

Napolisana Campania

Fuori dal tunnel!

Ora riportiamo la sanità campana tra le prime in Italia

POLITICA SANITARIA
Il Patto per la salute
legittima l'infermiere
di famiglia

Dario De Martino a pag. 10



DENTRO LA PROFESSIONE
Alla scoperta
del nuovo
codice deontologico

Nina De Martino a pag. 28





L'Editoriale di **Ciro Carbone**

Sanità, ripensiamola insieme Ora gli infermieri sono pronti

L'anno che ci siamo lasciati alle spalle da poco ci ha consegnato un finale a sorpresa. Un lieto fine inaspettato. L'ultimo atto alla vigilia di Natale. Con tutta una serie di provvedimenti adottati dal Governo nella legge di bilancio che ci fanno guardare con positività al futuro: più soldi per sanità e sociale con circa 7,5 miliardi di euro nel triennio. Tra questi 3,5 miliardi per il fondo sanitario (2020 e 2021), altri 2 miliardi per l'edilizia e 739 milioni per cancellare il superticket. A queste somme si aggiunge un altro miliardo e 260 milioni per tutta una serie di misure, compresa l'implementazione dell'infermiere di famiglia come stabilito nel Patto della Salute. Ma il primo, il più importante motivo di soddisfazione ha una dimensione tutta casalinga. E arriva a pochi giorni dalla fine dell'anno: la sanità in Campania non è più commissariata. Dopo dieci anni da sorvegliata speciale, i conti tornano in ordine e si risale nei Lea ben oltre la sufficienza. Il Governatore De Luca l'ha definito "un miracolo". Ma senza scomodare il sacro e il prodigioso, diciamo che è stato veramente un bel risultato. E vanno riconosciuti la tenacia, l'impegno e la volontà profusa per realizzarlo. Un successo che, altro aspetto lodevole, il Governatore ha voluto condividere con "medici, infermieri, dirigenti".

Insomma con quanti in questi dieci anni hanno sopportato il peso del blocco del turnover, di risorse economiche modeste, di super lavoro, in ospedale, come sul territorio. Un riconoscimento di lavoro di squadra che ho molto apprezzato. Non solo perché significa riconoscere i sacrifici e i meriti di tutti i professionisti della sanità regionale, infermieri in prima fila. Ma perché rappresenta una filosofia del fare coinvolgente e matura.

Un metodo di lavoro che responsabilizza, che motiva, che redistribuisce oneri e onori. Ed è questo il metodo con il quale penso si debba lavorare in futuro. Si può ricostruire tutti insieme il sistema sanitario regionale. La buona sanità. Proprio come tutti insieme siamo usciti dal tunnel del commissariamento. Lo chie-

derò allo stesso Governatore al prossimo incontro. Noi infermieri siamo pronti. Siamo maturi e responsabili. Lo abbiamo dimostrato in questi anni bui di grandi sacrifici e indicibili sofferenze. Siamo pronti ad assumerci responsabilità. A dare una mano, consapevoli di essere ormai chiamati a giocare un ruolo da protagonisti, insieme con gli altri stakeholder del sistema salute regionale. Quindi, vanno bene i riconoscimenti. Ma ora acceleriamo su quanto resta da fare per arrivare, come dice il Presidente De Luca, tra le regioni benchmark, oltre i 230 punti Lea. Verso l'umanizzazione dei servizi. E siamo d'accordo. Ma per fare questo c'è da rimboccarsi le maniche tutti insieme. Di nuovo. E fare in modo che l'uscita dal commissariamento rappresenti anche l'occasione per ridisegnare la sanità regionale lavorando d'equipe. Come una squadra unita e coesa. Facciamo che l'uscita dal commissariamento si trasformi da subito in un potente piano di assunzioni, non basta far scorrere le graduatorie dei concorsi già espletati. E Poi. Ora che l'infermiere di famiglia è stato individuato dal Governo come asse portante dell'assistenza territoriale, bisogna immediatamente renderlo concreto e non tenerlo sulla carta.

Tutta l'assistenza territoriale è da ripensare. Così come i pronto soccorso che sono senza personale, dove le mancanze vengono colmate con chi c'è. E poi le liste d'attesa ancora troppo lunghe; le cure sospese ai malati cronici, oncologici e anziani a causa dei tetti di spesa che vanno subito esauriti; gli interventi per la frattura del femore entro le 48 ore: gli screening e il completamento del processo degli accreditamenti da condurre fuori dal tunnel.

Insomma, bisogna ricostruire la buona sanità. Ma siamo consapevoli di non poter solo chiedere e delegare ad altri. Gli infermieri chiedono di essere maggiormente coinvolti nel processo di pianificazione e ed elaborazione dell'assistenza. Non chiediamo altro che ci venga data la possibilità scendere in campo in prima persona. Gli infermieri di Napoli sono pronti.

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.4 - DICEMBRE 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

Margherita Ascione, Anna Buonocore, Angela Capuano, Dario De Martino, Nina De Martino, Teresa Ferola, Marie Manthey, Antonio Marciano, Antonio Napolitano, Peppe Papa, Annalisa Passariello, Franca Sarracino, 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

Sanità, ripensiamola insieme. Ora gli infermieri sono pronti

di **Ciro Carbone**

6 Fuori dal commissariamento

La Campania supera l'esame sanità

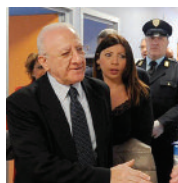
Con l'ok del Consiglio dei ministri si ratifica quanto già deliberato dal Mef, dal Mini-

stero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni: la sanità in Campania non è più commissariata.



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Politica sanitaria

8

De Luca: "Pancia a terra per diventare benchmark"

Il governatore punta a raggiungere in un anno e mezzo i 230 punti Lea. La parola d'ordine è "umanizzazione dei servizi". A gennaio prende il via la piattaforma informatica. Il piano di edilizia ospedaliera vale 1,1 miliardi di euro.

di Peppe Papa

10 Politica sanitaria

Il Patto per la salute legittima l'infermiere di famiglia



L'accordo programmatico tra il Governo e le Regioni, prevede che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia "l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone".

di Dario De Martino



Politica sanitaria

12

Manovra Ok. Ma servono più infermieri in corsia

Con il sì della Camera alla manovra finanziaria del Conte 2 in zona Cesarini, vale a dire alla vigilia di Natale, passano anche le misure per la sanità volute dal ministro Speranza.

di Pino De Martino

14 Politica sanitaria

Costi alti e tempi lunghi, tutti in fila per curarsi



PiT Salute racconta le difficoltà dei cittadini con l'assistenza sanitaria nazionale.

di Pippo Trio

16 Politica sanitaria

Sanità italiana nella top ten mondiale per qualità. Al nono posto dopo Nord Europa e Australia"

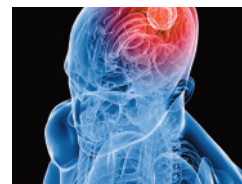


di Anna Buonocore

17 NSC Nursing

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 17/27



Dentro la professione 28

Alla scoperta del nuovo codice deontologico

Giornata di approfondimento promossa dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, insieme con l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli.

di Nina De Martino

30 Dentro la professione

Primary Nursing, ovvero l'umanizzazione del processo di cura



Notizie dall'Ordine

33

Speranza: "Prendersi cura di medici e infermieri"

Convegno con il ministro della Salute su aggressioni a personale sanitario. Il Consigliere **Ascione**: "Più sanzioni, ma occhio al territorio".



38 Ospedali e territorio

Fuori dal
commissariamento

La Campania supera l'esame sanità

Con l'ok del Consiglio dei ministri si ratifica quanto già deliberato dal Mef, dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni: la sanità in Campania non è più commissariata. Dopo dieci anni da sorvegliata speciale, i conti tornano in ordine e si risale nei Lea ben oltre la sufficienza. **De Luca:** "Grazie a medici, infermieri, dirigenti abbiamo fatti un miracolo". **Carbone:** "Bene riconoscimenti. Ma ora acceleriamo su assunzioni e territorio". Ottomila nuovi posti in tre anni.

di Pino De Martino



“Abbiamo dimostrato a tutti che c'è un Sud rigoroso in grado di accettare le sfide di eccellenza di chiunque. E' stato fatto un miracolo. La fine del commissariamento è un risultato storico. Termina un'umiliazione che per la sanità campana durava da oltre dieci anni. Ora si apre una pagina nuova.” Così il presidente della Regione Campania, **Vincenzo De Luca** ha voluto celebrare l'uscita dal commissariamento della Campania. E cita infermieri, medici, direttori, amministrativi, indicandoli come gli artefici del miracolo. **“A loro il mio grazie”**. **“La Campania a testa alta”**, recita l'enorme didascalia alle spalle del presidente della Regione, Vincenzo De Luca, che dall'ospedale Cardarelli ha voluto evidenziare l'importanza del traguardo raggiunto: **“In un Paese normale - e non malato come l'Italia - basterebbe questo per dare un senso a una legislatura regionale”**, ha proseguito De Luca. **“In un Paese serio si parlerebbe di questo per settimane. Perché 9 milioni di euro di debito di una regione mettono a rischio il bilancio dell'Italia intera, non il bilancio della regione.**

Questo è un obiettivo storico perché ha dato tranquillità al bilancio dell'Italia e non solo della Campania e di questo dobbiamo rivendicare il merito”. L'ufficialità è arrivata lo scorso 5

dicembre, con il timbro della Presidenza del Consiglio dei ministri. Dopo dieci anni di bilanci super controllati, di lacrime e sangue per utenti e operatori ridotti a lumicino, la Campania è fuori dal tunnel del commissariamento. Nei giorni immediatamente prima dell'annuncio, c'era stato il via libera della conferenza stato-regioni. Mancava l'ultimo atto, quello che nei fatti ha sciolto ogni riserva sulla sanità in regione Campania.

La traversata nel deserto – Dieci anni fa si apriva il tunnel del commissariamento a causa dei circa 11 miliardi di debiti accumulati. Da allora lo Stato ha commissariato il settore, controllando strettamente i conti, imponendo un piano di rientro che ha portato a fortissimi tagli del personale con il blocco del turn over e a mancati investimenti nelle strutture.

Il percorso è stato lungo - E' passato per i cinque anni di governo del centrodestra con **Caldoro** ed è approdato alla gestione del centrosinistra dal 2015: il tutto con l'obiettivo di introdurre rigore nella contrazione della spesa e del risanamento dei bilanci. Un risultato rivendicato da De Luca come un miracolo, anche per le condizioni negative nel quale è maturato. Ancora oggi, nel riparto del fondo nazionale sanitario, la Campania è la regione che riceve la quota più bassa, 200 euro in meno pro capite rispetto all'Emilia Ro-



magna e 100 in meno rispetto a Veneto e Lombardia.: “Abbiamo fatto – ha commenta ancora De Luca – un lavoro straordinario di risanamento finanziario e di avanzamento dei livelli essenziali di assistenza”. In più, in dieci anni di commissariamento c'è stata una riduzione del personale di 13.500 unità, soprattutto infermieri e medici.

