, Lazio, Campania, Emilia Romagna.

Sanità pubblica, continua il definanziamento

Insufficiente l'incremento di 1miliardo del Fondo sanitario. Le Regioni: "Per i contratti servono almeno tre miliardi".

ROMA – L'ultima parola spetterà al Parlamento. Ma pur restando ottimisti, senatori e deputati potranno fare poco per migliorare le previsioni di spesa a favore della Sanità pubblica. Gli annunci della manovra 2019 per quanto riguarda le risorse per i nuovi contratti del pubblico impiego in sanità nel triennio 2019-2021 parlano chiaro. La disponibilità per ora non supera i 284 milioni per il prossimo anno. A fronte di un fabbisogno di almeno due miliardi come già annunciato dalle Regioni. Gli enti locali hanno calcolato che per contratti degni di questo nome al personale di miliardi ne servono almeno altri due: tre in tutto. Mentre l'aumento promesso del Fondo sanitario nazionale di un miliardo basta a malapena a coprire l'esigenza dei servizi. Poco vale se il ministro Giulia Grillo annuncia in maniera enfatica da Rai 2 che non ci saranno tagli. "Così non sarà possibile farcela", dicono i vertici della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche. "Ancora una volta, da dieci anni a questa parte, i professionisti del Ssn, che di questo sono il motore, l'essenza e l'energia vitale, dovranno praticamente lavorare e tenere alto il nome del sistema sanitario solo grazia alla loro volontà personale, come è stato finora. Mantenendo costante la previsione di inflazione media annuale secondo l'indice Ipca (indice europeo) che per il 2019 ipotizza l'1,3%, si avrebbe a fine del periodo triennale un fabbisogno di aumenti pari al 3,9%, rispetto al 3,48% concesso nel contratto 2016-2018 chiuso da poco per il personale. Calcolando tale percentuale sulla retribuzione media degli infermieri nel 2016 (ma i conti andranno fatti su quella 2017 quando il relativo Conto annuale sarà disponibile), la massa degli aumenti per la categoria dovrebbe essere di almeno 343 milioni, già superiore quindi a quanto sarebbe disponibile per tutta la Sanità nella legge di Bilancio 2019. Volendo anche riferirsi agli aumenti per il solo 2019, la somma necessaria sarebbe pari a circa 114 milioni, il 40% circa della disponibilità preventivata.

Politica Sanitaria

Sanità minata dal federalismo: Aceti:

La foto scattata dal VI rapporto dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità, realizzato da Cittadinanzattiva, ci consegna un'immagine opaca del sistema salute italiano. Molte disuguaglianze tra regione e regione. Sotto accusa: tempi di attesa, gestione delle cronicità, coperture vaccinali e screening oncologici. Cittadinanzattiva chiede: una riforma costituzionale per ridurre le disuguaglianze, maggiori risorse per il Sistema sanitario nazionale e l'abrogazione del superticket.

di Pino De Martino

Una sanità a macchia di leopardo. Con molte disuguaglianze tra regione e regione. Con tanti cittadini privati del rispetto del diritto alla salute. La foto scattata dal VI rapporto dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità, realizzato da Cittadinanzattiva, ci consegna un'immagine opaca del sistema salute italiano. Dove le opacità sono fatte di bisogni insoddisfatti, di attese tradite, di diritti negati.

Secondo gli esperti il nostro federalismo sanitario funziona a corrente alternata. E spesso evidenzia disuguaglianze sempre più nette tra le varie aree del Paese.

Secondo il documento le differenze più nette riguardano tempi di attesa, gestione delle cronicità, coperture vaccinali e screening oncologici. In aumento, poi, secondo il Ministero, le regioni inadempienti rispetto all'erogazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza). E nel frattempo cresce a dismisura la spesa sanitaria annuale a carico delle famiglie.

Appello al Ministro – Il coordinatore nazionale del tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, **Tonino Aceti** ha lanciato un appello accorato al ministro Giulia Grillo: "Si stanno liquidando di fatto i principi di solidarietà, equità e unitarietà del nostro Servizio sanitario nazionale". Avverte Aceti. *"Le proposte di autonomia differenziata, attualmente in discussione, finiranno per differenziare ancora di più l'esigibilità dei diritti dei pazienti. Per questo esprimiamo tutta la nostra preoccupazione e chiediamo al Ministro della Salute l'immediata costituzione di un tavolo di confronto sulle proposte di autonomia differenziata, prima che il Consiglio dei Ministri le approvi, aperto alle associazioni di cittadini-pazienti e alle organizzazioni rappresentative dei professionisti della salute. Servono azioni per contrastare e non per aumentare le disuguaglianze in sanità"*.

La controproposta di Aceti – Sotto accusa, dunque, le proposte di un ulteriore stratificazione del Ssn. Al posto dell'autonomia differenziata, ha detto Aceti, *"chiediamo che sia approvata la nostra proposta di riforma costituzionale, che intende ridurre le disuguaglianze in sanità restituendo centralità alla tutela del diritto alla salute nel rispetto del diritto dell'individuo, la revisione dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, la riforma del sistema di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza per garantire veramente un controllo sui servizi e che sia prevista la partecipazione delle Organizza-*

"No all'autonomia differenziata"

zioni dei cittadini all'interno del Comitato LEA. Urgente è l'approvazione degli standard dell'assistenza sanitaria territoriale come annunciato dal Ministero della salute e l'attuazione uniforme in tutte le Regioni del Piano nazionale cronicità oltre che un piano straordinario sugli screening oncologici organizzati. E sulla prossima Legge di Bilancio servono maggiori risorse per il SSN, oltre al miliardo di aumento già previsto, al fine di garantire l'effettiva attuazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e l'abrogazione del superticket".

Nord e Sud – Ma quali sono i nodi nevralgici della sanità pubblica? Se le regioni meridionali arrancano sull'adesione agli screening oncologici, sembra dire il documento, sulle coperture vaccinali sono soprattutto quelle del centro-sud ad aver raggiunto la soglia del 95%. Se al Nord si investe di più e meglio per l'ammodernamento delle strutture e dei macchinari, sulle liste di attesa si registrano picchi negativi anche nelle aree settentrionali. Per fare qualche esempio: l'attesa per un intervento all'anca è più lunga in Veneto che in Calabria; mentre per effettuare una coronografia un paziente abruzzese deve aspettare meno che uno piemontese.

Per quanto riguarda il Lea le Regioni che il Ministero della Salute valuta inadempienti rispetto all'erogazione passano da 5 a 2: restano indietro la Calabria, che perde 3 punti rispetto all'anno precedente, e la Campania che si attesta sul punteggio più basso.

Il Veneto è la Regione con il punteggio Lea più elevato pari a 209. Tra la prima e l'ultima Regione ci sono 85 punti di scarto. Profonde anche le differenze sulla spesa sanitaria annuale a carico delle famiglie: si va dai 159 euro in media della Lombardia, ai 64 euro della Campania. Grave la responsabilità del superticket, ovvero i 10 euro aggiuntivi su ricetta, se gli introiti per lo Stato derivanti dai ticket sono in costante riduzione: si passa da oltre 1,548 miliardi di euro del 2012 a poco più di 1,336 miliardi del 2017, cioè 212 milioni di euro in meno l'anno.

Liste d'attesa ovunque - Sono più di 11 milioni i cittadini che addebitano a tempi di attesa troppo lunghi la loro rinuncia o il ritardo nell'effettuazione di una prestazione. È vero soprattutto nelle regioni del Centro Italia specialmente per gli anziani sopra i 65 anni. Mentre sono 6,2 milioni i cittadini che dichiarano di aver rinunciato a una prestazione per motivi economici, soprattutto nelle regioni insulari e per le fasce di reddito più basse.

Piano nazionale della cronicità - A circa due anni all'approvazione del Piano nazionale cronicità, sono sei le regioni che lo hanno re-

E la spesa privata decolla Tredicesima per cure familiari

Si calcola che a fine anno la spesa sanitaria privata degli italiani arriverà al valore record di 40 miliardi di euro (era di 37,3 miliardi lo scorso anno). 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. Lo dice il rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute. La spesa sanitaria privata pesa di più sui budget delle famiglie più deboli. Nel periodo 2014-2016 i consumi delle famiglie operaie sono rimasti fermi (+0,1%), ma le spese sanitarie private sono aumentate del 6,4% (in media 86 euro in più nell'ultimo anno per famiglia). Per gli imprenditori c'è stato invece un forte incremento dei consumi (+6%) e una crescita inferiore della spesa sanitaria privata (+4,5%: in media 80 euro in più nell'ultimo anno). Per gli operai l'intera tredicesima se ne va per pagare cure sanitarie familiari: quasi 1.100 euro all'anno. Per 7 famiglie a basso reddito su 10 la spesa privata per la salute incide pesantemente sulle risorse familiari. Nell'ultimo anno, per pagare le spese per la salute 7 milioni di italiani si sono indebitati e 2,8 milioni hanno dovuto usare il ricavato della vendita di una casa o svincolare 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. Nella top five delle cure, 7 cittadini su 10 hanno acquistato farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro), 6 cittadini su 10 visite specialistiche (per 7,5 miliardi), 4 su 10 prestazioni odontoiatriche (per 8 miliardi), 5 su 10 prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per 3,8 miliardi) e 1 su 10 protesi e presidi (per quasi 1 miliardo), con un esborso medio di 655 euro per cittadino. Dall'indagine del Censis emerge la percezione di una sanità ingiusta. Il 68% degli occupati ha dovuto assentarsi dal lavoro per recarsi presso strutture sanitarie pubbliche per se stessi o per i propri familiari, perché erano chiuse in orari non lavorativi. Intanto non mancano i furbi: 12 milioni di italiani hanno saltato le lunghe liste d'attesa nel Servizio sanitario grazie a conoscenze e raccomandazioni. Ormai il 54,7% degli italiani è convinto che non si hanno più opportunità di diagnosi e cura uguali per tutti. Sono questi i contorni di una sanità che chiede un surplus di sacrifici alle persone con redditi bassi e ai lavoratori, e premia i furbi: ecco l'origine del rancore per la sanità.

continua a pagina 16

continua da pagina 15

cepito con proprio atto: Umbria, Puglia, Lazio, Emilia Romagna Marche e Veneto. Il Piemonte ha un iter approvativo attualmente in corso, allo stesso modo la PA di Bolzano e il Molise. La Lombardia ha il suo piano regionale della cronicità e fragilità.

Coperture vaccinali - Le Regioni che negli ultimi dieci anni (2007-2017) hanno realizzato le anagrafi vaccinali completamente informatizzate sono passate da 9 (2007) a 15 (2011) a 18 nel 2017; Calabria e Campania hanno anagrafi parzialmente informatizzate; la Sardegna ha attivato un accordo con il Veneto per acquisire il software adottato dalle regioni. Tuttavia solo 11 regioni, tra quelle completamente informatizzate, hanno lo stesso software in tutte le ASL presenti sul territorio. Dall'introduzione dell'obbligo vaccinale, le coperture per le nuove vaccinazioni obbligatorie sono aumentate.

Le Regioni che hanno raggiunto l'immunità di gregge, con una percentuale di adesione superiore al 95% per le vaccinazioni anti-polio, anti-difterica, anti-tetanica, anti-pertosse, anti-epatite B e anti haemofilus influenza B sono: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Sardegna, Umbria, Toscana. Per le vaccinazioni morbillo, parotite, rosolia (MPR) solo il Lazio nel 2017 ha raggiunto la copertura superiore al 95%. Sono molto vicini al 95% Piemonte e Umbria. La copertura più bassa su MPR nel 2017, al di sotto del 90%, si registra nella Pa Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Marche, Sicilia. Le coperture più alte per la varicella, superiori all'80%, sono assicurate nelle Regioni Veneto, Toscana, Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna. Sul fronte delle vaccinazioni antinfluenzali siamo lontani dal conseguimento dell'obiettivo del 75% previsto. La media italiana dell'ultima stagione è stata il 52,7%, circa una persona su due tra quelle che avrebbero potuto beneficiarne. Vaccinano oltre il 60% degli over 65 solo 3 regioni: Umbria, Calabria, Molise. Sfiora il 60% la Puglia. Stando agli ultimi dati disponibili, sono 6 le Regioni che non raggiungono il punteggio ritenuto accettabile (9) sugli screening oncologici nel 2016: Calabria e Puglia (2), Campania e Sicilia (3), Sardegna (5), Lazio (7). Nel 2016 l'80% delle donne di età 50-69 ha ricevuto l'invito ad eseguire l'esame mammografico gratuito (oltre 3.141.894 inviti) ed ha aderito il 56%.

Eppure, Bloomberg ci promuove: Italia quarta al mondo per efficienza

L'indagine Health care efficiency misura il rapporto tra la spesa sanitaria e l'aspettativa di vita in base ai dati 2015 di 56 Paesi del mondo. L'Italia si posizione alle spalle di Hong Kong, Singapore e Spagna. Male Francia e Germania, malissimo gli Stati Uniti (terzultimi)

L'Agenzia Bloomberg ha aggiornato l'indice dell'efficienza della spesa sanitaria globale. E per il 2018 l'Italia si piazza al quarto posto. Meglio di noi Hong Kong, Singapore e Spagna. Seguono subito Sud Corea, Israele e Giappone. Per concludere i primi dieci posti si piazzano anche Australia, Taiwan ed Emirati arabi uniti. L'Health care efficiency, misura il rapporto tra la spesa sanitaria e l'aspettativa di vita in base ai dati 2015 di 56 Paesi del mondo. Le banche dati da cui attingere i numeri sono Banca mondiale, Oms, Onu e Fmi. Altro dato da considerare è l'aspettativa di vita media di almeno 70 anni, un Pil pro capite a 5 mila dollari e una popolazione minima di cinque milioni. Rispetto al 2014, l'Italia perde una posizione. Tra gli altri Paesi europei la Norvegia è undicesima, Irlanda tredicesima, la Grecia quattordicesima. Male la Francia che si attesta al sedicesimo posto mentre il Regno Unito è trentacinquesimo posto pagando, secondo Bloomberg, la Brexit. La Germania ha perso sei posizioni e si ferma al quarantacinquesimo posto. Bene la Thailandia che fa il balzo in avanti maggiore rispetto agli altri Paesi nella classifica (14 posizioni) fermandosi al ventisettesimo posto. Pesa, in questo caso, l'aumento dell'industria del turismo medico, in grande espansione. C'è poi una breve analisi sulla situazione statunitense. Gli Usa sono al cinquantaquattresimo posto e la misurazione, scrive Bloomberg, è stata basata sull'incidenza dell'Obamacare che ha ampliato l'accesso alle cure. Il paragone che viene fatto comprende la Repubblica Ceca. "Rispetto ai Cechi che hanno la stessa aspettativa di vita degli Americani, gli Usa spendono più del doppio in assistenza sanitaria rispetto al Pil. Il 16,8% contro il 7,3%. Infine, conclude Bloomberg, non se la passa bene neanche il Cile che esce dalla top ten e si piazza al trentunesimo posto dietro a Messico e Costa Rica.

Politica Sanitaria

Riparto nazionale, alla Campania cento milioni in più

Il riparto nazionale dei fondi premia la Regione. Il Presidente **De Luca**: *"La Sanità campana deve recuperare un secolo di rapine subite"*. Circa 1.300 mld da investire per interventi strutturali in aziende, ospedali e ambulatori. Ma dal ministero è silenzio: "Abbiamo inviato una nota al governo su come usare questi soldi - ricorda il Governatore - aspettiamo ancora una risposta". Sulla norma che boccia i Presidenti/commissari dice: *"E' un'idiozia che non ci riguarda. Presto usciremo dal commissariamento e l'assessore alla sanità lo farò io"*

di Peppe Papa

NAPOLI - Il riparto nazionale dei fondi premia la Regione. Ma il risultato non esalta il Governatore: *«Non c'è nessuna soddisfazione, dobbiamo recuperare un secolo di rapine subite»*, ha commentato **Vincenzo De Luca**. Eppure il risultato premia gli sforzi fatti in questi anni per una maggiore equità. La Campania incassa 100 milioni più dello scorso anno. *"Abbiamo avuto - ha detto De Luca - un contributo significativo e lo useremo al meglio, in particolare sulle specializzazioni. Per il resto abbiamo recuperato quest'anno risorse imponenti a partire da 3 anni di premialità, con 900 milioni di euro, oltre a 270 milioni per ex articolo 20 sull'edilizia sanitaria che la Campania non usava da 20 anni. Aver messo a posto i conti ci ha consentito di recuperare fondi ordinari. Poi sullo sfondo resta il problema di equilibrio generale del riparto del fondo sanitario nazionale. E su questo dovremo combattere con altre regioni del centro nord"*.

La stoccata al ministro - *"Complessivamente, abbiamo a disposizione 1,3 miliardi per interventi strutturali in aziende, ospedali e ambulatori. Abbiamo inviato una nota al governo su come usare questi 1,3 miliardi ma aspettiamo una risposta da 5 mesi"*.

E' l'accusa lanciata al ministero di **Giulia Grillo**. "*Nelle ultime settimane cominciano a dare fastidio…*", dice De Luca, riferendosi alla norma con cui si impedisce ai governatori di assumere anche il ruolo di commissari per il risanamento dei conti della sanità. "*Abbiamo deciso* - sottolinea il presidente della giunta - *di costruire ospedali ex novo a Giugliano, in Costiera Sorrentina, a Salerno e in altre zone. E' un lavoro che dovrà concludersi presto, ma soltanto se il ministero della Salute decide di adeguarsi ai tempi della Campania, che non solo quelli di dieci anni fa, oggi sono celeri*". *De Luca attacca il ministero anche sul tema dei vaccini. "Per l'esavalente - dice - la Campania è tra le prime tre Regioni d'Italia, con una copertura del 97%.*".

