

Napolisana Campania

NSC
ursing
Inserto di ricerca infermieristica
All'interno, pgg. 17/32



**La sanità torna
nell'agenda della politica**

La cura sicura

Ascolta. Comprendi. Agisci.



17 Settembre
Giornata Mondiale
della Sicurezza
del Paziente



L'Editoriale di **Ciro Carbone**

Mai più violenza in ospedale Per una volta tutti d'accordo

Una volta tanto non è stato necessario contarsi. Il voto sul disegno di legge n. 867, "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" è stato unanime. Come a dire: basta violenza in danno di infermieri, medici e di quanti operano in strutture sanitarie. Basta! Senza se e senza ma. Una bella pagina che la politica, una volta tanto, ha saputo scrivere e che fa nutrire anche qualche piccola speranza per il futuro. Ma il consenso generale ricevuto da una legge, che pure giace da tempo in Parlamento, rappresenta un aspetto non secondario e che va oltre il dato in se. Soprattutto di questi tempi. Tempi difficili per la politica, e non solo per la politica. Tempi di gravi lacerazioni, divisivi. Del tutti contro tutti, dei toni esasperati, spesso violenti, nelle parole e nelle argomentazioni. Ciononostante, al Senato, per una volta si sono trovati tutti d'accordo. Un avvenimento. L'anomalia buona che non t'aspetti. A fare il miracolo è un tema universale: la cura e l'assistenza sanitaria delle persone. La nostra mission. Il motivo che dà un senso alla professione d'infermiere. Sì, perché la sicurezza di chi esercita le professioni sanitarie, la serenità ambientale, incidono direttamente sulla qualità dell'assistenza stessa, sul diritto alla salute e alle cure tout court. Diritto che è di tutti. Lo sanno bene i nostri colleghi impegnati nei reparti di frontiera degli ospedali napoletani o al 118. Non passa giorno senza che in qualche reparto di pronto soccorso non vi sia un'aggressione. Atti di vandalismo che oltre ad arrecare danno a chi lavora e alle strutture, mette a grave rischio l'incolumità e la serenità dei cittadini in attesa di assistenza. Un aspetto, dunque, che non riguarda solo una parte politica, la sinistra, la destra, una potente lobby, un gruppo di pressione, qualche categoria professionale. Riguarda noi tutti. La lotta alle malattie, la salute del nostro corpo non sono né di destra, né di sinistra. E' questa la grande lezione che dobbiamo imparare dal consenso traversale registrato al Senato. La difesa della salute può rappresentare un elemento di unità, di pacificazione, che mette tutti d'accordo. Difendere l'incolumità fisica, morale, psicologica di chi lavora per curare il prossimo dalle aggressioni incivili, violenti, bru-

tali, di gente forse esasperata, ma pur sempre bestiale, è cosa sacrosanta. Quando il tema della salute si affronta stando dalla parte del cittadino, come da sempre gli infermieri fanno, diventa elemento che unisce, che supera steccati ideologici e barriere di posizione. E' tempo che anche noi infermieri facciamo nostra questa lezione. E' tempo di prendere coscienza che la difesa onesta e nostra questa lezione. La difesa onesta e obiettiva della salute può rappresentare un enorme potere di coesione sociale. E' tempo dunque d'impegnarsi in prima persona, magari scendendo in campo direttamente per rappresentare nelle istituzioni le istanze di una sanità dal volto umano e popolare.

Prima ancora che Palazzo Madama scrivesse questa bella pagina, avevo in mente una riflessione che, seguendo il racconto di questo numero del giornale, evidenziasse come il tema della sanità fosse ritornato in questi ultimi mesi in maniera propositiva nell'agenda della politica. Sia a livello nazionale, ma anche a livello locale. Non mi faccio troppe illusioni. Siamo anche alla vigilia di qualche importante turno elettorale, dunque è plausibile che qualche qualche provvedimento, qualche annuncio e qualche promessa abbia le gambe corte. Si annuncio e qualche promessa abbiano le gambe corte. Si vedranno i fatti. Noi continueremo a pressare la politica perché assuma provvedimenti in linea con la difesa del Sistema sanitario nazionale, universalistico, equo e sostenibile. Perché si tenga conto delle ancora gravi carenze di organici presenti nei nostri ospedali e sul territorio e si dia piena attuazione ai concorsi per giovani infermieri e infermieri pediatrici. C'è da recuperare, passo dopo passo, assunzione dopo assunzione, la perdita di circa 9mila posti di lavoro avvenuti in oltre dieci anni di commissariamento e di blocco del turn over. In Campania bisogna dare più attenzione al territorio, esso è completamente sguarnito. L'infermiere di famiglia potrebbe rappresentare un primo importante presidio. Ma anche i servizi di emergenza-urgenza, sui quali gli infermieri hanno le necessarie competenze e possono dare un contributo essenziale, garantendo anche una forte innovazione nel settore. Il Servizio sanitario nazionale deve tornare ad essere la prima scelta di cura e assistenza per i cittadini, troppo spesso costretti a rivolgersi al privato o a rinunciare a curarsi.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli

ANNO XXV- N.3 - SETTEMBRE 2019

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

Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Caporedattore Comitato Scientifico

Ph.D. Teresa Rea

Comitato Scientifico

Dott.ssa Margherita Ascione, Dott.ssa Florinda Carcarino, Ph.D. Andrea Chirico, Dott.ssa Grazia Isabella Continisio, RN, Ph.D. Alberto Dal Molin, Ph.D. Maria Rosaria Esposito, Dott. Gianpaolo Gargiulo, Dott.ssa Lorenza Garrino, Ph.D. Joseph Giovannoni, Ph.D. Assunta Guillari, Dott.ssa Loreana Macale, Ph.D. Antonella Mottola, Ph.D. Gianluca Pucciarelli, Dott.ssa Franca Sarracino, Ph.D. Nicola Serra, Ph.D. Silvio Simeone.

Hanno collaborato a questo numero

Martina Abilitato, Massimiliano Chiarini, Angelo Cianciulli, Bartolomeo D'Amore, Mariangela D'Amore, Antonio Del Prete, Dario De Martino, Nina De Martino, Emanuele De Simone, Marco Di Muzio, Sara Dionisi, Mariachiara Figura, Valeria Franzoso, Noemi Giannetta, Adele Maria Marzocco, Peppe Papa, Debora Pettinelli, Giulia Pintus, Francesco Serra, Laura Tibaldi, 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 E IMPAGINAZIONE

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 Mai più violenza in ospedale Per una volta tutti d'accordo

di **Ciro Carbone**

6 Politica sanitaria

La sanità torna nell'agenda della politica

Sia a livello nazionale che in Campania si colgono precisi segnali di un rinnovato

interesse della politica per la sanità. L'approvazione al Senato del Ddl sicurezza e le dichiarazioni del Premier Conte e del ministro Speranza ne sono un esempio.



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Politica sanitaria

8

Ddl antiviolenza sugli operatori sanitari: Ok dal Senato

Con 237 voti favorevoli, l'Assemblea di Palazzo Madama ha approvato all'unanimità il disegno di legge n. 867, "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

di Pino De Martino

10 Politica sanitaria

Il Premier Conte: "Un piano straordinario per assumere infermieri e medici"



Fanno ben sperare le parole con le quali il Presidente del Consiglio dei ministri affronta nel suo discorso alle Camere le questioni legate alla carenza di organici nella sanità.

di Pippo Trio



Politica sanitaria

Edilizia sanitaria e liste d'attesa, arrivano i fondi

12

Sbloccati 1 miliardo e 80 milioni destinati alla riqualificazione della rete ospedaliera regionale. Via libera anche ai fondi per lo smaltimento delle liste di attesa delle Regioni: alla Campania 40mln.

di Pino De Martino

14 Politica sanitaria

Sulla giostra delle nomine: tra conferme e bocciature
Rinnovati i vertici di Asl e Aziende ospedaliere. Sono 13, tra conferme, spostamenti, promossi e bocciati.



di Dario De Martino

15 Politica sanitaria

De Luca: "Chiudere commissariamento o è guerra"

di Nina De Martino



Politica sanitaria

Una legge regionale per l'infermiere di famiglia

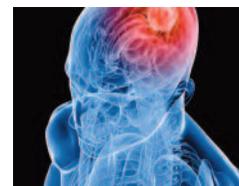
16

E' l'iniziativa lanciata dal Consigliere regionale Flora Beneduce. Confronto di idee con l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli e associazioni.

17 NSC Nursing

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 17/32



Notizie dall'Ordine

Alla scoperta del nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche

33

Giornata di studio promossa dall'Opi Napoli insieme con l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II.

36 Dentro la professione

Dai colori ai numeri, pronta la riforma del Pronto soccorso



39 Ospedali e territorio

Politica Sanitaria

La sanità torna nell'agenda de

Sia a livello nazionale che in Campania si colgono precisi segnali di un rinnovato interesse della politica per la sanità. L'approvazione al Senato del Ddl sicurezza e le dichiarazioni del Premier **Conte** e del ministro **Speranza** ne sono un esempio. Ma anche la Campania sembra risvegliarsi: dallo sblocco dei fondi per l'edilizia ospedaliera (1 miliardo e 80 milioni) alle nuove nomine dei direttori generali delle Asl e dei manager delle aziende ospedaliere. Da non sottovalutare il progetto pilota proposto dal Consigliere regionale **Flora Beneduce** sull'infermiere di famiglia e il varo da parte della Regione della "Rete Stroke", che individua le strutture specificamente dedicate al trattamento dei pazienti colpiti da ictus.

di **Pino De Martino**

L'ultimo atto, ma solo in ordine di tempo, riguarda il Disegno di legge per contrastare la violenza sugli operatori sanitari approvato al Senato all'unanimità grazie anche ad una corsia preferenziale voluta per contrastare un fenomeno sempre più preoccupante e recrudescente. Ma non è l'unico. In questi ultimi mesi la politica sembra aver cambiato passo nei confronti delle tematiche che riguardano la salute, l'organizzazione



dell'assistenza sanitaria e le professioni coinvolte. Un atteggiamento più rispettoso e responsabile, sia a livello nazionale che locale. E senza distinzione tra questo o quel partito. Per provare a dare un senso compiuto a questa sensazione di un rinnovato impegno proveremo di seguito a mettere in fila, provvedimenti, dichiarazioni, atti, proposte avanzate ultimamente, sia a livello nazionale, sia a livello locale.

IL NUOVO ESECUTIVO

Prima che il Senato approvasse il Ddl sicurezza, a destare l'interesse delle professioni sanitarie era stata la dichiarazione del Premier **Giuseppe Conte**: "Il Governo si

impegnerà a difendere la sanità pubblica e universale, valorizzando il merito e predispone un piano di assunzioni straordinarie di medici e infermieri, potenziandone i percorsi formativi". Così Giuseppe Conte, presidente del Consiglio, durante il discorso per chiedere la fiducia alla Camera. Sarà vero? Lo giudicheremo dai fatti. Resta il fatto che, almeno nelle dichiarazioni programmatiche, Conte ha toccato più volte il tema Salute, manifestando l'intenzione dell'esecutivo di impegnarsi per una sanità pubblica che sia veramente universale e che valorizzi il merito dei professionisti. Ma anche la dichiarazione del nuovo ministro alla Salute ha ricevuto i dovuti apprezzamenti. Il ministro, **Roberto Speranza** ha

ella politica

subito fatto sapere che sono tre gli assi fondamentali intorno ai quali ruota la sua idea di Sanità: l'abolizione del cosiddetto super-ticket, la rideterminazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale e l'allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario.

DEFIBRILLATORI OVUNQUE

Dai treni alle società sportive: defibrillatori ovunque per legge. Defibrillatori in aeroporti, stazioni e porti, ma anche a bordo di aerei, treni, navi, sui mezzi di trasporto pubblici e nelle società sportive. E poi formazione alla rianimazione fin dai banchi di scuola.

È il contenuto della proposta di legge fortemente dal primo firmatario e relatore **Giorgio Mulè**, deputato di Forza Italia. Un testo calendarizzato in quota Forza Italia, che ha trovato sostegno unanime fra i deputati. Tanto che è stato approvato in commissione Affari sociali all'unanimità ed è il risultato della sintesi di otto proposte di legge.

POLITICA ATTIVA ANCHE IN CAMPANIA

Anche la Campania si è mossa bene in questi ultimi tempi. Sono stati sboccati 1 miliardo e 80 milioni destinati alla riqualificazione della rete ospedaliera regionale. E via libera anche ai fondi per lo smaltimento delle liste di attesa delle Regioni: alla Campania 40mln. Via libera anche alle nuove nomine dei direttori generali delle Asl e dei manager delle aziende ospedaliere.

In tutto sono tredici le nuove nomine, tra nuovi manager e due commissari designati a fronte di 14 caselle da colmare su 17. Da non sottovalutare il progetto pilota proposto dal Consigliere di Forza Italia, **Flora Beneduce** sull'infermiere di famiglia e il varo da parte della Regione della "Rete Stroke", che individua le strutture specificamente dedicate al trattamento dei pazienti colpiti da ictus.

Fondazione Gimbe: "Sottratti 37 miliardi in 10 anni"

Gli ultimi dieci anni sono stati terribili per la sanità in Italia. Circa Trentasette miliardi di euro in meno per il Sistema Sanitario Nazionale dal 2010, un'Italia agli ultimi posti rispetto ai paesi dell'Ocse e del G7 in termini di spesa sanitaria, e un Patto per la Salute che rischia di saltare, facendo venir meno le risorse aggiuntive previste per l'anno 2020-2021. È quanto denuncia un rapporto della Fondazione



Gimbe, che ha lo scopo di promuovere e realizzare attività di formazione e ricerca in ambito sanitario, sottolineando la necessità di rilanciare la sanità pubblica fin da subito, a partire dalla Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2019. Ai mancati finanziamenti, secondo Gimbe, hanno contribuito "tutti i governi" degli ultimi 10 anni, defianziando, per far fronte alle emergenze del Paese, proprio la sanità, "di fatto il capitolo di spesa pubblica più facilmente aggredibile". Tra il 2010 e il 2015 sono stati tagliati "circa 25 miliardi" per "tagli conseguenti alle varie manovre finanziarie". Oltre 12, invece, quelli a cui la Sanità ha dovuto rinunciare tra il 2015 e il 2019, per "esigenze di finanza pubblica". "In termini assoluti il finanziamento pubblico – si legge nel rapporto di Gimbe – è aumentato di 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%)". Il Def, inoltre, ha ridotto progressivamente il rapporto spesa sanitaria/Pil, passato dal 6,6% dell'anno 2019-2020, al 6,4 previsto per il 2022. "Le prime dichiarazioni del neo Ministro della Salute – ha sottolineato il presidente della fondazione, **Nino Cartabellotta** all'indomani della nomina – non lasciano dubbi sulla volontà di preservare e rilanciare una sanità pubblica e universalistica e di rifinanziare il Sistema sanitario nazionale". Il riferimento è a quanto detto da **Roberto Speranza**, neo ministro della Salute, che ha identificato nella carta Costituzionale il "faro" del suo programma, affermando che "la spesa sanitaria non è un costo ma un investimento per la salute". Impegno che, sottolinea il report, non si trova nel programma di governo, in cui si evidenzia la volontà attuare "un piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri", senza però prevedere esplicitamente il rilancio del finanziamento per il Sistema sanitario. "In tal senso – puntualizza Cartabellotta – la prima cartina al tornasole è rappresentata dall'imminente Nota di Aggiornamento del DEF 2019: ad esempio, se si volesse attuare la cosiddetta "Quota 10" proposta dal Partito Democratico (cioè 10 miliardi di investimenti aggiuntivi nei prossimi 3 anni) occorrerebbe incrementare il rapporto spesa sanitaria/PIL almeno dello 0,2-0,3% per ciascuno degli anni 2020-2022. Da tenere in considerazione anche il mancato allineamento delle retribuzioni del personale sanitario rispetto agli standard europei, che per essere "rimotivato" non deve solo essere "rimpiazzato". Proprio dagli stipendi di "personale dipendente e convenzionato", infatti, come evidenzia il report, è stato "scippato" il "50% degli oltre 37 miliardi sottratti alla sanità".

Politica Sanitaria

Ddl antiviolenza sugli operatori s

Con 237 voti favorevoli, l'Assemblea di Palazzo Madama ha approvato all'unanimità il disegno di legge n. 867, "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni". Il provvedimento passa ora all'esame della Camera. Positivi commenti dalla Fnopi e ringraziamenti alla **Grillo. Carbone**: *"Il Ministro Speranza partito con il piede giusto"*

di **Dario De Martino**

“E' una buona notizia. Di quelle che ti fanno fare pace con la politica, non sempre a dire il vero attenta ai bisogni e alle istanze di chi nella sanità ci lavora e dei suoi utenti”. Sembra proprio che il Ministro **Speranza** sia partito con il piede giusto”.

Così **Ciro Carbone**, Presidente Opi Napoli commenta il via libera di Palazzo Madama al Disegno di legge anti aggressioni. Proprio recentemente, in occasione dell'ennesimo episodio di violenza ai danni di un infermiere, Carbone aveva sollecitato il Ministro Speranza, tra i primi a so-

stenere la legge, ad accelerare le procedure. “L'approvazione del provvedimento è motivo di grande soddisfazione”, aggiunge infatti Carbone. *“Esso interviene su un fenomeno ormai dilagante, incontrollabile che mette a rischio ogni giorno infermieri, medici, e quanti lavorano nella sanità, soprattutto nei reparti delle emergenze/urgenze, al 118”*.

Il provvedimento era atteso da tempo. Con l'ok del Senato, all'unanimità dei presenti, si è a metà dell'opera: alla Camera l'iter potrebbe essere anche più veloce.

Di positivo nel disegno di legge licenziato dal Senato c'è anche l'introduzione nell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli



esercenti le professioni sanitarie, degli Ordini professionali, una richiesta di modifica al testo avanzata ed accolta grazie anche al lavoro della **Fnopi**.

“L'approvazione del provvedimento con una corsia preferenziale rispetto al normale iter che lo aveva tenuto in stand by per oltre un anno, rappresenta per i professionisti della salute motivo di soddisfazione e soprattutto orgoglio per l'introduzione nell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, degli Ordini professionali, una richiesta di modifica al testo avanzata ed accolta grazie

i sanitari: ok dal Senato



anche al lavoro della Fnopi". Così **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri subito dopo l'approvazione.

"Ringraziamo l'onorevole **Giulia Grillo** che ha presentato il provvedimento e il ministro **Roberto Speranza** che lo ha spinto verso la rapida conclusione", ha aggiunto la numero uno degli infermieri. "Speriamo ora in un'approvazione veloce anche alla Camera e siamo convinti che questo tema non si esaurisca con il disegno di legge, ma richieda ulteriori, molteplici interventi costanti nel tempo e integrati da parte di tutti".

Aggressioni: in dieci punti le proposte degli infermieri

Il decalogo presentato dalla Fnopi sul tema delle aggressioni in sanità.

Un contributo non secondario alla formazione del Ddl anti violenza, considerando anche che l'89,5% degli infermieri è stato ed è oggetto di violenze fisiche o verbali. Anche in futuro, assicurano dalla Federazione degli infermieri, si continuerà con la massima collaborazione per contribuire al monitoraggio del fenomeno e alla definizione di ulteriori misure di contrasto.

1. Tolleranza zero verso la violenza nelle strutture sanitarie, con inasprimento delle pene perché chi la compie sappia (quindi massima informazione) di stare perpetrando un reato severamente punibile. 2. Regolamentare l'uso dei social nei luoghi di lavoro e rispetto all'attività professionale per evitare commenti, furti di identità e proposte inappropriate (ne sono vittima circa il 12% dei professionisti coinvolti che nel caso degli infermieri sono per il 77% donne). 3. Snellire le attese stressanti in pronto soccorso con meccanismi di smistamento alternativi (es. see&treat) per ridurre la tensione e la reattività dei pazienti. 4. Stabilire pene più severe per chi aggredisce verbalmente e fisicamente un professionista sanitario donna sul luogo di lavoro, prevedendo l'aggravante del pericolo che nell'azione possono correre gli assistiti. 5. Maggiore formazione del per-



sonale nel riconoscere, identificare e controllare i comportamenti ostili e aggressivi prevedendo anche appositi corsi Ecm (come il corso CARE, presentato assieme alla Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri). 6. Aumentare l'informazione e la formazione perché siano denunciate da tutti e in modo chiaro le azioni di ricatto e le persecuzioni nell'ambiente di lavoro rispetto alla posizione e ai compiti svolti. 7. Predisporre un team addestrato a gestire situazioni critiche e in continuo contatto con le forze dell'ordine soprattutto (ma non solo) nelle ore notturne nelle accettazioni e in emergenza. 8. Predisporre un team addestrato a gestire situazioni critiche e in continuo contatto con le forze dell'ordine e sensibilizzare i datori di lavoro a non "lasciar fare", ma a rifiutare la violenza anche prevedendo sanzioni. 9. Stabilire procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare prevedendo anche la presenza di un accompagnatore o la comunicazione a un secondo operatore dei movimenti per una facile localizzazione. 10. Evitare per quanto possibile che i professionisti sanitari effettuino interventi domiciliari da soli, ma fare in modo che con loro sia presente almeno un collega o un operatore della sicurezza.