Cosa cambia - Ma avviata la fase di uscita dal commissariamento, cosa cambia per cittadini e pazienti? La vera differenza, tra Regioni in Piano di rientro commissariate e quelle in regime ordinario, sono i tempi e la burocrazia. In presenza del commissario tutti gli atti assunti passano sistematicamente al vaglio delle strutture tecniche del governo centrale. Sul piano tecnico la Campania non sarà più obbligata a sottoporre al governo centrale tutti gli atti, le delibere e i decreti assunti, al vaglio dei ministeri che si limiteranno e periodiche valutazioni. D'altro canto nei prossimi tre anni la maggiore libertà d'azione resterà vigilata e comunque sottoposta agli obiettivi di

pareggio di bilancio. Ogni passo falso non sarebbe perdonato. La maggiore flessibilità nella spesa consentirà di approfondire il nodo dei fabbisogni di personale e di nuove tecnologie. Nell'immediato, dunque, cambia poco, almeno dal punto di vista della percezione da parte dei cittadini: per il recupero significativo di efficienza e di ordinarietà ci vorrà tempo. Dunque nessun cambiamento sarà per ora percepibile da parte degli utenti alle prese con le quotidiane difficoltà tra pronto soccorso sovraffollati, assenza cronica di personale, tetti di spesa che pesano su malati cronici e anziani, l'accesso alle prestazioni in centri accreditati a singhiozzo, territorio sguarnito. Senza contare una rete dell'emergenza in affanno. Per quanto riguarda le assunzioni un percorso è già stato avviato con lo sblocco del turnover e la revisione dei fabbisogni che porterà all'ingresso di nuove 8mila unità in tre anni a cui si potranno aggiungere almeno altre 200 dopo la firma del nuovo patto nazionale per la salute già avvenuto. La maggiore flessibilità nella spesa consentirà di approfondire il nodo dei fabbisogni di personale, di tecnologie e dei tetti di spesa.

Qui un investimento di risorse per garantire il funzionamento dei centri diagnostici di prossimità e accreditati per tutto l'anno, anziché a singhiozzo, è molto sentito.

Fuori dal commissariamento

Carbone: “ Bene riconoscimento a infermieri, ma ora acceleriamo sulle assunzioni e sul territorio”

“Gli infermieri di Napoli plaudono all'importante risultato raggiunto dalla Regione e apprezzano la sensibilità manifestata dal Governatore Vincenzo De Luca che ha condiviso da subito questo importante successo con tutti gli attori del comparto sanitario, infermieri, medici, oss”. Così il Presidente Opi di Napoli **Ciro Carbone** a nome dei 20 mila infermieri napoletani. *“Un riconoscimento – ha aggiunto Carbone – che onora la fonte, ma soprattutto quanti, per lo più infermieri, in questi dieci*



anni hanno lavorato sodo per fornire prestazioni di qualità, pur in gravissime condizioni di lavoro, con scarsità di mezzi, ma soprattutto di personale. E' stata una travagliata e faticosa traversata nel deserto lunga dieci anni. Anni difficili, duri, di grandi sacrifici per tutti. Soprattutto per i cittadini. Ma anche gli infermieri e le infermiere pediatriche - ha aggiunto Carbone - hanno pagato un caro prezzo in termini di mancate assunzioni e aumento esponenziale dei carichi di lavoro. In questi anni ogni infermiere ha assistito mediamente al giorno circa 18 pazienti, a fronte di una media ottimale di 1 a 6. Un record negativo in tutta Europa. Ma oggi questo è alle spalle. Ci aspettiamo da subito che la buona notizia si trasformi presto in miglioramento nella qualità dei servizi all'utenza e in un poderoso piano di assunzioni che tenga conto di un dato: in dieci anni di blocco del turn over e tagli alla spesa, gli infermieri in Campania hanno perso circa 9mila posti di lavoro. A tutto danno della quantità e della qualità delle prestazioni sanitarie offerte. In futuro, come annunciato dallo stesso Presidente De Luca, ci saranno più risorse finanziarie a disposizione e più autonomia nelle scelte di politica sanitaria. Confidiamo dunque che anche gli impegni assunti dalla Regione per il varo di nuovi concorsi, per un ulteriore miglioramento dei Lea, per l'abbattimento delle liste d'attesa, possa a breve concretizzarsi, così come si è concretizzato l'importante traguardo di portare la sanità campana fuori dalle secche del commissariamento. Ora, dunque, mano alle assunzioni”.

Politica
Sanitaria

De Luca: “Pancia a terra per diventare benchmark”

Il governatore punta a raggiungere in un anno e mezzo i 230 punti Lea. La parola d'ordine è “umanizzazione dei servizi”. A gennaio prende il via la piattaforma informatica. Il piano di edilizia ospedaliera vale 1,1 miliardi di euro.

di Peppe Papa

“Essere stati commissariati non è solo un fatto d'immagine. Ha significato meno risorse, ha significato l'impossibilità di sostituire personale in pensione, ha significato 13500 dipendenti in meno per la Regione Campania, ha significato il prolungamento delle liste di attesa, ha significato l'emigrazione sanitaria al nord: perché se devi aspettare un anno una lista d'attesa è chiaro che te ne vai al nord. La sanità campana commissariata è stato un disastro dal punto di vista della dignità di tutti i cittadini napoletani e campani. E' stato come fare una corsa con cento chili di peso sulle spalle.

Siamo fuori - ha rimarcato - e ci sentiamo di garantire che a brevissimo potremo aprire, avendo a disposizione più risorse finanziarie, una nuova fase della stagione della sanità campana: quella della umanizzazione dei servizi”. “Non dovrà esserci più nessun paziente in una condizione di solitudine”. Questo, assicura, porterà la sanità campana “ad essere la prima d'Italia”.

De Luca però non si accontenta del “miracolo”. “Da dopo Natale, ha detto ai suoi, si deve lavorare pancia a terra”. A gennaio entra in funzione la piattaforma informatica. Significa che qualunque cittadino potrà sapere via Internet quale struttura ha le liste d'attesa più brevi per la prestazione di cui ha necessità.. “Possiamo correre. Ci sono le



condizioni per un salto di qualità definitivo per la sanità campana. Campania a testa alta. Sui Lea siamo oltre i 180 punti, ne restano meno di 50 per arrivare a 230 (il tetto massimo). In un anno e mezzo ce la facciamo. Possiamo considerare concluso e raggiunto l'obiettivo principale quando avremo raggiunto i 236 punti Lea. E saremo la prima regione d'Italia e avremo un sistema sanitario completamente umanizzato e non ci sarà più in Campania un solo cittadino che avrà una condizione di abbandono”. Ci sono anche le risorse per l'edilizia

ospedaliera: oltre 1 miliardo di euro per i nostri ospedali

Edilizia ospedaliera – Effettivamente nel piatto ci sono anche 1,1 miliardi di euro di fondi per l'edilizia sbloccati per ristrutturare la rete ospedaliera pubblica. Cantieri da aprire, riqualificazioni ed edificazioni di nuovi ospedali dovranno accompagnare l'attuazione del Piano ospedaliero senza perdere d'occhio l'ammodernamento dei distretti e dei servizi del territorio. Un piano di riordino complessivo approvato a fine ottobre.

Politica
Sanitaria

A fronte di tante eccellenze, rete infarto, area cardiologica respiratoria, il superamento della soglia del 95% per la vaccinazione esavalente dell'infanzia e il 92% raggiunto per morbillo, rosolia e varicella. E poi i parti cesarei ridotti al 36,4% quasi a livello della soglia ideale e il riordino della medicina veterinaria. Ci sono i nodi d'affrontare: le liste d'attesa ancora troppo lunghe, le cure sospese ai malati cronici, oncologici e anziani a causa dei tetti di spesa, gli interventi per la frattura del femore entro le 48 ore, gli screening e il completamento del processo degli accreditamenti da condurre fuori dal tunnel di pari passo alla complessa opera di ripopolamento delle corsie attraverso il reclutamento e i concorsi di personale medico, infermieristico, tecnico e di supporto.

Luci e ombre - E' fatta di luci e ombre la sanità campana. «I tetti di spesa per i privati accreditati sono quelli e non si possono modificare», dicono senza mezzi termini in Regione spegnendo sul nascere aspettative non giustificate. La Campania, per un altro triennio, è ancora sottoposta a un percorso di fuoriuscita dal Piano di rientro. Dunque la parola d'ordine è ancora rigore nei conti e lavoro continuo per potenziare e qualificare l'offerta assistenziale pubblica. Va qui sottolineato che la Campania è si fuori dal commissariamento, ma resta in Piano di rientro per un triennio. Lo prevede il protocollo di fuoriuscita dal debito tracciato con la legge 191 del 23 dicembre 2009 (disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) che regola i Piani di rientro. Con l'approvazione del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio sanitario regionale è stata semplicemente intrapresa la strada per il passaggio dalla gestione straordinaria (commissariamento) a quella ordinaria. Dunque, per accorciare le liste d'attesa e dare risposte ai cittadini sempre bisogna ragionare sul potenziamento delle strutture e dei servizi pubblici. Per rendere possibile tutto questo, ci sono in cantiere le assunzioni di oltre 5 mila infermieri e tecnici e oltre 2 mila medici, a questi se ne aggiungeranno altri 200 conquistati nel Patto nazionale per la Salute. Per quanto riguarda le assunzioni un per-



Ma per tre anni resteremo ancora in Piano di rientro

corso è già stato avviato con lo sblocco del turnover e la revisione dei fabbisogni.

Nuove premialità - Con l'uscita dal commissariamento si potrà contare nell'immediato in circa 600 milioni di premialità finora trattate a Roma e che consentiranno di allargare i cordoni della borsa per investimenti sul potenziamento della rete del 118, sulle dimissioni protette dall'ospedale, sulla continuità delle cure per cronici anziani o affetti da tumori, per estendere le reti di cura e dei percorsi diagnostici e terapeutici nell'ambito della rete oncologica. *"Abbiamo recuperato 600 milioni di euro per gli anni 2015, 2016 e 2017"*. Commenta soddisfatto **Vincenzo De Luca**. *"Quando si fa la distribuzione del fondo sanitario nazionale - spiega - c'è una riserva che viene accantonata e distribuita a fine anno alle realtà sanitarie che hanno situazioni di equilibrio finanziario e correttezza amministrativa. Per anni la Campania non aveva avuto un euro"*.