I focus del Governatore - *"Abbiamo due obiettivi - ha detto il Governatore, utilizzando l'occasione per allargare il discorso alle altre iniziative che la Giunta ha messo in cantiere sul fronte della sanità- il completamento della rete per la procreazione assistita con l'estensione all'eterologa e l'avvio del programma di medicina territoriale con la realizzazione di poliambulatori capaci di filtrare la domanda di salute per evitare di ingolfare sempre i pronti soccorso. Bisogna poi completare il lavoro di raggiungimento degli obiettivi della griglia lea, in cui entrano anche la procreazione assistita e la rete medicina territoriale. Se li completiamo abbiamo fatto il 99% del nostro lavoro"*.

Sarò assessore al ramo – Un'altra sassata al ministro Giulia

continua a pagina 18

continua da pagina 17

Grillo il governatore la lancia sulla norma che vieta ai presidenti di Regione di ricoprire l'incarico di commissario alla Sanità: *"E' un'idiozia"*- dice lesto - *"Ma alla Campania non interessa perché usciremo dal commissariamento e l'assessore alla sanità lo farò io"*. Poi spiega i motivi del suo giudizio tranchant: *"E' un'idiozia perché si moltiplicano i passaggi burocratici, e così anziché risolvere i problemi della sanità perdiamo anni di tempo. Il commissario nominato costa 10mila euro al mese, pagati dai cittadini, ed è una grande stupidaggine: quelli che hanno fatto debiti in passato, cioé i presidenti di Regione, hanno agito anche da commissari. Quelli che stanno risanando i debiti, secondo il governo non dovrebbero avere poteri commissariali"*. De Luca ha ribadito che la Campania "ha formalizzato la richiesta di fuoriuscita dal commissariamento. "E' vero, deve essere accettata dal governo – precisa De Luca - ma Palazzo Chigi non gestisce la bottega di famiglia, ragiona in base a numeri e dati. La Campania ha presentato un quadro di bilanci attivi da 5 anni e quindi non ci sono più motivi per nominare un commissario".

Diagnosi di eccellenza al Ceinge Un laboratorio di Screening Neonatale

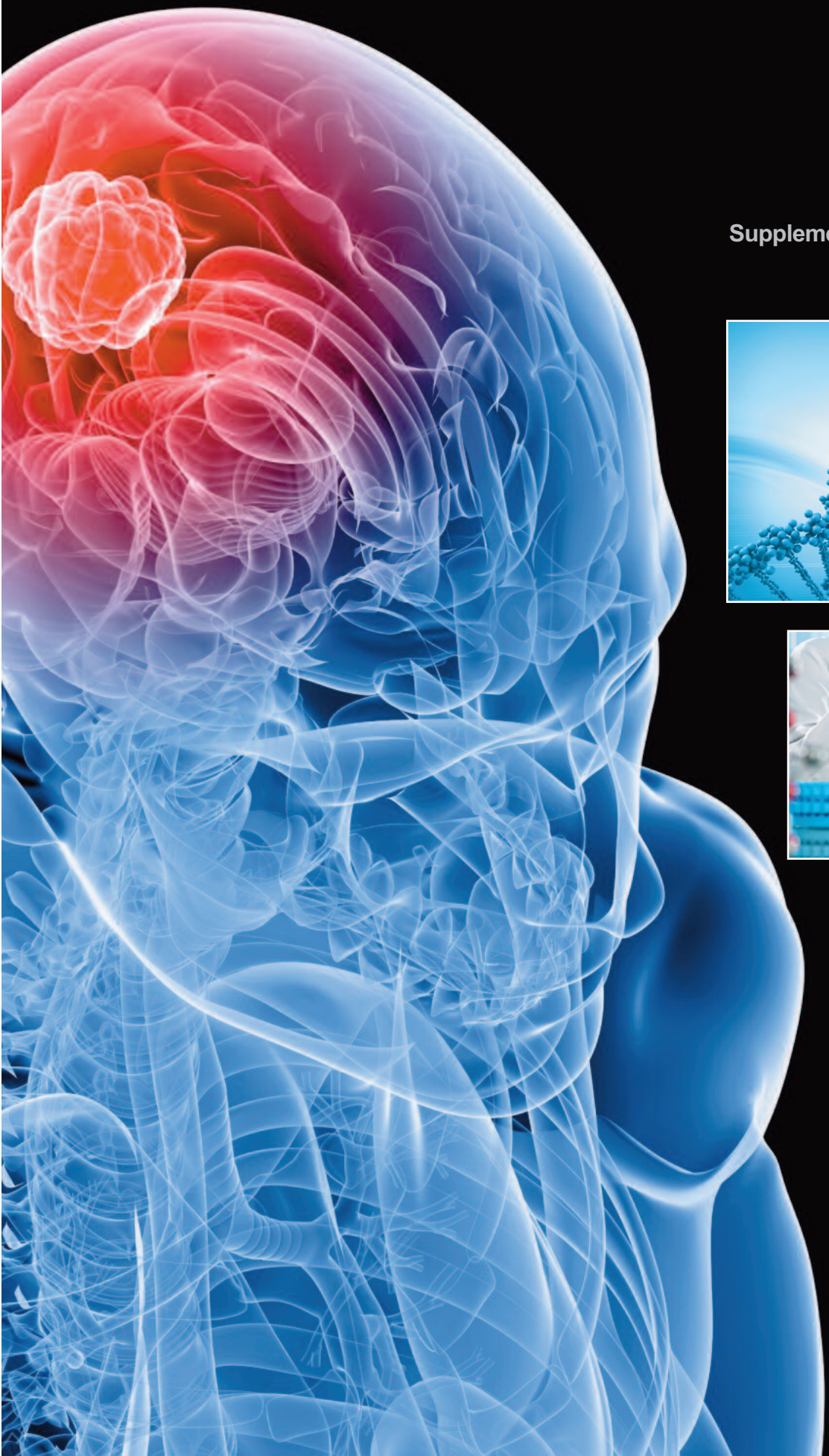
Con il nuovo e moderno laboratorio di Screening Neonatale Esteso (Sne), il Ceinge di Napoli si pone all'avanguardia nelle indagini contro le malattie oncologiche e metaboliche ereditarie. A beneficiarne tutti i neonati della Campania. Il laboratorio Sne del Ceinge fa parte del Centro unico di screening neonatale regionale, una rete che si avvale della sinergia tra i punti nascita e le Tin della Campania, cioè il Ceinge, l'azienda ospedaliera universitaria Federico II e il Santobono Pausillipon. Grazie ad un innovativo sistema informatico, è possibile la gestione del processo di screening in tutte le sue fasi: preanalitica, analitica, post-analitica. Compresi i risultati dei programmi di controllo di qualità interno. Con questo sistema, i punti nascita, le Tin, il laboratorio di screening neonatale Ceinge e i clinici sono in grado di seguire uniformemente l'intero iter dello screening, incluse le fasi di presa in carico del neonato. Il centro, recentemente aperto è stato inaugurato dal Presidente della Regione e commissario alla sanità, **Vincenzo De Luca**: *"Il Ceinge è una delle esperienze di avanguardia in Europa e ora avvia anche l'attività di screening generalizzato sui neonati"*. Nella nuova struttura, ha spiegato De Luca *"si preleva una goccia di sangue a tutti i neonati e si verifica se ci sono segnali di possibili degenerazioni tumorali, una diagnosi all'avanguardia che ci consente di individuare per tempo malattie rare e pone la Campania all'avanguardia in Italia, credo che ci siano solo due altri centri analoghi nel Paese"*. De Luca ha sottolineato che il nuovo centro *"ci aiuta* – ha detto – *a completare l'attività di screening non solo oncologico, ma dobbiamo superare dei ritardi anche culturali in Campania, dobbiamo*

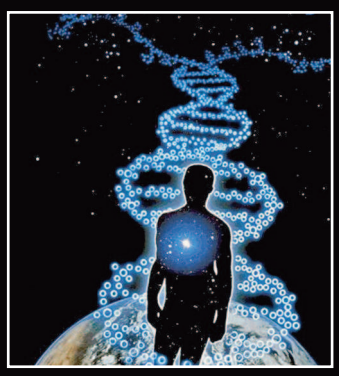
fare in modo che tutte le donne si sottopongano allo screening oncologico, sono attività che richiedono un minimo di senso di responsabilità e di impegno ma che salvano la vita delle persone".

Soddisfatto **Pietro Forestieri,** presidente del Ceinge. *«Grazie all'impegno del governatore* **De Luca**, *del rettore* **Manfredi,** *e del direttore generale, possiamo raccontare una splendida realtà, di assoluta eccellenza nazionale e internazionale. Le indagini genetiche, non più di sola ricerca di base o traslazionale, hanno acquisito un ruolo di importanza vitale nella programmazione terapeutica delle malattie oncologiche, rare ed eredo-familiari. Anche in questo settore, il Ceinge ha la giusta ambizione di poter essere un Centro di assoluto riferimento, anche internazionale. Il nuovo centro unico di screening neonatale regionale è un'altra tappa fondamentale del percorso che consentirà alla nostra Regione di entrare nel novero delle Regioni italiane virtuose in questo settore»*. L'Amministratore delegato **Mariano Giustino**, spiega che: "la sfida per un futuro prossimo è quella di arrivare ad indagini per altre malattie metaboliche, come le lisosomiali e le surrenali, che oggi non sono comprese nello screening neonatale esteso. Va detto che l'Italia, e quindi la Campania, sono delle eccellenze nel panorama europeo. Nessun paese in Europa ha una legge così ben fatta. In altri contesti europei viene sottoposto a screening un numero molto inferiore di patologie. In Campania esiste invece un robusto sistema di screening, che non significa solo esecuzione del test biochimico in quanto tale, ma anche creazione di una rete efficiente che mette al centro il neonato e coinvolge le famiglie, i punti nascita, i laboratori diagnostici e i clinici che prendono in carico il neonato. Un network cruciale per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche che costituiscono per molte famiglie un serio problema. Basti pensare che ogni anno in Italia un neonato su 2.000 nasce con una malattia metabolica ereditaria. Malattie rare che non consentono a chi ne è affetto di trasformare in energia sostanze come proteine, zuccheri o grassi contenute negli alimenti o prodotti all'interno delle cellule. Si crea così un'alterazione dei meccanismi metabolici cellulari con importanti conseguenze per lo stato di salute del bambino. Grazie allo screening neonatale esteso è possibile individuare al momento della nascita oltre 40 patologie metaboliche genetiche prima che possano manifestarsi, così da evitare al bimbo danni irreversibili. La tempestiva diagnosi di una malattia metabolica ereditaria permette così ai medici di adottare, sin dai primi giorni di vita, le terapie necessarie per migliorare il decorso della malattia e prevenirne complicanze.

NSC Nursing

Supplemento di ricerca infermieristica





Supplemento
Ricerca infermieristica

La qualità del sonno in terapia intensiva: Indagine trasversale sulla percezione dei pazienti e degli infermieri

Sleep quality in intensive care: patients and nurses perception by cross-sectional survey

Autori - **Gianmarco Trincone*, Assunta Guillari**, Marco Perrone***, Carmela Serio****, Karolina Capasso*****, Aniello Lanzuise******

Riassunto

Introduzione. Il sonno è uno stato fisiologico periodicamente necessario, fondamentale per la salute, per la conservazione dell'omeostasi e dell'equilibrio di sistemi e apparati del corpo umano. Infatti ad un periodo di sonno insufficiente sono associate una serie di importanti alterazioni fisiologiche. Le interruzioni e la deprivazione del sonno, sono comunemente sperimentate dai pazienti in Unità di Terapia Intensiva (UTI), ecco perché l'ambiente di Terapia Intensiva viene considerato come disturbante del sonno.

Obiettivo. Indagare sulla qualità del sonno dei pazienti durante la degenza, la percezione degli infermieri ed i fattori di disturbo al corretto sonno. Individuare la frequenza e tipologia degli interventi infermieristici erogati durante il turno notturno.

Metodo. Studio trasversale condotto dal mese di giugno al mese di agosto 2016 su un campione 27 pazienti e 15 infermieri di due Unità di Terapia Intensiva (un P.O. della provincia di Caserta e un P.O. della provincia di Napoli). La qualità del sonno percepita dai pazienti è stata rilevata attraverso la somministrazione del Richards-Campbell Sleep Questionnaire. I fattori disturbanti e le percezioni degli infermieri sono stati rilevati attraverso un questionario ad hoc. Infine, sono stati individuati modalità, frequenza e tipologia degli interventi infermieristici erogati durante il turno notturno.

Risultati. Dall'analisi dei risultati è emerso che la qualità complessiva del sonno percepita dai pazienti è risultata essere "mediocre" mentre negli infermieri la percezione della qualità del sonno dei propri assistiti è risultata sovrastimata. È emerso che le attività assistenziali, i rumori e le luci rappresentano i maggiori fattori che influenzano il sonno dei pazienti. Inoltre l'assistenza erogata risulta essere costante in tutte le fasce orarie, pertanto non sono favoriti periodi di sonno continuativi.

Conclusioni. I risultati della nostra indagine confermano che i pazienti in Terapia Intensiva presentano un modello di sonno-riposo alterato. Individuare strategie atte al suo miglioramento rappresenta l'obiettivo da perseguire nell'assistenza infermieristica al paziente critico.

Keywords: *qualità del sonno dei pazienti, Unità di Terapia Intensiva, disturbo del modello di sonno, Richards Campbell Sleep Questionnaire, interventi infermieristici nel turno notturno.*

Abstract

Introduction. Sleep is a periodically necessary physiological state that is fundamental for health, for maintaining homeostasis and balance of systems and organs of the human body. In fact, a series of important physiological changes are associated with insufficient period of sleep. Patients, in Intensive Care Units (ICU), commonly experience sleep disruptions and deprivation, which is why the ICU environment is considered a disturber of sleep.

Objectives. To investigate the quality of patients' sleep during ICU stay, the perception of nurses and the disturbing factors, and to identify the frequency and type of nursing interventions provided during the night shift.

Methods. A transversal study conducted from June to August 2016 on a sample of 27 patients and 15 nurses in two Intensive Care Units in the provinces of Caserta and Naples, Italy. The quality of sleep perceived by the patients was assessed through the administration of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire. The disturbing factors and the perceptions of the nurses were assessed through a questionnaire structured by the research group. Finally, the methods, frequency and type of nursing interventions provided during the night shift were identified.

Results. The overall quality of sleep perceived by patients was "mediocre", while nurses' perception of the sleep quality of their patients was overestimated. It was found that the nursing care activities, noises and lights are the major factors that influence patients' sleep. In addition, the assistance provided is constant throughout the night, and therefore not favoring continuous sleep periods.

Conclusions. The results of our survey confirm that patients in intensive care have an altered sleep-rest pattern. Identifying strategies aimed at improving sleep quality is an important goal in the care of critically ill patients.

Keywords: *sleep quality of patients, Intensive Care Unit, sleep pattern disturbance, Richards Campbell Sleep Questionnaire, nursing interventions during night shift*

BACKGROUND

Il sonno è uno stato fisiologico periodicamente necessario, caratterizzato da una ridotta reattività cognitiva e sensoriale agli stimoli ambientali che, dal punto di vista fisiologico, è fondamentale per il benessere, la conservazione dell'omeostasi e dell'equilibrio dei diversi sistemi e apparati del soggetto[1].

Il sonno è caratterizzato da un'attività ciclica fisiologica del cervello, accompagnata da manifestazioni comportamentali[2-3]. Le fasi del sonno compongono un "ciclo del sonno" che dura in media tra 90 e 110 minuti e si ripete da quattro a sei volte durante la notte. La funzione riparatrice del sonno non si basa solo sul suo tempo ideale, ma anche sulla sua normale distribuzione attraverso tutte le fasi[3]. Il paziente critico, a causa di una condizione patologica di instabilità, vulnerabilità e complessità, sperimenta un'alterazione del normale ciclo del sonno con conseguenze varie ed importanti sulla salute psicofisica, nonché sul prolungamento del periodo di degenza. L'eziologia di tali alterazioni è multifattoriale ed è riconducibile alle condizioni patologiche che ne hanno determinato il ricovero e a molteplici fattori ambientali che caratterizzano il setting di Terapia Intensiva (UTI), dove l'assistenza infermieristica richiede l'utilizzo di metodiche invasive e dove è necessario agire con tempestività e rapidità in qualsiasi ora del giorno e della notte[4]. Il sonno dei pazienti in UTI dovrebbe essere misurato in termini di qualità e quantità. La letteratura ha documentato che la quantità di tempo di sonno nell'unità di terapia intensiva è approssimativamente normale, mentre la qualità del sonno è solitamente anormale. Elliott et al. hanno condotto uno studio osservazionale per misurare la quantità e la qualità del sonno di 75 pazienti in una UTI australiana utilizzando la polisonnografia ed il Richards-Campbell Questionnaire-RCSQ[5]. I risultati hanno indicato che il tempo di sonno totale medio era di 5 ore, ma il tempo di sonno medio senza interruzione era di circa 3 minuti. Inoltre, è stata osservata una progressione anomala da uno stadio di sonno ad un altro (dallo stadio 1 allo stadio REM). La privazione del sonno nelle UTI può influenzare negativamente i principali organi dei pazienti, i meccanismi di difesa immunitaria, la regolazione ormonale e lo stato mentale[6]. I disturbi del sonno sono uno dei numerosi fattori che possono contribuire alla comparsa del delirio nei pazienti in UTI. Tuttavia, la relazione tra disturbo del sonno e delirio non è stata ben indagata[2-7-10]. Entrambi condividono un numero di manifestazioni simili che riflettono una compromissione cognitiva funzionale che comprende disturbi nella memoria e linguaggio con segni di allucinazioni e delusioni. La privazione del sonno è stata anche collegata a un aumento dell'incidenza di cadute, all'uso di restrizioni e delirio, che può comportare un aumento della degenza ospedaliera, con conseguente aumento di fattori come la morbilità, la mortalità, dell'assistenza sanitaria e dei costi[11-12]. In conclusione, i risultati degli studi precedenti hanno indicato che il sonno dei pazienti in UTI è leggero e frammentato. Oltre il 50% dei pazienti ricoverati nelle UTI presenta disturbi del sonno[2]. La severità della malattia dei pazienti potrebbe essere influenzata negativamente dalla frammentazione del sonno[13].