Politica
Sanitaria

Il Premier Conte: “Un piano straordinario per infermieri e medici”

Fanno ben sperare le parole con le quali il Presidente del Consiglio dei ministri affronta nel suo discorso alle Camere le questioni legate alla carenza di organici nella sanità. Positivi commenti da parte dei vertici della professione anche nei confronti del Ministro della Salute, Roberto Speranza.



di Pippo Trio

“Il Governo si impegnerà a difendere la sanità pubblica e universale, valorizzando il merito e predisponendo un piano di assunzioni straordinarie di medici e infermieri, potenziandone i percorsi formativi”. Così Giuseppe Conte, presidente del Consiglio, durante il discorso per chiedere la fiducia alla Camera. Sarà vero? Lo giudicheremo dagli atti concreti. Resta il fatto che, almeno nelle dichiarazioni programmatiche, Conte ha toccato più volte il tema Salute, manifestando l'intenzione dell'esecutivo di impegnarsi per una sanità pubblica che sia veramente universale e che valorizzi il merito dei professionisti.

PARTE BENE SPERANZA

Anche il ministro della Salute, Roberto Speranza parte con il piede giusto. Per l'esponente di Leu, sono tre gli assi fondamentali intorno ai quali ruota la sua idea di Sanità: “l'abolizione del cosiddetto superticket, la rideterminazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale e l'allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario”.

Temi cari agli infermieri. E lo si nota dalle dichiarazioni che arrivano dalla Federazione Nazionale. Pesa molto - ha sottolineato a margine della nomina dei nuovi ministri Barbara Mangiacavalli, presidente Fnopi - il problema delle carenze del personale soprattutto alla luce degli effetti di Quota100. Di infermieri ne mancano oltre

nario per assumere



50mila, che con Quota 100 rischiano di aumentare fino a 75mila e con i normali pensionamenti ancora di più. Più ossigeno al personale dipendente, dunque, in linea con il pensiero del neo ministro della Salute, Roberto Speranza.

In un comunicato della Fnopi si augura "Buon lavoro al ministro, al viceministro alla Salute Pierpaolo Sileri" di cui abbiamo apprezzato il lavoro sin qui svolto a tutela dei diritti dei pazienti e a sostegno della valorizzazione e sviluppo della professione infermieristica, e al sottosegretario Sandra Zampa, da sempre sensibile al tema dei diritti umani, dell'infanzia e dell'adolescenza e per questo figura di sicuro riferimento per i tanti infermieri pediatrici che rappresentiamo".

Fnopi a Speranza: attenzione alle istanze degli infermieri



E' il primo incontro in ordine temporale che il neoministro ha con le professioni che operano nella sanità. Roberto Speranza ha prestato la massima attenzione alle istanze degli infermieri e confermato la volontà di avere un filo diretto e una collaborazione attiva con la Federazione. Infermiere di famiglia, carenze, specializzazioni infermieristiche e conferma dei contenuti del Patto per la Salute che prevede un forte rilancio dell'assistenza sul territorio. Questi gli argomenti dell'incontro tra il ministro della Salute Roberto Speranza e la presidente e il portavoce della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, Barbara Mangiacavalli e Tonino Aceti. "Dobbiamo guardare solo al futuro dell'organizzazione e dell'assistenza, senza fare alcun passo indietro, riconoscendo le competenze che la professione infermieristica ha ormai acquisito da oltre 20 anni", ha detto Barbara Mangiacavalli al ministro. La Presidente ha sottolineato a Speranza la disponibilità a supportare le Istituzioni nelle decisioni da prendere e nelle scelte da operare, mettendo a disposizione tutto il know-how della professione infermieristica. Ampio spazio è stato dedicato al confronto sul rilancio delle cure territoriali, anche per quanto riguarda i servizi di emergenza-urgenza sui quali gli infermieri hanno le necessarie competenze e possono dare un contributo essenziale, garantendo anche una forte innovazione nel settore. "Bene il finanziamento a 3,5 miliardi in più per il fondo sanitario e infermieri pronti a sostenere il ministero nell'iter della prossima legge di Bilancio – ha detto Aceti al ministro -: si tratta di risorse fondamentali per realizzare la riforma da anni in pista con i Livelli essenziali di assistenza, ma che finora è rimasta al palo per mancanza di copertura economica sul decreto che riguarda le nuove tariffe per le prestazioni. Molti pazienti lo aspettano. Bene – ha concluso Aceti – la volontà di abolizione del superticket: riporta il Servizio sanitario nazionale a essere la prima scelta di cura e assistenza per i cittadini ed è una misura che sostiene maggiore accesso alle prestazioni e più tutela dei redditi delle famiglie".

Politica Sanitaria

Edilizia sanitaria e liste d'attesa, a

Sbloccati 1 miliardo e 80 milioni destinati alla riqualificazione della rete ospedaliera regionale. Via libera anche ai fondi per lo smaltimento delle liste di attesa delle Regioni: alla Campania 40mln. **De Luca:** "Risultato straordinario dopo circa 20 anni"

di Pino De Martino

Il via libera è arrivato ad agosto, a margine della Conferenza Stato Regioni, dopo un lungo tira e molla tra ministero della Salute e Regione. «Un risultato straordinario – ha commentato a caldo il presidente della Regione Vincenzo De Luca - dopo un'istruttoria durata 15 mesi. Un risultato conseguito dal Governo regionale che accede a questo finanziamento per la prima volta dopo quasi vent'anni. Abbiamo potuto accedere a questi fondi avendo innanzitutto risanato i bilanci e avendo creato e approvato una nuova e coerente rete ospedaliera. Risorse decisive per ristrutturare decine e decine di strutture ospedaliere e di realizzare una pagina nuova nella Sanità campana».

Contestualmente al via libera per il piano di edilizia sanitaria che porterà 1 miliardo e 80 milioni di euro nelle casse regionali, è stato sbloccato anche il fondo da 400 milioni di euro in 3 anni per lo smaltimento delle liste di attesa delle Regioni (alla Campania vanno circa 40 milioni) da impiegare per digitalizzare i Cup. Ospedali nuovi e interventi di ristrutturazione su vecchi plessi; forniture di nuove apparecchiature elettromedicali ma anche di strumentazioni per terapie all'avanguardia e per diagnostica avanzata. Con un miliardo e 83 milioni di euro la Regione Campania conta di portare nei prossimi anni la sanità campana a livelli di eccellenza. Sono più di 70 i complessi ospedalieri e sanitari che saranno destinatari di fondi previsti da leggi ordinarie per l'edilizia ospedaliera.



Gli interventi – "Realizzeremo strutture di straordinario valore, come l'Ospedale unico della Penisola Sorrentina a Sant'Angello, l'ospedale nuovo di Giugliano, l'ospedale San Paolo di Fuorigrotta a Napoli, il nuovo Ruggi d'Aragona a Salerno e decine di interventi in tutte le strutture in tutte le province. Può essere la vera svolta per la sanità campana. Come per le Universiadi dovremo essere rapidi, qui abbiamo problemi più complessi, dobbiamo dotarci di progetti esecutivi ma avremo la stessa tenacia e la stessa concretezza operativa. Dal progetto esecutivo al completamento dell'opera dovremo riuscire a metterci due anni, come hanno fatto a Milano con la nuove strutture della regione Lombardia". Nelle parole del Presidente De Luca gli interventi più urgenti previsti nel piano di edilizia sanitaria della Regione Campania.

Napoli – Nel piano regionale, una quota consistente delle risorse accordate per l'edilizia sanitaria, più del 24%, è destinata alle tecnologie: con un finanziamento di 267 milioni di euro la Regione sostituirà le apparec-

chiature più vecchie e ormai desuete e acquisterà anche nuovi macchinari all'avanguardia. Nel dettaglio, si prevedono interventi per 91 milioni in strutture dell'Asl Napoli 1 Centro: 17 milioni per realizzare un nuovo blocco tecnologie-area ricoveri all'ospedale Incurabili, interessato anche da un adeguamento funzionale e tecnologico; circa 74 milioni di euro per realizzare il nuovo ospedale di Napoli Ovest, al posto del San Paolo, che avrà sede in via caduti di Nassiriya a Fuorigrotta. L'Istituto Pascale di Napoli, eccellenza nella cura dei tumori, grazie a uno stanziamento di 40 milioni di euro, potrà dotarsi di un sistema di protonterapia (o terapia protonica) è un tipo di adroterapia (radioterapia che fa ricorso a adroni) che utilizza un fascio di protoni per irradiare un tessuto biologico malato, spesso nel trattamento dei tumori. E sarà il secondo ospedale in Italia dotato di questa tecnologia. Una quota di finanziamenti andrà anche all'ospedale Cardarelli, uno dei più grandi nosocomi del Sud e il più grande di Napoli: beneficerà di 54,8 milioni di euro per ristrutturare due padiglioni e

, arrivano i fondi



dotarsi di nuove tecnologie e per la realizzazione di una logistica integrata. Un intervento importante è previsto anche per l'ospedale pediatrico Santobono, dove con 11 milioni si attizzerà il polo oncologico pediatrico e con altri 8 il reparto di nefrologia. E poi interventi minori sono previsti al Cto e al Monaldi; alle aziende universitarie Federico II e Vanvitelli. Stanziamenti previsti anche per i privati convenzionati ed equiparati al pubblico: 2 milioni per il Fatebenefratelli di Napoli e Benevento, 1 milione per il Santa Maria della Pietà di Casoria (Napoli) e 2,1 milioni per l'ospedale Betania di Napoli Est.

La Provincia - All'Asl Napoli 2 Nord vanno 84,5 milioni destinati alla realizzazione del nuovo ospedale di Giugliano (65mln) e per le strutture di Pozzuoli, Quarto e Frattaminore. Nuovi reparti sono previsti all'ospedale di Nola, che sarà ampliato come quello di Boscotrecase. Restyling per i presidi San Leonardo di Castellammare di Stabia e di Gragnano. A Sant'Agnello sarà costruito il nuovo Ospedale della Costiera Sorrentina, per il quale c'è uno stanziamento

di 65 mln, con un finanziamento totale di 107,8 milioni destinato all'Asl Napoli 3 Sud. Un finanziamento di 4 milioni di euro della Regione Campania permetterà di dotare il comune di Quarto di una struttura sanitaria polispecialistica e polivalente. Il poliambulatorio era atteso nella cittadina flegrea da 40 anni. Si tratta di un intervento di potenziamento della rete sanitaria e ambulatoriale territoriale.

Più soldi a Salerno - La quota più consistente di finanziamenti, oltre 330 milioni di euro, è destinata all'ospedale di Salerno, per costruire la nuova sede dell'azienda ospedaliera Ruggi. Per l'Asl di Salerno ci sono altri 70 milioni di euro per i presidi di Pagani, Scafati, Roccadaspide, Eboli, Vallo della Lucania, Sapri, Capaccio e Mercato San Severino.

Gli interventi riguarderanno anche le altre province. A Benevento saranno destinati complessivamente venti milioni di euro per le ristrutturazioni e le dotazioni dell'ospedale Rummo. Ad Avellino 23 milioni sono per l'ospedale Moscati e altri 7 per l'ospedale di Solofra. A Marcianise (Caserta) sorgerà un nuovo ospedale, finanziato con 23 milioni di euro. Altri 60 milioni saranno destinati al nuovo complesso di Sessa Aurunca. Del nuovo piano beneficeranno anche le Asl, sia per interventi di ristrutturazione, sia per dotazioni strutturali e tecnologiche. "Daremo così anche un respiro all'economia campana - osserva De Luca - un miliardo di euro per aziende, per studi professionali e per decine e decine di posti di lavoro, nei prossimi anni". Il Presidente sottolinea anche che i tempi di realizzazione dovranno essere rigorosi e brevi. Due anni a partire dall'approvazione dei progetti esecutivi. Da settembre prossimo si avvieranno i contatti con le aziende sanitarie e ospedaliere per le progettazioni che riguarderanno i piccoli e medi interventi. Per quelli più corposi bisognerà bandire gare. "E' scegliere studi di progettazione importanti - aggiunge De Luca - perché vogliamo che la nuova edilizia sanitaria sia anche bella".

Manca il personale sanitario ma non c'è un censimento: una mozione in Regione

NAPOLI - L'Ordine degli infermieri di Napoli l'ha detto più volte: in Campania, anche a causa del blocco del turn over, mancano oggi circa 9mila unità. Da dieci anni non si sostituisce il personale andato in quiescenza, senza contare le aumentate richieste assistenziali di una popolazione sempre più invecchiata. Ma mancano anche medici e Oss. Complessivamente, la sanità campana soffre una carenza impressionante di personale in tutto il comparto. Ma questo si sapeva. Ciò che desta scalpore è che ad oggi manca un censimento che indichi i settori in sofferenza ed il numero di unità necessarie. Per questo è stata depositata in Consiglio regionale una mozione da parte dei consiglieri **Gianluca Daniele, Giovanni Chianese e Franco Moxedano**. La mozione ha un titolo inequivocabile: «*Verifica fabbisogno personale del comparto del Servizio Sanitario Regionale*». La mozione intende sollecitare una ricognizione del fabbisogno di tutte le figure professionali del Servizio Sanitario Regionale, anche alla luce delle quiescenze dovute alla «*Quota 100*» e il reclutamento dei lavoratori attraverso tutte le possibili formule normative: stabilizzazione precari, scorrimento delle graduatorie aperte, concorsi, nel caso non vi siano già graduatorie dei profili richiesti, senza lasciare nessun lavoratore a casa, qualunque sia il suo contratto. Nella mozione si chiede inoltre di individuare un percorso normativo unico che possa garantire l'utilizzo di tutte queste figure senza così disperdere la maturata esperienza nella pubblica amministrazione. Con la consapevolezza che è grazie a queste donne e uomini che si è garantito, e continuano a farlo, il funzionamento dell'intero sistema assistenziale campano.

Politica Sanitaria

Sulla giostra delle nomine: tra conferme e bocciature

di Dario De Martino

NAPOLI - Alla ripresa dal dopo ferie, la sanità campana si presenta con una rivoluzione ai vertici di Asl e Aziende ospedaliere. In tutto sono tredici le nuove nomine, tra nuovi manager e due commissari designati a fronte di 14 caselle da colmare su 17. Ecco dunque il quadro dei designati, in una sorta di giostra delle poltrone, tra spostamenti, promozioni, conferme e bocciature.

Le Asl – Prima tra tutte, la più importante: la Napoli 1 Centro. Anche se ampiamente annunciato, il passaggio di **Ciro Verdoliva** da commissario a direttore generale della Asl Napoli 1 fa notizia. Dopo aver fatto bene da commissario all'Ospedale del Mare e al Cardarelli, la nomina a direttore generale dell'Asl più grande d'Italia suona come un ulteriore apprezzamento del suo stile di leadership e dei risultati conseguiti. Un alone di positività che si estende anche i suoi più stretti collaboratori. Così che, **Anna Borriello** (ex sub commissario sanitario della Asl Napoli 1) e **Ferdinando Memoli** (ex sub commissario amministrativo sempre della Napoli 1) sono intanto emigrati nello stesso ruolo al Ruggi di Salerno. Verdoliva ha nominato **Michele Ciarfera** e **Vincenzo Giordano**, rispettivamente, direttore amministrativo e direttore sanitario. Altra conferma alla Asl Napoli 2 Nord, dove **Antonio D'Amore** resterà per altri tre anni. Bocciata invece Antonietta Costantini, ex manager dell'Asl Napoli 3 Sud. Fa posto al nuovo direttore generale **Gennaro Sosto**, attuale vertice dell'azienda sanitaria unica del Molise. All'Asl di Avellino resta al comando **Maria Morgante**. Conferma, con il passaggio da commissario a direttore generale, anche per **Mario Iervolino** alla Asl di Salerno. All'Asl di Caserta altra bocciatura. **Mario De Biasio** lascia il posto a **Ferdinando Russo**. Mentre all'Asl di Benevento il nuovo direttore è **Gennaro Volpe**, il 56enne medico originario di Napoli, sostituirà **Franklin Picker** che lascia per superati limiti d'età.

Aziende ospedaliere - Al Cardarelli, al posto del commissario Anna Iervolino arriva dal Ruggi di Salerno **Giuseppe Longo**. Un manager che vanta una lunga carriera direttiva, maturata prima all'Arsan, poi ai vertici di varie aziende sanitarie campane (Napoli 2 nord, Monaldi, Asl di Salerno, azienda dei Colli e infine Ruggi). Prende il posto di **Anna Iervolino**, commissaria nel più grande ospedale del Sud dopo la nomina di **Verdoliva** a commissario della Napoli 1. Per la Iervolino non si tratta di una bocciatura, anzi. Subentra al Policlinico Federiciano al posto di **Vincenzo Viggiani**, che risulta tra gli esclusi di peso di questa tornata di nomine. Il passaggio di **Giuseppe Longo** al Cardarelli, apre la strada a **Vincenzo D'Amato**, già presidente dell'Ordine dei medici di Avellino, e ora commissario al Ruggi di Salerno. Scambio di poltrone tra l'Azienda

Rinnovati i vertici di Asl e Aziende ospedaliere. Sono 13, tra conferme, spostamenti, promossi e bocciati.



dei Colli e l'Azienda Universitaria Vanvitelli. Alla direzione generale dell'azienda che raggruppa Monaldi, Cotugno e Cto arriva **Maurizio Di Mauro**, che ha guidato nell'ultimo triennio il Policlinico del Centro storico.

Al suo posto giunge dal Monaldi, dove era commissario, **Antonio Giordano**. Una conferma invece per il Pascale dove resta **Attilio Bianchi**. Al Moscati di Avellino arriva **Renato Pizzuti**, ex direttore generale dell'ospedale San Pio di Benevento (ex Rummo). Subentra a **Angelo Percopo**. Passa così a **Mario Ferrante**, ex Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, la direzione del nosocomio di Benevento.

“Chiudere commissariamento o è guerra”



di Nina De Martino

Il governatore della Campania **Vincenzo De Luca** si rivolge al nuovo Ministro della Salute **Roberto Speranza**: “Noi ci muoviamo solo in base a quello che è nostro diritto ottenere, e cioè chiudere un commissariamento vergognoso, sia per la Campania che per il governo, dopo dieci anni. Avere ministri amici o non amici non cambia le cose”

Cambia il ministro, non cambiano i toni e nemmeno gli obiettivi e la determinazione del Governatore Vincenzo De Luca.

Erano passate poche ore dalla nomina del nuovo ministro alla Salute, Roberto Speranza (Leu), che una nota dai toni non proprio concilianti del Governatore ricordava il caso Campania: ovvero la richiesta di chiudere il commissariamento che dura da dieci anni, anche perché sia sui conti economici, sia sui Lea, la Campania, sostiene il Governatore, è da tempo allineata alle richieste di Roma. “L’obiettivo è chiudere il commissariamento della sanità in Campania entro il 2019. Se sarà così, bene. Altrimenti faremo la guerra e ci difenderemo in tutte le sedi. Per la Campania, avere ministri amici o non amici non cambia le cose”. E’ il messaggio lanciato, ai microfoni di radio Crc, da Vincenzo De Luca, commissario alla sanità e governatore della Campania. Un autentico out out. Come quelli già lanciati all’ex mi-

nistro della Salute **Giulia Grillo**. “Gli ho ricordato - spiega poi De Luca - che abbiamo inviato la richiesta già due o tre mesi fa. Noi ci muoviamo solo in base a quello che è nostro diritto ottenere, e cioè chiudere un commissariamento vergognoso, sia per la Campania che per il governo, dopo dieci anni”.

In realtà, come poi lo stesso Governatore farà sapere in una dichiarazione alle agenzie, con il nuovo ministro della Salute c’era stato anche un fugace e casuale faccia a faccia. Durante il quale, il primo inquilino di Palazzo Santa Lucia, aveva sì salutato con garbo, ma senza mai lasciare a casa la sua franchezza e il suo modo diretto e ruvido di dire le cose: “Ho incontrato Speranza a Roma, credo il giorno stesso del giuramento. Gli ho fatto gli auguri di buon lavoro, ma gli ho anche ricordato che è pendente presso il Ministero la nostra richiesta per la conclusione del commissariamento”. “Con il precedente ministro della Salute non avevamo un grande feeling. Ma lasciando perdere il passato, ho ricordato al nuovo ministro che la richiesta è pendente e lavoriamo con l’obiettivo di chiudere 10 anni di commissariamento entro il mese di novembre considerato il lavoro fatto e i risultati prodotti”.

Anche alla Grillo e allo stesso Premier **Conte** aveva minacciato il ricorso alle vie legali. “Ho scritto al Presidente del Consiglio - dice lo stesso Governatore prima della

formazione del nuovo governo - per diffidare il governo dal proseguire il commissariamento della sanità. Il governo è in una posizione di illegalità. Abbiamo chiesto per quale motivo tengono ancora in piedi il commissariamento. Secondo la legge si mantiene il commissario se c’è un bilancio in deficit e non si raggiungono i livelli essenziali di assistenza. Da 5 anni il bilancio della sanità campana è in attivo e a gennaio - ragiona De Luca - abbiamo raggiunto i livelli dei Lea richiesti. Dovete prendere atto che la Campania ha risolto dopo dieci anni i problemi, se prosegue il commissariamento passiamo sul piano penale, amministrativo e contabile”.