Più personale - Centrale in questa partita, il reclutamento del personale: mancano ancora all'appello migliaia tra medici, infermieri, ausiliari e tecnici da immettere in ruolo e necessari a garantire standard e routine assistenziali ai livelli di sicurezza. Non sarà facile e non sarà breve il percorso per recuperare due generazioni di medici e infermieri venute a mancare con il blocco del turn over.

Lo scorso ottobre è stato approvato un programma di riordino ed è stato siglato l'accordo per una nuova funzione degli studi dei medici di famiglia da tenere aperti a turno anche al pomeriggio in associazione con altri camici bianchi e per ogni quartiere con dotazioni tecnologiche, contando su infermiere e assistente di studio. In cantiere un più attuale ricorso alle guardie mediche e un'assistenza domiciliare potenziata, distretti imperniati su servizi evoluti (psichiatria, disabilità, anziani) garantendo prestazioni di I livello già intraviste in alcune realtà, come il triage infermieristico per posizionare cateteri, medicare ferite, aiutare disabili, con l'obiettivo di incanalare verso il territorio e altre strutture l'utenza che oggi si riversa impropriamente in ospedale.

Politica Sanitaria

Il Patto per la salute legittima l'infe

L'accordo programmatico tra il Governo e le Regioni, prevede che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia "l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone".

Il Ministro **Speranza**: «L'infermiere di famiglia è un tassello importante della riforma dell'assistenza sul territorio per essere più vicini ai nostri anziani e ai malati cronici e questo è uno strumento chiave per le cure residenziali e per evitare che, per mancanza di risposte assistenziali, si vada nei pronto soccorso».

di Dario De Martino

L'infermiere di famiglia/comunità entra ufficialmente nelle case delle persone. Insieme con il medico, sarà punto di riferimento per i cittadini sul territorio. Lo sancisce il Patto per la Salute siglato poco prima di Natale. La figura dell'infermiere, così come prevista dall'accordo tra i presidenti delle regioni, è riconosciuta come uno dei pilastri dell'assistenza territoriale in tutto il Paese. Il Patto per la Salute prevede infatti che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia "l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone". Il nuovo patto della salute, con valenza triennale, varato grazie all'accordo tra Stato e Regioni, guarda soprattutto al rafforzamento della sanità di territorio, vale a dire fuori da pronto soccorso e ospedali. Non sono solo gli infermieri di comunità la novità del Patto. C'è ad esempio il crescente ruolo delle farmacie di servizio (sono 19mila in tutta Italia, forniranno anche test di prima istanza o prenotazioni di visite specialistiche).

"Presidiare il territorio - spiegano al Ministero della Salute - Ci sarà il potenziamento dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale per prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione". Nel dettaglio, si metterà mano alla sperimentazione della farmacia dei servizi, come presidio rilevante per la presa in carico dei pazienti ed il controllo dell'aderenza terapeutica. Verrà valorizzata l'assistenza infermieristica di famiglia-comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, nell'ambito della continuità dell'assistenza,



in particolare per i soggetti più fragili. In più, non lo si dice esplicitamente nel decreto, per questa via si tende a decongestionare i pronto soccorso ultimamente super affollati, anche per l'assenza di punti di riferimento assistenziali intermedi. Infermieri e medici del territorio dovranno essere capaci di offrire risposte terapeutiche adeguate nei casi da codice bianco, per assistere quei pazienti non autosufficienti, spesso anziani, affetti da disabilità, da patologie croniche e che hanno bisogno di controlli periodici, ovvero in assenza di vere e proprie emergenze.

I compiti - L'infermiere di famiglia è una figura professionale che deve portare più sanità sul territorio: significa evitare che pronto soccorso e ospedali vengano visti come unico punto di riferimento per i pazienti. Per patologie croniche e figure fragili, che necessitano di assistenza periodica, l'infermiere di famiglia può essere una risposta da sviluppare nel tempo, secondo quanto previsto dal patto per la salute siglato tra governo e Regioni e sostenuto dal ministro della Salute, Roberto Speranza. "Più nel dettaglio - spiegano dal Ministero - l'obiettivo è valorizzare l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, nell'ambito della continuità dell'assistenza, e

Infermiere di famiglia



dell'aderenza terapeutica in particolare per i soggetti più fragili". In alcune regioni ci sono già sperimentazioni, ma ovviamente l'istituzione di questo tipo di figure in forma strutturale sarà complicata, anche a causa delle carenze negli organici che si sono create negli anni anche alla voce personale infermieristico. Il patto per la salute prevede anche più risorse per le assunzioni, ma c'è ancora molto terreno da recuperare. Spiega il ministro della Salute, Roberto Speranza: "L'infermiere di famiglia è un tassello importante della riforma dell'assistenza sul territorio che abbiamo inserito nel nuovo Patto per la Salute. Di fronte ai cambiamenti epidemiologici e demografici dei prossimi decenni dobbiamo essere sempre più vicini ai nostri anziani e ai malati cronici e questo è uno strumento chiave per le cure residenziali e per evitare che, per mancanza di risposte assistenziali, si vada nei pronto soccorso".

Non solo infermieri – Il Patto per la salute prevede anche che negli ospedali in cui mancano i medici si punterà sugli anziani e sui giovani: su base volontaria potranno restare in servizio coloro che hanno già compiuto settant'anni, ma in parallelo per i laureati in medicina ci saranno contratti a tempo determinato anche dal terzo anno di specializzazione.

La presidente Mangiacavalli: "La professione entra nelle case"

"La professione fa un altro passo avanti nel suo cammino, entra nelle case delle persone, contrasta le disuguaglianze soprattutto nelle aree interne e garantisce un'assistenza territoriale accessibile soprattutto a una popolazione che invecchia e presenta sempre più cronicità e disabilità, con la necessità di soddisfare bisogni di assistenza complessi che gran parte delle famiglie non riescono ad affrontare da sole. Ed è una ulteriore conferma dell'assistenza universalistica, equa e omogenea su tutto il territorio che sia la



Costituzione, sia la stessa legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale promettono ai cittadini". Così **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), commenta l'approvazione del nuovo patto della Salute da parte di Governo e Regioni. "Ringraziamo il ministro della Salute e le Regioni – aggiunge – per aver accolto la richiesta della Federazione di innovare il sistema sanitario nazionale attraverso l'introduzione dell'infermiere di famiglia/comunità, scegliendo la vera strada della multidisciplinarietà e dell'integrazione tra professionisti per rendere effettiva un'assistenza sul territorio che finora è spesso mancata proprio nei settori più delicati, come quello dell'assistenza agli anziani, ai malati cronici, ai non autosufficienti". Con questa scelta l'Italia si allinea alle indicazioni dell'Oms che fino dal 1998, nel documento salute per tutti nel 21° secolo, sostenuto dall'Unione Europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali allo sviluppo dell'intera società, aveva indicato la necessità dell'infermiere di famiglia/comunità". "Ora le Regioni, che hanno approvato il Patto – conclude la presidente Fnoipi – devono attuare le previsioni insieme agli Ordini degli infermieri. La Federazione, anche nell'ottica del protocollo con la Conferenza delle Regioni del dicembre 2018, è disponibile a dare il supporto necessario per applicare ovunque il modello internazionale di assistenza e la figura che oltre ad erogare le prestazioni infermieristiche necessarie ai cittadini, diventerà un punto di riferimento per i servizi e anche per attuare momenti educativi di prevenzione, educare i caregiver di riferimento a prendersi cura del proprio caro, valutare i bisogni assistenziali di un singolo o di un gruppo: del paziente, della famiglia, della comunità. Siamo già al lavoro per preparare i nostri professionisti a interpretare al meglio questo nuovo ruolo che c'è stato assegnato all'interno del Servizio sanitario nazionale".

Politica Sanitaria

Manovra Ok. Ma servono più inferm

Con il sì della Camera alla manovra finanziaria del Conte 2 in zona Cesarini, vale a dire alla vigilia di Natale, passano anche le misure per la sanità volute dal ministro Speranza. Per sanità e sociale ci sono circa 7,5 miliardi di euro nel triennio. Tra questi 3,5 miliardi per il fondo sanitario (2020 e 2021), altri 2 miliardi per l'edilizia e 739 milioni per cancellare il superticket. A queste somme si aggiunge un altro miliardo e 260 milioni per tutta una serie di misure che vanno dalla farmacia dei servizi alle specializzazioni mediche.

di Pino De Martino

“Con l'approvazione della manovra, diventano Legge l'abolizione del superticket, il più grande aumento del Fondo sanitario nazionale degli ultimi anni e tutte le misure destinate ad assumere medici, infermieri e personale. Così sosteniamo e rafforziamo il nostro Ssn e tuteliamo il Diritto alla Salute sancito dalla nostra Costituzione”. Così, un super soddisfatto ministro della Salute, **Roberto Speranza** alla conclusione della lunga maratona notturna che ha dato il via libera alla manovra finanziaria da 32 miliardi del 2020. La Camera ha approvato il testo con 312 voti a favore e 153 contrari.

Un tesoretto da 7.5 mld - Contando tutti i singoli provvedimenti e le poste finanziarie relative, per la sanità si arriva a un finanziamento complessivo nel triennio di circa 7,5 miliardi di euro. Il grosso di questa cifra è per il finanziamento di parte corrente del



Fondo sanitario nazionale redistribuito tra le Regioni (3,5 mld; 2 miliardi per il 2020 e 1,5 per il 2021). “Penso che questa sia la scelta giusta, ha commentato il ministro Speranza. “Vogliamo grande unità e grande coesione tra lo Stato, il Governo e le Regioni. Proviamo ad investire con 2 miliardi di euro in più quest'anno e 1,5 miliardi il prossimo. Ma abbiamo un obiettivo molto più ambizioso da qui alla fine della legislatura, annunciato insieme al presidente del Consiglio Conte: 10 miliardi per la sanità”. In altri termini: il fondo passa da 114.474.000.000 euro per il 2019, a 116.474.000.000 euro per il 2020 e a 117.974.000.000 euro per il 2021. Sono previste 5.000 assunzioni, il 60 per cento saranno infermieri, il 40 medici. Cambiano anche i sistemi di misurazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza), delle pagelle alle

prestazioni sanitarie, che verranno suddivise tra l'offerta nella prevenzione, negli ospedali e sul territorio. Per l'aumento delle risorse per l'edilizia sanitaria e per l'acquisto di apparecchiature per medici di famiglia e pediatri (in tutto altri 2 miliardi) A queste somme si aggiungono poi una serie di provvedimenti (1.200 contratti in più per le specializzazioni mediche, farmacia dei servizi in tutte le Regioni, sostegno alla disabilità e altre voci minori) per un totale di un ulteriore miliardo e 260 milioni di euro, sempre nel triennio.