Ad esempio, la mancanza di un sonno adeguato potrebbe esporre i pazienti critici a maggior rischio di infezione, complicanze e mortalità ed, inoltre, determinare un prolungamento della degenza ospedaliera[14]. In un contesto caratterizzato da un monitoraggio critico del paziente, dove l'assistenza infermieristica richiede l'utilizzo di metodiche invasive e dove è necessario agire con tempestività e rapidità in qualsiasi ora del giorno e della notte, si tende spesso a perdere di vista ed a sottovalutare i bisogni primari, come il bisogno di sonno-riposo, fondamentale nell'ambito dell'assistenza generale e critica del paziente. Pertanto, il disturbo del modello di sonno e riposo è un problema infermieristico che implica la necessità di stabilire un piano di assistenza personalizzato, finalizzato alla promozione e soddisfacimento del bisogno di sonno attraverso una valutazione sistematica della qualità.

OBIETTIVI

- Indagare la qualità del sonno del paziente in Terapia Intensiva nel corso della degenza
- Rilevare la percezione degli infermieri circa la qualità del sonno dei pazienti
- Individuare i fattori di disturbo
- Individuare la frequenza e tipologia degli interventi infermieristici erogati durante il turno notturno.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio. É' stato eseguito uno studio trasversale su un campione di 27 consecutivi pazienti ricoverati presso due Unità di Terapia Intensiva, rispettivamente di un P.O. della provincia di Napoli ed un P.O. della provincia di Caserta, dal mese di giugno ad agosto 2016. È stata acquisita l'autorizzazione alla conduzione dello studio dalla Direzione Sanitaria dei due P.O. É stata inviata una lettera di autorizzazione che illustrava gli obiettivi dell'indagine e lo strumento per la raccolta delle informazioni. É stato acquisito da tutti i partecipanti ed i familiari il consenso alla conduzione dell'indagine, garantendo il pieno rispetto della privacy, lo studio rispetta la dichiarazione di Helsinki.

Criteri di inclusione ed esclusione

In questo studio sono stati inclusi i pazienti:

- maggiorenni, che avevano trascorso un periodo ≥ 1 notti nell'Unità di Terapia Intensiva, che manifestavano uno stato di lucidità mentale, orientati nel tempo, nel luogo e nello spazio ricoverati.
- soggetti che ben comprendevano e parlavano la lingua italiana.

Non sono stati inclusi i pazienti:

- con età inferiore a 18 anni, con alterazioni dello stato cognitivo, con trauma cranico, ferita alla testa, convulsioni, disturbi neurologici, problemi di ipoacusia, alcolismo, uso corrente di un sedativo o narcotico, pazienti che fanno regolare uso di farmaci per favorire il sonno.

Inoltre sono stati arruolati 15 infermieri di Terapia Intensiva che avevano mostrato un positivo interesse verso questo studio, avevano firmato il consenso informato ed erano in servizio presso le due Unità di Terapia Intensiva coinvolte in questo studio.

STRUMENTI

Lo strumento utilizzato per valutare la percezione del paziente rispetto la qualità del sonno è stato il Richards-Campbell Sleep Questionnaire[15-16], un questionario costituito da cinque items utilizzato per valutare profondità percepita, latenza, numero di risvegli, efficienza e qualità del sonno. Ogni risposta è registrata su una scala visuo-ana-

continua a pagina 22

Supplemento
Ricerca infermieristica

logica da 0 mm a 100 mm, con punteggi più alti che rappresentano un sonno migliore.

Al fine di esemplificare i valori, questi ultimi sono stati categorizzati in: valori da 0 a 33 mm rappresentavano un sonno scarso, da 33 a 66 mm un sonno mediocre e > 66 mm un sonno ottimale[17]. Nei pazienti, i fattori che ne hanno condizionato la qualità, sono stati valutati attraverso la somministrazione di questionario ad hoc strutturato a risposta multipla che ha indagato in che modo gli interventi assistenziali, i fattori ambientali e i fattori patologici hanno influito sul sonno. Per ogni tipologia di fattore sono state strutturate delle frasi in cui il partecipante poteva o meno riconoscersi contrassegnandole in caso di risposta affermativa. Per valutare invece le percezioni del personale infermieristico, è stato redatto un questionario ad hoc con lo scopo di valutare la percezione della qualità del sonno del paziente ed il grado di influenza di fattori patologici/ambientali. La misurazione è stata effettuata utilizzando la scala di Likert a 10 punti[18] per ogni singolo item indagato. Infine, è stata sviluppata una griglia con la lista delle attività al fine di registrare gli interventi assistenziali che prevedevano un'interazione con il personale infermieristico tra le ore 20:00 e le 7:00.

I dati raccolti incluso data di rilevazione, i posti letto occupati delle rispettive sale, il numero e la diagnosi di ingresso dei pazienti presenti durante quel turno, l'elenco delle prestazioni infermieristiche e i relativi orari dell'erogazione delle prestazioni.

Tutti gli strumenti sono stati testati su 4 pazienti e 2 infermieri non arruolati nello studio, ciò per far prendere la giusta dimestichezza con gli strumenti di indagine da parte dei ricercatori.

Raccolta dei dati. La raccolta dei dati è stata effettuata ogni mattina (tra le 7 e le 11 del mattino) per un periodo di 3 mesi. Per 12 pazienti, la prima notte analizzata è stata quella seguente l'operazione, per i restanti 15, poiché la prima notte necessitavano di un supporto ventilatorio o farmacologico, la raccolta dei dati è stata effettuata la notte prima della dimissione, previa estubazione endotracheale. Ad ogni partecipante sono state illustrate le modalità di compilazione al fine di valutare le capacità di comprensione. Le risposte sono state fornite apponendo una crocetta lungo la scala visuo-analogica. Al personale infermieristico, al fine evitare bias, sono state illustrate né le modalità di compilazione del questionario né i pazienti selezionati per lo studio. La raccolta delle attività infermieristiche notturne si è svolta nell'arco di 11 turni grazie alla collaborazione del personale infermieristico delle rispettive UTI. Ogni interazione col paziente è stata riportata su di una tabella specifica, in cui veniva indicata la tipologia di attività e l'orario in cui veniva effettuata la prestazione/intervento.

Analisi dei dati. L'analisi statistica dei dati è stata eseguita mediante il software statistico Stata 10.0. I dati sono presentati come numeri e percentuali per variabili categoriali e come media ± deviazione standard nel caso di variabili continue.

Tabella 1. Caratteristiche generali dei pazienti inclusi

	n=27	%
Sesso		
Maschile	14	51.9%
Femminile	13	48.1%
Fasce di età (anni)		59.6±10.3(41-74)*
≤46	3	11.1%
45-51	4	14.8%
50-61	7	25.9%
>60	13	48.2%
Nazionalità		
Italiana	25	92.6%
Altro	2	7.4%
Titolo di studio		
licenza elementare	5	18.5%
licenza media	7	26%
diploma	12	44.4%
laurea	3	11.1%
Stato civile		
coniugato/a	22	81.5%
celibe/nubile	2	7.4%
vedovo	3	11.1%
Figli (numero di figli)		
Nessuno	2	7.4%
Da 1 a 3	19	70.4%
da 4 a 9	6	22.2%
Professione/occupazione		
disoccupato	1	3.7%
dipendente	9	33.3%
libero professionista	7	26%
pensionato	5	18.5%
altro	5	18.5%

*Media± Deviazione Standard (range)

RISULTATI

Nella **Tabella 1** sono sintetizzate le caratteristiche generali del nostro campione di pazienti. Dalla tabella risulta che l'età media dei pazienti. L'età media dei pazienti è risultata essere di circa 59,6 (range 41-74); il 51.9% è rappresentato da soggetti di sesso maschile, il restante (48.1%) di sesso femminile. La durata della degenza media è stata di 2.4 giorni, con una prevalenza (37%) di soggetti sottoposti ad interventi di cardiochirurgia. Nella **Tabella 2** invece sono indicati i risultati del questionario somministrato ai pazienti in merito alla qualità del sonno percepita. Dall'analisi dei risultati è emerso che lo score del RCSQ sulla qualità complessiva del sonno percepita dai pazienti è "mediocre" (50.2 mm). In particolare su 27 partecipanti che hanno compilato il RCSQ, è stato escluso un soggetto perché non valutabile (avendo riferito di non aver dormito tutta la notte). Per quattro pazienti su 26 (15.4%) il risultato tra 0 e 33 mm, ha indicato un sonno scadente; per 18 pazienti (69.2%) il risultato da 33 a 66 mm, ha indicato un sonno mediocre mentre 4 pazienti (15.4%) il risultato > 66 mm, ha indicato un livello di sonno ottimale.

In **Tabella 3** invece, sono stati descritti i risultati delle percezioni circa alcuni fattori considerati negativi rispetto alla qualità del sonno. Da questa indagine si è osservato che i fattori più frequenti sono stati: le attività assistenziali (70.4%), rumori nelle sue forme differenti (59.3%), le luci (51.9%) e l'ansia e lo stress (70.4%) derivati dall'ospedalizzazione e dalla condizione clinica in cui ver-

Tabella 2. Qualità del sonno percepita dai pazienti

	M.D.	D.S.	Max-Min
Il riposo della scorsa notte è stato… Leggero/profondo	53.6	13.3	28-78
La notte scorsa mi sono addormentato… Con difficoltà/immediatamente	44.8	13.8	16-76
La scorsa notte sono stato sveglio… Tutta la notte/veramente poco	51.5	13.8	24-73
La notte scorsa mi sono svegliato e… Non ho dormito/mi sono addormentato immediatamente	53.3	15.5	19-72
Se dovessi descrivere il riposo della notte scorsa, lo definirei.. Pessimo/Ottimo	48	21	0-90

sano.

In **Tabella 4**, sono state descritte le percezioni del personale infermieristico rispetto la qualità del sonno dei pazienti attraverso la somministrazione di un questionario. Utilizzando la scala di Likert, il giudizio degli infermieri in merito alla qualità del sonno dei pazienti è stata in media di 6.5 in un range da 1 a 10. In particolare, il 26.7% riporta un valore > 8, ovvero una qualità ottimale qualità del sonno; il 66.7% riporta un valore compreso tra 5 e 7, cioè una qualità discreta qualità del sonno e il 6.7% ha indicato un valore < 4, cioè una qualità scarsa del sonno.

Nel **Grafico 1** vengono descritte le patologie d'ingresso del campione coinvolto. La maggior parte dei pazienti trasferiti in terapia intensiva erano stati sottoposti a interventi di chirurgia toracica (25%), cardiochirurgia (21%), chirurgia addominale (15%), chirurgia urologica (3%) e neurochirurgia (3%), mentre altri mostravano patologie quali insufficienza respiratoria acuta (12%), edema polmonare acuto (9%) e emorragia subaracnoidea (6%).

Nei **Grafici 2 e 3**, sono descritte le Attività assistenziali degli infermieri, valutate durante 11 turni notturni complessivi.

Nel **Grafico 2**, sono state descritte le fasce orarie in cui sono stati effettuati la maggior parte degli interventi infermieristici. Le fasce orarie più frequenti sono state quelle dalle ore 20:00 alle ore 20:59 (n=168), dalle ore 22:00 alle ore 22:59 (n=81), dalle 06:00 alle 06:59 (n=84), mentre quelle frequenze minori di interventi infermieristici sono state registrate nelle fasce orarie dalle ore 01:00 alle ore 01:59 e dalle ore 03:00 alle ore 03:59.

Nel **Grafico 3** viene riportata la distribuzione delle tipologie e la frequenza degli interventi infermieristici durante la notte.

DISCUSSIONE

I risultati emersi dalla somministrazione del RCSQ, mostrano che i pazienti di Terapia Intensiva hanno presentato un modello di sonno-riposo caratterizzato da un sonno leggero e frequentemente interrotto, spesso accompagnato da difficoltà nel riprenderlo una volta svegli, in accordo con i dati della letteratura[2-4-19-20]. Dall'analisi dei fattori disturbanti risulta che l'ambiente della Terapia Intensiva non è un ambiente favorevole per il sonno dei pazienti, evidenziando quanto determinati fattori quali luci, rumori e attività assistenziali erogate durante la notte incidano sulla qualità del sonno nella maggior parte dei partecipanti[21]. In accordo con altri studi condotti, le attività di assistenza infermieristica sono riportati come il secondo fattore che contribuisce maggiormente ai disturbi del sonno e alla scarsa qualità del sonno nei pazienti ricoverati in terapia intensiva[3]. Nello studio di Ritmala-Castren et al. [22], i risultati hanno indicato che le attività assistenziali infermieristiche su un campione di 19 pazienti erano n=144. Questo numero è stato ridotto a n=120 volte le attività di cura dopo aver utilizzato un clustering delle stesse attività. Anche nel nostro studio, analizzando l'andamento temporale degli interventi infermieristici durante la notte in UTI, risultano essere costanti in tutte le fasce orarie, senza consentire in tal modo un sonno ininterrotto di almeno 60-90 minuti, con un andamento medio di 48 attività/azioni, nella fascia oraria che va dalle ore 00:00 alle ore 06:00 del mattino. Di contro, dall'analisi dei risultati emersi nella valutazione della percezione che il perso-

Tabella 3. Percezioni dei pazienti circa i fattori influenzanti la qualità del sonno

Categoria	Sotto-categoria	*n*	%
Interventi assistenziali	Attività di reparto	16	59.3%
	Attività assistenziali della persona	19	70.4%
Fattori ambientali	Rumori	16	59.3%
	Rumore degli allarmi e monitor	14	51.9%
	Rumore dei telefoni, conversazioni dello staff	3	11.1%
	Luci	14	51.9%
	Temperatura inadeguata	16	59.3%
Fattori patologici	Dolore	8	29.6%
	Malessere generalizzato	11	40.7%
	Tosse	8	29.6%
	Nausea	8	29.6%
	Difficoltà respiratorie	10	37%
	Posizione obbligata/scomoda	16	59.3%
	Sete	10	37%
	Febbre	1	3.7%
	Stress e ansia	19	70.4%
Altro	Tempo	5	18.5%
	Dormiva durante il giorno	9	33.3%

Tabella 4. Percezioni degli infermieri circa la qualità del sonno dei pazienti

Fattori disturbanti	M.D.	D.S.	Min - Max
Dolore	6.3	1.5	3-9
Luci	5	1.9	1-10
Ansia	6.2	1.1	4-8
Posizione scomoda	5.7	1.7	3-9
Interventi Infermieristici	4	1.8	2-7
Test diagnostici	3.8	2.4	1-9
Rumori	5.1	1.8	1-8
Allarmi	4.9	1.7	2-9
Temperatura inadeguata	6.2	1.3	5-9
Timore di spostare tubi e drenaggi	3.7	1.7	1-7
Somministrazione della terapia	2.3	1.3	1-5
Conversazioni dello Staff/telefoni	3.2	1.6	1-6

continua a pagina 24

continua da pagina 23

nale infermieristico, è possibile affermare che questi tendono a sovrastimare leggermente la qualità del sonno dei pazienti.

CONCLUSIONI

É evidente che molteplici fattori influenzano negativamente il sonno. Alcuni di questi fattori riguardano le condizioni cliniche del paziente, tuttavia, ci sono altri fattori sui quali gli infermieri possono intervenire per migliorare la qualità del sonno dei pazienti. L'infermiere deve considerare la valutazione del sonno auto-riferito come un'attività necessaria per identificare i bisogni dei pazienti e intervenire al fine di promuovere un riposo efficace[23]. Pertanto, data la facilità di applicazione e considerata la possibilità di rispondere sia in forma scritta che verbale ai quesiti espressi su scala VAS in soggetti incapaci o con difficoltà nell'esprimere le proprie sensazioni, il RCSQ risulta essere uno strumento particolarmente adatto in un contesto critico nonostante il suo utilizzo sia limitato a pazienti lucidi e orientati nel tempo e nello spazio. La sua facilità di utilizzo, calcolo del punteggio, ridotto impiego di tempo sia per il paziente che per l'infermiere lo rendono un'opzione molto valida per la valutazione del sonno nei setting critici. Infine, l'individuazione strategie finalizzate alla riduzione degli stimoli ambientali e il raggruppamento delle attività infermieristiche erogate durante la notte al fine di garantire periodi minimi di 90 minuti di sonno ininterrotto, rappresentano un obiettivo fondamentale da perseguire nell'assistenza infermieristica per migliorare la degenza in reparto e facilitare una precoce dimissione [8].

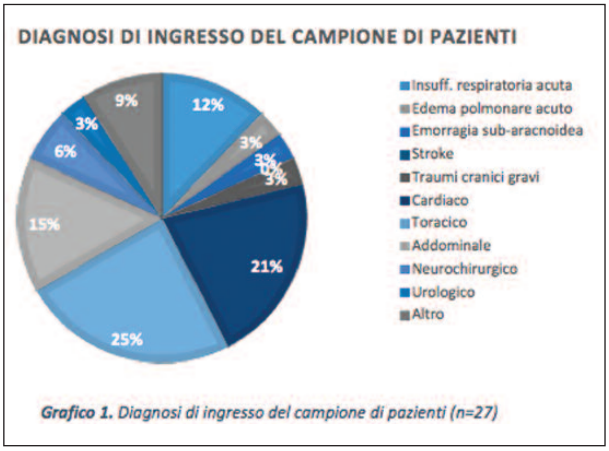


Grafico 1. Diagnosi di ingresso del campione di pazienti (n=27)

Implicazioni per la pratica.