“Oggi non ci sono più i motivi perché abbiamo superato tutti i parametri. Abbiamo già fatto una diffida a Governo e ministro, siamo pronti a passare alle querele per abuso d’ufficio. In questi anni - sostiene De Luca - abbiamo fatto un miracolo. La Campania è la regione che ha meno soldi di tutte e ha avuto 3500 dipendenti in meno. Stiamo cercando di governare il sistema avendo due problemi: il primo è quello delle risorse finanziarie, se abbiamo le stesse risorse di Emilia, Lombardia e Veneto noi andiamo 10 passi avanti rispetto a quelle sanità. Il secondo ovviamente che siamo ancora una Regione commissariata e non abbiamo flessibilità nella gestione del bilancio, quindi siamo sottoposti al controllo pedante dei Ministeri dell’Economia e della Salute”.

Politica Sanitaria

Una legge regionale per l'infermiere di famiglia

E' l'iniziativa lanciata dal Consigliere regionale Flora Beneduce. Confronto di idee con l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli e associazioni. La Vicepresidente Rea: "Daremo il nostro contributo per portare le competenze infermieristiche sul territorio al servizio dei cittadini".

NAPOLI – *"In Campania, dove la sanità è ancora commissariata, manca una figura fondamentale del sistema sanitario, già presente in altre regioni. Si tratta dell'infermiere di famiglia e di comunità. Ecco perché ho depositato in Consiglio regionale una proposta di legge per la sua istituzione, disciplinandone aspetti e funzioni sia sotto il profilo normativo sia sotto quello organizzativo che strettamente operativo"*. Così **Flora Beneduce**, consigliere regionale e componente della Commissione Sanità della Regione Campania, ha esordito nel presentare il progetto per una legge regionale di istituzione dell'infermiere di famiglia nel corso di un incontro con l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli e le associazioni che si occupano a vario titolo di volontariato. A rappresentare l'Opi Napoli la vicepresidente **Teresa Rea** e **Dina La Porta**.

"L'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli ha avviato da tempo un progetto sperimentale sulla figura dell'infermiere di famiglia attraverso il programma "Garanzia Giovani" promosso dalla Regione Campania", ha ricordato la vicepresidente Rea. "Cionondimeno, giudichiamo naturalmente positivo l'iniziativa promossa a favore di un Disegno di legge regionale su questo tema. In Campania – ha aggiunto la Rea – c'è assolutamente bisogno di portare la preparazione, l'esperienza e le competenze infermieristiche sul territorio, dove la sanità regionale è praticamente sguarnita. Ma bisogna farlo partendo dai modelli organizzativi".

La consigliera Beneduce ha chiesto un contributo di idee e di proposte prima di andare avanti nell'iter legislativo. *"Desidero condividere il più possibile lo spirito della proposta di legge sull'infermiere di famiglia e di comunità. L'obiettivo è accelerare le consultazioni sul testo e raccogliere quanti più spunti possibili per arricchire nel merito la proposta. L'alibi del commissariamento ha spesso inficiato nelle nostre aree gli effetti di disposizioni nazionali in materia di medicina territoriale, che di fatto qui da noi non sono mai partite. Mancano gli atti aziendali, manca anche una rete di*



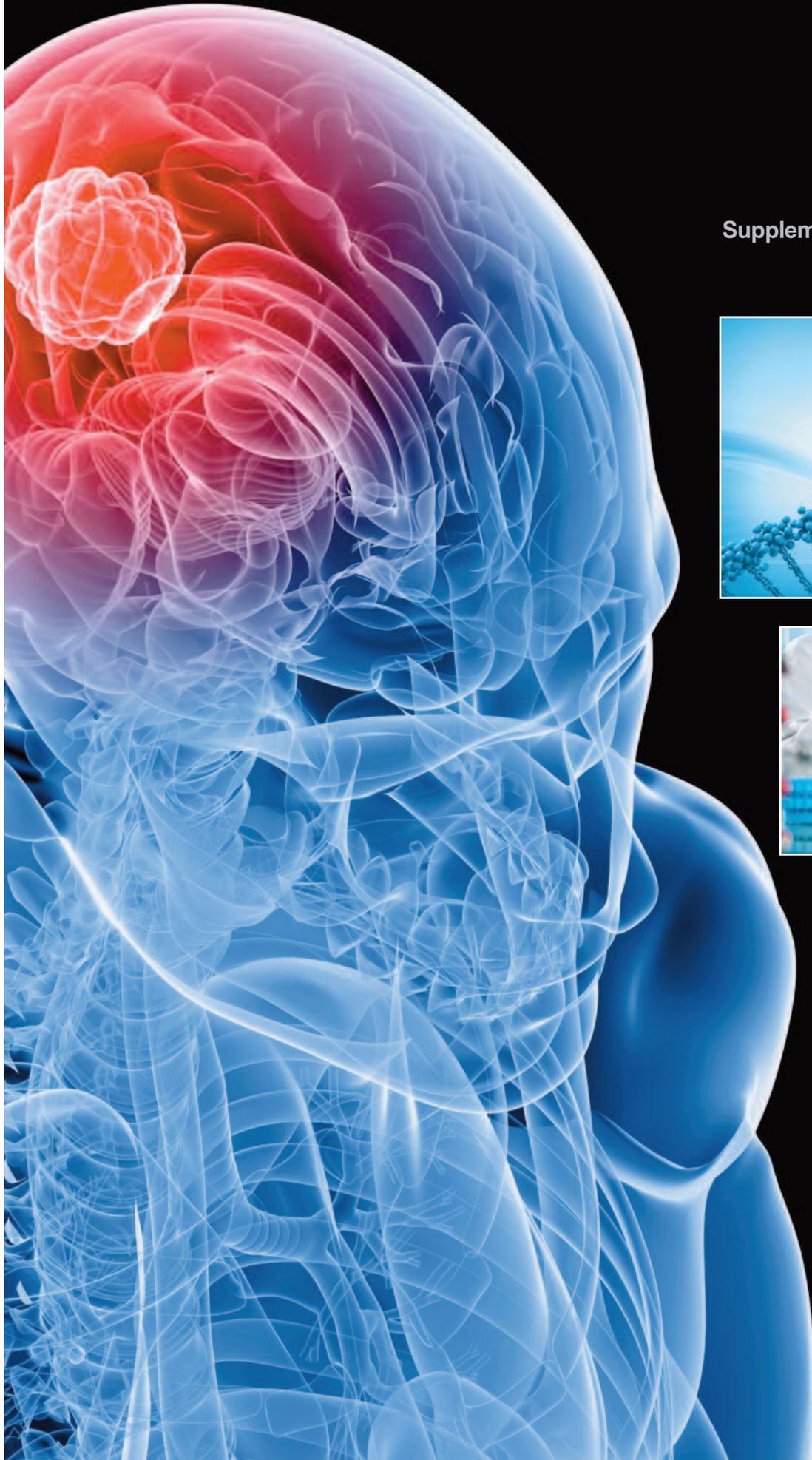
operatori", spiega Beneduce. "Gli infermieri - aggiunge - sono dei professionisti, seguono un percorso di studi molto certosino, meritano un'attenzione in più ed una risposta anche occupazionale".

L'idea sarebbe quella di partire già da subito con un progetto pilota in collaborazione con le Asl che vorranno investire su questa nuova visione di sanità. Il primo passo sarà individuare figure professionali in grado di assistere il paziente cronico dimesso o il bambino che ha necessità di essere seguito a casa, ma poi ci vorranno risorse e qui deve esserci l'impegno dello Stato e della Giunta regionale. L'infermiere di famiglia e di comunità può giocare un ruolo importante nella umanizzazione delle cure ma non solo. La sua mission è quella di garantire la continuità assistenziale sul territorio, favorendo l'appropriatezza delle prestazioni e, aspetto per niente trascurabile, abbattendo i costi dovuti al ricorso improprio



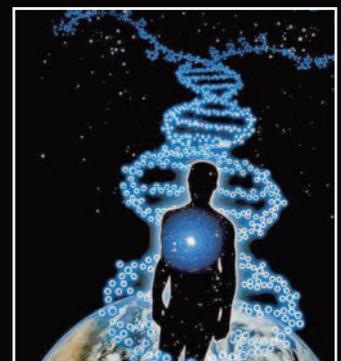
all'ospedalizzazione. "Si tratta di una figura che si occupa di assistenza h24, in collaborazione con il medico di famiglia, operando in sinergia in una zona ben circoscritta, come ad esempio il quartiere di una grande città, un centro di medie dimensioni o una piccola comunità. Questa nuova figura infermieristica potrebbe assistere malati cronici, ma anche malati in fase acuta che non richiedono, tuttavia, cure intensive o praticabili esclusivamente in ospedale: si pensi alle epidemie influenzali, alle persone appena dimesse che necessitano di medicazioni o trattamenti farmacologici, a pazienti che praticano dialisi peritoneale e alle neo mamme alle prese con l'allattamento e lo svezzamento. All'ammalato sarà quindi consentito di essere assistito dall'infermiere di-

rettamente presso il proprio domicilio, con la prospettiva di contribuire a ridurre gli accessi al pronto soccorso, le degenze ospedaliere, nonché le riammissioni, operando insieme al medico di famiglia come filtro per quegli eventi patologici gestibili con successo – o, addirittura, con maggiore efficacia – a livello domiciliare. "Mi aspetto ora una rapida calendarizzazione da parte della Commissione Sanità del testo - ha aggiunto infine la Consigliera Beneduce - poiché trattasi di un tema delicato, che fa fronte ad una necessità più volte emersa anche durante le audizioni in Consiglio regionale. I cittadini hanno il diritto di ricevere cure appropriate, dal volto umano ed efficaci. Questa legge va esattamente in questa direzione e merita di essere discussa al più presto nell'interesse dei campani e della loro salute".



NSC nursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento Ricerca infermieristica

L'accuratezza delle diagnosi infermieristiche: cross mapping in un'unità operativa a gestione infermieristica

The accuracy of nursing diagnosis: cross-mapping in an operational unit of nursing management.

Mariachiara Figura e Valeria Franzoso*, Laura Tibaldi**, Massimiliano Chiarini***, Noemi Giannetta, Emanuele Di Simone e Sara Dionisi****, Angelo Cianciulli, Giulia Pintus e Debora Pettinelli*****, Marco Di Muzio*****

RIASSUNTO

Introduzione:

La professione infermieristica richiede che la specificità delle proprie conoscenze venga condivisa attraverso l'utilizzo di efficienti strumenti di misurazione, in grado di valutare in maniera peculiare i risultati degli interventi sanitari. Risulta quindi necessario che la documentazione venga prodotta utilizzando un linguaggio universale e standardizzato.

L'obiettivo dello studio è di identificare le eventuali differenze e incongruenze tra il linguaggio utilizzato nella pratica quotidiana e la tassonomia di riferimento indicato dalle Direttive Aziendali, evidenziando il livello di accuratezza nella formulazione della diagnosi infermieristica.

Materiali e Metodi:

Confronto (cross mapping) delle diagnosi infermieristiche formulate in UOGI dell'AOU "Policlinico Umberto I" di Roma con quelle definite dalla tassonomia NANDA-I. L'analisi e la raccolta dei dati è stata effettuata nell'anno 2015 attraverso uno studio di coorte retrospettivo. Il campione preso in esame è di 99 cartelle cliniche e 97 diagnosi infermieristiche. Facendo riferimento al D-Catch, si è tentato di condurre un grading dei termini diagnostici ed esaminare la completezza, l'appropriatezza linguistica, nonché l'accuratezza delle diagnosi formulate, sottoponendo i dati ad analisi statistica descrittiva. Il linguaggio standardizzato a cui si è fatto riferimento è il NANDA-I.

Risultati:

"Rischio di infezione correlato a sede di possibile invasione di microrganismo secondaria a intervento chirurgico", "Rischio di caduta correlato a storia di incidenti", "Sindrome da immobilizzazione" sono le diagnosi che hanno perfettamente risposto ad un full-match e corrispondono al 9,4% del totale, mentre il 38,1% è stato identificato con un close match.

Discussione: L'utilizzo di risorse quali un vocabolario standardizzato e concetti diagnostici pre-strutturati possono rendere la documentazione infermieristica sistematica, meno ridondante e in

grado di tracciare perfettamente il processo assistenziale. Condurre uno studio che permetta di confrontare il linguaggio adottato con la tassonomia di riferimento consente di individuare le lacune presenti e mettere in atto nuove pratiche volte al miglioramento dell'outcome, promuovendo il corretto passaggio di informazioni.

PAROLE CHIAVE: *Cross mapping; Linguaggio infermieristico standardizzato; NANDA International, documentazione infermieristica; diagnosi infermieristiche NANDA.Vita; Validità; Studio di Validazione; Questionario.*

ABSTRACT

Introduction:

Nursing profession requires that the specificity of one's own knowledge to be shared through the use of efficient measurement tools, able to assess, in a particular way, health interventions results. Therefore, it is necessary for the documentation to be produced using a universal and standardised language. The aim of the study is to identify any differences and inconsistencies between the language used in everyday practice and the referred taxonomy indicated by the Company Directives, highlighting the level of accuracy in the formulation of the nursing diagnosis.

The Cross-mapping of nursing diagnoses formulated in the UOGI of the AOU "Policlinico Umberto I" of Rome, were collected in 2015 through a retrospective cohort study. The sample taken is 99 medical records and 97 nursing diagnoses. Referring to D-Catch, an attempt was made to conduct a grading of the diagnostic terms and to examine the completeness, linguistic appropriateness and accuracy of the diagnoses made, by subjecting the data to descriptive statistical analysis. The standardised language referred to is NANDA-I.

Results:

"Risk of infection related to possible invasion of microorganism

secondary to surgery", "Risk of falling related to accident history", "Immobilization syndrome" are the diagnoses that have perfectly responded to a full-match and correspond to 9.4% of the total, while 38.1% was identified with a close match.

Discussion: Using resources such as a standardised vocabulary and pre-structured diagnostic concepts can make nursing documentation systematic, less redundant and able to perfectly outline the assistance process. Conducting a study to compare the lan-

guage adopted with the referred taxonomy allows the identification of existing gaps and the implementation of new practices aimed at improving the outcome, promoting the correct flow of information.

KEYWORDS: *Cross mapping; Standardized Nursing Terminology; NANDA International; Nursing Documentation; NANDA nursing diagnosis.*

INTRODUZIONE

Come sancito da autorevoli Enti internazionali¹⁻⁴, l'introduzione di una terminologia standardizzata (Standardized Nursing Terminology – SNT) nella pratica clinica permette di definire, descrivere e confrontare i fenomeni di natura assistenziale, raccogliendo informazioni puntuali in merito all'impatto dell'assistenza sugli outcome dei pazienti e fungendo da supporto al decision-making in ambito clinico⁵⁻⁸.

La struttura e i contenuti del processo di nursing sono riconosciuti a livello internazionale quali elementi chiave e costituenti lo sfondo teorico di una documentazione accurata. È scientificamente provato che una Diagnosi Infermieristica (DI) puntualmente scelta e correttamente formulata attraverso specifici criteri quali il metodo PES (Problem label, Related factors, Signs and symptoms)⁷ e supportata da una dettagliata valutazione dei pazienti, fornisce indicazioni chiare e lineari su fenomeni e concetti di natura assistenziale. La DI diventa oggetto centrale nel processo assistenziale del paziente, nonché fondamento per pianificare gli interventi e indirizzare la messa in atto degli interventi più appropriati, orientando gli infermieri verso risultati misurabili^{5-7,9-13}. L'esame dello strumento utilizzato permette di valutare la qualità dell'assistenza, con l'obiettivo principe di identificare le potenziali aree di miglioramento¹⁴.

Il connubio tra documentazione e standardizzazione del linguaggio e assistenza infermieristica, trova la massima espressione all'interno delle Unità Operative a Gestione Infermieristica (UOGI), realtà a bassa intensità di cura, istituite per la prima volta nella Regione Lazio e in Italia nel 2013, nate con l'esigenza di risanare l'economia sanitaria al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in un contesto sanitario di maggiore appropriatezza, efficacia ed efficienza, come indicato dal Patto della Salute 2014-2016 e dal Riordino della medicina territoriale. In tale contesto, l'appropriatezza delle cure relative alle esigenze specifiche di ciascun utente, il libero accesso ai servizi sanitari e l'eticità nell'assistenza, fungono da elementi di garanzia di qualità delle prestazioni infermieristiche eseguite: vige, pertanto, una spiccata e diretta responsabilità degli infermieri a tutela della salute degli utenti nell'organizzazione e nella gestione dei servizi offerti ed il miglioramento continuo della qualità assistenziale¹⁵⁻²⁴.

Come ampiamente dimostrato nel presente studio, svolto nell'UOGI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) Policlinico Umberto I di Roma, la documentazione delle attività clinico-assistenziale rappresenta un tassello fondamentale, indispensabile allo sviluppo e alla tracciabilità del processo di nursing. A fronte della necessità di migliorare l'assistenza all'utente, è importante che il pro-

fessionista sanitario presti particolare attenzione alla sua compilazione, che deve essere appropriata sia in termini qualità che quantità di contenuti, al fine di rendere visibile e certificato il processo assistenziale personalizzato.

Diversi sono gli strumenti validati ed elaborati in maniera specifica per effettuare una valutazione quali-quantitativa della documentazione infermieristica. Il presente studio prende come riferimento principe il D-Catch⁵⁻⁷⁻¹⁴⁻²⁵ sviluppato nei Paesi Bassi nel biennio 2007-2008 e validato in Italia nel 2017 (kappa ponderata ≥ 0.62)²⁵, considerato dagli autori il più idoneo al contesto di riferimento.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo dello studio è quello di confrontare, attraverso una procedura di cross-matching XX, le diagnosi infermieristiche formulate dal personale infermieristico in servizio presso l'UOGI del Policlinico Umberto I di Roma e quelle del NANDA-I²⁶. Il presente lavoro ambisce ad identificare le eventuali differenze e incongruenze tra il linguaggio utilizzato nella pratica quotidiana e la tassonomia di riferimento, evidenziando il livello di accuratezza nella formulazione della diagnosi infermieristica.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'analisi retrospettiva delle cartelle infermieristiche compilate nell'anno 2015 nell'UOGI in oggetto e studio delle relative diagnosi in esse contenute. Il protocollo ha ottenuto l'autorizzazione da parte del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, garante del trattamento dei dati. Al fine di tutelare la privacy delle informazioni personali e sensibili, a ciascuna cartella è stato assegnato un codice identificativo del tutto casuale.

Dalle cartelle infermieristiche raccolte sono stati estrapolati i dati di interesse di tipo quantitativo (caratteristiche generali della popolazione) e qualitativo (diagnosi infermieristiche formulate dagli operatori); quest'ultima categoria di dati è stata poi tradotta in variabili numeriche quantitative e sottoposte a cross-matching, condotto secondo il metodo di Frauenfelder et al. 6 e considerato dagli autori il più valido e idoneo per la presente tipologia di studio²⁶⁻³⁷. Attraverso un grading dei termini diagnostici, si è tentato di esaminare la completezza, l'appropriatezza linguistica, nonché l'accuratezza delle diagnosi formulate. In relazione alle Direttive Aziendali, il linguaggio standardizzato a cui si è fatto riferimento è il NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association - International)³⁸, ampiamente proposto in letteratura, per essere esaustivo nella completezza dei domini, incisivo per la comparazione dei dati ed

continua da pagina 19

estendibile all'interno dei sistemi elettronici ⁶⁻¹⁰⁻²⁵⁻³⁹.

Popolazione di studio

La popolazione, in prevalenza di genere maschile (60.6%) rispetto a quella femminile (39.4%), presenta un'età media di 63.31 anni (moda e mediana: 66; DS: ± 18.62) e una degenza media di 17.35 giorni (moda: 2; mediana: 8; DS ± 40.69). I reparti maggiormente rappresentativi dai quali tali degenti provengono sono Medicina generale (15.2%), DEA (13.1%) e Chirurgia d'urgenza (12.1%). La maggioranza dei pazienti ricoverati risulta essere dimessa a domicilio (67.7%) e presso cliniche di riabilitazione (11.1%).

Criteri di inclusione

Sono state prese in considerazione tutte le cartelle infermieristiche (per un totale di 99) riguardanti utenti che sono stati registrati e ricoverati nell' UOGI dal 1° gennaio 2015 al 1° gennaio 2016 e la cui documentazione ha interessato tutto l'iter della degenza. Per 7 pazienti inclusi nello studio (7.07%) sono state formulate due diagnosi infermieristiche.

Criteri di esclusione

Partendo da un numero totale di 99 cartelle cliniche incluse, per il 7,07% (ovvero, per 7 cartelle) è stata ritrovata la presenza di due diagnosi infermieristiche. Il campione di potenziali piani assistenziali è stato così ampliato a 106: di questi, 9 casi (8,5%) contenevano esclusivamente informazioni anagrafiche ed erano totalmente carenti di informazioni relative al piano assistenziale. Tali osservazioni sono state escluse dalla procedura di cross-matching. Il totale delle diagnosi analizzate, pertanto è stato di 97.