Stop al superticket – Introdotta con la manovra finanziaria del 2011, il superticket da 10 euro su analisi e visite specialistiche sarà cancellato a partire dal 1° settembre: si tratta della quota di compartecipazione, a carico dell'assistito, al costo delle prestazioni

Infermieri in corsia



sanitarie. La misura è finanziata con 185 milioni per il 2020 e 554 milioni di euro annui a partire dal 2021. Il superticket rappresenta un costo aggiuntivo – fino a dieci euro – sul ticket regionale. Viene applicato sulle ricette di diagnostica e visite specialistiche ambulatoriali. Alcune Regioni lo applicano a pieno, mentre altre lo fanno pagare in base al reddito.

Le assunzioni - Sul fronte delle assunzioni ci sarà un margine superiore, dopo che per anni ci sono stati dei limiti molto rigidi: nel triennio 2020-2022 sale fino al 15 per cento, rispetto all'incremento annuale del Fondo sanitario nazionale. Si tratta di una formula complicata che può essere sintetizzata in questo modo: le Regioni che dimostreranno di avere carenze d'organico potranno assumere.

Fnopi: Bene manovra, ma più attenzione alla professione

L'abolizione del superticket, il maggior finanziamento della sanità, e poi le misure sul personale sanitario e le borse in più per gli specializzandi, sono gli elementi di spicco dei primi cento giorni del Ministro **Sperranza** che gli infermieri promuovono.

Lo dicono in una nota nella quale si plaude inoltre alla promessa di rilanciare il finanziamento del fondo nazionale fino a dieci miliardi.



“La promessa di rifinanziare ancora il fondo sanitario fino a 10 miliardi in più nel 2023 – si dice nel comunicato – è sicuramente un grande successo. Aggiungendo inoltre alle risorse i due miliardi per l'edilizia sanitaria”. Ma dall'Ordine più numericamente più forte d'Italia non arrivano solo plausi”.

Da Via De Pretis si chiede forte attenzione alla professione. *“Ora i 450mila infermieri presenti in Italia, si aspettano nei 'secondi cento giorni' una sempre maggiore attenzione diretta alla loro professione”*, dice esplicita come sempre **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi). *“Oms, Ocse, Università e istituti di ricerca nazionali e internazionali - prosegue - hanno detto a chiare lettere che senza infermieri non c'è sanità e non c'è assistenza e dicendo che il nostro paese ha più medici della media dei paesi Ocse, ma un numero troppo basso di infermieri, sotto la media accettabile, e che nel rapporto con gli altri professionisti della salute siamo agli ultimi posti tra i paesi Ocse, affermano chiaramente qual è una delle necessità primarie per assistere i cittadini”*. Cittadini che hanno chiesto in modo esplicito attraverso le associazioni dei cittadini-pazienti più infermieri per sé stessi e per le proprie famiglie, per garantire un'assistenza, una continuità e un supporto che oggi ha solo chi se la può (economicamente) permettere. *“Anche l'Oms – aggiunge Mangiacavalli - parla chiaro quando ha proclamato il 2020 anno dell'infermiere, sottolineando ancora una volta la necessità di incrementare i ranghi dei nostri professionisti e di garantire la loro leadership (il 75% dei paesi ha un infermiere con responsabilità di governo come parte della squadra di alta gestione in materia di salute). E per la copertura sanitaria universale ha aggiunto la necessità che tutte le politiche globali e nazionali in materia di salute e sanità riconoscano il ruolo dell'assistenza infermieristica nel raggiungimento dei propri obiettivi e includano piani per lo sviluppo dell'assistenza infermieristica”*. *“Gli infermieri sapranno aspettare i 'secondi cento giorni' – conclude la presidente Fnopi -. Ma la primavera, quando cioè scadranno, dovrà far sbocciare la loro professione per consentirgli di fare ciò per cui hanno scelto di fare quel che fanno, di essere quel che sono: prendersi cura. E farlo davvero. E farlo con tutti. E farlo con universalità e uguaglianza per tutti”*.

Rapporto tribunale Diritti malato

Costi alti e tempi lunghi, tutti in fila

Anche 16 mesi per una mammografia, nove per una visita dall'oculista.

PiT Salute racconta le difficoltà dei cittadini con l'assistenza sanitaria nazionale.

Segnalate in particolare le lunghe attese per esami diagnostici e visite specialistiche.

Ma anche i costi insostenibili e la burocrazia.

di Pippo Trio

L'ultimo rapporto Pit salute redatto dal Tribunale per i diritti del malato, il 22esimo, è molto severo con la sanità di Stato.

Stando alle segnalazioni inviate dai pazienti a Cittadinanzattiva si possono aspettare anche 16 mesi per fare una mammografia, un anno per la risonanza magnetica, 15 mesi per un intervento di cataratta.

Tempi biblici, potremmo dire. E comunque, ben oltre le normali indicazioni normative. Attesa lunghe che rischiano di compromettere la salute e spingono i cittadini, quelli più abbienti, a rivolgersi al privato, pagando di tasca propria. Sotto accusa non solo le liste d'attesa: in aumento sono segnalate le difficoltà ad accedere all'assistenza sul territorio, in particolare ai servizi di riabilitazione e di assistenza domiciliare. E poi la burocrazia che rende il tutto più faticoso del necessario, con iter procedurali lenti ed estenuanti, l'accesso dei malati ad alcuni diritti come, per esempio, il riconoscimento dell'invalidità. *“Va nella giusta direzione la scelta di abolire il superticket, come anche alcune misure contenute nel Patto per la Salute, i nuovi fondi a disposizione e la possibilità di assumere nuovo personale che possa migliorare gli standard di erogazione e possibilmente contribuire alla riduzione delle liste di attesa”* – ha detto **Antonio Gaudio**, segretario generale di Cittadinanzattiva. *“Dal Rapporto emerge come il vero tallone d'Achille siano i servizi territoriali, poiché non esistono modelli organizzativi definiti e standard che si possano far rispettare: su questo occorre intervenire immediatamente. Ed è decisivo che nei prossimi mesi si metta mano a quanto definito nel Patto per la Salute in termini di organizzazione di questi servizi”*

I 21.416 cittadini che nel corso del 2018 si sono rivolti al PiT Salute (Progetto integrato di Tutela) del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, hanno segnalato soprattutto queste criticità del Ssn. Al convegno su *“Il Servizio sanitario nazionale tra attese e promesse disattese”*, presentato a Roma, c'era anche il ministro



della Salute Roberto Speranza. *“Lavorerò giorno e notte perché sia assicurato il diritto di ogni cittadino a curarsi – ha detto il ministro anticipando in parte i contenuti della manovra finanziaria in tema di salute – È inaccettabile che una persona non si curi per motivi economici, per questo la prima misura è stata l'abolizione in tutte le regioni del superticket, vera e propria tassa sulla salute, da settembre 2020. Dopo anni di tagli alla sanità, stiamo tornando a investire risorse: non c'è vincolo di bilancio che tenga di fronte al diritto alla salute”*.

Il rapporto, hanno spiegato gli organizzatori, è stato realizzato col sostegno non condizionante della Federazione nazionale ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) e della Federazione degli ordini dei farmacisti italiani (Fofi).

Liste d'attesa - Tra le voci più segnalate che rendono complicato l'accesso alle prestazioni sanitarie ci sono le liste d'attesa (57,4%) e i costi da sostenere per ticket e superticket su visite specialistiche ed esami (30,8%).

Le lunghe attese riguardano soprattutto visite specialistiche (34,1%) ma anche interventi di chirurgia (31,7%) ed esami diagnostici (26,5%).

Si possono attendere anche nove mesi prima di avere l'appuntamento per la visita oculistica, otto mesi per quella cardiologica e

a per curarsi



sette mesi e mezzo per quella neurologica. Riguardo agli interventi chirurgici, si registrano tempi lunghi soprattutto in ortopedia, chirurgia generale, oncologia e oculistica. Per gli esami diagnostici l'attesa più lunga è per fare ecografie, risonanze magnetiche, ecodoppler e tac. In tema di ticket ed esenzioni, i cittadini segnalano soprattutto la mancata applicazione delle esenzioni (40,8%), poi i costi elevati per esami diagnostici e visite specialistiche (32,1%) e costi a totale carico dell'assistito (19,9%).

Territorio sguarnito -

Al secondo posto le segnalazioni sulle carenze dell'assistenza territoriale. Un dato dovuto anche all'incremento della aspettativa di vita e, di conseguenza, degli anni trascorsi convivendo con una o più patologie croniche o in una condizione di non autosufficienza.

Per l'assistenza di base (medici e pediatri di famiglia), i maggiori problemi segnalati sono relativi al rifiuto di prescrizioni, alla sottostima del problema lamentato dal paziente, all'inadeguatezza degli orari, al rifiuto di visita a domicilio e di certificazione medica, all'irreperibilità del medico e ai costi per le visite a domicilio.

L'assistenza domiciliare risulta problematica per i cittadini quando si tratta di ottenere informazioni e a causa dell'iter burocratico, o quando viene sospeso il servizio per mancanza di fondi, oppure quando è inesistente o di scarsa qualità, e poi quando sono eccessive le liste d'attesa, gli orari di servizio vengono ridotti o mancano le figure professionali o, ancora, il servizio è discontinuo.



Costi eccessivi – In crescita anche in questa edizione le segnalazioni sui costi sostenuti per ticket, farmaci, visite specialistiche in intramoenia o nel privato.

Il primo dei temi segnalati dai cittadini è quello relativo al costo dei ticket per gli esami diagnostici e per le visite specialistiche, aumentano poi le difficoltà, sempre per i costi, di accesso ai farmaci come pure le segnalazioni di costo eccessivo per le prestazioni in intramoenia (dal 14,6% del 2017 al 16,9% del 2018) a conferma che il ricorso alle prestazioni intramurarie è sempre più una prassi consolidata per rispondere alle richieste in via pubblica o per erogare servizi sul territorio e nei luoghi più prossimi ai cittadini.

Troppa burocrazia – Sotto accusa anche l'eccessiva burocrazia.

I cittadini si dicono vessati da iter procedurali lenti ed estenuanti che ostacolano l'accesso ai diritti, come il riconoscimento di invalidità e la concessione della indennità

di accompagnamento, solo per citare due degli esempi più segnalati.

L'iter di accertamento di invalidità ed handicap risulta complesso in ciascuna fase, a cominciare dalla difficoltà nella presentazione della domanda, segnalata nel 45,4% dei casi, sebbene in flessione rispetto all'anno precedente.

Se presentare la domanda di invalidità risulta particolarmente complesso, una volta riusciti in questo difficile compito, che va dall'individuazione del soggetto che può presentare telematicamente la domanda all'INPS, alla costruzione della documentazione clinica aggiornata e la stesura di eventuali relazioni eseguite a pagamento da specialisti del servizio sanitario pubblico, si attende anche un anno intero per essere convocati a visita (20,4% delle segnalazioni). Rispetto al 2017 l'attesa è ulteriormente aumentata sia per il primo accertamento dell'invalidità che nel caso si stia presentando una domanda di aggravamento della patologia.