Gli studi pubblicati sino ad ora hanno anche mostrato come vi siano diversi modelli attuabili dal personale infermieristico di area critica al fine di ridurre l'incidenza di disturbi del sonno e migliorare la qualità del riposo[21-24-25]. L'implementazione di semplici interventi sull'ambiente possono essere utilizzati in qualsiasi realtà ospedaliera e dovrebbero essere applicati al fine di creare un ambiente terapeutico[26]. Lo sviluppo di strategie, come garantire 1,5-2 ore di sonno ininterrotto durante la notte pianificando le attività assistenziali al fine di raggrupparne il maggior numero possibile in specifici orari, allo scopo di ridurre al minimo le interazioni col paziente durante le ore notturne[22], risultano essere fondamentali per favorire il mantenimento, la qualità del sonno e ridurre gli outcomes negativi associati ad una deprivazione. Queste attività richiedono l'autodeterminazione e l'impegno di tutti i professionisti sanitari e, come evidenziato, possono apportare grandi benefici per il sonno e il recupero dei pazienti in Terapia Intensiva.

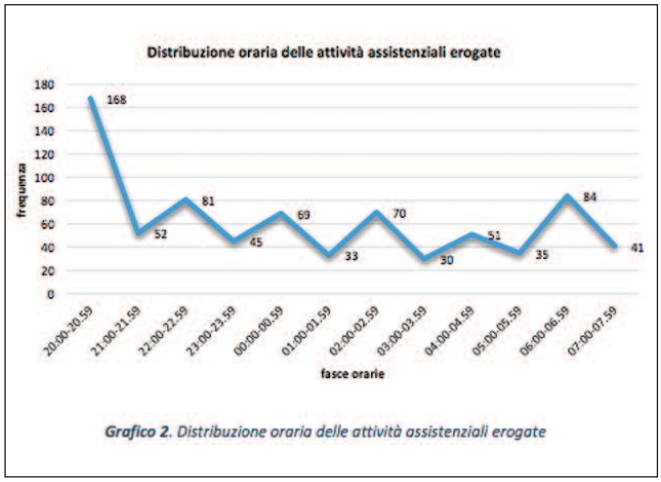


Grafico 2. Distribuzione oraria delle attività assistenziali erogate

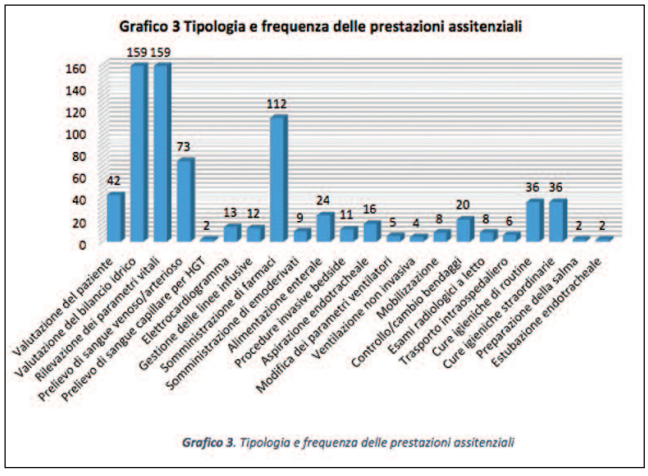


Grafico 3. Tipologia e frequenza delle prestazioni assitenziali

* Infermiere, U.O. di Pronto Soccorso, Pineta Grande Hospital, Castel Volturno, Caserta.
** Infermiere Coordinatore, Dipartimento di Sanità Pubblica e Farmacoutilizzazione, A.O.U. "Federico II", Napoli.
***Infermiere Coordinatore, Dipartimento di Cardiologia, Cardiochirurgia ed Emergenze Cardiovascolari, A.O.U. "Federico II", Napoli.
**** Ostetrica, Libero professionista
***** Infermiera, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia
****** Infermiere Dirigente, P.O. "S. Maria della Pietà" - Camilliani, Casoria, Napoli
** Corresponding Author: Assunta Guillari, RN, MSN, PhD.
e-mail: assunta.guillari@gmail.com
Mobile +39 3938502063.

Bibliografia

1. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. Principles and practice of sleep medicine. 2005;4:13-23.

2. Bani Younis M, Hayajneh FA. Quality of Sleep Among Intensive Care Unit Patients: A Literature Review. Critical care nursing quarterly. 2018;41(2):170-7.

3. Hamze FL, de Souza CC, Chianca TC. The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. Revista latino-americana de enfermagem. 2015;23(5):789-96.

4. Stewart JA, Green C, Stewart J, Tiruvoipati R. Factors influencing quality of sleep among non-mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit. Australian Critical Care. 2017;30(2):85-90.

5. Elliott R, McKinley S, Cistulli P, Fien M. Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. Critical care (London, England). 2013;17(2):R46.

6. Friese RS. Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future directions. Critical care medicine. 2008;36(3):697-705.

7. Burkhalter H, Sereika SM, Engberg S, Wirz-Justice A, Steiger J, De Geest S. Validity of 2 sleep quality items to be used in a large cohort study of kidney transplant recipients. Progress in transplantation. 2011;21(1):27-35.

8. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. Anaesthesia. 2014;69(6):540-9.

9. Bihari S, Doug McEvoy R, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine. 2012;8(3):301-7.

10. Simeone S, Pucciarelli G, Perrone M, Teresa R, Gargiulo G, Guillari A, et al. Delirium in ICU patients following cardiac surgery: An observational study. Journal of clinical nursing. 2018;27(9-10):1994-2002.

11. Mazer SE. Increase patient safety by creating a quieter hospital environment. Biomedical instrumentation & technology. 2006;40(2):145-6.

12. Desai S, Chau T, George L. Intensive care unit delirium. Critical care nursing quarterly. 2013;36(4):370-89.

13. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. Sleep. 2006;29(5):707-16.

14. Li SY, Wang TJ, Vivienne Wu SF, Liang SY, Tung HH. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. Journal of clinical nursing. 2011;20(3-4):396-407.

15. Richards K. Techniques for measurement of sleep in critical care. Focus on critical care. 1987;14(4):34-40.

16. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Measurement of sleep in critically ill patients. Journal of nursing measurement. 2000;8(2):131-44.

17. Ritmala-Castren M, Axelin A, Kiljunen K, Sainio C, Leino-Kilpi H. Sleep in the intensive care unit - nurses' documentation and patients' perspectives. Nursing in critical care. 2017;22(4):238-46.

18. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology. 1932.

19. Bihari S, McEvoy RD, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2012;8(03):301-7.

20. Freedman NS, Kotzer N, Schwab RJ. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. American journal of respiratory and critical care medicine. 1999;159(4):1155-62.

21. Mabasa VH, Suchorowski K, Thomas C, Su G. A standardized structured approach to improving sleep quality in the intensive care unit: SLEEP-MAD. Canadian Journal of Critical Care Nursing. 2018;29(2).

22. Ritmala-Castren M, Virtanen I, Leivo S, Kaukonen KM, Leino-Kilpi H. Sleep and nursing care activities in an intensive care unit. Nursing & health sciences. 2015;17(3):354-61.

23. Kamdar BB, Shah PA, King LM, Kho ME, Zhou X, Colantuoni E, et al. Patient-nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell sleep questionnaire. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2012;21(4):261-9.

24. Aitken LM, Elliott R, Mitchell M, Davis C, Macfarlane B, Ullman A, et al. Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. Australian Critical Care. 2017;30(2):59-66.

25. Diaz-Alonso J, Smith-Plaza AM, Suarez-Mier B, Lana A. Impact of a Nurse Intervention to Improve Sleep Quality in Intensive Care Units: Results From a Randomized Controlled Trial. Dimensions of critical care nursing : DCCN. 2018;37(6):310-7.

26. Olson DM, Borel CO, Laskowitz DT, Moore DT, McConnell ES. Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2001;10(2):74-8.

Supplemento
Ricerca infermieristica

La percezione della Qualità di vita del paziente con scompenso cardiaco: indagine sul campo

Quality of Life in heart failure patients: survey of perception

Autori - **Antonella Mottola *, Maria Grazia Cefalo **, Maurizio Di Martino***, Isabella Continisio ******

Riassunto

Introduzione. Lo Scompenso Cardiaco ha un impatto importante sui pazienti, le famiglie e la spesa sanitaria.

Il peggioramento della tolleranza agli sforzi, la dispnea, lo sviluppo di patologie multi organo e la necessità di cambiamenti di stili di vita e di una complessa terapia farmacologica possono determinare un impatto negativo sulla qualità di vita di questi pazienti.

Gli aspetti psicologici e socioculturali contribuiscono all'espressione dei sintomi e alla percezione da parte del paziente della malattia. Pertanto risulta essenziale esplorare il vissuto del paziente nell'ambito di cura.

Obiettivo. Definire il vissuto del paziente con Scompenso Cardiaco. Rilevare, analizzare e comprendere gli aspetti della vita quotidiana che vengono influenzati dallo Scompenso Cardiaco.

Metodo. Indagine osservazionale condotta de settembre 2015 a marzo 2016. Sono stati inclusi 41 pazienti con diagnosi di Scompenso Cardiaco, nella provincia di Benevento. Per il raggiungimento degli obiettivi dello studio sono stati somministrati ai soggetti inclusi il Six-Item Screener, Questionario Socio Demografico, Epworth Sleepiness Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidemensional Scale of Perceveid Social Support.

Risultati. Dai risultati dello studio, non sono emersi "fattori barriera" che compromettono la qualità della vita dei pazienti e l'efficacia della loro autocura. Sono emerse, tuttavia, importanti differenze tra le categorie individuate. Le donne, così come i soggetti under 65, si sono rivelati essere più fragili in termini di "performance emotiva" e di "percezione" di una rete sociale che le supporti (oltre la famiglia).

Conclusioni. I risultati emersi sono in linea con i dati della letteratura scientifica. Gli aspetti psicoemotivi possono rappresentare delle fragilità e condizionare il vissuto del paziente con Scompenso Cardiaco. Lo studio può offrire uno spunto per una ulteriore indagine orientata alla individuazione ed all'implementazione di un nursing che non solo "curi" e "guarisca", ma che supporti, orienti il paziente.

Keywords: ***QoL, Scompenso Cardiaco, esperienze del paziente, percezione del supporto sociale, ansia e depression percepita.***

Abstract

Background. Heart Failure has a major impact on patients, families and healthcare spending. Worsening stress tolerance, dyspnea, the development of multi-organ pathologies and the need for lifestyle changes and a complex drug therapy can have a negative impact about the quality of life of these patients. Psychological and sociocultural aspects contribute to the expression of symptoms and to the patient's perception of the disease. Therefore it is essential to explore the patient's experience in the care setting

Objective. To explore the patient's experience with Heart Failure. Measure, analyze and understand aspects of daily life of subjects that are affected by the Heart Failure.

Method. Observational study was conducted since September 2015 to March 2016. We have included 41 patients diagnosed with Hearth Failure, in the province of Benevento. To achieve the objectives of the study we used specifics tools: Six-Item Screener, Demographic Questionnaire, Epworth Sleepiness Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidemensional Scale of Perceveid Social Support.

Results. From the results of the study, no "barrier factors" have emerged that compromise the quality of life of patients and the effectiveness of their self-sufficiency. However, important differences emerged between the categories identified. Women, as well as the subject under 65, have proved to be more fragile in terms of "emotional performance" and "perception" about a social supports them (beyond the family).

Conclusion. The results emerged are in line with the data of the scientific literature. Psycho-emotional aspects can represent fragility and condition the patient's experience with Heart Failure. The study can offer an opportunity for a further investigation oriented to the identification and implementation of a holistic nursing that not only "give care", but that supports, orient the patient.

Keywords: ***QoL, Hearth Failure, patient's experience, patient's perceived social support, perception of anxiety and depression.***

BACKGROUND

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una malattia cronica in forte aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. Infatti, mentre solo lo 0.5-2% della popolazione generale è affetta da SC, negli ultrasettantacinquenni questa patologia interessa una persona su cinque (1). In Italia si stima che siano 1 milione i pazienti affetti da SC e questa cifra aumenta se si considerano anche coloro che sono asintomatici. Lo SC è la causa del 5% delle ospedalizzazioni, è presente nel 10% dei pazienti ricoverati e rappresenta il 2% della spesa del Sistema Sanitario Nazionale[1-3]. La mortalità per SC è pari al 50% a 4 anni dalla diagnosi mentre il 40% dei pazienti ricoverati per SC muore o viene riospedalizzato entro 1 anno[2-4]. La storia naturale della malattia è caratterizzata da fasi di esacerbazione clinicamente evidenti, intervallate da periodi di stabilità clinica, con un progressivo scadimento della capacità funzionale e della qualità di vita. La prognosi dei pazienti affetti da SC è stata spesso paragonata a quella delle neoplasie maligne. Studi di popolazione in pazienti ambulatoriali documentano una mortalità intorno al 5-7% durante il ricovero, del 10% a 30 giorni, 20-25% ad 1 anno e 50% a 5 anni dalla diagnosi[5]. La letteratura scientifica descrive come un self care inadeguato produca un abbassamento della qualità di vita ed un aumento delle riospedalizzazioni e dell'utilizzo dei servizi di emergenza[6-7]. Infatti viene evidenziato come la cura di sé, nei diversi momenti della malattia, sia fondamentale per migliorare i risultati e ridurre il tasso delle riospedalizzazioni.

Il problema importante nella gestione dei pazienti è quello di comprendere come i sintomi dello SC, quali la dispnea, gli edemi diffusi, l'affaticabilità, le alterazioni del sonno, mancanza di appetito ed astenia, possono essere la causa di una riduzione della qualità della vita. Inoltre per alcuni pazienti si rende necessario, anche, considerare la presenza di tali sintomi con gli stadi della malattia e/o la presenza contemporanea di diverse malattie e qualità della vita(8, 9). Pertanto si è deciso di condurre questo studio per indagare gli aspetti relativi della qualità di vita di un campione di 41 pazienti con SC. Analizzare il vissuto significa analizzare l'approccio della persona alla malattia ed alla cura, permettendo di individuare tutti quei comportamenti modificabili e che influenzano l'andamento della malattia.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Indagine osservazionale condotta da settembre 2015 a marzo 2016. Sono stati inclusi 41 pazienti con diagnosi di Scompenso Cardiaco, nella provincia di Benevento. Il reclutamento è stato effettuato presso lo studio di un MMG previa acquisizione dell'autorizzazione alla conduzione dello studio. Prima della raccolta dei dati è stato acquisito da tutti i partecipanti il consenso alla conduzione dell'indagine, garantendo il pieno rispetto della privacy. Per il raggiungimento degli obiettivi dello studio sono stati somministrati ai partecipanti dello studio il Six-Item Screener (Screening della compromissione cognitiva in 6 domande), Questionario Socio Demografico, Epworth Sleepiness Scale (Scala di Epworth per la valutazione della sonnolenza), Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidemensional Scale of Perceveid Social Support (Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito).

Criteri di inclusione ed esclusione

In questo studio sono stati inclusi i pazienti:

• con età superiore a 18 anni; che hanno rilasciato il consenso alla partecipazione all'indagine; senza alcun deterioramento cognitivo; in grado di comprendere e parlare la lingua italiana; con diagnosi di scompenso cardiaco da almeno due mesi; pazienti in classe NYHA II (ovvero in una condizione di malattia meno grave e senza sintomi); pazienti non ospedalizzati o non ospitati in RSA.

Non sono stati inclusi i pazienti:

• con età inferiore a 18 anni; con alterazioni dello stato cognitivo; che non hanno rilasciato il consenso alla partecipazione all'indagine; che non parlavano e comprendevano la lingua italiana; pazienti in classe NYHA III e IV; pazienti ospedalizzati o residenti in RSA.

STRUMENTI

Per esplorare il la percezione della qualità di vita dei pazienti sono state utilizzate le scale di seguito elencate:

• Six-Item Screener[10-11]: si tratta di un test di screening che individua l'eventuale presenza di deterioramento cognitivo attraverso domande che richiedono l'uso della memoria e la capacità di orientamento temporale. Il punteggio da 0-3 indica Probabile compromissione mentre un punteggio 4-6 indica Compromissione meno probabile.

• Questionario Socio Demografico: per indagare le caratteristiche socio-anagrafiche (genere, età, classe sociale, titolo di studio, condizione occupazionale, stato civile)

• Epworth Sleepiness Scale[12]: somministrato per quantificare la sonnolenza diurna attraverso domande sulla probabilità del soggetto di addormentarsi in diverse situazioni della vita quotidiana; la scala può rivelare eventuali disturbi del sonno. Interpretazione: un risultato < 12 indica un soggetto con normale sonnolenza diurna; un risultato compreso tra 12 e 14 indica un soggetto con ipersonnolenza diurna mentre un risultato >14 indica un soggetto affetto da un'importante ipersonnolenza diurna.

• Hospital Anxiety and Depression Scale HADS (13): consente di indagare la sfera psichica relativamente ai due principali disturbi dell'umore: l'ansia e la depressione. L'HADS si avvale di due scale di 7 domande ciascuna, con risposta Likert a 4 punti (0= nessuna, 3= massima gravità). Una scala valuta la componente d'ansia e l'altra la componente di depressione. Per ogni domanda il paziente deve indicare qual è l'opzione che meglio indica il livello attuale del suo stato emotivo; è possibile una sola risposta. I pazienti che ottengono un punteggio da 0 a 7 sono indicati come nella norma (Non Cases), quelli con un punteggio da 7 a 11 sono indicati come pazienti a rischio, che potrebbero trasformarsi in casi psicopatologici (Borderlines), mentre i pazienti con punteggio superiore a 11 vengono indicati come casi conclamati (Cases).

• Multidemensional Scale of Perceveid Social Support (14): la scala multidimensionale del supporto sociale valuta il supporto sociale percepito, proveniente dalla famiglia, dagli amici e da una persona particolarmente significativa. É composta da 12 item, utilizza un formato di risposta di tipo Likert a sei punti e si compone di tre subscale, ognuna di 4 item, che permettono di rilevare la percezione del sostegno proveniente da tre fonti: famiglia (MSPSS/F), amici

continua a pagina 28

continua da pagina 27

(MSPSS/A), altro significativo (MSPSS/O).