Strumenti

La cartella infermieristica, in uso nell'UOGI in cui si è svolto lo studio, è così strutturata:

Tabella 1. Struttura della cartella infermieristica in uso un UOGI

Scheda di raccolta dati (in accordo alla teoria dei bisogni di Virginia Henderson)
Parametri vitali
Bilancio dei liquidi e del sangue
Presidi sanitari
Prescrizioni diagnostiche
Scheda di rilevazione delle infezioni
Scala di Conley di valutazione del rischio di caduta del paziente
Valutazione del rischio di insorgenza lesioni da pressione
Monitoraggio clinico delle lesioni da pressione
Monitoraggio del dolore
Scheda delle medicazioni
Scheda infermieristica di dimissione
Scheda infermieristica di trasferimento.

Analisi Statistica

Il totale delle diagnosi analizzate è 97.

Si è proceduto ad una suddivisione preliminare delle diagnosi nelle loro tre componenti principali come di seguito descritto:

- Focus diagnostico (prima parte)
- Fattori eziologici e contribuenti (fattori correlati e secondari) (seconda parte)
- Segni e sintomi (terza parte).

Tramite criteri di analisi quantitativi, applicando il metodo PES, è stato possibile valutare la presenza di tutte le componenti della diagnosi infermieristica: il quesito con cui ci si è orientati è il seguente: "Sono presenti tutti i componenti PES della diagnosi?". I criteri di analisi qualitativi, che hanno risposto alla domanda: "Qual è la qualità della descrizione rispetto alla pertinenza, non ambiguità e correttezza linguistica?" ¹⁴ hanno valutato la corrispondenza linguistico-concettuale con la tassonomia di riferimento [38]. Mediante l'attribuzione di un punteggio, come di seguito indicato, si è tentato

Tabella 2. Criteri e valori di riferimento per la classificazione delle componenti diagnostiche

Punteggio	Criteri quantitativi	Descrizione
		Criteri qualitativi
-1	Focus diagnostico presente	Sebbene il focus diagnostico sia presente all'interno della diagnosi infermieristica, non risulta contemplato dalla tassonomia NANDA, manifestandosi, pertanto, errato.
0	Componente assente	Componente assente
0,25	La componente è presente	Sebbene presente, la variabile analizzata non risulta idonea per la diagnosi formulata e non risponde alle direttive linguistiche e concettuali della tassonomia di riferimento.
0,50	La componente è presente	Sebbene presente e individuata, la variabile risponde concettualmente alla diagnosi infermieristica di riferimento (NANDA-I), ma linguisticamente non risulta adeguata.
0,75	La componente è presente	La variabile si presenta concettualmente adeguata, mostrando tuttavia delle differenze linguistiche con la tassonomia di riferimento.
1	La componente è presente	NANDA-I, sia da un punto di vista concettuale che tassonomico

di esaminare la corrispondenza con quanto previsto dalla tassonomia NANDA-I (Tabella 2).

Per la valutazione globale, si è proceduto alla somma dei valori attribuiti alle singole componenti diagnostiche e alla categorizzazione in cluster, assegnando un valore finale alla diagnosi che va da un minimo di 0 a un massimo di 3, in base alla corrispondenza con il linguaggio di riferimento ⁴⁰ (Tabella 3).

Il riferimento utilizzato è il "Manuale delle Diagnosi infermieristiche applicate alla pratica clinica" di Lynda J. Carpenito ⁴⁰.

I dati sono stati raccolti e analizzati attraverso il software statistico IBM® SPSS® Statistic, versione 21, che ha permesso di condurre un'analisi descrittiva dei dati (indici di tendenza centrale e di dispersione) quantitativi (caratteristiche della popolazione) e di trasformare in quantitativi variabili qualitative (diagnosi infermieristiche), raggruppandoli in categorie.

Per la documentazione priva di informazioni è stato attribuito un valore casuale (999).

**Supplemento
Ricerca infermieristica**

Tabella 3. Valori finali attribuiti alle diagnosi analizzate, dopo categorizzazione in cluster

Punteggio	Denominazione / PES	Descrizione
0	No-match (?+?+?)	Assegnato a tutte quelle diagnosi che presentano un titolo diagnostico non contemplato dalla tassonomia NANDA (esempio: rischio di compromissione della funzionalità epatica -> RC: disfunzione epatica; rischio di insufficienza urinale -> eliminazione urinaria compromessa).
1	Partial match (P+?+?)	Assegnato alle diagnosi che presentano solo il titolo diagnostico (focus) o i fattori correlati e secondari, se presenti, non soddisfano né a livello tassonomico, né concettuale il quesito diagnostico (errati e/o inesistenti). Non sono stati mappati né concettualmente, né da un punto di vista tassonomico (esempio: rischio di infezione della ferita chirurgica -> rischio di infezione correlato a sede di possibile invasione di microrganismo secondaria a intervento chirurgico).
2	Close match (P+E+S; P+E+?; P+?+S).	Adibito alle diagnosi che presentano almeno 2 variabili su 3 e sono corrispondenti da un punto di vista concettuale ma non tassonomico (esempio: compromissione della mobilità correlata a diminuzione delle funzioni motorie -> mobilità compromessa, correlata a riduzione della forza muscolare e della resistenza, secondaria a X, che si manifesta con X).
3	(P+E+S)	cadute correlato a storia di incidenti).

Per quanto concerne la seconda parte delle diagnosi infermieristiche, risponde ad un full-match il 10.30% e ad un close match il 62.8% mentre il 26.80% delle diagnosi non riporta fattori correlati e secondari (punteggio 0 / no-match). Riguardo la terza parte della diagnosi “Segni e Sintomi”, il 60.8% del risultato risulta esatto, mentre il 39.2% invece, errato (Tabella 6).

Cross-matching delle diagnosi infermieristiche

Analizzando le diagnosi nella loro completezza, l’analisi delle frequenze riporta come moda il valore “1” (38.14%) (Tabella 7).

Sebbene buona parte delle diagnosi nella loro totalità sia stata positivamente mappata,

RISULTATI

Focus diagnostico

I primi dati analizzati sono stati i titoli diagnostici.

Sul totale rinvenuto (N=97), “Ansia”, “Dolore acuto”, “Dolore cronico”, “Paura”, “Rischio di infezione”, “Rischio di sindrome da immobilizzazione”, “Sindrome da deficit nella cura di sé”, “Sindrome da immobilizzazione”, e “Rischio di cadute” sono conformi alla tassonomia di riferimento e rivestono la maggioranza dei titoli identificati (42.26%). I titoli che hanno mostrato come risultato un close-match corrispondono al 40.20% (N=39): nella tabella che segue, è mostrato il corrispettivo appartenente alla tassonomia NANDA-I (Tabella 4).

È stata riscontrata una minoranza di titoli diagnostici (17.52%) non contemplata dalla tassonomia NANDA (punteggio -1 / No-match). I riferimenti mostrano le motivazioni per cui ai seguenti titoli è stato attribuito tale punteggio (Tabella 5)⁴¹⁻³.

Fattori correlati e secondari, segni e sintomi

Tabella 4. Matching dei titoli diagnostici che rispondono ad un Close match e relative frequenze.

Focus diagnostico UOGI	N	Corrispondente NANDA – I
Compromissione dell’integrità cutanea	1	Integrità cutanea compromessa
Compromissione della mobilità	13	Mobilità compromessa
Compromissione dell’integrità cutanea in paziente diabetico allettato	1	Integrità cutanea compromessa in paziente diabetico allettato
Compromissione della comunicazione	2	Comunicazione compromessa
Difficoltà nella comunicazione verbale	1	Comunicazione verbale compromessa
Compromissione della deambulazione	1	Deambulazione compromessa
Compromissione della deglutizione	3	Deglutizione compromessa
Deficit del regime alimentare	1	Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico
Nutrizione inferiore al fabbisogno	1	Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico
Nutrizione superiore al fabbisogno	1	Nutrizione squilibrata: superiore al fabbisogno metabolico
Paziente a rischio caduta	1	Rischio di cadute
Stato in cui la persona ha una aumentata probabilità di caduta accidentale	1	Rischio di cadute
Rischio di complicanze per crisi compulsive	1	RC: stato epilettico
Rischio di compromissione dell’integrità cutanea	2	Rischio di integrità cutanea compromessa
Rischio di emorragia	1	Rischio di sanguinamento
Paziente rischia di non mantenere la temperatura corporea	3	Rischio di squilibrio della temperatura corporea
Rischio di alterata temperatura corporea	1	Rischio di squilibrio della temperatura corporea
Rischio aumento temperatura corporea maggiore di 38	1	Rischio di ipertermia
Rischio di inefficace funzionalità respiratoria	2	Rischio funzionalità respiratoria inefficace
Rischio di squilibrio della temperatura corporea	1	Rischio di temperatura corporea squilibrata
Totale	N=39	F: 40.2%

continua da pagina 21

solo per il 11.34% si è verificato un Full match: “Rischio di infezione, correlato a sede di possibile invasione di microrganismi, secondario a intervento chirurgico” (n=8), “Rischio di cadute correlato a storia di incidenti” e “Sindrome da immobilizzazione” (n=1) risultano, nel loro complesso, quelle formulate correttamente.

Raggruppamento diagnostico

È stato effettuato, infine, un raggruppamento diagnostico, in accordo con la classificazione NANDA-I²⁰:

“Rischio di infezione” (n=13; 13.4%) e “Rischio di cadute” (n=21; 21.64%), tra quelle maggiormente presenti, corrispondono perfettamente al linguaggio di riferimento. “Mobilità compromessa” (n=14; 14.43%), sebbene presente più volte all’interno dell’analisi, corrisponde da un punto di vista concettuale ma non tassonomico. Possiamo dunque considerare la diagnosi “Rischio di infezione” quella più frequentemente utilizzata e con la corretta terminologia.

DISCUSSIONE

Lo studio condotto ha permesso di analizzare, attraverso un confronto con la tassonomia NANDA – I, il grado di accuratezza nella formulazione della diagnosi infermieristica dell’UOGI romana. I risultati emersi potrebbero far ipotizzare la poca familiarità con il linguaggio di riferimento e con il processo diagnostico più in generale.

Generalmente, le cause per cui i dati raccolti risultino spesso essere carenti, nonostante si cerchi di introdurre una metodologia sistematica e standardizzata, sembrerebbero essere legate da un lato ai tempi di degenza del paziente che, se eccessivamente brevi, richiederebbero uno strumento di raccolta dei dati più preciso e immediato. Dall’altro, è probabile che l’impegno necessario agli

operatori per raccogliere informazioni complete ed esaustive potrebbe ritardare le tempistiche dell’attività clinico-assistenziale ordinaria. Sebbene vi sono importanti prove a carattere scientifico che dimostrano il legame tra DI ed esiti del paziente, è possibile che la fase di raccolta dati e documentazione della cartella sia maggiormente vissuta come una mansione da svolgere e non come importante fase di supporto al giudizio clinico⁵⁻¹⁰⁻⁴⁴.

Proprio per questo motivo, è fortemente raccomandata l’introduzione di sistemi elettronici (Electronic Patient Records -EPR) e di data set infermieristici affidabili (Nursing Minimum Data Set – NMDS)³⁹⁻⁴⁵⁻⁴⁹ all’interno della pratica clinica quotidiana che, associati ad interventi formativi circa l’utilizzo di un SNT nella UOGI

Tabella 5. Matching dei titoli diagnostici che non risultano nella tassonomia NANDA-I, relative frequenze e riferimenti

Focus diagnostico UOGI	N	Corrispondente NANDA - I	Motivazione
Rischio di insufficienza urinale	1	Eliminazione urinaria compromessa	-
Paralisi parziale	1	Compromissione della mobilità	-
Rischio di inefficace autogestione della salute	4	Inefficace autogestione della salute	-
Rischio di inefficace gestione della salute	1	Inefficace gestione della salute	-
Rischio di compromissione della funzionalità epatica	1	RC: disfunzione epatica	La condizione richiede interventi in collaborazione con la medicina. Pertanto, sarebbe auspicabile utilizzare il problema collaborativo.
Rischio di inefficace liberazione delle vie aeree	2	Liberazione delle vie aeree inefficace	-
Rischio di nutrizione inferiore al fabbisogno	1	Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico	-
Deficit della cura di sé	4	Sindrome da deficit della cura di sé**	Qualora siano coinvolti tutti e cinque gli ambiti (alimentazione, bagno, strumentale, uso del gabinetto, vestirsi), sarebbe auspicabile utilizzare la dicitura “Sindrome da deficit della cura di sé”
Funzionalità respiratoria compromessa	1	Rischio di funzionalità respiratoria inefficace	-
Inefficace perfusione tissutale	1	Rischio di integrità tissutale compromessa	In relazione alla Malattia di Raynaud, la diagnosi esatta è la seguente: “Rischio di integrità tissutale compromessa (ulcere ischemiche), correlato a vasospasmo”.
Totale	N=17	F: 17.52%	

Tabella 6. Matching dei fattori correlati, secondari e segni e sintomi e relative frequenze

	Full match		Conceptual match		No match	
	N	%	N	%	N	%
Fattori correlati e secondari	10	10.3	61	62.8	26	26.8
Segni e sintomi	59	60.8	-	-	38	39.2

Tabella 7. Tabella di contingenza dell'analisi condotta

	Valore assegnato							
	0		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Full match NANDA-I	14	14.43	37	38.74	35	36.08	11	11.34

di riferimento, si dimostrerebbero di valido supporto al ragionamento critico e scientifico e per il raggiungimento dell'outcome assistenziale⁵⁻¹⁰⁻⁴⁴. Sebbene esistano molteplici classificazioni, l'obiettivo di uniformare il vocabolario è ancora lontano dal raggiungimento¹⁰. In Italia, nonostante esistano sistemi elettronici all'interno delle strutture sanitarie più avanzate, la documentazione infermieristica è in gran parte ancora cartacea e redatta su testo libero⁵⁰, molto spesso senza l'utilizzo di una tassonomia universalmente condivisa. Attualmente, essendo l'impatto dell'assistenza infermieristica sugli esiti dei pazienti (NSO) non del tutto messo in luce⁵¹⁻⁵² e i risultati documentati sulla base di diagnosi e procedure mediche, Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e Diagnosis Related Group (DRG), potrebbe essere auspicabile l'introduzione della Complessità Assistenziale all'interno del sistema di rimborso ospedaliero italiano²⁵. Come i DRG, ma costruito su informazioni di natura infermieristica, sarebbe in grado di rafforzare l'identità professionale degli operatori e conferire un grosso valore all'assistenza, ottenendo una efficiente gestione delle risorse, un valido sostegno e maggiore visibilità per l'Ordinamento Professionale e permetterebbe di raggiungere migliore outcome per il paziente⁶⁻⁸⁻¹⁰⁻²⁵⁻⁵¹⁻⁵⁶. Condurre una simile valutazione, se possibile con strumenti specifici nati per questo scopo⁵⁻²⁵, può avere effetti positivi sui processi di nursing, mettendo in luce le criticità presenti da un punto di vista semantico e migliorando così il corretto passaggio delle informazioni¹⁰. Documentare in maniera accurata il processo di nursing e mettere in relazione tali informazioni con altri dati, potrebbe essere utile per incrementare la ricerca, la pianificazione assistenziale e il management e per dimostrare la relazione tra documentazione infermieristica e outcome del paziente⁶⁻⁷⁻²⁵⁻⁵⁶. Uno strumento quale il D-Catch potrebbe fungere da indicatore di accuratezza della diagnosi infermieristica e di tutto il processo assistenziale, dando informazioni anche sulla qualità delle cure erogate⁵.

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto alcun finanziamento specifico da parte di agenzie di finanziamento nei settori pubblico, commerciale o non profit.

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non hanno conflitti di interesse associati a questo studio

Limiti dello studio

La mancata compilazione ed elaborazione di una diagnosi accu-

rata, non ha permesso agli autori di esplorare il grado di accuratezza e correlazione tra formulazione della diagnosi ed obiettivi e interventi. Inoltre, dato l'esiguo numero di cartelle infermieristiche raccolte, sarebbe auspicabile un ulteriore studio che coinvolga un maggior numero di cartelle infermieristiche, che consentirebbe di migliorare la qualità dei nostri risultati, riducendo possibili bias statistici.

* Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Sapienza, Università di Roma

** Dottore di Ricerca in Metodologia della Ricerca
in Scienze Infermieristiche. Direttore di Dipartimento delle
Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Umberto I, Roma. Docente di Discipline Infermieristiche
in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Dipartimento di Sanità
Pubblica e Malattie Infettive Sapienza, Università di Roma

*** Docente di Discipline Infermieristiche
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Sapienza, Università di Roma

**** Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità
Pubblica Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione
Università degli studi di Tor Vergata, Roma

***** Dottore in Infermieristica
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Sapienza, Università di Roma

***** Dottore di Ricerca in Scienze Infermieristiche
e Sanità Pubblica
Docente di Discipline Infermieristiche Dipartimento di Medicina
Cllnica e Molecolare Facoltà di Medicina e Psicologia
Sapienza, Università di Roma

* Corresponding author: **Mariachiara Figura**, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.
E-mail: chiarafigura9@gmail.com

<https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-28>

continua da pagina 23

BIBLIOGRAFIA

1. The Joint Commission. Hospital accreditation standards. Oakbrook, IL. 2012.
2. World Alliance for Patient Safety, World Health Organization, W.H.O. Guidelines for Safe Surgery. 1st edn. WHO Press, Geneva. 2008:127-128.
3. CEN- European Committee for Standardization Technical Committee 251. Health Informatics, systems of concepts to support nursing prENV 14032. 2000. Brussels, Belgium: Author.
4. Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, relativa all'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Disponibile a: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32011L0024> Ultimo accesso: 21 febbraio 2019.
5. D'Agostino F, Barbaranelli C, Paans W, Belsito R, Vela RJ, Alvaro R, Vellone E. Psychometric evaluation of the D-Catch, an instrument to measure the accuracy of nursing documentation. *Int J of Nurs Know.* 2017;(28)3:145-152.
6. Fraunfelder F, Van Achterbeg T, Needham I, Muller-Staub, M. Nursing diagnosis in inpatient psychiatry. *Int J of Nurs Know.* 2016;(27)1:24-34.
7. Paans W, Muller-Staub M. Patients' care needs: documentation analysis in general hospitals. *Int J of Nurs Knowl.* 2015;(26)4:178-186.
8. Ferreira AM, Rocha Edo N, Lopes CT, Bachion MM, Lopes Jde L, Barros AL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm.* 2016;(69)2:307-15.
9. Lunney M. Nursing assessment, clinical judgment, and nursing diagnoses: How to determine accurate diagnoses. In T. H. Herdman (Ed.) *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification.* Oxford: Wiley-Blackwell. 2012-2014:71-89.
10. Goossen, W. Cross-mapping between three terminologies with the international standard nursing reference terminology model. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2006;17(4):153-164.
11. De Carvalho EC, Eduardo AHA, Romanzini A, Simão TP, Zamarioli CM, Garbuio DC, Herdman TH. Correspondence Between NANDA International Nursing Diagnoses and Outcomes as Proposed by the Nursing Outcomes Classification. *Int J Nurs Knowl.* 2018;29(1):66-78.
12. Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Van der Schans C. Development of a measurement instrument for nursing documentation in the patient record. *Studies in Health Technology and informatics.* 2009;146:297-300.
13. Di Simone E, Giannetta N, Auddino F, Cicotto A, Grilli D, Di Muzio M. Medication errors in the emergency department: knowledge, attitude, Behaviour and training needs of nurses. *Ind J of Crit Care Med.* 2018;22(5):346-352.
14. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP (Doenges & Moorhouse 2003). D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *J Adv Nurs.* 2010 Jun;66(6):1388-400. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x.
15. Decreto Commissario ad Acta n. 247 del 25 Luglio 2014. Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio.
16. Decreto del Commissario ad Acta n. 428/2013. Percorso attuativo delle case della salute.
17. Decreto del Commissario ad Acta n. 87/2009. Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012: Integrazioni e modifiche.
18. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale* 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
19. Decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512. Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali. (*Gazzetta Ufficiale* 29 agosto, n. 201).
20. Delibera Commissario ad Acta - Consiglio dei Ministri, 21 marzo 2013. Disponibile alla pagina: http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_normativa/DCA_U00002_09_01_15_Terne_Alba.pdf. Consultato in data: 30 Giugno 2017.
21. Regione Lazio, Direzione Salute e integrazione sociosanitaria. Istituzione Gruppo di Lavoro per la predisposizione delle linee d'indirizzo regionali su: "Unità di Degenza a Gestione Infermieristica - Modello organizzativo". Atti dirigenziali di Gestione Determinazione 11 settembre 2014;G12842
22. Regione Lazio. Piano Sanitario Regionale 2010-2012. 2010.
23. Croce D, Sebastiano A, Genduso G. Le innovazioni nella progettazione degli assetti organizzativi in sanità. In "Sanità Pubblica e Privata". 2007;4.
24. Moroni P, Colnaghi E, Bonfanti M, Casartelli L, Croce D, Foglia E, Porazzi E. Nuovi "modelli modulari di cura": l'intensità di cura a dimensione variabile. Il caso dell'Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate. In *Sanità Pubblica e Privata.* 2011;3:46-57.
25. D'Agostino F, Zeffiro V, Vellone E, Ausili D, Belsito R, Leto A, Alvaro R. Cross-Mapping of Nursing Care Terms Recorded in Italian Hospitals into the Standardized NNN Terminology. *Int J Nurs Knowl.* 2018;0(0):1-10.
26. Gonçalves Pires V, Ferreira Santana R, Mendes de Araújo C, Ramos Rosembach de Vasconcellos I, de Almeida Marques Oliveira L, Solange de Silva M. Postoperative home visit in orthopedics: diagnosis mapping and nursing interventions. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE.* 2018;12(6):1593-1602.
27. Tosin MHS, Campos DM, Blanco L, Santana RF, de Oliveira BGRB. Mapping nursing language terms of Parkinson's disease. *Revista da Escola de Enfermagem.* 2015;49(3):409-416.
28. Alves VC, Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRFD. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;21(25):e2986.
29. Tannure MC, Salgado Pde O, Chianca TC. Cross-Mapping: diagnostic labels formulated according to the ICNP® versus