Politica Sanitaria

Sanità italiana nella top ten mondiale per qualità Al nono posto dopo Nord Europa e Australia



di Anna Buonocore

Il Servizio sanitario nazionale italiano è nono al mondo per qualità, dopo Islanda, Norvegia, Olanda, Lussemburgo, Australia, Finlandia, Svizzera e Svezia.

È la 'certificazione' che arriva dalla prima analisi a livello nazionale 'Global Burden of Disease (GBD) Study', pubblicata sulla rivista *The Lancet Public Health* e coordinata dall'IRCCS Materno-Infantile Burlo Garofolo di Trieste. "Ne emerge un quadro globalmente positivo - ha dichiarato all'Agenzia Ansa **Lorenzo Monasta**, primo autore del lavoro - pur con alcune criticità".

Tra le criticità, l'invecchiamento rapido

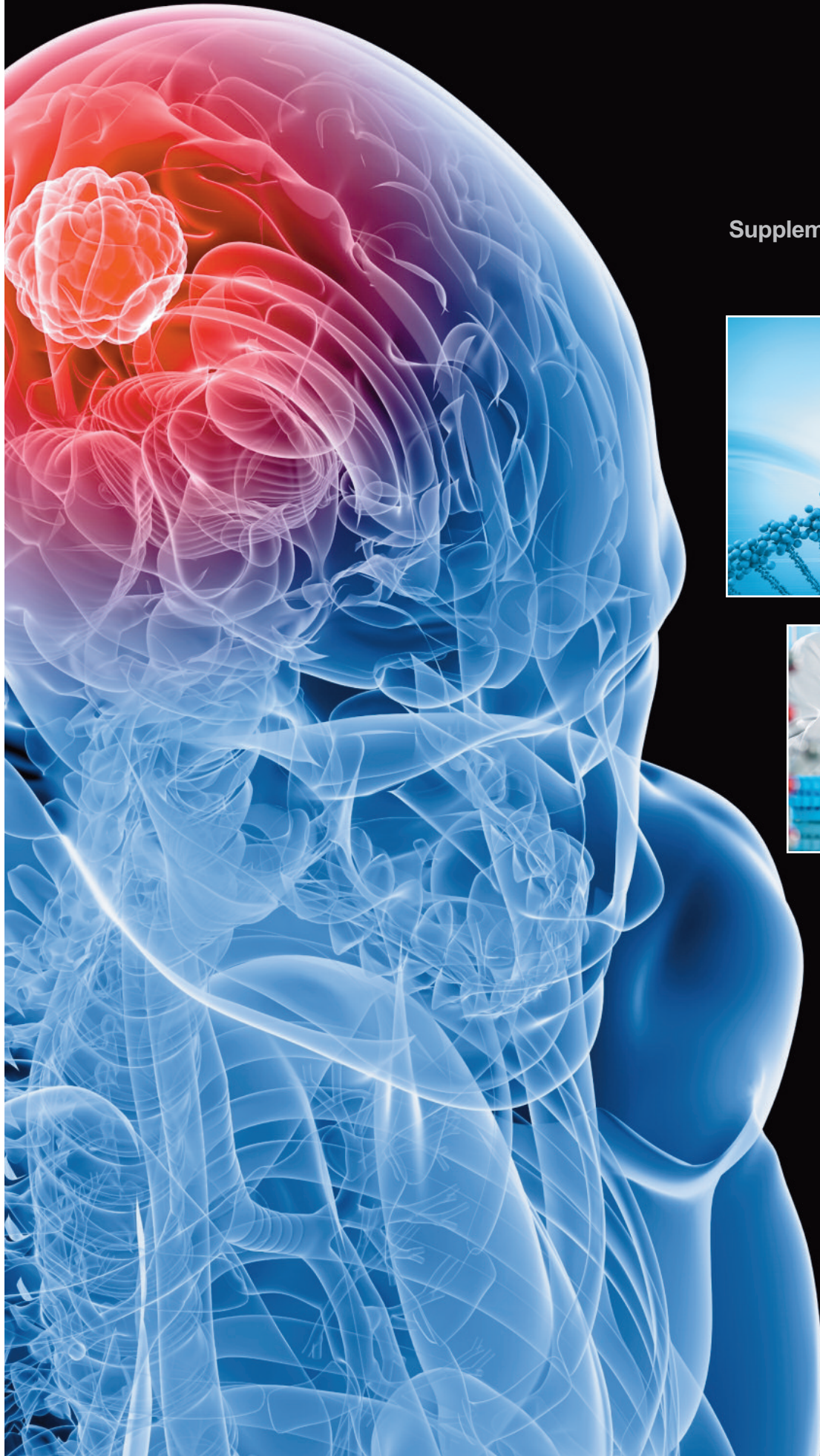
della popolazione, sottolinea Monasta: "E' spiegato col fatto che in Italia abbiamo uno dei tassi di fertilità più bassi al mondo (1,3%) e contemporaneamente una tra le più alte speranze di vita (che ci colloca all'8/0 posto nel mondo per aspettativa di vita alla nascita, 85,3 anni per le donne, 80,8 per gli uomini nel 2017)".

Questo scenario, continua l'esperto, sta cambiando il panorama epidemiologico delle malattie, aumentando il carico delle patologie croniche tipiche dell'invecchiamento, dai problemi di vista e udito, all'Alzheimer e altre demenze.

Basti pensare che gli anni di vita con disabilità legati ad Alzheimer e altre demenze sono aumentati del 78% dal 1990 al 2017 e i decessi per Alzheimer più che raddop-

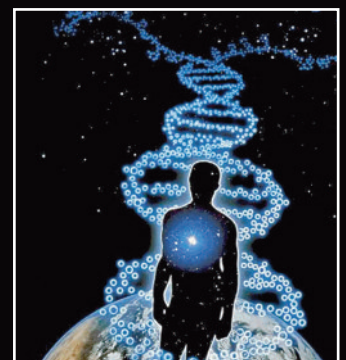
piati (+118%). "L'altro aspetto significativo - aggiunge Monasta - è che dal 1990 ad oggi è aumentata gradualmente la spesa privata del cittadino per la salute, di pari passo a una riduzione del finanziamento pubblico alla salute, riduzione che, quindi, non è frutto di una aumentata efficienza del servizio sanitario".

In particolare, rileva l'esperto, dal 2010 al 2015 il finanziamento statale in rapporto al PIL è sceso dal 7% al 6,7%, mentre nello stesso arco di tempo la spesa privata per la salute è passata dall'1,8% al 2%. Inoltre, dal 1995 la spesa complessiva per la salute in rapporto al PIL è aumentata dell'1,15%, aumento assorbito, però, non dal finanziamento pubblico, ma da quello privato".



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento
Ricerca infermieristica

Uno studio di coorte su neonati affetti da Plagiocefalia non sinostotica

A cohort study of newborns with non-synostotic plagiocephaly

Teresa Ferola*, Franca Sarracino*, Angela Capuano**, Annalisa Passariello***, Marcello Napolitano*

RIASSUNTO

Introduzione: la plagiocefalia è una deformazione del cranio a varia eziologia. Essa può essere sinostotica o non ed è una conseguenza della fusione precoce di una o più suture craniche. Questa patologia può determinare se non affrontata tempestivamente, un cattivo sviluppo non solo del cranio, ma anche del cervello, a seconda della gravità della stenosi.

Materiali e Metodi: Questo studio è stato eseguito su di un campione di 347 neonati selezionati consecutivamente tra Dicembre 2016 e Settembre 2019 affetti da plagiocefalia non sinostotica e con età post natale compresa nel range 10-910 giorni.

Risultati: È stato osservato un significativo trend negativo per gli indici ODDI (indice di differenza fra i diametri obliqui) e CPI (indice di proporzionalità craniale) tra il primo e l'ultimo trattamento terapeutico ($p < 0.0001$ per entrambi). Per quanto riguarda la percentuale di neonati con solo deficit funzionale, solo deficit osteopatico o con entrambi, è stato osservato un significativo trend negativo ($p < 0.0001$, in tutti i casi), mentre è stato osservato un significativo trend positivo tra il primo e l'ultimo trattamento in merito alla percentuale di neonati senza deficit ovvero che sono guariti ($p < 0.0001$).

Discussione: Il neonato affetto da plagiocefalia non sinostotica può guarire grazie ad interventi tempestivi e non invasivi. Questo studio infatti conferma che un adeguato protocollo riabilitativo ed una precoce presa in carico del neonato, forniscono una risoluzione significativa già dal secondo trattamento.

PAROLE CHIAVE: *Plagiocefalia non sinostotica; neonati; osteopatia; strain; torsione; side banding rotation.*

ABSTRACT

Introduction: Plagiocephaly is a deformation of the skull with various etiologies. It may be synostotic or not, and is a consequence of the early fusion of one or more cranial sutures. This pathology can determine, if not promptly addressed, a bad development not only of the skull but also of the brain, depending on the severity of the stenosis.

Materials and Methods: This study was performed on sample of 347 consecutive infants affected by non-synostosis plagiocephaly with post-natal age into range 10-910 days, were recruited between December 2016 and September 2019.

Results: A significant negative trend for ODDI (oblique diameter difference index) and CPI (cranial proportional index) index among all therapies was observed ($p < 0.0001$, for both), i.e. there was a significant reduction of ODDI and CPI score, between first and last therapy point. About infants with functional deficit only, osteopathic deficit only and both functional and osteopathic deficit, it resulted a significant negative trend ($p < 0.0001$, for all), while for infants without deficit, there was a significant positive trend between first at last therapy point ($p < 0.0001$).

Discussion: This study shows that an adequate rehabilitation protocol and an early intake of the newborn generate an improvement in osteopathic indices (ODDI and CPI) and a significant reduction in the presence of infants with deficit already from the second treatment.

KEYWORDS: *Non-synostosis plagiocephaly, infants, osteopathic, cranial asymmetry, strain, torsion, side bending rotation.*

INTRODUZIONE

La craniostenosi o craniosinostosi è una malformazione della struttura cranica del neonato, rappresentata da agenesia o dalla¹. Questa malformazione determina un cattivo sviluppo, non solo del cranio con conseguenti asimmetrie facciali, ma anche del cervello, a seconda della gravità della stenosi. La craniostenosi può essere classificata in due tipi: primaria e secondaria¹. La cranio-

stenosi primaria rappresenta un'agenesia o una fusione prematura delle suture craniali ed è presente in 1 neonato su 2000¹, mentre la craniostenosi secondaria è dovuta ad un arresto di crescita o mancata crescita dell'encefalo.