Analisi dei dati

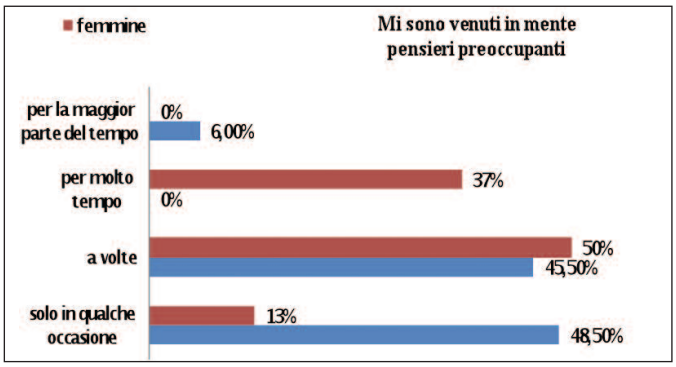
I dati raccolti sono stati inseriti, ai fini dell'analisi, nel software di statistica SPSS, successivamente sono state estrapolate delle categorizzazione avendo come riferimento due variabili, scelte sulla base dei riscontri frequenti in letteratura, previste all'interno del questionario socio demografico: la variabile del sesso e dell'età. Per valutare se le due variabili dei pazienti prese in considerazione fossero associate alle caratteristiche della qualità di vita indagate, sono state create tabelle delle tavole di contingenza.

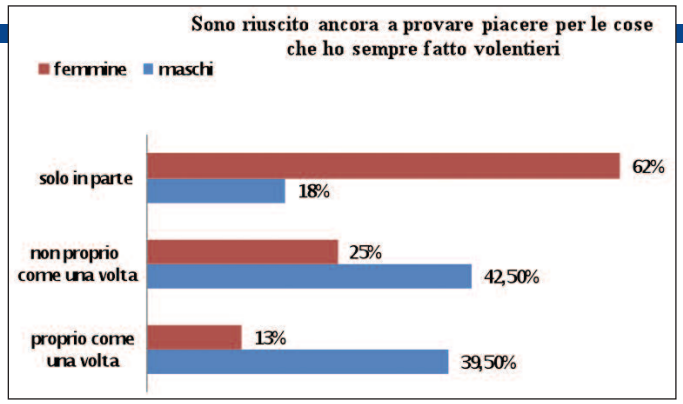
RISULTATI

- Empworth Sleepiness Scale (ESS) e delle relative tavole di contingenza con le variabili/classi "sesso" e "classi di età". I dati raccolti dalla somministrazione di questa scala hanno consentito di rilevare che il campione non presenta problemi di disturbi del sonno/insonnia. Ad items più critici quali "in automobile, fermo per pochi minuti nel traffico" o "seduto mentre parlo con qualcuno" o "seduto inattivo in un luogo pubblico" la risposta "non mi addormento mai" è risultata la più frequente con una percentuale compresa tra l'80,5% e il 97,6% dei partecipanti. Non sono state dunque riscontrate situazioni potenzialmente pericolose relative alla sfera del sonno[15]. Non sono emerse associazioni con le categorie "sesso" e "classi di età" (under 65 anni ed over 65 anni),

• Hospital Anxiety and Depression Scale e delle relative tavole di contingenza con le variabili "sesso" e "classi di età". L'analisi dei dati non ha evidenziato nel campione aspetti particolarmente preoccupanti che possano indicare la presenza di disturbi dell'ansia e/o depressione, contrariamente da quanto emerge dalla letteratura[16]. In particolare, la maggiore frequenza di risposte non del tutto "negative" è stata riportata per 2 items indaganti la sfera dell'ansia e per 1 item indagante la sfera della depressione. Per la risposta all'item "mi sono venuti in mente pensieri preoccupanti" è stato osservato che una percentuale minima dei partecipanti si è collocata all'estremo negativo "per la maggior parte del tempo", tuttavia una percentuale maggiore, è risultata essere in direzione della risposta "a volte ma non spesso", ammettendo dunque di avere pensieri preoccupanti **Grafico 2**.

Benché non siano emerse associazioni significative con la variabile sesso, si riscontra una certa disomogeneità tra i maschi e le femmine. Le femmine hanno risposto scegliendo "a volte" con una

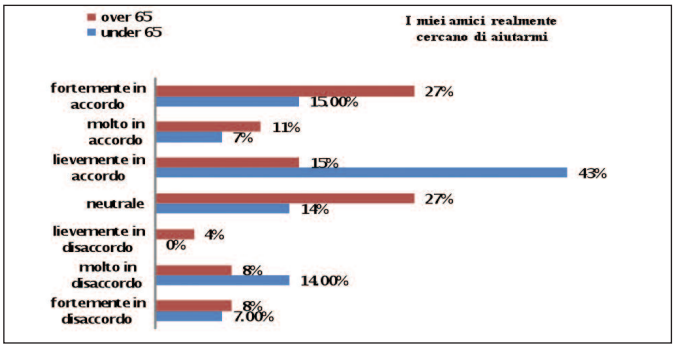




maggiore frequenza rispetto ai maschi che hanno risposto più frequentemente con "mai". All'item "sono riuscito ancora a provare piacere per le cose che ho sempre fatto volentieri" la percentuale maggiore di risposte date dai maschi si sono distribuite tra quelle "positive" ("proprio come una volta", "non proprio come una volta"), mentre le femmine hanno dato in percentuale nettamente maggiore la risposta più "negativa" prevista ("solo in parte") **Grafico 1**.

Tale risultato mette in evidenza come i maschi riescono ancora a provare piacere per le cose che hanno sempre fatto volentieri proprio come una volta o non proprio come una volta, mentre le femmine decisamente solo in parte. Le influenze sull'umore, in relazione alle risposte date per l'item "mi sono sentito di buon umore" ha evidenziato una percentuale di risposta prevalente nei maschi maggiormente "positiva", ovvero "per la maggior parte del tempo", mentre quella data dalle femmine (nettamente più preponderante rispetto ai maschi) è stata di un grado meno positivo, ovvero "a volte". Pertanto i maschi si sentono di buon umore per la maggior parte del tempo, le femmine solo a volte, infatti il campione femminile ha dato risposte meno ottimistiche/positive rispetto ai maschi. Dall'analisi dei dati ottenuti dall'elaborazione della tavola di contingenza con la variabile "classe di età" non sono emerse differenze significative tra le risposte date dagli under 65 anni e quelle date dagli over 65 anni, ma in ogni caso gli under 65 tendevano a dare risposte più pessimistiche. Nei **grafici 6, 7,** sono descritte i dati relativi alle risposte disomogenee, divise tra quelle indaganti la depressione (6 risposte disomogenee su 7 items) e quelle indaganti l'ansia (2 su 7). Dati ottenuti dall'indagine del quesito relativo alla depressione. Dai dati ottenuti con l'elaborazione della contingenza con la variabile "classe di età" è emerso che: a) gli under 65, rispetto agli over, hanno dato risposte meno positive (solo in parte/non proprio come un tempo/un po' meno); b) le disomogeneità sono quasi tutte collocate nel sottotest indagante la depressione (solo 1 collocata nel sottotest indagante l'ansia), cioè gli under 65 hanno dato risposte meno positive/ottimistiche ai quesiti sulla depressione, leggibile come: l'umore degli under 65 è potenzialmente influenzabile in termini depressivi; c) tra le disomogeneità, le uniche che hanno fatto emergere un punto di vista meno ottimistico/positivo da parte degli over 65 rispetto agli under 65 (e non viceversa come la tendenza principale) sono rilevabili nei due quesiti che indagano un aspetto più "fisico" ("mi sono sentito rallentato/ho perso interesse per il mio aspetto fisico"), interpretabili come: gli over 65 si sentono rallentati e non pensano di prendersi cura dell'aspetto fisico come dovrebbero.

• Risultati della Scala Multidimensionale della Percezione del Supporto Sociale e delle relative tavole di contingenza con le variabili/classi "sesso" e "classi di età". Ad una prima osservazione è emersa una evidente percezione positiva del supporto sociale da parte dei pazienti. Le uniche risposte con un riscontro percentuale maggiore che possano indurre a pensare che il paziente non abbia questa percezione del tutto positiva sono state quelle relative alla percezione del supporto offerto dagli amici.Anche in questa scala, analizzando nel particolare i dati ottenuti con l'elaborazione delle tavole di contingenza correlate alla variabile "sesso" ed alla variabile "classe di età" sono emerse delle disomogeneità. Le disomogeneità nelle risposte tra maschi e femmine e quelle tra over 65 anni e under 65 anni sono per lo più similarmente relative agli items indaganti la percezione del supporto offerto dagli amici. Infatti, maschi e femmine e under 65 e over 65 sono decisamente concordi su come viene percepito il supporto offerto dalla famiglia, con una piccola differenza nella percezione di quest'ultimo tipo di supporto tra maschi e femmine: le femmine percepiscono un po' in meno, rispetto ai maschi, il supporto offerto dalla famiglia in termini di "aiuto nel prendere decisioni". Tale disomogeneità viene rappresentata di seguito nell'ambito della variabile "sesso" e della variabile "classe di età". I dati ottenuti dalla contingenza con la variabile sesso sono rappresentativi di come i maschi tendano verso risposte estreme positive/ottimistiche ("fortemente in accordo") e invece le femmine tendano ad essere meno estreme in queste risposte positive, preferendo risposte quali "molto in accordo/lievemente in accordo" e calandosi, inoltre, più frequentemente in una posizione "neutrale". Altre due considerazioni evidenti: 1) le femmine rispetto ai maschi percepiscono meno il supporto offerto dagli amici; 2) le risposte omogenee tra maschi e femmine sono tutte "fortemente in accordo". Infine, le disomogeneità tra maschi e femmine sono riscontrabili: a) nelle risposte date agli items indaganti il supporto offerto dagli amici, con risposte meno positive da parte delle femmine; b) nelle risposte date agli items indaganti il supporto offerto dalla famiglia in termini di "aiuto nel prendere decisioni", con risposte meno positive da parte delle femmine; c) nelle risposte date agli items indaganti il supporto offerto da una persona in particolare (che non specificano se entro o non la famiglia), con risposte meno positive da parte delle femmineI dati ottenuti dalla contingenza con la classe di età hanno messo in evidenza che le uniche risposte disomogenee tra under 65 e over 65 sono state quelle relative agli amici, tutte tendenzialmente meno positive da parte degli under 65, interpretabile come gli under 65 non percepiscono il supporto offerto dagli amici, che le risposte omogenee tra under 65 e over 65 sono tutte in termini di "fortemente in accordo", interpretabile come under 65 e over 65 sono fortemente in accordo nel percepire il supporto offerto dalla famiglia **Grafico 3**.



DISCUSSIONI

L'indagine condotta per esplorare il vissuto dei pazienti con S.C., non ha fatto emergere sostanziali problemi in merito agli aspetti indagati quali: sonno, percezione del supporto sociale, ansia/depressione, i partecipanti alla indagine non hanno manifestato effetti "barriera" correlati alla patologia tali da compromettano il self care. Pertanto si ritiene auspicabile che questo stesso campione sia indagato nell'ambito del self care messo in atto da ciascun partecipante, i cui risultati, qualora fossero coerenti con questa indagine, permetterebbero di rafforzare l'affermazione sopra esposta. Entrando nello specifico dell'indagine, le considerazioni rilevanti sono state, piuttosto, in merito alle differenze tra le categorie del campione sulle quali si è deciso di indagare: maschi/femmine e over 65/under 65, diversamente dagli outcomes correlati ai sintomi clinici [17]. Le differenze che sono emerse nelle risposte date alle scale indaganti l'ansia/depressione e la percezione del supporto sociale, ma non a quelle date alla scala indagante i disturbi del sonno. Gli uomini hanno mostrato una sicurezza tale da averli portati a prendere posizioni estreme nel senso "positivo", in particolare nella scala multidimensionale sulla percezione del supporto sociale: si sono sentiti quasi sempre "fortemente in accordo" nell'affermare la presenza di una rete di supporto da parte della famiglia e degli amici. Le donne, invece, hanno difficilmente preso tali posizioni estreme, dando risposte sempre meno positive rispetto a quelle dagli uomini, in particolare alla scala indagante l'ansia/depressione, non rivelando evidenti disturbi dell'umore, ma comunque una certa labilità. Incertezza che si mostra anche sulla percezione del supporto sociale: le donne, al contrario degli uomini, non percepiscono il supporto degli amici tanto quanto gli uomini, avvertendo invece quello della famiglia; l'aspetto particolare in merito a quest'ultimo tipo di supporto è che non lo sentono "fortemente" solo relativamente alla possibilità di appoggiarsi alla famiglia nel prendere decisioni, la cosa è leggibile come: le donne sentono la presenza della famiglia, ma o sentono di essere più indipendenti o avvertono una sensazione di solitudine. È verosimile quindi affermare che le donne hanno manifestato una certa fragilità in termini di "performance emotiva", che sarebbe auspicabile indagare per poter comprendere da dove nasce tale fragilità e poter individuare gli strumenti più utili a "diagnosticarla" in una ipotetica dimissione, al fine di individuarne i fattori predittivi e intervenire precocemente con un supporto psicologico. L'altra considerazione rilevante riguarda la correlazione tra la diversità tra l'andamento di risposte date dagli under 65 e di quella date dagli over 65: la tendenza principale, è stata che gli over 65, che potremmo definire categoria fragile/più debole, in quanto appartenente alla classe anziana, si sono rivelati essere più sicuri di sé e più positivi rispetto agli under 65: hanno dimostrato di guardare con ottimismo al futuro e di non aver risentito di cambiamenti nel-

continua a pagina 30

continua da pagina 29

l'umore dovuti alla patologia, se non unicamente un rallentamento fisico. Gli under 65, invece, hanno dimostrato subire maggiormente la patologia, con ripercussioni sull'umore; ripercussioni che però non sono assolutamente collocabili a livelli preoccupanti.

CONCLUSIONI

Si può affermare che lo scompenso cardiaco ha effettivamente delle influenze sul vissuto del paziente, affermazione supportata dai numerosi studi nazionali e internazionali[10]; tali ricadute, però, non sembrano dipendere tanto dal grado di gravità della patologia, quanto da fattori del tutto personali inerenti alla categoria di appartenenza del paziente (maschio/femmina, anziano/non anziano) e inerenti al suo personale vissuto e ai suoi precedenti esperenziali. Alla luce delle considerazioni sopra descritte, frutto dell'analisi dei dati, sarebbe interessante esplorare gli aspetti emotivi che hanno determinato una differenza nel vissuto, a fronte della patologia, tra le donne e gli uomini, al fine di orientare interventi infermieristici mirati. È auspicabile lo sviluppo di interventi assistenziali che, attraverso strumenti specifici, indaghino ed individuino precocemente quelle che possono essere le vulnerabilità emotive che, come è emerso da questo studio, rendono le donne potenzialmente più fragili rispetto agli uomini. Un'assistenza infermieristica in grado di farsi carico, supportare e indirizzare le donne verso un corretto stile di vita, che non guardi solo al mantenimento delle condizioni fisiche, ma sia volta a garantire una buona qualità di vita alla luce delle evidenze sull'accertata relazione di interdipendenza tra la qualità della vita e l'andamento della patologia, relazione che vede la malattia influenzare e allo stesso tempo essere influenzata dal vissuto del paziente.

* Dottore in Infermieristica e Sanità Pubblica, Responsabile Servizio Infermieristico/Ostetrico, Azienda Ospedaliera Rummo, Benevento
** Infermiera, Benevento
*** Infermiere Pediatrico, A.O.U. Federico II, Napoli
**** Psicologa, A.O.U. Federico II, Napoli

* Corresponding Author: Antonella Mottola, RN, MSN, PhD. e-mail: mottola.antonella@libero.it

Bibliografia

1. Nieminen M, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola V, et al. EuroHeart Survey Investigators; Heart Failure Association, European Society of Cardiology. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. Eur Heart J. 2006;27(22):2725-36.

2. Tavazzi L, Senni M, Metra M, Gorini M, Cacciatore G, Chinaglia A, et al. Multicenter prospective observational study on acute and chronic heart failure: one-year follow-up results of IN-HF (Italian Network on Heart Failure) outcome registry. Circulation: Heart Failure. 2013;6(3):473-81.

3. Maggioni A, Spandonaro F. Lo scompenso cardiaco acuto in Italia. G Ital Cardiol. 2014;15(2):3-4.

4. Oliva F, Ammirati E, Campana C, Carubelli V, Cirò A, Di Tano G, et al. La frequenza cardiaca e la prognosi nello scompenso cardiaco acuto e cronico. Giornale Italiano di Cardiologia. 2016;17(3):3S-16.

5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European heart journal. 2016;37(29):2315-81.

6. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;31(3):226-35.

7. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. The Journal of cardiovascular nursing. 2009;24(6):485.

8. scientifiche a cura di Gianna I, Fabbri MG, Maggioni AP. Scompenso cardiaco: pazienti critici. G Ital Cardiol. 2007;8(9):568-73.

9. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart. 2002;87(3):235-41.

10. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. International journal of geriatric psychiatry. 1999;14(11):936-40.

11. Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. Medical care. 2002:771-81.

12. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep. 1991;14(6):540-5.

13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica Scandinavica. 1983;67(6):361-70.

14. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The multidimensional scale of perceived social support: a confirmation study. Journal of clinical psychology. 1991;47(6):756-61.

15. Ferrier K, Campbell A, Yee B, Richards M, O'Meeghan T, Weatherall M, et al. Sleep-disordered breathing occurs frequently in stable outpatients with congestive heart failure. Chest. 2005;128(4):2116-22.

16. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. General hospital psychiatry. 2007;29(2):147-55.

17. Misuraca G, Di Tano G, Camerini A, Cloro C, Gorini M. I dati del registro IN-HF Outcome. G Ital Cardiol. 2012;13(5 Suppl 1):23S-30S.

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 criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnante 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 voce 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.