- diagnosis of NANDA International. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):972-8.
30. Da Silva MR, Silva DO, Dos Santos TI, Rodrigues AB, Barbosa DA. Mapping of nursing diagnoses, results and interventions in an oncology unit. *Revista Enfermagem.* 2017;25(1):e15133
31. Silva RA, Martins AKL, De Castro NB, Butcher HK, Da Silva VM. Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. *Investigacion y Educacion en Enfermeria.* 2017;35(3):306-319.
32. Silva VG, De Pereira JMV, Da Figueiredo, LS, Guimarães TCF, Cavalcanti ACD. Nursing diagnoses in children with congenital heart disease: Cross mapping. *ACTA Paulista de Enfermagem.* 2015;28(6):524-530.
33. Campos DM, De Siqueira Tosin MH, Blanco L, Santana R.F, De Oliveira BGRB. Nursing diagnoses for urinary disorders in patients with Parkinson's disease. *ACTA Paulista de Enfermagem.* 2015;28(2):190-195.
34. Moreira RAN, Caetano JA, Barros LM, Galvão MTG. Nursing diagnoses, related factors and risk factors during the postoperative period following bariatric surgery. *Revista da Escola de Enfermagem.* 2013;47(1):165-172.
35. Aquino RD, Fonseca SM, Lourenço EPL, Leite AL, De Cássia Bettencourt AR. Mapping nursing diagnoses in a pulmonology unit. *ACTA Paulista de Enfermagem.* 2011;24(2):192-198.
36. Azevedo C, Ferreira de Mata LR, Costa Faleiro J, Aparecida Ferreira M, Pedroso de Oliveira S, Campos de Carvalho E. Classificação de intervenções de enfermagem para planejamento de alta médica a pacientes com stomia intestinais. *Journal of Nursing. Revista de Enfermagem UFPE.* 2016;10(2):531-38.
37. North American Nursing Diagnosis Association National Conference Miami, FL. NANDA International. Diagnosi Infermieristiche, definizioni e classificazione 2012-2014, Milano, Casa Editrice Ambrosiana. 2012.
38. Schwirian PM, Thede L. Informatics: The Standardized Nursing Terminologies: A National Survey of Nurses' Experience and Attitudes--SURVEY II: Participants, Familiarity and Information Sources. *Online J Issues Nurs.* 2012; 17(2): 1-1. 1p.
39. Carpenito-Moyet L.J. Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica. Ambrosiana, Milano, VI ed. 2014.
40. Carpenito, L.J. Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche. 6° ed. Casa Editrice Ambrosiana. 2014:506.
41. Carpenito, L.J. Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche. 6° ed. Casa Editrice Ambrosiana. 2014:644.
42. Carpenito, L.J. Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche. 6° ed. Casa Editrice Ambrosiana. 2014:799.
43. Palese A, Colognese S, Pellicciari C, Mecugni D, VISPA's group. Implementation strategies of Measurement Instruments and Their Validity as Adopted in Italian Hospital Nursing Practice: An Italian cross-sectional study. *Int J Nurs Know.* 2012;23(2):75-85.
44. Palese A, Zanini A, Carlevaris E, Morandin A, Carpanelli I, Dante A. Hidden outpatient oncology Clinical Nursing Minimum Data Set: Findings from an Italian multi-method study. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;(17):423-428.
45. Zega M, D'Agostino F, Bowles KH, De Marinis MG, Rocco G, Vellone E, Alvaro R. Development and validation of a computerized assessment form to support nursing diagnosis. *Int J Nurs Knowl.* 2014;25(1):22-9.
46. D'Agostino F, Zega M, Rocco G, Luzzi L, Vellone E, Alvaro R. Impact of a nursing information system in clinical practice: a longitudinal study project. *Ann Ig.* 2013;25(4):329-41.
47. Beckers Marques de Almeida DM, Mendes Bertonecello Fontes C. Creating electronic screens in a hospital information system using nursing classifications. *Revista Eletronica de Enfermagem.* 2013; 15(4): 956-964.
48. D'Agostino F, Vellone E, Tontini F, Zega M, Alvaro R. Development of a computerized system using standard nursing language for creation of a nursing minimum data set. *Prof Inf.* 2012; 65(2):103-109.
49. Palese A, Tameni A, Ambrosi E, Albanese S, Barausse M, Benazzi B, De Togni S, Doro R, Eccher C, Fattori M, Franchini P, Girlanda M, Gobetti D, Guarino L, Lazzeri R, Moreale R, Ricci N, Venturini M, Villa G, Zonzini E, Saiani L. Clinical assessment instruments validated for nursing practice in the Italian context: a systematic review of the literature. *Ann Ist Super Sanità.* 2014;50(1):67-76.
50. Tibaldi L, Figura M, Chiefari RL, Roncone A, Giannetta N, Dionisi S, Cianciulli A, Fiorinelli M, Chiarini M, Di Simone E, Di Muzio M. Assistenza Infermieristica ed esiti sensibili. Unità operativa a gestione infermieristica: uno studio retrospettivo. *Health Professionals Magazine, HPM* 2019;7(1):1-6. (ISSN: 2282-3425), DOI: 10.12864/HPM.2019.166 - INDEXED IN ROAD, the Directory of Open Access scholarly.
51. Tibaldi L, Figura M, Di Muzio M, Rocco G. Gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica in un'unità operativa a gestione infermieristica. Centro di Eccellenza per la Cultura Infermieristica. *Scientific Annual Report.* 2018:94-98.
52. Cesa S, Casati M, Galbiati G, Colleoni P, Barbui T, Chiappa L, Capitoni E. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e i sistemi elettronici per la raccolta di dati clinici: una revisione della letteratura. *L'infermiere.* 2014;51(3):e37-45.
53. Zega M, D'Agostino F, Alvaro R, Rocco G. Impatto del professional assessment instrument. Utilizzo del Nursing Minimum Data Set del PAI per descrivere l'assistenza infermieristica e valutare il suo impatto. Centro di Eccellenza per la Cultura Infermieristica. *Scientific Annual Report.* 2016:79-84.
54. Oliveira FP, Oliveira BG, Santana RF, Silva Bde P, Candido Jde S. Nursing interventions and outcomes classifications in patients with wounds: cross-mapping. *Rev Gaucha Enferm.* 2016 Jun;37(2):e55033.
55. Sansoni J, Luzzi L, Degan M, Woinowski G, La Torre E, Giustini M, Bonardi S, Palese, A, Colognese, S, Pellicciari, C, Mecigni, D. Italian translation and validation of the ICNP Beta (International Classification for Nursing Practice). *Prof Inferm.* 2002;55(2):66-77.
56. Farrow C. A Comparison between the feeding practices of parents and grandparents. *Eating Behaviors. Eat Behav.* 2014;15(3):339-42.

Supplemento
Ricerca infermieristica

L'educazione terapeutica nel paziente diabetico in tema di prevenzione e controllo della malattia: primi risultati

Therapeutic education for diabetic patient in disease prevention and control: first results

* Mariangela D'Amora, ** Francesco Serra, *** Bartolomeo D'Amora, **** Martina Abilitato, ***** Adele Maria Marzocco

RIASSUNTO

Introduzione: Il diabete è una malattia cronica multiorgano con severe complicanze acute e croniche. Un buon equilibrio metabolico nel paziente diabetico è fondamentale per la prevenzione delle complicanze e può essere ottenuto semplicemente apportando modifiche al suo stile di vita. Per raggiungere tale obiettivo è di fondamentale importanza il ruolo dell'infermiere esperto in diabetologia per l'educazione terapeutica del paziente diabetico.

Materiali e Metodi: L'indagine conoscitiva è stata condotta da Aprile a Settembre 2018. Sono stati somministrati n. 260 questionari ai pazienti afferenti a due ambulatori specialistici di diabetologia della provincia di Napoli dove da sempre è prevista la figura infermieristica accanto al diabetologo.

Risultati: L'analisi ha mostrato 3 punti fondamentali: 1) elevata consapevolezza dei rischi della patologia, 2) elevata aderenza alla dieta, ma una scarsa adesione all'attività fisica, 3) scarso controllo della malattia associata a misurazioni glicemiche capillari non periodiche.

Discussione: I risultati della nostra indagine confermano la necessità di implementare l'educazione terapeutica al fine di migliorare il controllo glicemico dei pazienti e nel contempo prevenire le complicanze acute e croniche della patologia. Occorre oggi rimodulare l'organizzazione dei servizi di diabetologia e dei team diabetologici per fornire ai pazienti una cura più efficace.

KEYWORDS: *Diabete mellito tipo 2; prevenzione diabete; iperglicemia; Autocura.*

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is a multi-organ chronic disease with chronic and acute complications.

A good metabolic balance in diabetic patient is crucial to prevent complications and can be obtained with adequate lifestyle changes. A key role in reaching this objective is the therapeutic education of diabetic patients made by nurse expert in diabetology.

Materials and Methods: The survey had been conducted between April and September 2018. 260 questionnaires were spread among the patients addressed to two specialized outpatient clinic in the province of Naples, where nurses were always present with diabetologists.

Results: The analysis showed three main results: 1) a high level of awareness of disease dangers, 2) a high compliance to the diet but not to the physical exercise, 3) a poor disease control in terms of regular blood sugar level measurement.

Discussion: The results show the need to enhance therapeutic education to improve patients' blood sugar levels monitoring while also preventing chronic and acute complications of the disease.

We need to reconsider the organization of diabetes Unit and diabetes team in order to provide more effective treatment.

KEYWORDS: *Type 2 Diabetes mellitus; prevention diabetes; Hyperglycemia; Self care.*

INTRODUZIONE

La malattia diabetica è quasi raddoppiata negli ultimi 16 anni con una prevalenza globale che dal 4.6% del 2001 è incrementata sino al 9.1% nel 2017[1].

Si stima che entro il 2045 la prevalenza

del diabete sia destinata a salire fino all'11.7% della popolazione globale e questo comporterà un rischio più elevato di complicanze cardiovascolari² e in generale un'aspettativa di vita ridotta, qualunque sia l'età di esordio della malattia.

La cura del diabete mellito coinvolge di-

verse figure professionali aventi tutte l'obiettivo di mantenere lo stato di salute fisica, psicologica e sociale del paziente³ rallentando o evitando le complicanze ad esso associate, grazie anche all'educazione terapeutica⁴. Quest'ultima non sostituisce la visita medica, ma si deve integrare con

Supplemento Ricerca infermieristica

essa ed è utile anche se fatta in gruppo⁵⁻⁶. Per programmare gli interventi educativi bisogna valutare le conoscenze dei pazienti in merito ai rischi della patologia e indagare sui loro comportamenti al fine di migliorarne la compliance⁷.

Gli interventi educativi infermieristici e multiprofessionali sono da sempre oggetto di studio della letteratura internazionale⁸, e hanno fornito sempre ottimi risultati⁹. Abbiamo pertanto elaborato un questionario ad hoc e analizzato in un modello multivariato le variabili utilizzate, grazie ad uno studio pilota, per valutare in che modo le conoscenze e i comportamenti dei pazienti diabetici possano incidere sull'evoluzione della malattia, sulla prevenzione delle complicanze e quanto l'infermiere possa contribuire nel promuovere stili di vita sani attraverso l'educazione e l'informazione¹⁰.

Obiettivo dello studio

Gli scopi dello studio sono:

1. Valutare le conoscenze dei pazienti diabetici in merito alle complicanze del diabete;
2. Indagare sui comportamenti dei pazienti diabetici;
3. Identificare il profilo del paziente diabetico consapevole dei rischi associati alla patologia e che attua le necessarie misure preventive, al fine di orientare l'assistenza al potenziamento degli aspetti meno trattati;
4. Verificare che l'educazione terapeutica effettuata dagli operatori sanitari sia uno strumento di prevenzione efficace per ridurre le complicanze.

MATERIALI E METODI

Popolazione di studio

Il campione di riferimento è rappresentato dall'insieme dei pazienti selezionati in modo casuale, tra quelli che si sono recati per le visite diabetologiche presso gli ambulatori di diabetologia del Distretto Sanitario 27 dell'ASL Napoli 1 Centro e del C.M.O. srl di Torre Annunziata, tra Aprile e Settembre 2018. Al campione dei pazienti è stato somministrato il nostro questionario.

Il protocollo di studio è stato sviluppato

in accordo con le linee guida della dichiarazione di Helsinki per studi clinici. È stata concessa l'autorizzazione per la somministrazione dei questionari sia dall'ASL Napoli 1 Centro che dal C.M.O. srl.

Tutti i pazienti che sono inclusi in questo studio avevano letto e capito il consenso informato e la restituzione del questionario era implicita accettazione della partecipazione allo studio.

Criteri di inclusione

- Essere affetti da patologia diabetica;
- Avere, per la legge italiana, maggiore età;
- Perfetta comprensione della lingua italiana;
- Aver letto e compreso il consenso informato.

Criteri di esclusione

- Pazienti con alterazioni dal punto di vista cognitivo o con uno status mentale compromesso;
- Pazienti che non hanno padronanza della lingua italiana;
- Volontà a non voler partecipare allo studio.

Strumenti

Nella fase preliminare della ricerca abbiamo definito l'oggetto di studio in base alle ricerche di revisioni della letteratura che confermassero la nostra ipotesi, cioè che l'infermiere attraverso l'educazione terapeutica possa incidere positivamente sull'adesione alla terapia e sulla costanza dell'automonitoraggio, come strumento di prevenzione efficace contro le complicanze della patologia^{11,12-13}.

Successivamente abbiamo intervistato degli stakeholder (2 diabetologi, 2 infermieri, 1 cardiologo, 1 nefrologo), in quanto conoscitori esperti del fenomeno, per strutturare il questionario.

Infine è stato condotto uno studio pilota su 25 pazienti di cui: 10 pazienti con valori di emoglobina glicosilata nella norma ($Hb < 7$), 10 pazienti con emoglobina glicosilata superiore alla norma ($Hb > 7$) e 5 pazienti che avevano esiti di complicanze associate al diabete scompensato.

Questa scelta è stata fatta per confrontare le risposte dei pazienti per quanto riguarda lo stile di vita e le conoscenze in merito alla

patologia, al fine di stabilire la fattibilità dello studio.

Gli item sono stati definiti per valutare le conoscenze in merito alla patologia, individuare le fonti di informazione acquisite e indagare sui comportamenti dei pazienti.

Il questionario è stato diviso in tre sezioni A – B – C. In particolare, la sezione A con domande a risposta chiusa, è volta a conoscere le caratteristiche socio-anagrafiche (sesso, età, stato civile, numero figli e titolo di studio).

La sessione B presenta 21 items per indagare sulle conoscenze dei pazienti, inizialmente con domande specifiche come ad esempio: da quanto tempo è diabetico; il tipo di diabete; la terapia eseguita e presenza eventuale di altre patologie concomitanti.

Inoltre è stato chiesto di indicare il valore dell'esame laboratoristico HbA1c per individuare il grado di compenso glicemico e per verificarne la consapevolezza. Per analizzare il grado di educazione terapeutica ricevuta vi sono delle domande, sia per individuare i professionisti sanitari che hanno dato informazioni sull'autogestione, sulla prevenzione e sul trattamento delle complicanze, sia per verificare quanto siano state esaurienti tali informazioni utilizzando una scala di Likert a 5 punti (molto = 4, abbastanza = 3, poco = 2, molto poco = 1, per nulla = 0). La sessione C, infine, indaga sui comportamenti dei pazienti, in particolare è stato chiesto di indicare la frequenza delle visite di controllo diabetologiche e podologiche (1 mese, 3 mesi, 6 mesi, 1 anno, altro), le misurazioni della glicemia capillare (3 volte al giorno, 1 volta al giorno, 2 volte a settimana, quando non mi sento bene, altro), la pressione arteriosa (1 volta al giorno, 2 volte a settimana, 1 volta a settimana, quando non mi sento bene, altro) e l'attività fisica svolta (sempre, spesso, talvolta, raramente, mai). La scala di Likert permette di valutare con la stessa distanza le diverse modalità di risposta.

Il questionario è stato autosomministrato in forma anonima secondo quanto previsto dalla normativa in materia della tutela della privacy.

Inoltre la consegna del questionario da parte dei pazienti era implicita accettazione

continua da pagina 27

alla partecipazione allo studio.

Analisi Statistica

I questionari sono stati ordinati con un numero di protocollo progressivo e inseriti in un database Excel, previa codifica delle variabili.

È stata fatta inizialmente un'analisi descrittiva per riassumere le caratteristiche principali del campione con l'utilizzo di misure di sintesi numerica sia di tendenza centrale che di dispersione.

Successivamente si è testato l'outcome con un'analisi univariata utilizzando il test chi-quadro per le variabili categoriche (derivata della var. emoglobina glicata $>7/\leq 7$; derivata della var. età >60 anni/ ≤ 60 anni; categorica della var. titolo studio; categorica della var. sesso) ed il test di Student per quelle continue distribuite normalmente

stato l'outcome inteso come paziente che avesse un buon controllo della malattia e delle sue complicanze (visite effettuate dallo specialista diabetologo, tempo intercorso tra una visita e l'altra, pratica sport spesso o frequentemente). Le seguenti variabili predittive sono state incluse: stato civile (0=sposato, 1=altro), grado d'istruzione (0=diplomato/laureato, 1=altro), sesso (0=femmina, 1=maschio), età (continua), numero di figli (no=0, si=1). Nel modello di regressione logistica stepwise i valori erano settati su 0.2 per l'inserimento delle variabili e 0.4 per la rimozione dallo stesso, considerando statisticamente significative le associazioni con $p < 0.05$.

Tutti i test statistici eseguiti con un livello di significatività < 0.05 , erano considerati come significativi. L'analisi statistica è

RISULTATI

Nella seguente **Tabella 1** sono riportate le caratteristiche generali del campione.

Si tratta di un campione con una forte prevalenza di diabete di tipo 2 (247 pazienti), in accordo con i dati ISTAT 2016¹⁴.

I risultati della Tabella 1 mostrano che il 31.2 % dei pazienti è in possesso del diploma di scuola superiore, il 27.7% della licenza elementare, il 26.1% del diploma di scuola media inferiore, il 10.8% della laurea ed infine il 4.2% dei pazienti intervistati non sono in possesso di alcun titolo di studio.

La terapia in corso è per il 66% con ipoglicemizzanti orali, per il 23.4% solo insulinica e per il 10.6% costituita dall'associazione di ipoglicemizzanti orali ed insulina. I pazienti riferiscono che la principale fonte di informazioni è il diabetologo, seguito dall'infermiere, dal Medico di Medicina Generale e infine dagli Altri (cardiologo, nefrologo, mass media ecc.). Al campione è stato inoltre chiesto di esprimere un giudizio sulla qualità delle informazioni ricevute e nel 93% dei casi, le informazioni sono state ritenute buone o molto esaurienti.

Riguardo la consapevolezza dei pazienti sulle patologie che potrebbero essere causate dal diabete è emerso che il 98.8 %, sa che il diabete può provocare altre patologie e l'1.2% ancora non lo sa. Tuttavia si è voluto approfondire l'argomento chiedendo ai pazienti di individuare una o più tra le patologie causate dal diabete. Le risposte dei pazienti sono state: insufficienza renale, retinopatia, ulcere, cardiopatie, iposensibilità.

È emerso che il campione oggetto di studio non ha una conoscenza uniforme di tutti i rischi della patologia diabetica. In particolare le conoscenze per i vari Item sono: il 95% per la retinopatia, il 85.6% per l'insufficienza renale, il 79 % per le cardiopatie, il 76.6% per l'ulcera diabetica e il 61.8% per l'iposensibilità.

Riguardo la prevalenza dei principali fattori di rischio correlati alla patologia, ovvero ipertensione, ipercolesterolemia e obesità, è emerso che l'80.3 % è affetto da almeno uno dei fattori di rischio elencati ed in particolare è risultato che: 139 pazienti

Tabella 1. Caratteristiche generali del nostro campione		
Caratteristiche socio-anagrafiche	N° pazienti = 260	%
Sesso		
Maschi	119	45.8
femmine	141	54.2
Età		
	(media ± Deviazione Standard)	Min -Max
	69 ± 11.4	27-92
Stato civile		
	1 dato mancante (999)	%
Sposato	201	77.3
Celibe/nubile	14	5.4
altro	44	16.9
N° Figli		
	4 dati non disponibili (888)	%
0	32	12.3
Da 1 a 3	183	70.3
Più di 3	41	15.8
Titolo di studio		
		%
Diploma	81	31.2
Elementare	72	27.7
Media	68	26.1
Laurea	28	10.8
Nessuno	11	4.2

(emoglobina glicata, età).