La craniostenosi ha come conseguenza la plagiocefalia¹, che a sua volta può essere di due diverse forme: la plagiocefalia sinostotica (causata da una rapida chiusura delle suture e di esclusivo interesse chirurgico) e la

plagiocefalia non sinostotica (diverse eziologie)¹. Per la plagiocefalia esiste sia una classificazione legata alla zona cranica interessata (frontale o anteriore, occipitale o posteriore) sia una classificazione proposta da Argenta L. (2004)², in base alla gravità della deformazione.

Quest'ultima identifica 5 tipi di plagiocefalia non sinostotica in base alla gravità dell'asimmetria del cranio, alla posizione delle orecchie e all'aspetto del volto che mostra

Supplemento Ricerca infermieristica

asimmetria ed è classificata in ordine crescente da uno a cinque²⁻³

La plagiocefalia non sinostotica è classificata in primaria o secondaria¹. La plagiocefalia primaria può essere dovuta a posizioni intrauterine anomale oppure a parti distocici nei quali si esercitano forze anomale durante il travaglio e il parto, che creano strain su: tessuti ossei, membranosi e fluidici, il sistema craniale si organizza attorno allo strain e il capo crescerà in maniera non simmetrica. La plagiocefalia secondaria viene definita tale quando è secondaria a strain del tessuto cervicale o a scoliosi. In questo caso il neonato non riuscendo a ruotare bene il capo (in seguito allo strain) soggiacerà sempre sullo stesso lato, creando così una plagiocefalia.

La plagiocefalia non sinostotica dunque è una deformità del cranio a varia eziologia e può essere causata da mal posizionamento intrauterino (plagiocefalia primaria), da una cattiva posizione ricorrente nei primi mesi di vita o anche secondaria a torcicollo miogeno.¹

L'interesse clinico per le asimmetrie craniche è aumentato negli ultimi decenni. Attualmente uno su 60 bambini nati vivi mostra un certo grado di plagiocefalia¹¹. La plagiocefalia può portare se non trattata, oltre ad un impatto estetico non gradevole, anche a disfunzioni muscolo scheletriche, ritardo psicomotorio, disfunzioni del sistema nervoso, disfunzioni oro-facciali, disfunzioni oftalmiche, disfunzioni apparato otorino-laringoiatra e a disfunzioni gastriche e aggravando nel futuro il Servizio Sanitario Nazionale dei costi di cura delle suddette patologie.

In aggiunta è stato dimostrato che la plagiocefalia non trattata nella maggior parte dei casi non regredisce spontaneamente¹¹⁻¹⁴. Alcune plagiocefalie sono facilmente identificabili con visione assiale dove oltre ad uno schiacciamento postero-laterale con relativo bossing anteriore omolaterali, si mette in evidenza uno slittamento delle orecchie sul piano sagittale, creando una figura che in letteratura viene descritta come parallelogrammo; mentre altre plagiocefalie di lieve entità possono passare inosservate e peggiorare nel tempo. Un attento esame palpatorio osteopatico potrebbe individuare disfunzioni osteopatiche e funzionali, che trattate ade-

guatamente, non sfocerebbero in plagiocefalie deformanti¹³.

Lo scopo di questo studio della durata di 33 mesi è stato quello di valutare l'impatto delle tecniche osteopatiche, in 347 neonati affetti da plagiocefalia non sinostotica. Essa è stata valutata attraverso la presenza di deficit sia funzionali sia osteopatici, nonché attraverso la valutazione di indici di asimmetria craniale.

MATERIALI E METODI

Questo studio è stato eseguito su di un campione di 347 neonati affetti da plagiocefalia non sinostotica presi in carico tra Dicembre 2016 e Settembre 2019 e composto dal 59,65% (207/347) di maschi e dal 40,35% di femmine (140/347), con età post natale inclusa nel range 10-910 giorni, con media di 114,73 giorni e deviazione standard di 78,08 giorni.

All'interno della struttura di campionamento il protocollo per il trattamento di neonati affetti da plagiocefalia prevede la presa in carico precoce dell'infante, la somministrazione di terapia manuale secondo tecniche di osteopatia cranio-sacrale e l'addestramento dei genitori su nozioni di igiene posturale ed esercizi fisici utili al piccolo paziente.

Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i genitori dei neonati inclusi in questo studio. Per tutti i partecipanti è stato garantito l'anonimato. La partecipazione è stata volontaria e nessun incentivo economico è stato offerto. Questo studio è stato eseguito in accordo con le considerazioni etiche della Dichiarazione di Helsinki.

Criteri di inclusione ed esclusione

Per questo studio i criteri di inclusione sono stati:

- 1) neonati con plagiocefalie non sinostotiche
- 2) consenso informato ottenuto dai genitori.

Mentre i criteri di esclusione sono stati:

- 1) neonati con plagiocefalie sinostotiche,
- 2) neonati con condizioni di salute instabile.

Procedura e strumenti

All'atto della prima visita sono stati calco-

lati nel neonato due indici per valutare il grado di plagiocefalia:

1) l'indice ODDI (oblique diameter difference index) ovvero il rapporto tra i due diametri obliqui del cranio e precisamente il rapporto fra il diametro laterale obliquo di destra (ODR) con il diametro obliquo laterale di sinistra (ODL) moltiplicato per 100 [4]. Questo indice prevede un valore percentuale di normalità compreso nell'intervallo 100%-104% [5]. In particolare le linee ODL e ODR sono tracciate da un punto localizzato a 40° da entrambi i lati della linea A/P tracciata tra Nasion e Inion;

2) l'indice CPI (cranial proportional index) ovvero il rapporto tra lunghezza (nasion-inion) e massima larghezza del cranio [4]. Questo indice prevede un valore percentuale di normalità compreso nell'intervallo 70%-90%⁶.

In aggiunta venivano valutati due tipi di deficit, quello funzionale e quello osteopatico.

1) la presenza di un deficit funzionale è stata valutata nel seguente modo:

l'infante veniva sdraiato supino sul lettino e gli si proponeva un'immagine inerente l'età gestazionale da agganciare con lo sguardo. Spostando l'immagine, si induceva nel paziente la rotazione del capo, al fine di valutarne l'eventuale restrizione di mobilità nel movimento della rotazione. Questa procedura veniva effettuata, laddove l'età gestazionale lo consentiva, anche in posizione prona, dopodiché veniva verificato, con la manovra di trazione, la presenza di un'inclinazione patologica del capo.

2) la presenza di un deficit osteopatico è stata valutata nel seguente modo:

nell'infante veniva verificata sia la presenza di disfunzioni craniali (torsioni della sinfisi sfeno basilare (SSB), strain della SSB, side bending rotation SSB, e compressioni della SSB)[7], sia la presenza di disfunzioni vertebrali (shift, side, extension e flexion) [8], nonché eventuali restrizioni di mobilità fasciale [9]

I bambini venivano trattati inizialmente con seduta settimanale, all'interno della quale, oltre a manipolazioni osteopatiche, eseguite in accordo con quanto descritto nella letteratura osteopatica [7,8,9] da personale sanitario con formazione quinquen-

continua da pagina 19

nale in osteopatia, venivano date istruzioni alla coppia genitoriale su norme di igiene posturale e su esercizi da eseguire in maniera sistematica al domicilio.

Le sedute diventavano quindicinali dal momento in cui si normalizzava il deficit funzionale.

Analisi statistica

I dati sono stati espressi come media \pm deviazione standard o mediana con intervallo interquartile (IQR) nel caso di variabili numeriche, mentre nel caso di variabili qualitative sono stati espressi come numeri assoluti o percentuali.

L'analisi multivariata è stata usata per definire significative differenze tra le percentuali di neonati guariti tra i dieci trattamenti terapeutici eseguiti, utilizzando il test Q di Cochran. Quando il test Q di Cochran è risultato positivo (p -value <0.05), il post hoc test basato sul metodo Minimum Required Differences con la correzione di Bonferroni del p -value è stato eseguito per individuare significative differenze tra due proporzioni o percentuali, in accordo con Sheskin¹⁰. In aggiunta il test chi-quadrato per l'analisi del trend è stato eseguito, per individuare possibili significativi trend tra il primo e l'ultimo trattamento per le variabili considerate in

Parametri	Nr./Percentuale
Nr. Neonati	347
Età Extra uterina (day)	114.73 \pm 78.08
Genere (M)	59.65% (207/347)
Nr. ditierapie	
Mediana (IQR)	3 (3.5)
Moda	1
Tipo di parto	
Naturale	62.54% (217/347)
Cesareo	37.46% (130/347)
Circonferenza craniale (mm)	386.73 \pm 80.99
ODDI (range di normalità = 100%-104%)	386.73% \pm 80.99%
neonati con valori fuori norma	71.18% (247/347)
CPI (range di normalità = 70%-90%)	86.13% \pm 8.21%
neonati con valori fuori norma	33.43% (116/347)
Deficit Funzionale	6.63%(23/347)
Deficit Osteopatico	10.66%(37/347)
Deficit Funzionale + Deficit Osteopatico	75.79% (263/347)
Neonatisenza deficit	6.92%(24/347)
CPI (cranial proportional index); ODDI = oblique diameter difference index	
Tabella 1. Caratteristiche generali di 347 neonati, valutate alla prima presa in carico	

questo studio. Tutti i test statistici con un p -value <0.05 sono stati considerati come significativi. I dati sono stati analizzati con il

software Matlab Statistical Toolbox version 2008 (MathWorks, Natick, MA, USA).

RISULTATI

Nella **Tabella 1** sono state riportate in sintesi le caratteristiche generali dei 347 neonati arruolati in questo studio e valutati alla presa in carico, considerando parametri come l'età post natale, il genere, il numero di terapie, tipo di parto e indici di valutazione della normalità dei rapporti craniali nei neonati come gli indici ODDI e CPI. Infine sono state riportate le percentuali dei neonati affetti da solo deficit funzionale, solo deficit osteopatico, da deficit sia funzionale che osteopatico e quella dei neonati senza deficit.