FOCUS

Hospice e cure palliative

La cultura del sollievo Dove l'infermiere fa la differenza

Servizi curati da Franca Sarracino*

FOCUS

Sono le parole pronunciate dal **Santo Padre Francesco** in occasione dell’udienza privata concessa alla Fnopi il 3 marzo scorso. Parole quanto mai appropriate nel definire il valore aggiunto che la professione infermieristica può rappresentare nel merito delle cure palliative, della terapia del dolore, dell’assistenza al fine vita.

Il ruolo degli infermieri – Il concetto base è “cultura del sollievo”. Un paradigma importante intorno al quale si sviluppa il contributo clinico-assistenziale che gli infermieri sono chiamati a dare su questo terreno, per meglio indirizzare le scelte terapeutiche, diagnostiche e assistenziali.

“La cultura del sollievo non è solo una necessità per soddisfare i bisogni dei pazienti più fragili, ma un dovere morale per chi, come gli infermieri ha deciso di dedicare la propria vita al prendersi cura” ha detto **Barbara Mangiacavalli**, Presidente della Federazione nazionale delle professioni infermieristiche, in occasione della XVII Giornata Nazionale del Sollievo. Ma le Cure palliative rappresentano anche una opportunità ed una sfida per il servizio sanitario e per la stessa professione infermieristica. Del resto, la terapia del dolore è ormai inserita nei Livelli essenziali di assistenza, e deve essere presente sia a livello domiciliare, sia come specializzazione. La prospettiva infermieristica del lavoro in cure palliative si configura, secondo le linee tracciate dalla Federazione, in alcuni punti essenziali. Il concetto di “prendersi cura”, supera la semplice idea di trattamento e di intervento terapeutico. Ha come base di riferimento il farsi presenza attiva nel promuovere la qualità della vita del malato. Per gli infermieri le cure palliative rappresentano dal punto di vista professionale anche un modello di implementazione delle competenze infermieristiche, come esempio per articolare i futuri percorsi di carriera e un modello per il mondo sanitario.

Le competenze - Ma quali sono le competenze più importanti degli infermieri nelle cure palliative? Secondo le indicazioni fornite dalla professione esse riguardano

1) la capacità di esercitare la professione in accordo con i principi etici, deontologici, giuridici riconoscendo e affrontando, in equipe, le questioni eticomorali e le situazioni cliniche difficili e controverse.

2) La capacità di personalizzare l’assistenza per migliorare la qualità di vita della persona assistita e della sua famiglia, alleviando la sofferenza fisica, psicosociale e spirituale, in equipe e in tutti i servizi della Rete.

3) La capacità di prendersi cura di ogni persona (persona assistita, famiglia, di sé e dei componenti dell’equipe), con sensibilità ed attenzione in modo globale, tollerante e non giudicante.

4) La capacità di prendersi cura della persona assistita e della sua famiglia, garantendo il rispetto dei loro diritti, delle loro credenze, del loro sistema di valori e dei loro desideri.

5) La capacità di comunicare in modo efficace con la persona assistita e con la sua famiglia, anche nei casi in cui si presentino alterazioni della comunicazione verbale e/o non verbale. “Il risultato – secondo il documento illustrato dalla vicepresidente Ausilia Pulimeno - deve essere quello di un professionista evoluto e competente, ma anche e soprattutto di una multidisciplinarità di interventi evidente nella Società italiana di Cure Palliative che raccoglie tutti i professionisti del settore e rappresenta un esempio non solo per l’aspetto multi- professionale, ma per tutta l’assistenza che mette e sa mettere al centro la persona, i suoi bisogni, la sua importanza clinica, ma anche morale, sociale e quella della sua famiglia e di chi vive accanto a lei i momenti più difficili dell’esistenza”.

***Infermiera, referente Comfort care per la Tin, Fondazione Evangelica Villa Betania.**

continua a pagina 34

FOCUS

Comfort care neonatale, quando l'inizio si

La vita ha una dignità sempre. Anche se brevissima. Anche se il suo inizio si confonde con la fine. E' la filosofia che accompagna la Comfort-care neonatale, una terapia applicata a bambini con diagnosi infausta e praticata da tempo negli Stati Uniti, da idee, sensibilità e competenze tutte italiane. Elvira Parravicini, medico neonatologo al Columbia University Medical Center di New York è la fondatrice del primo hospice neonatale in cui si pratica la "comfort care". Caposcuola di una disciplina che sta conquistando sempre più consensi. Prima di arrivare negli Usa, seguendo la strada di tanti cervelli nostrani, muove i suoi primi passi al San Gerardo di Monza. E' lì che dà il via ad un'esperienza che ora ha varcato i confini americani e sta conquistando sempre più proseliti.

Le sue conoscenze sono arrivate a noi attraverso il desiderio di due mamme. Titti e Imma. Due gravidanze con diagnosi infausta, appunto. Due donne coraggiose: hanno voluto con fermezza che le loro bambine vivessero anche un solo lampo di vita, rinunciando al rituale aborto terapeutico. Hanno chiesto che le loro creature avessero dignità di vita, anche se per pochi istanti. Una scelta difficile. In questi casi giocano un ruolo decisivo fattori diversi: l'aspetto religioso, quello morale ed esistenziale. La paura di provocare dolore. Sono state loro a portare nel reparto di terapia intensiva neonatale di Villa Betania, il credo di Elvira Parravicini. Le sue idee sulla dignità di vita, anche per chi è condannato a viverne poca, erano ancora poco diffuse. Solo il caso volle che la neonatologa della Columbia University, venisse a conoscenza di Benedetta, una bambina con diagnosi 'life-limiting', per cui la medicina non poteva fornire guarigione, n'è prolungare la vita.Dall'incontro con Titti ed Imma, i reparti di Ginecologia e di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale di Ponticelli hanno sviluppato maggiori sinergie. La pratica della comfort-care non ha bisogno di strutture speciali, n'è di attrezzature particolari. Richiede, quello si, uno speciale spirito di accoglienza, un'ottima organizzazione e un efficiente lavoro d'equipe. Tutti sono mobilitati per realizzare l'obiettivo. La mission è tutta nelle parole di Titti: "Far sì che un neonato, un bimbo che ha nessuna speranza di sopravvivenza, sia curato e amato in tutti gli istanti della sua vita, anche se pochi. Vuol dire donargli la dignità di essere umano. Dargli un nome e un'identità. Significa battezzarlo e donargli la dignità di cristiano. Significa farlo morire nell'amore dei genitori e dei familiari, tra le coccole, le cure e le attenzioni di tutti, con un funerale e tutto quello che ogni essere umano dovrebbe ricevere per diritto".Il team multidisciplinare creato a Villa Betania è nato sull'onda dell'entusiasmo. Il primo caso di comfort care ha mobilitato cuori e coscienze di tutti, prima ancora che competenze e professionalità. Una forza emotiva propulsiva e contagiosa ha reso più facile tutto. Ha fatto superare abitudini e stereotipi professionali. Una straordinaria disponibilità si è diffusa in tutto il team. L'attuazione del programma ha richiesto di rivedere organizzazioni e standard lavorativi dei due reparti. Tra gli

Una mission da svolgere in équipe

Persone gravemente malate, accompagnamento alla morte, hospice. Tutti questi concetti appartengono alle "Cure Palliative". E per esse s'intendono tutte le misure utili per lenire le sofferenze di una persona incurabilmente malata, rendendole così la migliore qualità di vita possibile fino alla fine. L'Organizzazione mondiale della sanità, (Oms) definisce Palliative Care: Le cure palliative che corrispondono a una condotta e un trattamento che dovrebbe migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei loro parenti, in presenza di una malattia mortale. Essa ottiene ciò ricercando attivamente e precocemente, rilevando ripetutamente e trattando adeguatamente i dolori e i problemi fisici, psicosociali e spirituali. A livello internazionale si utilizza il termine di "Palliative Care", di uso sempre più frequente anche nei paesi di lingua non inglese. "Palliative Care" deriva dal latino "pallium", definizione di un indumento simile a un mantello. La parola inglese "care" significa "cura", ma in un senso più ampio: "I care for you" significa anche "mi occupo di te". E: "tu sei importante per me". Il 40 % dei pazienti ricoverati negli Hospice soffre di malattie oncologiche, il 60% di malattie croniche e degenerative, che comprendono anche la demenza. Per ogni paziente viene messo a punto un piano individuale, tanto più efficace quanto il ricovero o l'avvio dell'assistenza avviene per tempo. Le cure palliative non sono un palliativo. Significano prendersi cura della persona, con scienza e umanità insieme. Quando una cura non è più efficace, allora bisogna decidere se è meglio aggiungere giorni alla vita, o vita ai giorni che rimangono. L'équipe che segue questi malati è formata da medici, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, psicologi, volontari. Il loro lavoro coordinato permette di unire «scienza e umanità», perché quando una persona giunge a questa fase della vita il suo non è soltanto un duro dolore fisico, che oggi è possibile controllare grazie ai farmaci, ma un dolore totalizzante, che coinvolge il malato, i parenti, le persone care, e va affrontato nella sua complessità, prima e dopo la scomparsa: molti Hospice prevedono degli incontri dedicati all'elaborazione del lutto.

FOCUS

confonde con la fine

obbiettivi non c'era solo quello di dare comfort al neonato, ma assicurarsi dello stato di salute psicofisico della mamma innanzitutto, ma anche della famiglia, seguendola e supportandola in tutte le fasi del percorso, a partire dalla diagnosi prenatale, fino al decesso e alla onoranze al feretro. In quei giorni nessuno s'è risparmiato. Medici, infermieri, un'intesa e una collaborazione forse mai sperimentate, ma da allora standardizzate.

Fornire un'assistenza personalizzata ventiquattrore su ventiquattro ha richiesto uno sforzo organizzativo non indifferente.

Per non lasciare sole le mamme in comfort terapy, abbiamo raddoppiato i turni. La collaborazione con la dottoressa Elvira Parravicini è stata decisiva: un punto di riferimento professionale e umano fondamentale. La sua semplicità parla ai cuori. E quella sera del 20 gennaio parlava al mio, via skipe. In rappresentanza del reparto di terapia intensiva neonatale, insieme con la coordinatrice delle ostetriche e altre colleghe fummo in costante collegamento con lei per cercare conferme al nostro operato. Ma soprattutto conforto. Le sue parole sono rimaste impresse a vita: "E cosa vi posso dire in più… state facendo tutto quello che la comfort richiede, bravi!! ".Oggi, a distanza di un anno circa, quella esperienza è diventata coscienza e pratica professionale standardizzata. La sua forza emotiva non s'è spenta, anzi.

Ci aiuta ad affrontare nuovi difficili casi. Ha sedimentato dentro ciascun infermiere e medico addetti alla Comfort una speciale attitudine all'accoglienza. Siamo il primo Perinatal hospice del Sud, uno dei 230 in tutto il mondo. E' questo ci onora e ci responsabilizza. Insieme con la mia coordinatrice, Imma Como, Annalisa Agangi, Assia Piccolo e tutto il gruppo infermieristico, lavoriamo oggi alla stesura di un protocollo della comfort-care, L'esperienza con Titti e Imma ci ha segnati. Oggi siamo tutti più consapevoli di essere parte di un progetto d'amore per quelle famiglie che ci scelgono.

Manca una formazione universitaria Sud indietro!

Nelle nostre facoltà di medicina non esiste la specialità in cure palliative e gli studenti non le incontrano neppure durante il percorso di laurea. Eppure l'articolo 1 della Legge 38 del 2010 stabilisce: «La legge tutela il diritto dei cittadini ad accedere alle Cure Palliative». Ma è proprio cosi? In Italia sono 313.000 ogni anno i malati che richiedono l'accesso alle cure palliative. Ma il Bel Paese dispone non più di 2500 posti letto, in una rete di 229 hospice, ed è questo il nodo, distribuiti in maniera decisamente disomogenea sul territorio. Al punto che, in molte parti d'Italia, soprattutto il Sud, il dirtto sancito dalla legge viene mortificato. Il confronto tra due regioni rappresentative del Nord e del Sud ce ne dà un idea. In Lombardia su 9milioni di abitanti sono in funzione 75 hospice e 76 centri di terapia del dolore.

In Campania, su circa 6 milioni di abitanti, sono in funzione 9 hospice pubblici e 31 centri di terapia del dolore privati accreditati. A questi si aggiungono i 2 posti letto per le cure palliative attivati all'ospedale pediatrico Santobono Pausilipon.

La sproporzione è evidente. Tanto più che in Campania ogni anno ci sono 19mila malati terminali di cancro, più 11mila che sono in fase terminale per altre patologie.

Ma i posti letto degli Hospice, sono ad oggi 111. L'obiettivo è farli diventare 401. In generale, in Italia ci sono pochi hospice: compessivamente sono 255, per un totale di 2.800 posti letto, prevalentemente concentrati nel Nord Italia. E la quota maggiore di strutture si trova in Lombardia (75), seguita a distanza da Lazio (27 strutture), Emilia Romagna (22) e Veneto (21). Con tutte le altre regioni ferme su numeri molto più bassi. Sul territorio le cure palliative domiciliari sono rappresentate da poche best practice, nel contesto più generale di un'assistenza tutta da organizzare fuori dagli ospedali, dove le cure palliative sono pressoché assenti e ancora troppe persone, con aspettativa di vita limitata, muoiono sottoponendosi, negli ultimi giorni di vita, ad esami diagnostici inutili ed invasivi come Tac, risonanze magnetiche e colonscopie. Le cure domiciliari sono la sfida del futuro, in funzione dell'invecchiamento della popolazione, dei bisogni di Cure Palliative legate a patologie non oncologiche. Prima fra tutte la demenza, e a seguire altre malattie neurodegenerative e scompensi d'organo.

Notizie dall'Ordine

Il piccolo Alex Montresor mette

Napoli e gli infermieri si mobilitano. Carbone: "Orgoglioso di essere parte di questa città e di rappresentare questa professione". Un serpentone umano a Piazza del Plebiscito. Raccolta tamponi e lezioni di donazione al Campus universitario di Monte Sant'Angelo.

di Pino De Martino

Il grande cuore dei napoletani non tradisce mai. Cosi come quello degli infermieri. E' cosi che la commovente storia di **Alessandro Maria Montresor**, il bimbo di un anno e mezzo, di madre napoletana, affetto da una rara malattia genetica, diventa un caso. Aizza le coscienze, fa palpitare i cuori. Fa diventare ordinati i napoletani, riottosi da sempre, per indole, al rispetto delle file, all'incolonnamento. Piazza del Plebiscito, dove per prima si sono impiantati i centri improvvisati di raccolta di campioni salivali, si è riempita all'improvviso. Potenziali donatori di midollo offresi. Intere famiglie, ma soprattutto tanti, tantissimi giovani, si sono messi ordinatamente in fila per sottoporsi al test del tampone. Tutti agli stand dell'Admo. Un serpente umano, una lunga coda da Palazzo Reale fino al colonnato della Basilica di San Francesco de Paola. Nel pomeriggio file triplicate. Hanno fatto capolino anche chi centellina il tempo. Tra la gente semplice, i giovani, gli infermieri, il Governatore della Regione Campania **Vincenzo De Luca** e il Sindaco di **Napoli Luigi de Magistris**. E' una sfida contro il tempo. Un motivo in più per gettare il cuore oltre l'ostacolo. Una motivazione morale, sociale, professionale. L'umanità è migliore di come si rappresenta. Ma ha bisogno di motivi alti, importanti. E' quello che hanno fatto migliaia di napoletani che hanno vissuto con angoscia, trepidazione, ma soprattutto grande partecipazione, la mobilitazione messa in piedi per dare ad Alex una speranza di vita. Il piccolo di un anno e mezzo ha urgente bisogno di un trapianto. E allora è gara di solidarietà. Si cerca con disperazione il donatore compatibile.

Tutti in fila per sottoporsi al test di compatibilità. Molte Aziende farmaceutiche private napoletane e non hanno inviato migliaia di tamponi salivari. Il Ministro della Salute **Giulia Grillo**, che ha ringraziato i napoletani per la grande mobilitazione, ha inviato in Piazza Plebiscito due autoemoteche attrezzate per la raccolta dei campioni di sangue, dopo la decisione di aggiungere i prelievi ematici in aggiunta ai tamponi salivali.

Coordinati dal presidente Admo, **Mario Artiaco**, in piazza c'erano tantissimi infermieri. Erano li per prelevare campioni

in fila i napoletani

di dna, ma anche per donare, per esserci. Perché la vicinanza a chi soffre è nel loro essere. Nella deontologia della loro professione, nella mission sanitaria che li vede come i professionisti del cure, dello Uman cure, come direbbe **Jean Watson**. A lanciare l'appello alla professione è stato il leader dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, **Ciro Carbone**. *"Grande è il cuore dei giovani napoletani"*, ha detto Carbone in una nota diffusa dall'Ordine. *"Mi sento orgoglioso di essere parte di questa città e di rappresentare gli infermieri di Napoli, Soprattutto quelli accorsi all'appello lanciato dall'Opi Napoli per dare una speranza al piccolo Alex. Grazie Napoli. Grazie colleghi*". In piazza c'erano anche i volontari del Cives Napoli, gli infermieri della Protezione civile. Una mobilitazione quella dell'Opi Napoli resa ancora più urgente e pressante dopo che il Centro nazionale trapianti aveva segnalato ai volontari che, in alternativa alla raccolta salivare, si poteva comunque procedere al prelievo del DNA attraverso normali prelievi di sangue. **"Grazie a tutti i cittadini e i volontari per l'eccezionale mobilitazione in sostegno di Alex"**, ha detto il ministro Giulia Grillo in un comunicato. Ringraziamenti e apprezzamenti per l'impegno degli infermieri sono giunti anche dai vertici istituzionali campani.

La gara di solidarietà è continuata poi nei giorni successivi. In giro per la regione, ma anche fuori. Centinaia e centinaia di altri campioni salivali si sono raccolti tra gli studenti dell'Università di Monte Sant'Angelo. Per un giorno, il Campus universitario della Federico II si è trasformato in un grande centro prelievi. In campo di nuovo gli infermieri napoletani. Grazie a loro si sono raccolti altri campioni tra i tantissimi studenti accorsi come una chiamata all'appello lanciato da Admo e Opi Napoli.