Infine con l'analisi multivariata si è te-

stata eseguita mediante il Software Stata 10.0.

Supplemento Ricerca infermieristica

soffrono di ipertensione; 94 pazienti sono affetti da ipercolesterolemia; 61 pazienti sono obesi.

Nonostante l'ampia informazione (98%), soltanto il 19.2 % del campione pratica Sempre/Spesso attività fisica.

sopra la soglia di significatività del 5% (p -value=0.051), ipotizzando una maggiore attività sportiva in funzione delle migliori

Tabella 2. Frequenza misurazione glicemia capillare e pressione arteriosa.

Controllo glicemia capillare		Controllo Pressione Arteriosa	
3 volte al giorno	21 %	1 volta al giorno	9 %
1 volta al giorno	34 %	2 volte a settimana	10 %
1 volta a settimana	28 %	1 volta a settimana	36 %
Al bisogno	11 %	Al bisogno	36 %
Altro	6 %	Altro	9 %

Un dato preoccupante è rappresentato dal valore di Emoglobina Glicosilata (HbA1c) che rappresenta il valore più attendibile a cui fare riferimento per definire il grado di compenso metabolico del paziente diabetico, ma soprattutto della sua aderenza alla terapia e ad un adeguato stile di vita.

Purtroppo è emerso che 115 pazienti (ovvero il 44.3 %) non ricordavano tale valore. Da ciò emerge un deficit di comprensione della sua importanza. Inoltre tra i 145 pazienti che lo hanno indicato, il 51.7% ha un valore di HbA1c > 7 % ciò è indice di scarso controllo della malattia.

Un dato interessante emerso dall'indagine riguarda aspetti che devono essere approfonditi secondo i pazienti, ben il 18% del campione considera sottovalutati gli aspetti psicologici ¹⁵.

Il 95% (247 pazienti) ritiene importante la cura attenta dei piedi. Solo il 13.1% (34 pazienti) ha avuto un'ulcera diabetica.

In merito alla cura del piede diabetico, il 68% del campione ha individuato correttamente nella figura professionale del podologo come il più adatto, il 24% il medico generico, il 3% l'infermiere e infine un dato molto preoccupante è che il 5% ritiene che l'estetista possa essere la figura idonea al pedicure.

Dallo studio sulle abitudini alimentari è emerso che il 90.8% ha modificato le abitudini alimentari, dopo aver scoperto di avere il diabete, ma il 9.2% ancora non lo ha fatto.

Abbiamo analizzato a quanti fosse stato consigliato di praticare sport e da chi, ed è emerso che non tutto il campione ha ricevuto tale informazione, precisamente il 98%.

Come si evidenzia dalla tabella 3 solo il 55% controlla quotidianamente la glicemia capillare in linea con i dati presenti in letteratura ¹⁶⁻¹⁷.

Per quanto riguarda l'autogestione della patologia, un dato confortante che emerge dal campione oggetto di studio è che solo il 10.4% (27 pazienti) si è recato almeno una volta in pronto soccorso per episodi di ipoglicemia/iperglicemia dimostrando un buon controllo della malattia.

Inoltre per quanto concerne uno dei fattori di rischio più rilevanti, come l'ipertensione ¹⁸, è stato chiesto di indicare la frequenza di misurazione della pressione arteriosa.

Come si può notare dalla **Tabella 2**, c'è una maggioranza di controlli non periodici.

È stato realizzato un profilo del paziente diabetico che ha un basso rischio di complicanze, ovvero quel paziente che conoscendo i rischi associati al diabete applica, in termini di prevenzione, uno stile di vita appropriato consistente in un'alimentazione povera di grassi e glucidi e praticando attività motoria regolarmente.

Da un'analisi univariata seguita da un'analisi multivariata è emerso che tale profilo è associato in modo statisticamente significativo ($p < 0.05$) ad un paziente che avesse un titolo di studio elevato (laurea o diploma) e a chi avesse un'emoglobina glicosilata < 7 % individuando una correlazione positiva tra i comportamenti e l'educazione terapeutica ricevuta come si può evincere dalla Tabella 3. E' risultato inoltre che anche l'età < 60 anni potrebbe giocare un ruolo significativo nella migliore gestione del diabete e delle sue complicanze pur avendo un p -value di poco

capacità motorie, di una maggiore compliance nella gestione della malattia viste le maggiori aspettative di vita ed una maggiore conoscenza delle complicanze, viste le azioni proattive dei professionisti del settore e la maggiore sensibilità dei mezzi d'informazione su queste problematiche.

Risultano peraltro associati nel modello, ma con valori non statisticamente significativi, alcune variabili di interesse quali lo stato civile (coniugato) e il sesso (maschile).

Ciò probabilmente per uno dei limiti dello studio rappresentato dal numero ancora esiguo del campione, che pertanto abbiamo intenzione di estendere ulteriormente.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti dallo studio hanno confermato l'importanza dell'educazione terapeutica fatta dagli infermieri al fine di ridurre le principali complicanze associate alla patologia diabetica ed evidenziano come la semplice procedura di informare il paziente non sia sufficiente e quindi come risulti necessario motivarlo a modificare in modo efficace le proprie abitudini quotidiane, per un controllo e una gestione più efficace della malattia ¹⁹.

Il campione preso in esame è composto da 260 pazienti, 54.2 % femmine e 45.8 % maschi, di età compresa nell'intervallo 27-92, con la media di 69 anni. In particolare dall'analisi dei comportamenti è emerso che il 90.2% ha riferito di aver cambiato abitudini alimentari, ma nonostante ciò, un dato preoccupante, è che 115 pazienti non ricordavano il valore dell'HbA1c e tra coloro che lo hanno indicato il 51.7% ave-

continua da pagina 27

vano valori superiori al 7%, ciò è indice di un deficit della comprensione della sua importanza e di uno scarso controllo della malattia.

Per Ippocrate e la medicina antica, l'alimentazione era la terapia principale. Soprattutto per il diabete di tipo 2, questo si è dimostrato essere vero¹⁹ e dalla letteratura si evidenzia che un'attività fisica anche moderata può contribuire alla prevenzione delle complicanze, soprattutto macrovascolari del diabete²⁰⁻²¹.

Oltre l'Emoglobina Glicosilata, che rappresenta una media delle glicemie nell'arco di 3 mesi, il paziente diabetico deve con-

Il livello di istruzione può essere utile per valutare eventuali differenze di conoscenze tra i differenti pazienti e in aggiunta, la valutazione delle conoscenze e dei comportamenti dei pazienti diabetici è in grado di orientare l'assistenza verso programmi di cura individualizzati²³.

L'esperienza raccolta in questo studio è da stimolo per approfondire l'argomento con ulteriori ricerche al fine di implementare l'educazione terapeutica con l'obiettivo di prevenire o ridurre le complicanze croniche scaturite dallo scompenso glicemico, il principale fattore della riduzione dell'aspettativa di vita per i pazienti e del-

flitti di interesse associati a questo studio.

Limiti dello studio

In primo luogo un limite è rappresentato dal tipo di studio, di natura trasversale, che ha lo svantaggio di non poter determinare in modo prospettico un effetto casuale dei fattori di rischio in studio. Un secondo limite è rappresentato da una bassa numerosità del campione che potrebbe non aver messo in luce tutte le possibili correlazioni.

Tuttavia queste limitazioni non sminuiscono il valore dello studio che difatti rappresenta uno dei primi approcci atti ad investigare su tale problematica.

Tabella 3. Risultati e Analisi multivariata

	Errore Std.	OR	95% CI	p-value
Titolo studio	1.468	3.02	1.171-7.833	0.022
Emoglobina glicosilata	0.008	0.99	0.996-0.999	0.006
Età	0.017	0.96	0.933-1.000	0.051

trollare la glicemia capillare periodicamente a digiuno e una o due ore dopo i pasti per verificare l'aumento glicemico dovuto ai carboidrati o zuccheri assunti con l'alimentazione²², ma tenendo in considerazione che ci sono limiti posti dal numero di strisce reattive prescrivibili per singolo paziente.

Il controllo viene effettuato per individuare eventuali fluttuazioni degli indici glicemici che incidono negativamente sullo stato di salute dei pazienti.

Nonostante l'ampia informazione ci sono pazienti che si rivolgono all'estetista per la cura del piede diabetico, ciò è sconsigliato poiché l'estetista non ha le competenze idonee per il trattamento del piede diabetico.

Inoltre alla luce dei risultati emersi dall'indagine abbiamo identificato, tramite l'analisi multivariata, il profilo del paziente diabetico, che è consapevole dei rischi associati alla patologia e attua le necessarie misure preventive, ovvero quel paziente che adotta uno stile di vita appropriato e pratica attività fisica regolarmente, confermando una correlazione positiva tra i comportamenti e l'educazione terapeutica ricevuta (Tabella 3).

l'aumento dei costi per il Sistema Sanitario Nazionale per la cura di questa patologia.

Oggi l'educazione dei pazienti all'autogestione, che è un principio largamente diffuso in molte patologie croniche, è sempre più considerato uno strumento vincente per la cura del paziente diabetico. La prevenzione investe tutti gli operatori sanitari che prendono in carico il paziente, soprattutto gli infermieri esperti in diabetologia forniscono un sostegno efficace al paziente fungendo da catalizzatore nella sua interazione con il Team⁹.

È anche grazie alla comunicazione e alla relazione che si instaura tra paziente e infermiere che si esauriscono eventuali dubbi e incertezze, e si indirizzano i pazienti ad una presa di coscienza della propria patologia e una migliore autogestione della stessa che nessun materiale informativo può sostituire²⁴.

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento.

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non hanno con-

* Infermiera dipartimento medico, reparto SC Geriatria, Ospedale S. Bartolomeo, ASL 5 Spezzino

** Medico in formazione specialistica: Igiene e medicina preventiva, Università L. Vanvitelli

*** Medico in formazione specialistica: Ortopedia e traumatologia, Università La Sapienza

**** Infermiera libera professionista

5. Infermiera dipartimento di medicina territoriale, responsabile ambulatorio infermieristico assistenza sanitaria di base e PICC team, ASL NA 1 Centro Distretto Sanitario 27

* Corresponding Author: Mariangela D'Amora, dipartimento medico, reparto SC Geriatria, Ospedale S. Bartolomeo Sarzana (Italia).

E-mail: mariangela.damora@gmail.com

DOI:

<https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-29>

BIBLIOGRAPHY

1. WHO. Global report on diabetes. World Health Organization; 2016.
2. Gæde P, Vedel P, Larsen N., Gunnar V.H., Parving H.H. Pedersen O., Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes, *N Engl J Med* 2003;348:383-93.
3. AUSL di Parma Dipartimento Cure Primarie, Polo Sanitario di Colorno, Ambulatorio Diabetologico. Educazione terapeutica nel risk management del paziente diabetico: un'esperienza territoriale; *Il giornale di AMD* 2009; 12:118-122.
4. Assal J.P., Lacroix A. Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica. Minerva medica, 2004.
5. Esden J., Nichols M. Patient-centered group diabetes care: A practice innovation. *The Nurse Practitioner: The American Journal of Primary Health Care* 2013; 38 (4): 42-48.
6. Merakou K, Knithaki A, Karageorgos G, Theodoridis D, Barbouni A. Group patient education: effectiveness of a brief intervention in people with type 2 diabetes mellitus in primary health care in Greece: a clinically controlled trial. *Health Educ Res* 2015 04;30(2):223-232.
7. Beghelli A., Ferraresi A., Manfredini M. Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni. Corocci Faber, 2015.
8. Study A. Holt RIG, Nicolucci A, Burns KK, et al., on behalf of the DAWN2 Study Group. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): cross-national comparisons on barriers and resources for optimal care—healthcare professional perspective. *Diabet Med* 2013;30:789-798.
9. Anna Vittoria Ciardullo, Maria Monica Daghio, Giuseppe Fattori, Graziella Giudici, Lorella Rossi, Claudio Vagnini. Un efficace strumento per l'autoeducazione terapeutica del paziente diabetico: la Conversation MAP©. L'esperienza del Centro di Diabetologia di Carpi *Recenti Prog Med* 2010; 101: 471-474
10. Codice deontologico dell'infermiere. 2009; Capo IV Art. 19.
11. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Selfmanagement education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164:1641-1649.
12. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a metaanalysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002;25:1159-11571.
13. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of selfmanagement training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2001;24:561-587.
14. Istituto Nazionale di Statistica. Il diabete in Italia. Comunicato stampa: ISTAT; 2017.
15. Nicolucci A, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): Cross-national benchmarking of diabetesrelated psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med* 2013; 30: 767-777.
16. Koschinsky T. Blood glucose self-monitoring report 2006 reveals deficits in knowledge and action. *Diabetes Stoffwechsel Herz* 2007; 16:185-92.
17. Umpierrez GE, Kovatchev B. Glycemic Variability: How to measure and Its Clinical Implication for Type 2 Diabetes. *Pub Med* 2018; 356 (6): 518 – 527.
18. Cerasola G, Semplicini A. Ipertensione e diabete 2000; 411: 29.
19. Italian Health Policy Brief. La comunicazione nel Chronic Care Model per indurre la modificazione degli stili di vita del paziente diabetico. Roma: ALTIS Editore; 2012.
20. N. Visalli, L. Cipolloni, M. Ciotola, A. Lai, S. Casucci, D. Bloise, A.M. Scarpitta, C. Arnaldi, G. Careddu. Indagine conoscitiva delle attività di educazione terapeutica dei centri diabetologici in Italia 2014-2015 *Diabetes Education in Italy: un updated GISED Survey; J AMD* 2017; VOL. 20:N. 2
21. Miselli V. Il problema dell'adesione alla terapia in una malattia cronica come il diabete. *Giornale italiana di diabetologia e metabolismo* 2011; 31:121-124.
22. Franciosi M, Lucisano G, Pellegrini F, Cantarello A, Consoli A, Cucco L, et al. ROSES: role of self-monitoring of blood glucose and intensive education in patients with Type 2 diabetes not receiving insulin. A pilot randomized clinical trial. *Diabet Med* 2011 Jul;28(7):789-796.
23. Palese A, Carbarcas GR, Dotti R, Riboli O. Dossier, Documentazione scritta (consegne e piani di assistenza). *Assistenza Infermieristica e ricerca* 2006; 25: 32.
24. Kirk A, De Feo P. Strategies to enhance compliance to physical activity for patients with insulin resistance. *Appl Physiol Nutr Metab* 2007;32:549-56.

PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

NORME EDITORIALI

"Napolisana Campania" nella sezione NSC Nursing, dedicata alla ricerca infermieristica, pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato Scientifico.

L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori che, nel rispetto delle vigenti leggi sulla privacy, devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, mail dell'autore per corrispondenza. Gli articoli devono essere inviati in WORD e strutturati secondo il seguente schema: 1) Riassunto; 2) Parole chiave (max 5); 3) Introduzione; 4) Obiettivi; 5) Materiali e Metodi; 6) Risultati; 7) Discussione; 8) Conclusioni; 9) Bibliografia. La lunghezza dell'articolo non deve superare i 15.000 caratteri, spazi inclusi. Gli articoli vanno accompagnati da un Riassunto significativo in italiano (max 250 parole) strutturato in: Introduzione, Obiettivo/Scopo, Metodo, Risultati e Discussione/Conclusioni. Non deve presentare abbreviazioni.

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

Le figure e le tabelle, in formato digitale JPG o TIFF a risoluzione alta, devono essere scelte secondo

criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi solo gli autori citati nel testo. Tutti gli articoli devono essere supportati da aggiornate referenze bibliografiche. L'accuratezza delle citazioni bibliografiche e della bibliografia sono requisiti indispensabili ai fini della pubblicazione. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi. I rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo modo; se si devono citare due o più fonti, riportare i numeri consecutivi seguiti dalla virgola 3,4, più di due rimandi alla bibliografia, riportare il primo e l'ultimo numero delle citazioni corrispondenti 5-8. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari (Internet). In: Pressato L, Cartabellotta A, Bernini G et al. *L'educazione continua in medicina.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003. (pubblicato Marzo 2003; consultato: Marzo 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.pensiero.it/catalogo/pdf/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.

Alla scoperta del nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche

Giornata di studio promossa dall'Opi Napoli insieme con l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II. Ospite d'onore, la professoressa Marie Manthey, che presenterà le novità introdotte nel modello assistenziale del Primary Nursing.

L'Ordine delle Professioni infermieristiche di Napoli illustrerà ai propri iscritti e alla Comunità scientifica napoletana il nuovo Codice Deontologico della Professione, approvato il 13 aprile scorso dal Consiglio nazionale. L'appuntamento è per martedì 8 ottobre prossimo, alle ore 8, presso l'Aula Magna "Gaetano Salvatore" del Policlinico Federiciano, in via Pansini, 5.

L'iniziativa è stata organizzata insieme con l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II. Ospite d'onore della giornata, la professoressa Marie Manthey, che presenterà le novità introdotte nel modello assistenziale del Primary Nursing.

Saranno presenti, tra gli altri illustri ospiti, Il Presidente della Regione Campania, **Vincenzo De Luca**; il Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II, **Luigi Califano**; il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, **Anna Iervolino**; la Presidente Fnopi, **Barbara Mangiacavalli**; il Presidente Opi Napoli, **Ciro Carbone**; il Direttore DAI Sanità pubblica Farmacoutilizzazione e Dermatologia Università di Napoli Federico II, **Maria Triassi**; il Presidente del Comitato Etico della Federico II, **Claudio Buccelli** e **Massimo Niola**, della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II.

Il workshop è gratuito. La registrazione obbligatoria. Il programma completo dell'iniziativa prevede la presentazione del Codice Deontologico da parte della Presidente Fnopi, Barbara Mangiacavalli. Nel merito sono previsti a seguire gli interventi



**ALLA SCOPERTA DEL NUOVO
CODICE DEONTOLOGICO
DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE**

La prof.ssa Marie Manthey presenta le novità introdotte
nel modello assistenziale del Primary Nursing

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II
AULA MAGNA "GAETANO SALVATORE"
VIA SERRA PANSINI, 5 - 80131 NAPOLI
Il Workshop è gratuito e l'iscrizione è obbligatoria.
Per la registrazione: e-mail: info@opi-napoli.it - Tel. 081 7642753

Con il Patrocinio Morale:

INIZIATIVA CONSALENZA
FNOP
COMITATO INTERDISCIPLINARE
NEUROLOGIA - DIAGNOSI - TERAPIA

**8 OTTOBRE
2019**

di **Edoardo Manzoni**; **Angela Basile**; **Aurelio Filippini**; **Pio Lattarulo**. A seguire la parte clou della giornata: lezione magistrale curata dalla professoressa **Marie Manthey**, fondatrice del modello

assistenziale Primary Nursing: dal concetto di "cura", al "prendersi cura".

La giornata di studi si concluderà con l'assegnazione del Premio "**Michela Rizzello**" per la miglior tesi di laurea.