In **Tabella 2** e **Figura 1**,

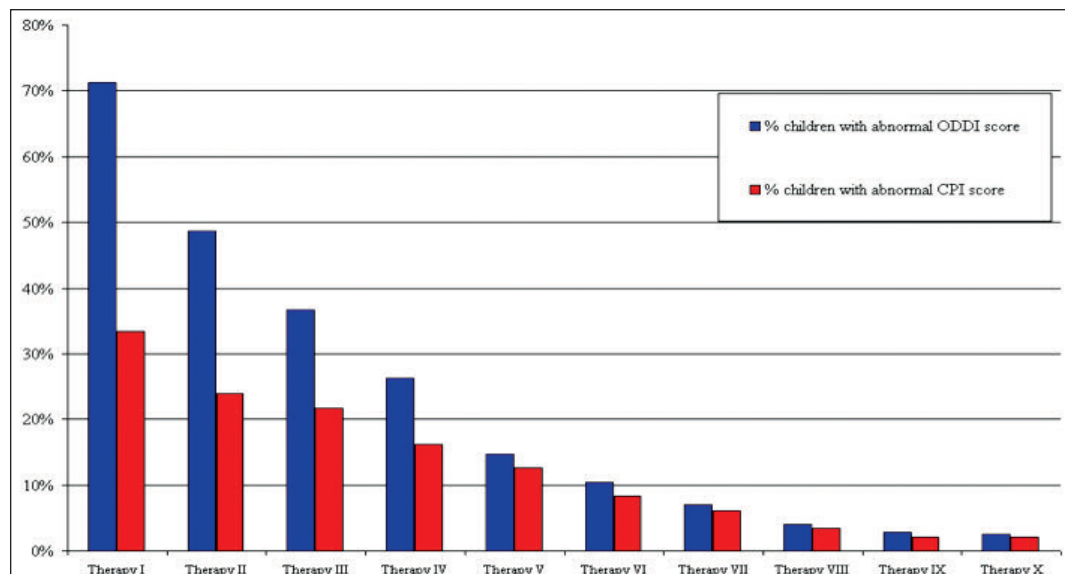


Figure 1. Percentuale di neonati con valori fuori norma degli indici ODDI e CPI, ad ogni trattamento terapeutico.

Supplemento Ricerca infermieristica

Terapia	% neonati con valori fuori norma dell'indice ODDI	% neonati con valori fuori norma dell'indice CPI
Terapia I	71.18% (247)	33.43% (116)
Terapia II	48.70% (169)	23.92% (83)
Terapia III	36.60% (127)	21.61% (75)
Terapia IV	26.22% (91)	16.14% (56)
Terapia V	14.70% (51)	12.68% (44)
Terapia VI	10.37% (36)	8.36% (29)
Terapia VII	6.92% (24)	6.05% (21)
Terapia VIII	4.03% (14)	3.46% (12)
Terapia IX	2.88% (10)	2.02% (7)
Terapia X	2.59% (9)	2.02% (7)

Tabella 2. Percentuale di neonati con valori fuori norma degli indici ODDI e CPI, ad ogni trattamento terapeutico. In questo caso le percentuali in ogni trattamento terapeutico sono calcolate considerando la totalità dei neonati presi in carico al primo trattamento terapeutico (347).

sono riportate le percentuali di neonati con valori fuori norma degli indici ODDI e CPI, per ogni trattamento terapeutico. Le percentuali in ogni trattamento terapeutico presenti in **Tabella 2**, sono state calcolate conside-

rando la totalità dei neonati presi in carico al primo trattamento terapeutico (347).

In **Figura 1** sono stati rappresentati i risultati in forma grafica delle percentuali descritte in **Tabella 2**.

Dalla **Figura 1** è possibile osservare che le percentuali di neonati con valori degli indici ODDI e CPI fuori norma, decrescono ad ogni trattamento terapeutico, come descritto in dettaglio in **Tabella 2**.

In **Tabella 3**, invece è stato descritto per ogni trattamento terapeutico la percentuale dei neonati con solo deficit funzionale, con solo deficit osteopatico, con deficit sia osteopatico che funzionale ed infine quella dei neonati guariti dal deficit, valutati post terapia. Le percentuali della **Tabella 3** sono state definite in ogni trattamento terapeutico e considerando la totalità dei neonati presi in carico al primo trattamento terapeutico (347).

In **Figura 2** sono mostrati in forma grafica i risultati descritti in **Tabella 3**.

Dalla **Figura 2**, è possibile osservare come le variabili rappresentate dal solo deficit funzionale, dal solo deficit osteopatico e dal deficit sia funzionale che osteopatico, decrescano costantemente dalla prima all'ultima terapia, mostrando un trend negativo.

In particolare si è osservato, nel caso di neonati con solo deficit funzionale, un incremento al secondo trattamento terapeutico da 6.63% a 11.82%. Questo dato suggerisce che dopo i primi due trattamenti, a partire dal terzo trattamento, c'è stata un'inversione con una costante riduzione della percentuale

Terapia	% di neonati con solo deficit funzionale	% di neonati con solo deficit osteopatico	% di neonati con deficit sia funzionale che osteopatico	% di neonati senza deficit
Terapia I	6.63% (23)	10.66% (37)	75.79% (263)	6.92% (24)
Terapia II	11.82% (41)	8.65% (30)	28.53% (99)	51.01% (177)
Terapia III	5.48% (19)	7.78% (27)	12.97% (45)	73.78% (256)
Terapia IV	4.32% (15)	4.03% (14)	8.93% (31)	82.71% (287)
Terapia V	0.58% (2)	1.73% (6)	3.17% (11)	94.52% (328)
Terapia VI	0.58% (2)	0.29% (1)	1.44% (5)	97.69% (339)
Terapia VII	0.29% (1)	0.29% (1)	2.02% (7)	97.41% (338)
Terapia VIII	0.58% (2)	0.58% (2)	0.58% (2)	98.27% (341)
Terapia IX	0.29% (1)	0.00% (0)	0.58% (2)	99.14% (344)
Terapia X	0.00% (0)	0.00% (0)	0.29% (1)	99.71% (346)

Tabella 3. Percentuale di neonati guariti, con solo deficit funzionale, con solo deficit osteopatico e con deficit sia funzionale che osteopatico.

continua da pagina 21

dei neonati che hanno solo il deficit funzionale. Invece in blu sono indicate le percentuali di neonati che guariscono ad ogni terapia, in particolare è stato possibile osservare un trend positivo di neonati che guariscono dal primo al sesto trattamento terapeutico, mentre dopo il sesto trattamento, la percentuale di neonati che guariscono ad ogni trattamento è stata quasi costante.

Infine in **Tabella 4** sono stati riportati i test statistici sul trend delle percentuali di neonati con i parametri craniali fuori norma e sulle percentuali di neonati con i diversi tipi di deficit.

Dalla **Tabella 4**, per quanto concerne gli indici ODDI e CPI, l'analisi del trend, ha mostrato un significativo trend lineare negativo per entrambi

($p < 0.0001$ per entrambi), cioè si è potuto osservare una significativa riduzione delle percentuali di neonati con valori di ODDI e CPI

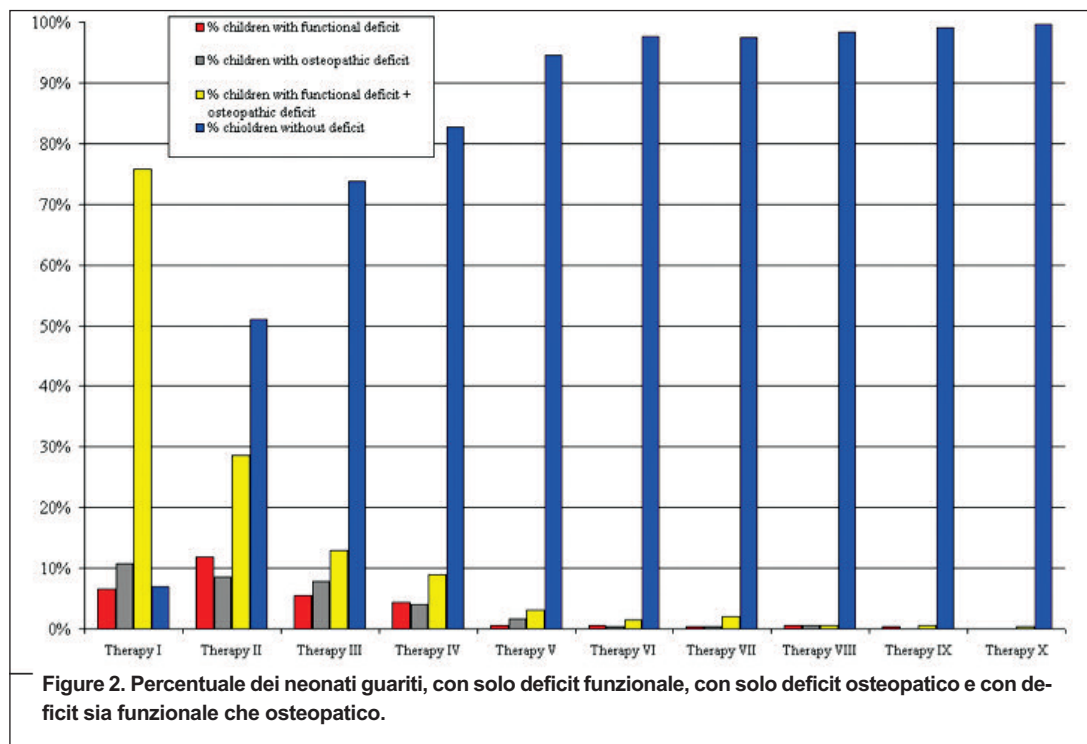
fuori norma tra la prima e l'ultima terapia.

In merito ai neonati con solo deficit funzionale, solo deficit osteopatico e con deficit sia funzionale che osteopatico, c'era un significativo trend lineare negativo in tutti e tre i casi, ($p < 0.0001$),

Infine in **Tabella 5**, sono stati riportati i test statistici sul trend in merito alla percentuale di neonati guariti tra la prima e l'ultima terapia e l'analisi multivariata per individuare i trattamenti terapeutici con maggiore e minore presenza di neonati guariti.

Dalla **Tabella 5** per i neonati guariti, c'è stato un significativo e positivo trend lineare tra il primo trattamento e l'ultimo ($p < 0.0001$).

In aggiunta dall'analisi multivariata, si è notato che escludendo il primo trattamento dove si osservava una significativa bassa presenza di neonati senza deficit (6,92%), in tutti gli altri trattamenti, c'era una significativa maggiore presenza di neonati senza deficit o guariti.



Parametri	Analisi del trend tra la prima e l'ultima terapia
% di neonati con valori ODDI fuori norma	Chi ² for trend = 817.83 Chi = -28.60 DF= 1 p < 0.0001 * Significant negative linear trend
% di neonati con valori CPI fuori norma	Chi ² for trend = 293.61 Chi = -17.14 DF = 1 p < 0.0001 * Significant negative linear trend
% di neonati con solo deficit funzionale	Chi ² for trend = 111.17 Chi = -10.54 DF=1 p < 0.0001 * Significant negative linear trend
% di neonati con solo deficit osteopatico	Chi ² for trend = 134.77 Chi = -11.61 DF=1 p < 0.0001 * Significant negative linear trend
% di neonati con deficit funzionale e osteopatico	Chi ² for trend = 832.95 Chi = -28.86 DF = 1 p < 0.0001 * Significant negative linear trend
Chi ² = chi square test for trend; p = p-value; DF = gradi di libertà.	