La raccolta di campioni è andata avanti fino a sera, fino al completo esaurimento dei tamponi. Dopo essere passati per i punti prelievi, agli studenti dell'Università di Monte Sant'Angelo gli infermieri hanno tenuto brevi corsi di educazione alla donazione. *"Insieme con l'infermiere* **Gianpaolo Gargiulo**, *del Policlinico di Napoli, e tanti altri colleghi, abbiamo spiegato come avviene la donazione del midollo osseo e perché è importante donare"*, ha detto **Angela Capuano**, Consigliera Opi Napoli. *"Solo attraverso la donazione si possono combattere malattie come leucemie, linfomi, mielomi. Purtroppo,* ha detto ancora Capuano, *solamente una persona ogni 100mila è compatibile con chi è in attesa di una speranza di vita"*. In bocca al lupo Alex.

Notizie dall'Ordine

Prestige Italia, i vantaggi di una convenzione a favore degli iscritti

L'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli porta a conoscenza gli iscritti di alcune importanti novità circa i vantaggi che offre la convenzione con Prestigio Italia già sottoscritta negli anni addietro.

Dal 1 Dicembre 2018, Prestigio Italia offre a tutti gli iscritti OPI, in regola con la quota annuale di iscrizione all'ordine, la possibilità di usufruire degli stessi vantaggi offerti ai propri soci titolari della Prestige Card sulla maggiore parte della gamma dei servizi e delle convenzioni.

La selezione dei fornitori di beni e servizi da parte dell'Associazione avviene attraverso una rigorosa valutazione obiettiva e documentabile in termini di qualità e di prezzo del bene o del servizio stesso, di affidabilità del fornitore e di etica dell'operato, intendendo per tale la modalità realizzativa del bene o del servizio compatibile con il rispetto sia dei diritti dell'uomo e dei lavoratori che dell'ambiente.

- Modalità per usufruire degli sconti sul sito web di Prestigio Italia. Per usufruire dei vantaggi e degli sconti riservati, l'infermiere iscritto all'OPI deve semplicemente registrarsi al sito www.prestigioitalia.org e richiedere le credenziali sui servizi a cui e interessato, lo staff di Prestigio Italia provvederà in automatico ad inviarle online, via email, Smartphone. Lo scopo e quello di promuovere e valorizzare le eccellenze del territorio senza passaggi intermedi e con una logica di rete sviluppata grazie alle convenzioni ed al lavoro associativo che con senso logico punta a divulgare un messaggio sano e conveniente, permettendo a tutti di associarsi e di usufruire dei vantaggi riservati ai Prestige Members.

SERVIZI

Ecco di seguito alcune convenzioni di cui gli iscritti Opi ed i soci di Prestigio Italia, possono usufruire con prezzi vantaggiosi: Ristoranti e pizzerie; Viaggi e vacanze; Trasporti marittimi; Soggiorni in appartamenti-hotel- b&b;Gite organizzate; Corsi di formazione per artigianato e mestieri; Corsi per appassionati di Cucina-Pizzaiolo-Pasticciere; Corsi di studio Università private ed enti privati; Cene spettacolo; Vacanze Studio; Transfer ed escursioni- visite guidate culturali; Eventi per Matrimoni-Compleanni -Battesimi- e per qualsiasi altro evento in location di eccellenza; Consulenza gratuita per finanza agevolata e autoimprenditorialità; Attività culturali per bambini; Musei; Teatri; Servizi finanziari e assicurativi. Inoltre, Tour Culturali per appassionati di Archeologia,e esperienze e percorsi enogastromici, Convenzioni e pacchetti Viaggi, agevolazioni e sconti per l'acquisto, per il consumo di beni e servizi legati alle esigenze quotidiane dell'associato.

E poi, esperienze legate al mondo dell'Arte, della Geologia e Vulcanologia, Paesaggi, Enogastronomia, Corsi di cucina e Show-Cooking Sessions. Non mancano gli shopping-tour ed i tour esperienziali come ad esempio il Ferrari Test-Drive.

Con la convenzione che l'OPI ha sottoscritto con Prestige Italia, l'ordine intende contribuire al Benessere & Relax degli infermieri, consapevoli che spesso il benessere e anche poter usufruire di servizi legati a spazi, palestre, convenzioni, quindi iniziative che rendono migliore la vita anche fuori dall'ambiente di lavoro. Vivere un'emozione positiva genera benessere. E il benessere è frutto di iniziative che si differenziano dalle altre perché offrono qualcosa di unico e contribuiscono al miglioramento della qualità della vita delle persone, scandagliata periodicamente e stimolata con iniziative sempre nuove, per tenere alto il clima positivo e di serenità che di conseguenza si riflette nella famiglia e negli ambienti di lavoro con i colleghi.

Per informazioni:
Associazione culturale Prestigio Italia,
Centro Direzionale IS.G6 -Napoli
Tel.+393202946675- +393478844287

e-mail: info@prestigioitalia.org

sito web: www.prestigioitalia.org

Ospedalieterritorio

De Luca: "Punteggio griglia Lea a quota 154"

NAPOLI – "I dati di ottobre 2017 dicono che la Campania è a 154 punti nella griglia dei Livelli Essenziali di Assistenza. È un miracolo: nel 2012 erano a 102 punti". Sono i dati diffusi, come riporta l'Agenzia Dire, dal presidente Vincenzo De Luca, governatore della Campania e commissario alla sanità regionale. "A fine anno - annuncia il presidente della giunta - arriveremo a superare i 160 punti. Con questo trend di miglioramento, entro 3 anni la sanità della Campania sarà davanti a quella di Veneto e Lombardia». De Luca ricorda che la Campania ha già richiesto la fuoriuscita dal commissariamento «e siccome a Roma si sono agitati sul commissario-presidente o no, noi li superiamo con i fatti. Al ministero e a improvvidi esponenti di governo dico di stare sereni". Alla sanità campana "manca l'organizzazione - riconosce De Luca -. In termini di professionalità siamo già primi in Italia, dobbiamo solo darci un'organizzazione tedesca".

Il governatore ricorda "i passi avanti" compiuti dalla Campania ma ricorda che è necessario "intervenire ancora per risolvere due emergenze, la medicina territoriale e gli screening oncologici". Per raggiungere gli standard nazionali "dobbiamo arrivare al 24% di parti cesarei, oggi siamo al 36%, con un miglioramento di 15 punti, e completare la rete dei centri antidiabete che prevede un polo ogni 100mila abitanti". Infine, De Luca annuncia che si continuerà a procedere con i concorsi per le assunzioni «ma senza porcherie clientelari. Scegliamo i migliori - assicura - e non quelli raccomandati da politici di centro, di destra o di sinistra. Finché ci sarò io, i tutori politici non conteranno più niente".

Vaccini, in Campania record di false certificazioni

NAPOLI - Campania prima in classifica per i furbetti del certificato vaccinale. Secondo i risultati del monitoraggio condotto dai Carabinieri dei Nas, dal 4 al 14 settembre, in 1.493 istituti scolastici ed educativi italiani, per controllare la veridicità delle certificazioni ed autocertificazioni di regolare adempimento degli obblighi vaccinali dei minori presentate dai genitori al momento dell'iscrizione a scuola, su 55 casi di «segnalazioni all'autorità giudiziaria» per «acclarato falso documentale di autocertificazioni» come si legge sul sito del ministero della Salute - quindici sono state commesse in Campania e dodici in Basilicata, seguite da Veneto e Sardegna con sette ciascuna, Puglia con quattro, Sicilia e Toscana con tre, Lombardia con due e un caso ciascuna per Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna. In ogni caso, in rapporto alle 55.700 verifiche effettuate, quelle accertatamente false sono risultate soltanto 55 e quindi una su mille.

Emergenza urgenza e sistema 118 Approvata risoluzione in Commissione

La commissione Sanità ha approvato all'unanimità dei presenti la risoluzione per affrontare le criticità del servizio 118 e renderlo sempre più efficiente. Accolto il principio di ristrutturazione dell'organico professionale medico e infermieristico, relegando ai volontari la sola funzione di supporto. Raccordo funzionale forte tra il 118 e i pronto soccorso, così da accedere su tutto il territorio regionale alla terapia più efficace e nel minor tempo possibile. Previsti dei correttivi al numero di ambulanze per le aree di maggiore svantaggio territoriale per le pessime condizioni di viabilità e introduzione degli indici di performance al salario di risultato di tutti i dirigenti coinvolti nel processo del 118. A darne notizia è il presidente della commissione, Stefano Graziano, firmatario di uno dei testi discussi dalla commissione in materia. "La maggioranza – ha spiegato Graziano - ha dimostrato grande maturità politica e coerenza. Avevo già detto che non ci interessava mette la bandiera su un provvedimento ma solo fare l'interesse della gente. E' un testo importante perché getta le basi per arginare la carenza di personale avviando la ricognizione del personale, sbloccando i corsi di formazione e attingendo alle liste dei convenzionati con l'obiettivo di ridurre sempre più la sacca di precariato e di volontariato".

Ospedali e territorio

Cura chirurgica fratture gamba nei bambini Ospedale Santobono forma 3mila ortopedici

NAPOLI - L'ospedale pediatrico Santobono di Napoli è stato selezionato dalla Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia per fare formazione ad oltre 3000 ortopedici italiani in materia di trattamento delle fratture alle gambe con l'utilizzo di chiodi in titanio elastici. L'ospedale è stato riconosciuto quale centro di eccellenza nazionale, in virtù dell'esperienza acquisita nell'utilizzo di questa tecnica dal 2006. Da uno studio effettuato su un periodo di quattordici anni di attività è emerso che il reparto di Ortopedia e Traumatologia del Santobono ha trattato 5119 fratture di cui 407 riguardavano le gambe. "L'utilizzo della tecnica basata sul chiodo in titanio elastico - è spiegato in una nota dell'ospedale - assicura diversi vantaggi: la riduzione dei tempi chirurgici a soli 20 o 30 minuti; la riduzione della degenza ospedaliera postoperatoria a pochi giorni; la possibilità di ricominciare a muovere ginocchio e caviglia già il giorno successivo all'operazione: l'utilizzo di cicatrici di pochi millimetri. Se si pensa che la frattura alla gamba è la più frequente dell'arto inferiore in età pediatrica, una tecnica come questa rappresenta un'importante innovazione". "Nel 2006 - ha sottolineato Pasquale Guida, primario del reparto di Ortopedia e Traumatologia del Santobono - fummo tra i primi ad introdurre in Italia questa tecnica ideata in Francia.

Si tratta di una procedura che concilia al meglio il percorso terapeutico corretto e sicuro con la precoce riduzione dei disagi per i bambini e le loro famiglie. I fatti ci hanno dato ragione, oggi questa tecnica è consigliata dalle linee guida delle società scientifiche e da diversi studi. Proprio in virtù della nostra esperienza, la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia ci ha chiamato insieme al San Raffaele di Milano e al Regina Margherita di Torino a tenere un percorso formativo diretto ad oltre 3000 ortopedici per i prossimi tre mesi. Il percorso formativo si svolgerà su piattaforma informtica. Per noi è un importante riconoscimento sul palcoscenico scientifico nazionale della bontà del lavoro svolto a Napoli".

Benevento, deroga per il pronto soccorso

BENEVENTO - Il governatore della Campania e commissario alla Sanità, Vincenzo De Luca, ha annunciato di avere inviato al ministero della Salute una richiesta di deroga per il Pronto Soccorso dell'ospedale di Sant'Agata dei Goti quale zona disagiata. La decisione dopo una serie di polemiche e di sollecitazioni giunte a palazzo Santa Lucia, anche da ambienti estranei al governo della sanità. Una riunione con i consiglieri del settore sanitario ha preceduto la determina. "Tale decisione risponde alle sollecitazioni pervenute dal Prefetto di Benevento", spiega il presidente De Luca in una nota. "La Regione – riferisce la nota della Giunta - ha deciso di istituire nel presidio di Sant'Agata dei Goti un Pronto Soccorso in deroga quale zona disagiata, come prevede il d.m. n.70. Già in serata è stata inviata questa proposta al Ministero della Salute. La Regione sollecita pertanto l'immediata approvazione della proposta della Regione Campania". "Tale decisione – spiega ancora la nota – è relativa alla situazione venutasi a creare sul territorio, e potrà contribuire a riportare serenità e tra l'altro evitare che il Vescovo di Cerreto Sannita sia distolto dalla sua attività pastorale". Mons. Domenico Battaglia aveva espresso preoccupazione in merito alla possibile chiusura del servizio.

Chirurgia pediatrica, intervento innovativo al Policlinico

NAPOLI - Presso l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Pediatrica del Policlinico Universitario Federico II, diretta dal Prof. Ciro Esposito, è stata realizzata, per la prima volta in Italia una lobectomia polmonare destra per via toracoscopia in un lattante di 5 kg di peso affetto da una grave malformazione polmonare. L'intervento chirurgico realizzato con tecnica toracoscopica con strumenti del diametro di 3-mm è stato realizzato con la innovativa tecnologia HD con l'utilizzo della fluorescenza ICG e di nuovi "sealing devices" da 3-mm e di micro suturatrici presso le sale operatorie multimediali OR1 della Chirurgia Pediatrica. L'equipe operatoria guidata dal Prof.Ciro Esposito e dal Prof. Steve Scott Rothenberg era composta dalle dott.sse Maria Escolino ed Alessandra Farina dagli anestesisti Giuseppe Cortese, Imma Fontana e Loredana Grande, e dagli Infermieri Luisa Florio, Salvatore Alessio e Immacolata Ditto, ha realizzato l'intervento mini-invasivo che ha avuto una durata di circa 120 minuti. Il piccolo Luigi ha passato i primi 2 giorni del periodo post-operatorio nella rianimazione Cardio- Chirurgica Pediatrica del Policlinico dove è stato magistralmente seguito dal Team del Prof. Servillo e del Prof. Pilato e Prof. De Palma prima di tornare presso il reparto di Chirurgia Pediatrica presso l'Edificio 11° del Policlinico. Il Prof. Esposito sottolinea che grazie agli investimenti della AOU Policlinico Federico II la Chirurgia Pediatrica Federiciana ha in dotazione le sale operatorie pediatriche più moderne attualmente esistenti in Italia, e solo grazie alla tecnologia OR1 disponibile nelle nostre sale siamo riuscire a realizzare questo complesso intervento chirurgico con successo. Il paziente è stato rialimentato in prima giornata e dimesso dopo 5 giorni dall'intervento. Grazie alla Chirurgia mini-invasiva il paziente ha avuto solo 3 piccole incisioni da 3-mm di diametro ed un decorso post-operatorio praticamente indolore. La Chirurgia Pediatrica del Policlinico Federico II, sottolinea il prof. Esposito, Presidente della Società Europea di Laparoscopia Pediatrica (ESPES), è un centro di formazione europeo di Chirurgia Mini-Invasiva e Laparoscopica ed ogni anno vengono chirurghi da tutto il mondo presso le nostre sale operatorie per apprendere queste nuove tecnologie. Ogni anno presso le sale operatorie della Chirurgia Pediatrica dell'Università Federico II, vengono operati circa 1500 bambini ed circa la metà di questi viene operata utilizzando tecniche mini-invasive che permettono ai pazienti di avere un intervento più preciso, un post-operatorio senza dolore ed una degenza operatoria più breve.

Il ruolo dei neutrofili nel tumore alla tiroide

NAPOLI - Svelato il ruolo dei neutrofili nel tumore alla tiroide: possono essere impiegati in fase diagnostica come biomarcatori di malattia, possono fornire informazioni aggiuntive nella caratterizzazione di un tumore asportato e possono rappresentare un importante target terapeutico nell'ambito delle terapie che agiscono sul sistema immunitario. Lo studio è stato condotto da una ricercatrice del Centro Interdipartimentale Cisi della Federico II, Maria Rosaria Galdiero, rientrata all'ateneo federiciano dopo un periodo di formazione in Italia e all'estero. La giovane ricercatrice è attualmente impegnata nella ricerca il cui scopo è identificare dei biomarcatori immunologici cellulari e potenzialmente dei target cellulari nella terapia dei tumori alla tiroide. I risultati dello studio hanno dimostrato che le cellule tumorali producono dei fattori che richiamano i neutrofili nel tumore, li attivano, ne aumentano la sopravvivenza, ne modificano la morfologia e le proprietà cinetiche, inducono la produzione di radicali liberi dell'ossigeno ed altre sostanze che possono alimentare il tumore. Inoltre, la collaborazione con la sezione di Anatomia Patologica e Citopatologia dell'AOU Federico II su l'analisi di campioni di tumore della tiroide, ha rivelato una correlazione diretta tra la percentuale di neutrofili presenti nel tumore e le dimensioni del tumore.