Notizie
dall'Ordine

Infermiere smart salva turista a Ischia Carbone: "Encomio al collega eroe"

Si chiama Luca Cardillo ed è un iscritto all'Ordine di Napoli. Con la sua prontezza, l'infermiere eroe ha salvato la vita a una donna di 49 anni che si è sentita male e ha chiamato il 118 senza dare indicazioni. Una storia a lieto fine ripresa anche dalla nota trasmissione televisiva "I fatti vostri" condotta da Magalli. In effetti, la presenza di spirito e la professionalità dell'infermiere del 118 ha permesso di

individuare una turista in grave sofferenza emotiva e cardiaca grazie a Whatsapp. La turista, una romana di 49 anni, è stata improvvisamente colpita da un male del corso di una passeggiata a Ischia. La donna si è persa in una zona impervia dell'Isola Verde. E solo grazie all'intervento generoso e pronto di Luca Cardillo è stata poi recuperata via mare dagli uomini della Guardia Costiera. A coordinare l'intervento dei soccorritori è stato proprio il nostro infermiere eroe, operatore della Centrale 118 Napoli Ovest di Pozzuoli. E' stato lui a



raccogliere la chiamata della donna: la donna si era inoltrata da sola nel bosco di Zaro, migliaia di metri quadri di macchia mediterranea su Punta Caruso, al confine tra i comuni ischitani di Forio e Lacco Ameno. Arrivata sulla costa verso le 10, avendo avvertito un aumento dei battiti cardiaci, difficoltà a respirare e un'improvvisa mancanza di forze, ha chiamato il 118. L'infermiere che ha ricevuto la telefonata, dopo avere ripetutamente chiesto inutilmente indicazioni all'escursionista circa la propria posizione, ha suggerito alla donna di inviargli un messag-

gio su Whatsapp con la propria localizzazione. Luca Cardillo, ha poi inoltrato il messaggio all'equipaggio dell'ambulanza che in pochi minuti è arrivato al bosco di Zaro salvando la sventurata escursionista. A Luca i complimenti per la brillante operazione e il grazie per aver scritto una bella pagina nel libro d'oro dell'infermieristica napoletana. "Quando le nuove tecnologie, i social, sono usati

da mani sapienti e generose al servizio della comunità e della buona sanità si hanno pagine eroiche come quella scritta da Luca Cardillo, infermiere napoletano, un nostro iscritto, del quale andiamo fieri". E' il commento commosso dettato a caldo da Ciro Carbone, Presidente dell'Ordine degli infermieri di Napoli, non appena appresa la notizia. Sul Canale Youtube di Opi Napoli è possibile rivedere la ricostruzione della vicenda attraverso la trasmissione Rai "I fatti vostri":

<https://www.youtube.com/watch?v=ABZ-FQXQjdk>

Il 2020 sarà l'anno degli infermieri: si tratterà di "un'opportunità unica per rendere onore agli infermieri e al contri-

buto che forniscono alla salute mondiale." L'International Council of Nurses (ICN) e la campagna mondiale Nursing Now hanno il piacere di supportare l'iniziativa del World Health Organization Executive Board (WHO EB). Il 2020 sarà ufficialmente "l'Anno dell'Infermiere e dell'Ostetrica". La conferma ufficiale è stata data ieri sera a Ginevra dal dott. Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Spetterà adesso alla World Health Assembly definire il tutto, nel corso dell'incontro di maggio. Il 2020 sarà il 200° anniversario della nascita di Florence Nightingale. Riconoscendo il suo contributo nei campi della salute e dell'umanità, il dr. Tedros ha dichiarato che "gli infermieri e le ostetriche svolgono un ruolo vitale nel fornire salute ad ogni persona nel mondo. Annette Kennedy, presidente dell'ICN, ha sottolineato come "questa eccitante proposta di dedicare un anno ad infermieri e ostetriche permetterà di elevare i profili di in-

L'OMS dedica il 2020 ad infermieri e ostetriche: "Sono il cuore di qualsiasi équipe sanitaria"

fermieri e ostetriche sottolineando l'importanza di avere professionisti sempre più formati. Occor-

rono investimenti per la selezione del personale e strategie mirate finalizzate alla rimozione delle barriere che impediscono lo sviluppo delle competenze avanzate degli infermieri." Lord Nigel Crisp, Co-Chairman della campagna Nursing Now ha dichiarato quanto segue: "Siamo lieti di accogliere calorosamente la proposta del dott. Tedros di rendere il 2020 un anno dedicato alle celebrazioni globali di infermieri e ostetriche. Loro sono il cuore di qualsiasi équipe sanitaria; migliorando e promuovendo il loro ruolo, i paesi del mondo otterranno migliori outcome per tutte le persone." La proposta è stata accettata dai membri dell'Executive Board durante la 144° sessione. ICN ha colto l'opportunità di intervenire durante la WHO EB, sollecitando il ministro della Salute a supportare attivamente lo sviluppo dell'WHO's State of The World Nursing Report e la collaborazione attiva dei leader dell'Infermieristica.

DENTRO LA PROFESSIONE



Dentro la
professione

Dai colori ai numeri, pronta la riforma del P

Le linee d'indirizzo approvate dalla Conferenza Stato Regioni danno di fatto il via libera alla rivoluzione del pronto soccorso. Le linee guida prevedono che l'implementazione della codifica a 5 codici numerici di priorità e il conseguente superamento della codifica con i codici colore dovrà avvenire progressivamente entro 18 mesi

dalla loro pubblicazione. La vera novità è che per ognuno dei 5 codici si indica anche il tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento che va dall'accesso immediato per l'emergenza all'accesso entro 240 minuti per le situazioni di non urgenza.

di **Peppe Papa**

Niente più attese infinite e standard di cura più elevati. E' quanto si attende, almeno, dalla riforma del pronto soccorso negli ospedali italiani licenziata a fine luglio dalla Conferenza Stato Regioni. Il via libera è stato dato dopo aver apportato alcune piccole modifiche al Piano

guarderà i codici per la definizione delle priorità. Dai colori (bianco, verde, giallo e rosso) si passerà ai numeri, una «riforma» che il Lazio ha già approvato e sperimentato, e che dopo l'estate partirà ufficialmente. Le altre regioni avranno 18 mesi di tempo per adeguarsi.

DAI COLORI AI NUMERI

Ai numeri verrà affiancato un limite di

I nuovi codici di priorità

Nuova codifica di priorità e tempi di attesa

CODICE Numero e colore	DENOMINAZIONE	TEMPI MASSIMI DI ATTESA
1 CODICE ROSSO	Emergenza	Accesso immediato
2 CODICE ARANCIONE	Urgenza	Accesso entro 15 minuti
3 CODICE AZZURRO	Urgenza differibile	Accesso entro 60 minuti
4 CODICE VERDE	Urgenza minore	Accesso entro 120 minuti
5 CODICE BIANCO	Non urgenza	Accesso entro 240 minuti

per la gestione del sovraffollamento del Pronto soccorso, elaborato da un apposito Tavolo tecnico istituito dal ministero della Salute. Il primo grande cambiamento ri-

tempo massimo d'attesa. Ci sarà il codice 1 per contraddistinguere l'emergenza con la necessità di accesso immediato; il codice 2 per l'urgenza con accesso entro i 15 minuti;

NOVITÀ AL PRONTO SOCCORSO
NUOVI CODICI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA

CODICE	DENOMINAZIONE	TEMPO MASSIMO D'ATTESA
1	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO
2	URGENZA	ENTRO 15 MIN
3	URGENZA DIFFERIBILE	ENTRO 60 MIN
4	URGENZA MINORE	ENTRO 120 MIN
5	NON URGENZA	ENTRO 240 MIN

CHIARA ORSILIO
MINISTERO DELLA SALUTE

il codice 3 per l'urgenza differibile con accesso entro 60 minuti; il codice 4 per l'urgenza minore con accesso entro i 120 minuti; e il codice 5 per la non urgenza con un accesso che dovrà avvenire entro un arco temporale di 240 minuti. In ogni caso l'attesa dei pazienti non dovrà superare le 8 ore.

IL RICOVERO IN REPARTO

Superato tale tempo il paziente, che avrà verosimilmente completato il proprio percorso in Pronto Soccorso, viene dimesso a domicilio oppure avviato alla prosecuzione delle cure. In pratica, dopo questa soglia temporale scatterà il ricovero in reparto, o presso l'Osservazione breve intensiva (Obi), oppure il paziente verrà rimandato a casa e affidato alle strutture territoriali. La seconda parte del documento è dedicata alle linee guida per l'Obi, il percorso di cura in Pronto Soccorso che consente di gestire le emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso

Pronto soccorso

rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo.

Le linee guida precisano che l'area di Obi è attivata in locali dedicati ed abitualmente è collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. Il locale dedicato all'Obi, organizzato in strutture open-space e/o a box singoli, è opportunamente attrezzato per garantire la tutela della privacy e il comfort del paziente.

Anche per l'Obi si specificano tempistiche definite. In particolare, l'ammissione dei pazienti in Obi deve avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dalla presa in carico al triage. Dopo è previsto il ricovero, o il trasferimento presso altra struttura per acuti, o le dimissioni con affidamento alle strutture territoriali o residenziali.

LA RISPOSTA ASSISTENZIALE

Altra grande novità è il See and Treat. Si tratta di un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici condivisi per il trattamento di problemi clinici preventivamente definiti. Il paziente viene preso in carico in una determinata area del Pronto Soccorso da una figura stabilita, infermiere o medico, che applica le procedure previste da protocolli condivisi e validati. Il responsabile dovrà assicurare il completamento del percorso e può essere specificamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci. Si tratta di un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori.

Nel Piano di gestione del sovraffollamento è prevista infine un'appendice, la quale contiene le prime linee guida nazionali sul bed management. L'obiettivo è ottimizzare l'utilizzo della risorsa "posto letto" mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione. La gestione dei posti letto è infatti strettamente collegata al problema del sovraffollamento.

Cambia il triage, ma mancano 10mila infermieri e 2mila medici



Regioni pronte a modificare i criteri di accettazione e del trattamento dell'emergenza/urgenza. Ma per far funzionare il nuovo sistema mancano 2mila medici e 10mila infermieri

Saltato il filtro del territorio, spesso l'unico modo per farsi curare o per consultare uno specialista è quello di rivolgersi al pronto soccorso. Dove per altro si dribblano anche i costi del privato o del pubblico a volte ancora più esoso. Il risultato è che i pronto soccorso sono affollatissimi. A conti fatti, quasi due milioni di italiani ogni anno varcano la soglia dei Pronto soccorso per cure più o meno urgenti aspettando a volte giornate intere. Ora proprio per arginare le attese infinite, il Ministero della Salute ha messo a punto la riforma che ha incassato il via libera delle Regioni. Tra le misure oltre alla creazione di mini-reparti a fianco al pronto soccorso per i casi più complessi (l'Obi: Osservazione breve intensiva) e la diffusione dei "bed manager" per gestire al meglio i ricoveri che ogni giorno passano per il pronto soccorso, c'è anche un profondo restyling del triage, il sistema che decide la priorità di intervento in base all'urgenza del caso. Una rivoluzione che dovrebbe andare a regime entro 18 mesi come prevede il documento. Ma questa mini rivoluzione rischia di restare sulla carta se non si metterà mano anche alle profonde carenze che oggi ingolfano il collo di bottiglia tra Pronto soccorso e reparti. Carenze organizzative e di posti letto nei reparti, ma anche di personale. Secondo stime attendibili oggi mancano all'appello circa 2mila medici e 10mila infermieri e c'è il rischio che con Quota 100 si superi anche questa cifra. Aspettando che il territorio batta un colpo, protagonisti assoluti del triage sono gli infermieri, cui il nuovo sistema affida non solo l'assegnazione del codice di triage, ma anche la rivalutazione del paziente e il suo eventuale inserimento nel percorso "See&Treat" che porta a una visita specialistica. Il nursing spedalizzato è insomma un anello fondamentale dei Pronto soccorso, ma la Federazione degli infermieri (Fnopi) stima una carenza di circa 10mila addetti. Anche i medici sono pochi, come abbiamo già accennato. Inoltre, le 400 borse di spedalizzazione conquistate quest'anno sono ancora poche e in ogni caso sformeranno specialisti non prima di un quadriennio. Intanto oggi dal Pronto soccorso i medici fuggono per burnout, aggressioni da parte dei pazienti e mancanza di incentivi economici che compensino il disagio lavorativo. La situazione non migliorerà nei prossimi anni: l'Anaa Assomed, la principale sigla che rappresenta i camici bianchi, ha stimato che da qui al 2025 a causa delle uscite per pensionamenti aumentate con Quota 100 mancheranno oltre 4200 medici d'emergenza-urgenza. Tanto che il sindacato ha messo a punto un piano di riforma centrato su incentivi, corretta previsione del fabbisogno di personale e gestione dei codici minori con il coinvolgimento dei medici di famiglia.

Dentro
la professione

Con il nuovo triage riconosciuta la funzione infermieristica



Scompare “la supervisione del medico” e viene ribadita l’autonomia infermieristica.

Ma al cambiamento sulla carta dovrà corrispondere quello della mentalità professionale: abbandonare la logica “dell’abbiamo sempre fatto così”.

di Antonio Del Prete*

L’approvazione delle nuove Linee di indirizzo sul triage rappresenta a tratti una svolta epocale e contemporaneamente confermano ciò che era già consolidato, ma non scontato, sul ruolo del professionista infermiere.

Tra le novità trova risalto il ruolo definito delle priorità di accesso e dell’inizio della presa in carico del paziente, ovvero il coinvolgimento di tutta l’organizzazione del sistema ospedaliero sviluppato su punti importanti quali: 1) il tempo massimo di 8 ore dalla presa in carico al triage, alla conclusione della prestazione di pronto soccorso; 2) definizione dei nuovi standard strutturali e tempi massimi per l’osservazione breve intensiva (OBI); 3) azioni per ridurre il sovraffollamento in pronto soccorso, tra cui il blocco dei ricoveri programmati; 4) implementazione del “bed management”, ossia l’utilizzo della risorsa “posto letto” mediante un puntuale e metodico governo delle fasi di ricovero e di dimissione.

I sistemi di Triage implementati nelle realtà italiane si ispirano al modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari mediante la valutazione infermieristica

basata sulla raccolta di dati soggettivi e oggettivi, sulla base degli elementi situazionali significativi e sulle risorse disponibili.

I presupposti di questo modello di Triage sono identificabili nelle seguenti attività: Realizzare l’effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al Pronto Soccorso; Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere specificamente formato; Garantire l’assegnazione del codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell’assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo; Utilizzare un processo di valutazione strutturato in grado di garantire l’approccio complessivo alla persona ed ai suoi problemi di salute; Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure; Disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato. (Fonte: Linee di indirizzo sul Triage. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf)

Una delle novità introdotte dalle ultime linee di indirizzo sul triage è l’introduzione dei cinque codici (anziché quattro) e il passaggio dai codici colore ai codici numerici.

Tutti i sistemi validati in letteratura ed utilizzati a livello internazionale stratificano la priorità di accesso al trattamento in cinque livelli e non quattro. Questo permette di stratificare meglio il codice verde che rappresenta circa il 70% degli accessi in ps e permette di valutare in maniera più appropriata il rischio evolutivo rimodulando i tempi di attesa della presa in carico.

La scelta di passare ai numeri e di eliminare i colori nasce dall’esigenza di differenziare il codice di triage da altri codici quali quelli di percorso o gravità, in quanto il triage parla di priorità.

E’ importante capire che il vero cambiamento non è nell’introduzione dei 5 codici,

ma nel metodo e modello teorico utilizzato dal triagista: con l’applicazione delle nuove linee guida verrà garantita l’uniformità dei sistemi di triage utilizzati in tutto il nostro paese. Viene confermato che il triage è una funzione infermieristica e che le aziende devono, attraverso specifici progetti ed in un’ottica multiprofessionale basati su evidenze scientifiche mettere in atto. E’ scomparsa “la supervisione del medico” atualizzando l’autonomia infermieristica al triage ma in un’ottica multiprofessionale con interessamento di tutte le figure dell’intero sistema organizzativo e clinico del PS.

Si è giunti alla consapevolezza del ruolo definito non solo delle priorità di accesso, ma quello di inizio di un percorso o indirizzamento del paziente verso quello più appropriato. Viene formalizzato che il tempo di attesa non è “colpa” del triage, ma dell’intero sistema ed è congruente con l’ottica con cui occorre guardare l’organizzazione del Pronto soccorso all’interno della struttura (organizzazione dell’OBI, gestione dei posti letto, attività del bed manager, ecc.).

Il triagista non sarà più solo ma ci sarà il coinvolgimento dell’intera struttura ospedaliera e di tutti i professionisti attraverso la pianificazione, progettazione, attuazione e revisione delle procedure, protocolli e percorsi. Al cambiamento sulla carta dovrà corrispondere quello della mentalità professionale, abbandonare la logica “dell’abbiamo sempre fatto così” insieme alla riorganizzazione delle strutture nella sua parte logistica e strutturale e l’adeguamento in termini di risorse umane. Adesso spetta alle singole regioni recepire ed permettere alle aziende tutto questo.

* Dott. Mag. **Antonio Del Prete**,
Formatore Nazionale Triage Simeu. Dipartimento dell’Emergenza e dell’Area Critica,
UOC 118 ed emergenza territoriale,
Asl Napoli 2 Nord

Ospedali e territorio

Asl Napoli 1 e Asst di Brescia Insieme per servizi di eccellenza



NAPOLI - Un'intesa sull'asse Napoli - Brescia favorirà la condivisione di esperienze e la nascita di nuovi protocolli clinico-assistenziali e socio-sanitari per una sanità pubblica sempre più votata all'eccellenza. A porre le basi di questo progetto sono stati **Ciro Verdoliva**, direttore generale dell'ASL Napoli 1 Centro, e **Marco Trivelli**, direttore generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia, a margine del Meeting di Rimini.

La prima intesa tra i due direttori gene-

rali, già protagonisti del "protocollo Cardarelli-Niguarda", porterà in breve tempo alla nascita di attività e programmi congiunti con lo scopo di facilitare lo scambio culturale e la cooperazione nel campo della formazione e della ricerca in ambito sanitario.

Tra i campi d'interesse ai quali si darà priorità: le reti tempo-dipendenti nell'organizzazione dell'emergenza, i Dipartimenti della salute mentale e di contrasto delle dipendenze.

E ancora, attività territoriali con ap-

profondimento dei Servizi territoriali e dei Servizi di continuità assistenziale, l'organizzazione degli screening oncologici, lo sviluppo delle professioni sanitarie, il bed management e il controllo di gestione per la conoscenza e l'elaborazione dei dati aziendali.

"Reduci dall'esperienza di collaborazione realizzata tra Niguarda e Cardarelli - dice **Ciro Verdoliva** - puntiamo ora a realizzare un progetto ancor più incisivo grazie ad un intenso scambio tra i professionisti dell'ASL Napoli 1 Centro e dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Spedali Civili di Brescia. Il nostro obiettivo, mio e del collega **Marco Trivelli**, è quello di esportare le tante eccellenze che caratterizzano le rispettive aziende sanitarie, fare tesoro dei punti di forza e individuare i punti di debolezza per colmare eventuali lacune. Nasce insomma un nuovo percorso di condivisione che punta sempre più ad una sanità pubblica d'eccellenza.

Ospedali e territorio

Federico II: prima cattedra europea Unesco sull'educazione alla salute

NAPOLI - L'università di Napoli Federico II incassa un importante riconoscimento internazionale grazie all'istituzione della cattedra Unesco «Educazione alla salute ed allo sviluppo sostenibile», prima in Europa a essere dedicata alla promozione dello stato di salute della popolazione, con particolare attenzione ai fattori culturali, nutrizionali e ambientali.

Il progetto – coordinato dalla professoressa Annamaria Colao - si avvale di uno staff composto da scienziati e ricercatori in ambito medico, agroalimentare, ingegneristico, con l'obiettivo di realizzare - in collaborazione con partner locali e nazionali - interventi nel campo della ricerca epidemiologica e clinica attraverso varie attività: a partire dalla ricerca, passando per master, programmi post laurea, corsi brevi, conferenze, pubblicazioni scientifiche, per arrivare allo sviluppo di protocolli standardizzati per la conduzione di studi epidemiologici in soggetti residenti in aree gravemente inquinate e con bassi livelli socio economici. «Abbiamo presentato questo progetto all'Unesco perché consideriamo la salute un bene da proteggere – ha spiegato Annamaria Colao, direttore della UOC di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e coordinatrice della cattedra – sarà un contenitore articolato che va dall'educazione della popolazione fino all'erogazione di visite gratuite e allo sviluppo e all'innovazione tecnologica.

Dato l'invecchiamento della popolazione e l'arrivo in Italia di persone di etnia diversa

dalla nostra, puntiamo nei prossimi decenni alla sostenibilità per fronteggiare la salute di tanti esseri umani diversi». In collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale della Campania, molte delle iniziative saranno dedicate a giovani studenti con l'attivazione di programmi didattici dedicati all'educazione ambientale e alla prevenzione dell'obesità infantile. «Dobbiamo sempre ricordarci che questa formazione deve avere un impatto sociale. Quindi deve anche educare le persone, specie le nuove generazioni, a vivere meglio per raggiungere una maggiore qualità della vita.

Questo è il fine ultimo di tutta la politica che stiamo portando avanti come ateneo –

ha evidenziato Gaetano Manfredi, rettore della Federico II – questo grande riconoscimento internazionale è la conferma del lavoro che stiamo facendo su un tema molto importante per il Mezzogiorno, la nostra regione e la nostra città».

Un lavoro incentrato soprattutto nella prima fase su attività di ricerca

nel settore, che potrebbero avere un impatto anche in termini di sostenibilità economica del servizio sanitario pubblico, come ha sottolineato Anna Iervolino, nuovo direttore generale del Policlinico Federico II di Napoli.

«Riponiamo grande fiducia in questi ricercatori di fama internazionale, perché dal loro lavoro deriveranno sicuramente dei vantaggi importanti per la sanità campana e per i cittadini, spero anche in termini di qualità di assistenza e di risorse economiche ben spese».



Morte cardiaca improvvisa Nuova tecnica al Santobono

NAPOLI - L'equipe cardiologica del Santobono ha iniettato sotto la cute di una bambina bisognosa di un monitoraggio cardiaco continuo un micro elettrocardiografo che per i prossimi quattro anni registrerà il suo battito cardiaco. Le informazioni raccolte permetteranno ai medici dell'ospedale pediatrico napoletano di monitorare in modo costante la bimba, anche da remoto; i tracciati cardiaci, infatti, saranno trasferiti in telemedicina al reparto di cardiologia del Santobono, attraverso la rete dei dati dei cellulari. Al Santobono è una pratica ormai collaudata. Nel luglio 2018 un bimbo era stato salvato dall'annegamento e, per monitorare eventuali sindromi da morte improvvisa, gli era stato impiantato lo stesso monitor cardiaco iniettabile. Qualche mese dopo si scoprì che il bambino non era cardiopatico, ma soffriva di una patologia per la quale oggi è in cura.

Si tratta del sistema più idoneo per evitare morte cardiaca improvvisa. Il micro-monitor installato è di ultimissima generazione. La dimensione estremamente ridotta lo rende adatto all'impianto anche su bambini molto piccoli.