Ospedali e territorio

Tumori al colon, promosso l'ospedale Monaldi

ROMA - In base ai dati dell'Agenas (2017), esistono 87 centri clinici (pubblici e privati) che effettuano in totale 1.953 interventi chirurgici. Tuttavia solo 9 strutture eseguono più di 50 interventi all'anno. Si tratta di Pascale (205), Cardarelli (162), Policlinico Federico Đ (128), Monaldi (103), Policlinico del centro storico (87), Moscati di Avellino (68), San Sebastiano di Caserta (60), Rummo di Benevento (56) e Betania di Ponticelli (al limite minimo di 50 interventi). Tra questi ospedali - che hanno eseguito in regime di ricovero ordinario e diagnosi principale o secondaria di tumore maligno del colon, almeno 50 interventi di asportazione parziale dell'intestino crasso o asportazione totale - solo il Monaldi supera la successiva griglia di valutazione. Ossia volumi di interventi superiore ai 90 casi e utilizzo della laparoscopia superiore al 35%. In base ai rilievi Agenas, maggiore è il numero di procedure eseguite migliore è il risultato con una sopravvivenza a un mese dall'intervento del 2% superiore. Su scala nazionale se tutti gli interventi fossero stati eseguiti in centri con almeno 50 procedure annue ci sarebbero 151 morti in meno (circa 10 in Campania). Il presidio dell'Azienda dei Colli a fronte di 103 interventi annui l'85% (88) è stata eseguita con tecnica mininvasiva. L'uso del robot e del laparoscopio assicura rapidi tempi di degenza ed efficacia pari alle tecniche tradizionali. Primato che conferma l'eccellenza dell'unità di Chirurgia generale guidata da Franco Corcione, presidente della Società italiana di chirurgia. Pertanto l'Agenas elegge il Monaldi a unico centro trainer in Campania. In realtà fanno un buon lavoro anche gli altri 8 presidi che sono sopra la soglia di 50 procedure. Ma solo 4 sono oltre i 90 interventi. Tra questi il Pascale che effettua 52 operazioni in laparoscopia (25%), il Cardarelli arriva a 34 (21%) la Federico II è al 21%. Tra gli altri centri, sopra i 50 e sotto i 90, alcuni registrano percentuali di mininvasiva ancora inferiori. Il Policlinico del centro storico il 5%, il Moscati di Avellino il 6%. Vanno meglio gli ospedali di Caserta e Benevento (rispettivamente al 30 e 27%) con Villa Betania che ne esegue il 56% in laparoscopia a fronte di una media campana del 20%. Considerevole anche il dato della migrazione sanitaria passiva: su 1.953 interventi per cancro del colon 344 (circa un terzo) hanno effettuato l'operazione fuori Regione.

Nel settore accreditato sebbene sotto soglia si mettono in mostra Villa dei Fiori di Acerra (27 procedure di cui il 48% mininvasive). Pineta Grande di Castelvoltumo (39 interventi di cui il 13% in laparoscopia), e il Fatebenefratelli di Napoli (28 con 11% innovative), laddove ospedali pubblici come il San Giovanni Bosco hanno effettuato 32 interventi ma nessuno col laparoscopio (a pari merito col Tortora di Pagani). Bene il Ruggì di Salerno che sfiora la sufficienza con 45 interventi di cui il 33% in laparoscopia. Il Moscati di Aversa ne conta 46 di cui solo 4 (9%) mininvasive. Degni di nota i 24 interventi del Cto (4% mininvasivi), mentre si scende a 16 per il San Paolo e l'ospedale di Pozzuoli (quest'ultimo in recupero dal 2018), e a 13 per Loreto mare, Incurabili e Frattamaggiore.

Stefano Graziano, nuovo presidente della Commissione regionale Sanità

NAPOLI - È Stefano Graziano il nuovo presidente della Commissione regionale Sanità. L'esponente del Pd, presidente campano del partito, è stato eletto con 20 voti a favore. La carica era rimasta vacante in seguito all'elezione in Parlamento di Raffaele Topo, entrato alla Camera con la tornata elettorale dello scorso marzo. Di prassi la Commissione Sanità è destinata a un esponente della maggioranza presente nel parlamentino campano. La poltrona di presiedente della Commissione era contesa tra Loredana Raia, Bruna Fiola e Enza Amato. Mentre la Amato sosteneva che le toccasse perché appartenente alla stessa corrente di partito di Topo, Raia e Fiola sostenevano che occorresse guardare al numero di voti riportati alle regionali del 2015. Graziano era

Al Pascale il secondo robot Da Vinci

NAPOLI – Già da alcuni mesi è stato Installato al Pascale il secondo robot 'Da Vinci', la piattaforma più evoluta, nonché il sistema più avanzato per la chirurgia robotica mininvasiva che rafforza il ruolo dell'Istituto dei tumori di Napoli come centro di eccellenza a livello nazionale in questo settore. L'acquisizione di questo nuovo macchinario rientra nel progetto di innovazione tecnologica ed ulteriore crescita della qualità della offerta assistenziale chirurgica del Pascale, già avviata nel 2012 con l'acquisizione del primo robot. Da allora migliaia sono stati i pazienti, provenienti da tutta Italia, curati e guariti in varie discipline. Ma ancora tanti, troppi, sono i pazienti campani - si legge in una nota dell'istituto - che per ottenere un trattamento mininvasivo scelgono di andarsi a curare lontano dai propri cari per ridurre i tempi di attesa. L'acquisto del secondo dispositivo operativo rende l'Istituto Pascale l'unico nosocomio in Campania ed in tutto il Sud Italia (assieme con Ospedale Generale Regionale F. Miulli di Acquaviva delle Fonti) a poter disporre di due sistemi robotici per la chirurgia minivasiva ed è un importante passo verso l'adeguamento ed omogeneizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nel territorio regionale rispetto a quello nazionale garantendo, di fatto, il diritto alla Salute del cittadino a casa propria. Già dopo due settimane dell'installazione del nuovo robot, gli interventi eseguiti per le patologie oncologiche in Urologia, Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Ginecologia sono andati ben oltre le più ottimistiche previsioni con un incremento dei trattamenti del 18%. "Questo trend - dice il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi - è contemporaneamente conseguenza e motore del continuo sviluppo ed innovazione dei piani diagnostici terapeutico-assistenziali adottati dall'Istituto Nazionale dei Tumori e sicuramente consentirà una ulteriore crescita della offerta assistenziale ai cittadini".

Diabete, importante scoperta targata Cnr e Università Federico II di Napoli

NAPOLI – E' stata scoperta una la proteina che inceppa il funzionamento del tessuto adiposo ed espone al rischio di diabete.

Si chiama PPAR5 ed è la forma difettosa di una proteina preziosa per il metabolismo, la PPAR. Il suo ruolo di disturbatore del corretto funzionamento del tessuto adiposo è stato rivelato da una ricerca condotta da un gruppo di ricerca del CNR di Napoli, in collaborazione con l'Università Federico II di Napoli, l'Università di Lipsia e di Cambridge.

Il lavoro è stato presentato al congresso dell'Associazione europea per lo studio del diabete (Easd) ed è stato condotto da giovani ricercatori italiani presentati all'Easd grazie ad un travel grant della Società Italiana di Diabetologia (Sid).

«L'obiettivo di questo studio – ha spiegato Marianna Aprile, assegnista di ricerca dell'Istituto IGB-CNR di Napoli - è stato quello di chiarire il ruolo della variante proteica PPAR5, la proteina che mette i bastoni nelle ruote del tessuto adiposo, nell'insorgenza delle disfunzioni di tale tessuto e delle complicazioni metaboliche ad esso associate».

«Questo studio – spiega poi Valerio Costa, Ricercatore dell'IGB-CNR - ha aggiunto un importante tassello alla comprensione delle funzioni di PPAR, proteina chiave del metabolismo, e del suo ruolo nelle disfunzioni del tessuto adiposo correlate ad insulino-resistenza e diabete di tipo 2. L'identificazione e la caratterizzazione di una nuova forma difettosa della proteina PPAR apre nuovo scenari nella comprensione del metabolismo, con possibili ricadute terapeutiche».

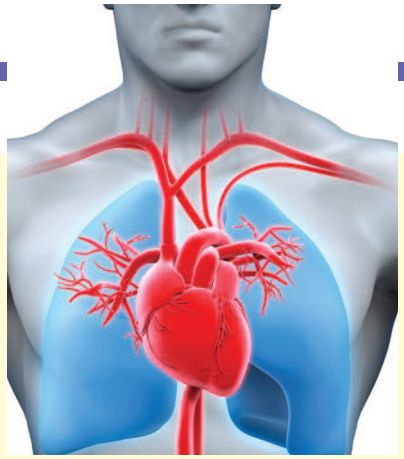
Ospedali e territorio

Da molecole nascoste nell'uomo gli antibiotici del futuro

ROMA - Molecole naturalmente presenti nell'organismo umano, come un enzima che aiuta a digerire, potrebbero aprire la via a una nuova generazione di antibiotici. Sono infatti in grado di uccidere batteri come Salmonella ed Escherichia Coli e potrebbero essere modificate per combattere i superbatteri resistenti ai farmaci. Lo ha scoperto la ricerca pubblicata sulla rivista ACS Synthetic Biology e coordinata da Alberto Di Donato e da Eugenio Notomista, dell'Università Federico II di Napoli, e Cesar de la Fuente-Nunez, del Massachusetts Institute of Technology (Mit) e Cesar de la Fuente-Nunez, del Massachusetts Institute of Technology (Mit).

Per l'Italia partecipano anche Istituto di Ricerca e Diagnostica Nucleare Irccs Sdn a Napoli e l'Università Luigi Vanvitelli di Caserta. L'organismo umano produce molte sostanze che aiutano il sistema immunitario a respingere le infezioni, ma non sono abbastanza potenti da agire da soli; l'idea quindi e' individuare quelle che riescono a combattere i batteri per poi, rileva de la Fuente-Nunez, "utilizzare la biologia sintetica per modificarli e renderli piu' potenti". In particolare, la speranza è cercare nuove armi per combattere il crescente problema dei batteri resistenti agli antibiotici.

A tal fine è stato sviluppato un algoritmo che analizza le banche dati delle sequenze di proteine umane alla ricerca di somiglianze con proteine già note per le loro funzioni antibatteriche. L'algoritmo ha identificato circa 800 proteine ed è emerso che una di esse, presente nello stomaco, e' in grado di uccidere almeno tre tipi di batteri, come Salmonella, Escherichia Coli e Pseudomonas aeruginosa. Ora la ricerca si concentra su questo enzima, che potrebbe diventare la base per nuovi antibiotici.



Insufficienza mitralica: al Monaldi tecnica innovativa

NAPOLI - Per la prima volta in Campania è stato effettuato un intervento per il trattamento dell'insufficienza mitralica con tecnica mini invasiva Neo Chord. L'intervento, realizzato presso l'Unità operativa complessa di Cardiochirurgia generale dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" dell'Ospedale Monaldi, diretta dalla professoressa Marisa De Feo. è stato effettuato dal responsabile dell'Unità operativa semplice dipartimentale di Terapia endovascolare, Giovanni Dialetto. Con lui, i dottori Alessandro Della Corte e Ciro Bancone. "Il trattamento di tale patologia, negli ultimi anni, è stato protagonista di notevoli progressi tecnologici" spiega Marisa De Feo. "Accanto alle normali e riconosciute tecniche di riparazione con metodica open si sono accreditate le tecniche di riparazione mini invasive e, tra queste, la Neo Chord, che prevede l'impianto di corde tendinee artificiali attraverso microtoracotomia e senza la necessità di fermare il cuore e di mettere il paziente in circolazione extracorporea". Si tratta di una procedura innovativa che ha permesso la correzione dell'insufficienza mitralica del paziente e la sua rapida dimissione a pochi giorni dall'intervento. "L'azienda ospedaliera dei Colli conferma la sua tradizione cardiorespiratoria con interventi all'avanguardia" commenta Antonio Giordano, commissario straordinario dell'Azienda.

Il digiuno come analgesico per combattere il dolore

NAPOLI - Il digiuno come analgesico. Un regime alimentare controllato, fatto di pochissime calorie, per periodi intermittenti, potrebbe essere utile a combattere il dolore cronico di tipo neuropatico. Questo il risultato di uno studio condotto dal gruppo di ricerca coordinato da Sabatino Maione, ordinario di Farmacologia dell'Università campana Luigi Vanvitelli, che ha identificato il possibile coinvolgimento di un nuovo recettore che sembra avere un potere analgesico importante in condizioni di neuropatia periferica, come sciatalgie, nevralgie, dolori provocati da ernie. "Ad oggi - spiega Maione - la patologia è scarsamente trattata farmacologicamente in quanto non risponde alla maggior parte dei classici farmaci analgesici. Di fatto, i trattamenti prevedono farmaci antidepressivi, anticonvulsivanti e terapie di supporto psico-cognitivo. Di conseguenza c'è un notevole interesse della ricerca al fine di identificare nuovi meccanismi molecolari e substrati cellulari e anatomici per meglio comprendere la natura del dolore neuropatico". Nello studio, condotto su animali da laboratorio, si dimostra anche che la stimolazione farmacologica da maggiori risposte proprio in regime alimentare controllato, ossia una sorta di digiuno intermittente. "Sui topi si parla di due giorni di digiuno - spiega Livio Luongo, uno dei ricercatori del gruppo di studio - che nell'uomo corrisponderebbero a circa 4-5 giorni di digiuno. Il recettore HCAR2, quello indentificato per la prima volta come potenziale analgesico, riduce significativamente le alterazioni della soglia meccanica associate a dolore neuropatico nel topo".

Nuovo Ospedale di Salerno: via gara di progettazione

NAPOLI - La Regione Campania, attraverso So.Re.Sa. Spa in qualità di stazione appaltante ausiliare, ha pubblicato il bando per la progettazione del nuovo complesso ospedaliero che avrà le caratteristiche di un policlinico universitario, e che offrirà servizi di un Dea di secondo livello con una potenzialità di circa 716 posti letto. Il nuovo ospedale prenderà il posto dell'attuale "plesso Ruggi". Si tratta di una procedura aperta secondo quanto previsto dall'articolo 60 del nuovo Codice degli appalti con un valore intorno ai 18 milioni di euro, e potranno parteciparvi professionisti del settore, da soli o in associazione temporanea, che rientrino nei requisiti previsti dalla normativa vigente. "Il nuovo ospedale di Salerno è un'opera decisiva considerando che l'attuale struttura per i propri limiti è destinata alla chiusura - ha dichiarato il Presidente Vincenzo De Luca. Si tratta di una scelta coraggiosa. Trovare complessivamente risorse per 400 milioni di euro per questa realizzazione è stato davvero un miracolo. Seguiremo con attenzione tutti i passaggi amministrativi fino alla realizzazione dell'opera, che diventa parte essenziale della rete ospedaliera regionale insieme all'Ospedale del Mare e al Policlinico di Caserta".

Campania, primato per i tumori al polmone

NAPOLI - La Campania continua ad avere il triste primato della maglia nera per l'incidenza di alcune forme di tumore. In Italia (dati Aiot) ogni anno si registrano circa 38mila nuovi casi di tumore al polmone, il 15% dei quali (circa 4.800 pazienti) in Campania. Nonostante a livello nazionale i casi di tumori sono diminuiti del 2,5% tra il 2008 e il 2016, in Campania si registra un'incidenza della neoplasia in questione maggiore rispetto alla media nazionale. In questo contesto assume ancor più importanza un "provvedimento sociale" approvato dalla giunta regionale presieduta da Vincenzo De Luca. «Da oggi le donne che avranno bisogno di acquistare la parrucca a causa dei trattamenti chemioterapici potranno utilizzare il contributo regionale». con queste finalità».

Ospedali
e territorio

Oliveto Citra, la nuova Tac già in funzione

SALERNO - E' già all'opera la nuova Tac nell'ospedale di Oliveto Citra. L'apparecchiatura, che rientra nella fornitura di tre complessivi tomografi destinati a Sarno e a Polla, arricchisce la dotazione tecnologica in un ambito delicato come quello della diagnostica per immagini. I tecnici del 'Boggia' hanno installato la tac puntando, altresì, sul sistema AIS, ovvero sulla personalizzazione degli ambienti che si concentra sui valori e sulle esigenze del paziente e del medico. Si punta sulla 'sedazione' psicologica, visto che è frequente la paura di sottoporsi a tale tipo di esame. Ora, a breve, anche altri due presidi ospedalieri dell'Asl Salerno potranno contare su Tac moderne e al passo con i tempi.

Epatite, premio Fellowship all'ospedale di Caserta

CASERTA - «Modello di interazione tra centro clinico specialistico e territorio per la eradicazione di Hcv dalla popolazione di tossicodipendenti»: con questo progetto l'unità di Malattie Infettive e Tropicali a Direzione Universitaria dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta ha vinto il premio Fellowship Program edizione 2018, indetto dalla Gilead. Il concorso premia le migliori proposte di ricerca italiane in ambito epatologico e in particolare i modelli di eliminazione dell'infezione da Hcv nella popolazione generale e/o in popolazioni ad alto ri schio. Il responsabile scientifico del progetto è l'infettivologo Vincenzo Messina, ma il successo è frutto dell'interazione tra l'attività clinica e di ricerca dello staff di Malattie Infettive diretto dal professore Nicola Coppola e la gestione manageriale dell'azienda guidata dal direttore generale Mario Nicola Vittorio Ferrante. Ed è anche un riconoscimento alla pluriennale esperienza maturata nel settore dall'ospedale di Caserta, che con i suoi 1.480 pazienti trattati fino allo scorso mese di maggio, con farmaci innovativi anti-Hcv risulta essere il secondo centro per volume dell'intera regione.

Ospedale Sant'Anna e San Sebastiano Piastra operatoria e nuova radioterapia

CASERTA - Crescerà l'ospedale di Caserta, anche sotto il profilo volumetrico. L'Azienda ospedaliera di Terra di Lavoro conta 13 edifici e avrà un incremento di altri due plessi. Due progetti di fattibilità sono stati promossi e riguardano i lavori per la realizzazione di una piastra operatoria composta da otto sale chirurgiche e di un nuovo edificio sanitario da adibire alla radioterapia oncologica, alla medicina nucleare, ai reparti di unità spinale, recupero e riabilitazione funzionale e neuro-riabilitazione. I due progetti di fattibilità saranno finanziati dalla Regione Campania con fondi di cui alla terza fase del programma di investimenti ex articolo 20, legge 67/88, a seguito del nuovo Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera. La piastra operatoria ha un costo stimato di 11.748.941 euro, il nuovo edificio sanitario di 17.544.900 euro, di cui 5.500.000 per attrezzature.

Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità

3 Dicembre

XXV GIORNATA MONDIALE DELL'ALZHEIMER

12 OTTOBRE 2018

CLINICA BIANCHI
VIA DELLA LIBERTÀ, 342
PORTICI, NA

AIMA NAPOLI ONLUS

CLINICA BIANCHI