Assistenza sulle Isole: a Procida, Ischia e Capri parte il progetto di teleconsulto



Il progetto "Isole" varato dalla Regione Campania, prevede di dotare le strutture sanitarie di Procida, Ischia e Capri di moderne tecnologie di Teleconsulto al fine di assicurare una comunicazione efficace tra gli operatori sanitari in loco e gli specialisti di altri Centri, coinvolti in second opinion. I sanitari in loco potranno condividere e valutare un particolare caso clinico anche attraverso l'impiego, ove necessario, della video conferenza personale.

La Regione Campania ha dato il via a un nuovo progetto per l'assistenza sanitaria sulle Isole che punta al teleconsulto. "Facendo seguito all'approvazione del Decreto del Commissario ad acta, in accordo con le Direzioni generali delle Aziende NA 1 Centro e NA 2 Nord", spiega la nota, sono state attivate "le necessarie procedure per migliorare i livelli di assistenza nelle aree cosiddette 'disagiate' del territorio campano". E "in un contesto dove sempre più si va affermando un modello Hub & Spoke", il Progetto "Isole" si pone l'obiettivo di "garantire alti livelli di continuità ed assistenza tra Ospedale e territorio, condividendo le migliori professionalità messe a disposizione". Il progetto prevede, in una prima fase, di dotare le

strutture sanitarie di Procida, Ischia e Capri di moderne tecnologie di Teleconsulto al fine di assicurare una comunicazione efficace tra personale on-site e remoto, e la condivisione di tutte le informazioni necessarie per supportare il personale sanitario in una diagnosi quanto più veloce e precisa. Il teleconsulto medico del Progetto Isole 2019, spiega la nota della Regione, "consiste nella possibilità per i medici, situati in postazioni remote, dislocate in sedi isolate e disagiate (Digital Divide), ed in sedi specialistiche dove professionisti sono coinvolti in second opinion, di condividere e valutare un particolare caso clinico attraverso l'analisi del maggior numero possibile di informazioni a loro disposizione, e l'impiego, ove necessario, della video conferenza personale, utile per sottoporre lo stesso ad eventuali commenti estemporanei ed a scambi di pareri, sulla base dello specifico know how di ciascun professionista". La Regione si dice certa che l'introduzione del Teleconsulto, come innovativa modalità organizzativa, avrà "un'immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. La disponibilità di informazioni tempestive e sincrone offrirà inoltre la possibilità di misurare e valutare i processi sanitari con questa modalità organizzativa attraverso indicatori di processo ed esito. L'utilizzo del Teleconsulto comporterà innumerevoli vantaggi per le aziende e le organizzazioni sanitarie, per i medici e per i pazienti".

Ospedali e territorio

Melanoma, il Pascale di Napoli sul podio europeo

NAPOLI - E' Napoli uno dei centri internazionali all'avanguardia per la lotta al melanoma. A dirlo è la classifica stilata dal sito americano expertscape.com che mette al primo posto in Italia (su 4.000 specialisti), al secondo in Europa (su 25mila), al quarto nel mondo (su 65 mila esperti) Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Pascale di Napoli. Proprio l'Istituto partenopeo, a livello europeo, si colloca al nono posto nella cura del melanoma e nella classifica degli esperti rientra anche Ester Simeone, che fa parte del gruppo del professor Ascierto. In Italia, il Pascale è primo fra gli Istituti e, oltre a Ester Simeone, fra gli esperti si colloca anche Antonio Grimaldi. L'analisi di Expertscape, ideata dai ricercatori della Università della North Carolina, si basa sulla produzione scientifica dei clinici nei vari settori della medicina, tenendo in considerazione soprattutto le pubblicazioni dell'ultimo decennio, valutando la qualità della rivista e la posizione come autore nell'articolo. Ascierto ha un Impact Factor e un H-Index, i due parametri utilizzati per "misurare" la produzione scientifica, molto alti, pari rispettivamente a



oltre 3000 e 60. "Guido una squadra molto valida", spiega Ascierto, che dice: "In questi anni abbiamo condotto importanti studi per la messa a punto di terapie sempre più efficaci in grado di contrastare il melanoma, una neoplasia della pelle molto aggressiva in

fase metastatica e in forte crescita, con 13.700 nuove diagnosi nel 2018 in Italia.

Nell'ultimo decennio, al Pascale, sono state condotte più di 120 sperimentazioni su questo tumore, per un totale di oltre 3.000 pazienti coinvolti".

ROMA - Le donne con tumore al seno metastatico possono evitare la chemioterapia: una meta-analisi di 140 studi che ha incluso 50.029 pazienti, pubblicata su Lancet Oncology e coordinata dall'Università Federico II di Napoli, ha infatti dimostrato per la prima volta che nessun regime di chemio è più efficace della combinazione di ormonoterapia e nuove terapie a bersaglio molecolare. L'indicazione riguarda il tumore al seno metastatico positivo per i recettori ormonali, il 65% dei casi metastatici. In Italia sono 24mila le donne trattabili con tale combinazione. Lo studio è il risultato di una collaborazione internazionale che ha visto la partecipazione di molti ricercatori italiani. La meta-analisi ha incluso ricerche pubblicate fra gennaio 2000 e dicembre 2017. "Si è evidenziato che le

Tumore seno metastatico Chemioterapia si può evitare



terapie mirate sono efficaci in prima linea, ovvero come primo trattamento, e che la qualità di vita migliora. Questa analisi è molto importante perché, per la prima volta, pone a confronto, in prima e seconda linea, l'efficacia dei regimi oggi disponibili di chemioterapia e ormonoterapia, con o senza terapie mirate.

E conferma quanto stabilito dalle linee guida internazionali, che raccomandano, anche in prima linea, l'impiego dell'ormonoterapia posticipando l'uso della chemioterapia in queste pazienti. Sono chiari i vantaggi di una scelta di questo tipo in termini di "minore tossicità". Nonostante le raccomandazioni internazionali, tuttavia,

oggi la chemioterapia è ancora diffusa nella pratica clinica in queste pazienti (in oltre il 40% dei casi).

Industriali Napoli e Pascale: insieme contro tumore al seno



NAPOLI - "In Campania ogni anno ci sono 4000 nuovi casi di tumori al seno. La prevenzione può aiutare a salvare la vita di molte donne. L'accordo tra la nostra sezione sanità dell'Unione Industriali di Napoli e il Pascale è una bellissima proposta che raccogliamo volentieri, perché rientra nell'ambito della responsabilità sociale delle aziende poter fornire un servizio alle nostre lavoratrici per un'azione di prevenzione del tumore al seno. E' una maniera intelligente di fare sanità, prevenzione e programmazione allo stesso tempo". Così Vito Grassi, Presidente di Confindustria Campania, a margine della firma del protocollo con l'Ircs Fondazione Pascale per valorizzare e promuovere la cultura della prevenzione del tumore al seno, presso la sede di Unione Industriali di Napoli.

Al Moscati mancano i posti letto ma c'è un reparto inutilizzato

AVELLINO – la denuncia pubblica, con tanto di immagini realizzate da Enzo Costanza sta facendo scalpore sulla piattaforma on line di Youtube. Al Moscati mancano posti letto. Un fatto atavico. Ma contemporaneamente al terzo piano della città ospedaliera, come viene definito l'Ospedale Moscati di Avellino, c'è un intero reparto vuoto. E' quello di riabilitazione Cardiologica ormai abbandonato da anni. Una cinquantina di posti letto completamente inutilizzati. Dall'istituzione dei cosiddetti «Ospedali riuniti» (aprile 2018) solo con la recentissima delibera del manager del "Moscati", Renato Pizzuti, si è fatto chiarezza sulla specifica identità dei due ospedali (quello di Avellino si chiamerà "Città Ospedaliera, quello di Solofra resta "Landolfi"). L'accorpamento tra il "Moscati" e il "Landolfi" ha preso ufficialmente il via. Ma il percorso, nelle sue parti più significative, è tutto da scrivere. E rispetto ai tempi annunciati ormai due anni fa dalla Regione, i ritardi cominciano a farsi notevoli e pesanti. Posti letto, reparti, e lavori – ovvero il grosso dell'operazione – restano però punti nodali



ancora da centrare. Secondo il decreto 29, dovevano aumentare i propri posti letto, da 104 a 151, e incrementare il numero dei reparti. Da Avellino, l'ospedale dovrà ricevere Oculistica, Geriatria, e Riabilitazione Funzionale. E' poi prevista l'attivazione del reparto di Lungodegenza, e Terapia intensiva, con 4 posti letto.

Il manager Pizzuti si è impegnato apertamente: «Non appena saranno erogati i finanziamenti dell'articolo 20, si procederà immediatamente alla ristrutturazione interna. Poiché i progetti esecutivi sono già pronti, saremo la prima Azienda a utilizzare i fondi stanziati dalla Regione Campania per l'edilizia sanitaria».

Ruggi d'Aragona, parto da record, Intervento su mamma di 225 kg.

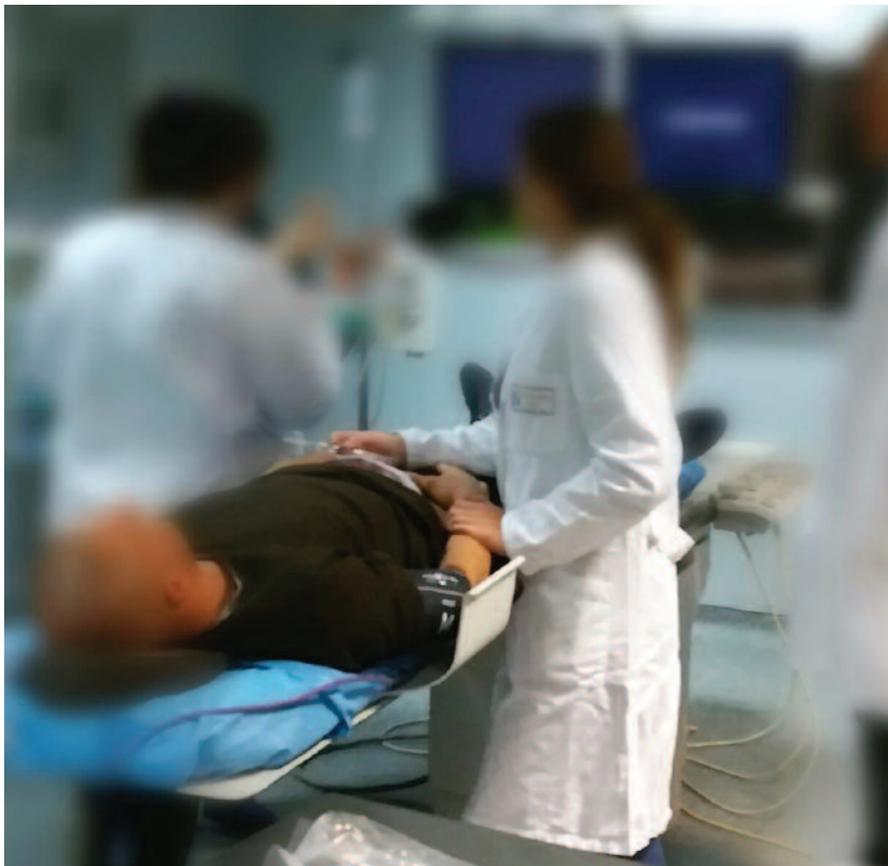
SALERNO - Parto record all'ospedale Ruggi d'Aragona di Salerno. Una donna di 225 chili dà alla luce una splendida bambina. È il risultato di un intervento compiuto dai medici del Ruggi d'Aragona di Salerno. La 35enne Filomena Ianniello, residente a San Valentino Torio, era giunta al presidio ospedaliero di via San Leonardo con uno scompenso cardiaco e una cistosi, in condizioni critiche. Il parto però alla fine ha avuto esito positivo grazie anche all'operazione effettuata dalla equipe che ha preso in carico la puer-



opera. Adesso la paziente sta seguendo un regime alimentare che l'ha portata a raggiungere il peso di 162 chilogrammi. Un importante risultato raggiunto nonostante il grave affanno che si registra negli organici del reparto materno infantile per carenza di ginecologi, pediatri e infermieri. All'appello mancano, infatti, ginecologi, 7 pediatri, 3 medici in neonatologia, oltre agli infermieri in sala operatoria e maternità, che segnano un buco in organico di un intero turno, e agli operatori socio sanitari in pediatria (di notte non sono presenti).

Ospedali e territorio

Una "Rete Stroke" per i pazienti colpiti da ictus



NAPOLI - La Regione Campania compie un altro importantissimo passo avanti nella riorganizzazione dell'assistenza ai propri cittadini disegnando e approvando, con il Decreto firmato dal Commissario ad Acta Vincenzo De Luca, la "Rete Stroke", che individua le strutture specificamente dedicate al trattamento dei pazienti colpiti da ictus.

La rete definisce il percorso ottimale per garantire la presa in carico di tali pazienti a partire dal coinvolgimento del sistema territoriale di emergenza-urgenza - che investe in primo luogo la Centrale Operativa Territoriale (COT) del 118 con l'identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso e l'invio del mezzo più idoneo e termina nell'unità operativa ospedaliera idonea (Stroke Unit) al trattamento. La Rete Stroke è disegnata per bacini di utenza al fine di garantire la migliore

assistenza anche ai pazienti provenienti da zone più disagiate.

Lo scopo è quello di facilitare l'accesso di ogni paziente al più vicino Ospedale attrezzato specificamente per la cura dell'ictus nel minor tempo possibile dall'esordio della patologia. Il raggiungimento di questo obiettivo è particolarmente importante considerato che per l'ictus, come per tutte le patologie definite "tempo dipendenti", la tempestività costituisce un requisito fondamentale ai fini dell'efficacia delle cure.

A questo stesso scopo l'iter di cura della rete Stroke prevede anche la predisposizione di un percorso "fast track", che abbrevi al massimo il passaggio del paziente in Pronto Soccorso, specie se vi è già stata una valutazione da parte dei sanitari dell'Emergenza Territoriale.

Agli ospedali dotati di Stroke Unit sono

funzionalmente collegati altri Ospedali con posti di degenza neurologici strutturati, definiti Spoke, destinati a decongestionare le Stroke Unit, quando necessario, e ad assicurare la continuità dell'assistenza anche nella fase successiva a quella acuta in unità operative dotate dei posti letto e delle competenze idonee per la prima fase di riabilitazione successiva all'evento acuto.

Troppe aggressioni in ospedale, infermieri a lezioni di karate



CASERTA - Singolare iniziativa da parte dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Caserta, che organizzerà sul territorio corsi di arti marziali per i propri iscritti.

Le continue e feroci aggressioni ai danni di infermieri e medici che si sono registrate sul territorio negli ultimi tempi, hanno fatto decidere per dei corsi di autodifesa.

L'Ordine degli infermieri dunque offrirà gratuitamente ai suoi 7mila iscritti un corso di addestramento per contrastare atti di aggressione in corsia, nei pronto soccorso, sulle autolettighe. I corsi di addestramento dovrebbero partire dal prossimo mese di gennaio, presso la sede dell'Ordine e saranno inseriti nel Piano Formativo.

Nuovo patto con la Cina: 500 medici all'Istituto Pascale di Napoli



PECHINO - Siglato a Pechino un nuovo accordo con l'istituto nazionale tumori Fondazione Pascale di Napoli. Nei prossimi 3 anni altri 500 specialisti cinesi - che si aggiungono ai 300 che già hanno frequentato le corsie dell'Irccs - affiancheranno i medici e ricercatori napoletani. Ricercatori, chirurghi, radioterapisti, clinici a singoli gruppi approderanno a Napoli, dal prossimo dicembre e fino a tutto il 2022, grazie al nuovo accordo siglato lo scorso 27 agosto dal direttore della Radioterapia Paolo Muto, su delega del direttore generale dell'Irccs partenopeo, Attilio Bianchi e dalla direttrice del Temc (International emergency management society medical committee) Chen Ran.

La nuova joint venture prevede il potenziamento della cooperazione internazionale in ambito medico, tramite programmi di

educazione selettiva e condivisione di esperienze in ambito clinico, fino alla formazione e alla promozione della ricerca in management sanitario.

Se il livello sanitario italiano resta ai primi posti nella scala mondiale di valutazione per efficienza di diagnosi e cure, il ruolo di partecipazione dei camici bianchi della Cina serve ad implementare il bagaglio di conoscenza degli specialisti del più grande polo oncologico del Mezzogiorno. Entrambe le équipes continueranno, infatti, a confrontarsi su metodologie di lavoro e sulla condivisione di protocolli.

L'interesse della partnership è quello di ospitare anche in Cina medici italiani che possono insegnare tecniche nuove e poter affrontare casi più selezionati con le moderne tecniche chirurgiche.

Cancro del fegato, nuove tecnologie al II° Policlinico



Napoli - Pianificazione tridimensionale dell'intervento chirurgico, valutazione della funzionalità del fegato affetto da cirrosi e chirurgia laparoscopica guidata dalla fluorescenza: questo è il trionfo delle tecnologie innovative per il trattamento dei tumori del fegato adottate presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli. Le tecnologie all'avanguardia sono state acquisite per il Dipartimento di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia Endoscopica, diretto dal prof Giovanni Domenico De Palma, seguendo l'approccio dell'Health Technology Assessment, che valuta l'impatto delle tecnologie innovative negli ambiti ospedalieri secondo analisi multidisciplinari e multidimensionali, applicato dall'ingegneria clinica aziendale, guidata dall'ing. Antonietta Perrone. Attualmente l'AOU Federico II di Napoli è l'unico centro italiano che applica contestualmente queste nuove tecnologie per la pianificazione e l'esecuzione di interventi di chirurgia epatica. Un investimento di circa 250.000 euro per rendere più sicuri gli interventi oncologici e facilitare il lavoro del chirurgo soprattutto durante gli approcci miniminvasivi a garanzia del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Ospedali e territorio

Da ateneo Perm, studenti russi al Pascale

NAPOLI - Rimarranno a Napoli fino a Natale, laureandi o appena laureati dell'Università di Perm, in Russia. Sono arrivati a scaglioni. Prima sei, cinque donne e un uomo. Poi da settembre altri 20. Al Pascale studieranno tecniche nuove per il loro paese, in particolare la chirurgia robotica. Non a caso la maggior parte di questi giovani affiancherà i medici del Dipartimento

Maxillo Facciale testa collo di Franco Ionna. Prende il via, così, fattivamente un accordo tra l'Istituto dei tumori di Napoli e l'Università di Medicina Statale di Perm, siglato quasi un anno fa. La cooperazione prevede che anche oncologi del Pascale vadano in



Russia a formare giovani professionisti. Lo scopo di questa mobilità formativa, così come accaduto con la Cina e l'Etiopia, è quello di sviluppare progetti per studenti e medici sotto la guida degli specialisti e di incoraggiare scambi di informazioni, studi di ricerca condivisi e pubblicazioni scientifiche. "Per ora la cooperazione - dice il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi - riguarderà prevalentemente l'oncologia testa collo ma anche la ricerca traslazionale e il colon retto. Una cooperazione

che conferma il grande lavoro che finora ha portato a Napoli 200 medici cinesi, una ventina dal Nord Africa, oltre ad avere avviato accordi di cooperazione con i paesi dell'America Latina, il Brasile e Seul".



Il Frangipane di Ariano Irpino nella Rete oncologica campana

ARIANO IRPINO - L'ospedale di Ariano Irpino è stato abilitato ad entrare nella Rete Oncologica Campana per quanto riguarda la chirurgia oncologica dei tumori del colon e del retto. Il nuovo riconoscimento ottenuto dal Frangipane arriva dopo aver presentato al Ministro un'interpellanza urgente sulla mancanza nel Piano Ospedaliero della Rete oncologica campana. Inoltre, ha ottenuto la nuova classificazione da semplice pronto soccorso a Dea di I livello. Il provvedimento è contenuto nel Decreto commissario ad acta 58/2019, pubblicato sul bollettino ufficiale della Regione Campania.

Salvo l'ospedale Sant'Alfonso Ok del Tesoro al piano De Luca

E' Passato al vaglio del Mef (Ministero delle Finanze), il decreto di rimodulazione del piano ospedaliero della Regione Campania, relativo all'ospedale Sant'Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata de' Goti.

È quanto è emerso in seguito alla riunione a Roma, a cui hanno partecipato i rappresentanti del ministero della Salute, delle Finanze e della Regione, nel corso della quale non sono state sollevate obiezioni rispetto alla modifica della revisione del piano ospedaliero, richiesta dal governatore Vincenzo De Luca nel mese di aprile. Ad aprile, l'ospedale era stato riprogrammato come Pronto Soccorso di base, dotato delle discipline di Medicina generale, Chirurgia generale con 14 posti letto, Ortopedia con 20, e Cardiologia con 4 posti letto, mentre erano state confermate le programmazioni delle discipline di Lungodegenza, di Riabilitazione e la previsione della dotazione al presidio delle discipline accessorie di Oncologia per le chemioterapie e i follow up per i pazienti trattati chirurgicamente presso i nodi della rete oncologica.



World Alzheimer's Month

 **ALZHEIMER ITALIA®**
La forza di non essere soli.



#LetsTalkAboutDementia

#WorldAlzMonth

www.worldalzmonth.org



NON SI TRATTA SOLO DI MIGRANTI

29 SETTEMBRE 2019

Giornata Mondiale del Migrante e del Rifugiato