Tabella 4. Test statistici sul trend eseguiti nel nostro studio

DISCUSSIONE

Scopo dello studio è stato mettere in evidenza l'efficacia del trattamento manuale osteopatico per il recupero delle plagiocefalie non sinistose.

Lo studio evidenzia, come già dimostrato da altri autori [12-17] che il trattamento osteopatico, iniziato precocemente, ha effetti più veloci e risolutivi. La conferma di ciò è rappresentata dalla crescita craniale, che nei primi 6 mesi cresce di circa 8,3 cm, mentre tra i 6 e i 18 mesi è in media di 0,5/0,6 cm ogni mese. Dunque la risoluzione della plagiocefalia, laddove siano risolti i deficit, è concomitante e direttamente proporzionale all'accrescimento craniale.

Il nostro studio mette in evidenza che il 6,63% dei dismorfismi è accompagnato solo da deficit della funzione, inteso come movimento alterato della cerniera cranio cervicale, (flexion, extension, side, shift vertebral) il 10,66% è accompagnato solo da deficit osteopatico craniale, inteso come alterazioni del movimento della sincondrosifeno basilare (strain, compressioni, torsioni e side bedding rotation) e il 75,59% di dismorfismi è accompagnato sia da deficit funzionali che osteopatici, in accordo con la letteratura precedentemente citata.

I risultati ottenuti, analizzando l'andamento dell'asimmetria craniale e dei deficit associati dei 347 neonati presi in carico, trattati con tecnica osteopatica integrata, hanno dimostrato che dopo 10 trattamenti presentavano ancora un indice craniale alterato ODDI solo nel 2,59% dei neonati, mentre l'indice CPI alterato era presente solamente nel 2,02% dei neonati. Inoltre già al quinto trattamento, meno dell'1% dei neonati presentava un deficit funzionale, meno del 2% un deficit osteopatico e il 3,17% un deficit sia funzionale che osteopatico, con una percentuale di neonati senza deficit o guariti del 94,52% dei 347 neonati di partenza. In particolare al decimo trattamento nessun bam-

bino presentava solo deficit funzionale o solo deficit osteopatico, mentre un solo neonato mostrava ancora presenza di deficit sia funzionale che osteopatico (Tabella 3). In aggiunta dalle Tabelle 3 e 5 è possibile osservare che già dal secondo trattamento si verifica una significativa presenza di neonati senza deficit.

Sulla base degli indici ODDI e CPI e della misura craniale, risulta che la forma del cranio è più lenta da recuperare, perché in relazione all'accrescimento, man mano che il cranio cresce in assenza di alterazioni funzionali e osteopatiche, esso andrà verso la normalizzazione.

In conclusione possiamo osservare dai dati prodotti che una presa in carico repentina di tale dismorfismo, offre notevoli possibilità di recupero totale della forma armonica del cranio, evitando l'utilizzo di ortesi nei tempi successivi, generalmente utilizzati a partire dal quarto mese di vita

biologica in poi.

Dichiarazione di finanziamento

Questa ricerca non ha ricevuto alcun tipo di finanziamento.

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse in merito a questo studio.

* Department of Pediatrics, Betania Evangelical Hospital (Italy)

** Department of Emergency, AORN Santobono-Pausilipon, (Italy)

*** Department of Pediatrics Cardiology Campania University Monaldi Hospital Naples (Italy)

* Corresponding author: Teresa Ferola., Department of Pediatrics, Betania Evangelical Hospital (Italy).
e-mail: ferolat14@gmail.com

Parametri	Analisi multivariata	Analisi del trend tra la prima e l'ultima terapia
% di neonati guariti	p<0.001 * (Q)	
1) Terapia I (6.92%)	(2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (MRD)**	Chi ² for trend = 1188.36 Chi = 34.47 DF = 1 p< 0.0001* Significant positive linear trend
2) Terapia II (51.01%)	(1) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (MRD)**	
3) Terapia III (73.78%)	(1) (2) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (MRD)**	
4) Terapia IV (82.71%)	(1) (2) (3) (4) (MRD)**	
5) Terapia V (94.52%)	(1) (2) (3) (4) (MRD)**	
6) Terapia VI (97.69%)	(1) (2) (3) (4) (MRD)**	
7) Terapia VII (97.41%)	(1) (2) (3) (4) (MRD)**	
8) Terapia VIII (98.27%)		
9) Terapia IX (99.14%)		
10) Terapia X (99.71%)		
* = test significativo, ** = test significativo con p-value<0,05, Q = Cochran's Q test; MRD= post hoc test con il metodo Minimum Required Differences con la correzione di Bonferroni (solo se il confronto multiplo eseguito con Cochran's Q test è significativo), Chi ² = chi square test for trend; p = p-value		
Tabella 5. L'Analisi multivariata è stata eseguita sulle percentuali di neonati guariti trattamento dopo trattamento. L'analisi del trend è stata eseguita sui neonati guariti tra la prima e l'ultima terapia.		

continua da pagina 23

BIBLIOGRAFIA

- 1) Carrido, Jane E.. Un approccio osteopatico per i bambini, Edizioni Futura, 2013. ISBN: 978-88-87436-31-0
- 2) Argenta, L., (2004). Clinical classification of positional plagiocephaly. *Journal of Craniofacial Surgery*, 15(3), 368-372.
- 3) Cummings, C., Canadian Paediatric Society, & Community Paediatrics Committee. (2011). Positional plagiocephaly. *Paediatrics & child health*, 16(8), 493-494.
- 4) Van Adrichem, L. N., van Vlimmeren, L. A., Cada-nová, D., Helders, P. J., Engelbert, R. H., Van Neck, H. J. W., & Koning, A. H. (2008). Validation of a simple method for measuring cranial deformities (plagiocephalometry). *Journal of Craniofacial Surgery*, 19(1), 15-21.
- 5) Van Vlimmeren, L. A., Takken, T., Van Adrichem, L. N., Van Der Graaf, Y., Helders, P. J., & Engelbert, R. H. (2006). Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; a reliability study. *European journal of pediatrics*, 165(3), 149-157.
- 6) Van Vlimmeren, L. A., van der Graaf, Y., Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P., Helders, P. J., & Engelbert, R. H. (2007). Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: a prospective cohort study. *Pediatrics*, 119(2), e408-e418.
- 7) Harold L. Magoun. Osteopatia in ambito craniale. Edizioni Futura, 2008. ISBN: 978-88-87436-18-1
- 8) Fryette, H.H., Principles of osteopathic technique. Indianapolis, IN: American Academy Osteopathy; 1954.
- 9) Marcel Bienfait, "La fascia ed il pompage: trattamento della fascia", ed. Marrapese Roma, 1995.
- 10) Sheskin D.J., (2004) Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures. 3rd ed. Boca Raton: Chapman & Hall /CRC
- 11) Gerszten, P. C., & Gerszten, E. (1995). Intentional cranial deformation: a disappearing form of self-mutilation. *Neurosurgery*, 37(3), 374-382.
- 12) Boere-Boonekamp M, Linden-Knipper LV. Positional prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics* 2001;107:339e43.
- 13) Ripley, C. E., Pomatto, J., Beals, S. P., Joganic, E. F., Manwaring, K. H., & Moss, S. D. (1994). Treatment of positional plagiocephaly with dynamic orthotic cranioplasty. *The Journal of craniofacial surgery*, 5(3), 150-9.
- 14) Sergueef, N., Nelson, K. E., & Glonek, T. (2006). Palpatory diagnosis of plagiocephaly. *Complementary therapies in clinical practice*, 12(2), 101-110.
- 15) Biggs, W. S. (2003). Diagnosis and management of positional head deformity. *American Family Physician*, 67(9), 1953-1956.
- 16) Kelly, K. M., Littlefield, T. R., Pomatto, J. K., Ripley, C. E., Beals, S. P., & Joganic, E. F. (1999) Importance of early recognition and treatment of deformational plagiocephaly with orthotic cranioplasty. *The Cleft palate-craniofacial journal*, 36(2), 127-130.
- 17) Littlefield, T. R., Beals, S. P., Manwaring, K. H., Pomatto, J. K., Joganic, E. F., Golden, K. A., & Ripley, C. E. (1998). Treatment of craniofacial asymmetry with dynamic orthotic cranioplasty. *The Journal of craniofacial surgery*, 9(1), 11-7.

The practice of Primary Nursing. Theoretical framework and experience from the U.S.



Marie Manthey

ABSTRACT

Primary Nursing is a delivery system designed for use by a nursing staff in an acute care hospital. The actual practice of Primary Nursing reflects the legacy value of one patient, one nurse. It rests on three foundations:

1) the nurse patient relationship

2) professional accountability and 3) the healing quality of compassion. A key to success of the system is the establishment of a responsibility relationship by the nurse with the patient/family.

This unique relationship is the essence of professional practice as it facilitates the healing quality of compassion recognized by Hildegard of Bingen, Sister Madeline Clemence Vaillot and others. It also provides a framework for maximum professional accountability.

A common source of confusion is staffing issues re. Primary Nursing. Neither more staff nor a different skill are needed because of Primary Nursing. If staff is adequate before Primary Nursing, it will be adequate for Primary Nursing.

KEYWORDS:

Primary Nursing; professional practice; nurse patient relationship; legacy values; compassion; healing; Hildegard of Bingen; Jean Watson; Nightingale; accountability; responsibility relationship

INTRODUCTION

The theoretical framework for Primary nursing is as modern as the future and as old as the past. History tells us that there have always been... 'Those to whom it is given to care for the sick'.

The development of modern nursing is linked to societal needs and values and it began, in the 19th century, spearheaded during the Crimean War by Florence Nightingale. Since then, there have been many changes in health and illness, as well as in the systems and institutions supporting and controlling care. Whether ancient or modern nursing, there is one undying immutable legacy truth: The essence of nursing is the relationship between the patient and the nurse.

Primary nursing is a care delivery system created as a way of organizing nursing staff based on a professional nurse patient relationship. The delivery system originated on a medical unit at the University of Minnesota and was first described in print in 1980. The book is titled the Practice of Primary Nursing¹.

DISCUSSION

Primary Nursing rests on three foundations; 1) the nurse patient relationship, 2) professional accountability and 3) the healing quality of compassion.

The nurse patient relationship is the essence of nursing. As with any relationship, it has a beginning, middle and end. It can theoretically be established by either the nurse or the patient...but, in hospital nursing it should usually be established by the nurse. It is a unique relationship in that, as Sister Madeline pointed out in an article published in 1966², the essence of professional nur-

sing is the therapeutic use of the nurse in a relationship with a patient.

This only occurs when the relationship has been intentionally established by the nurse and is clear to the patient, their family, the physician, other health disciplines, as well as other nursing staff members involved in the care of the patient when the Primary Nurse is not present.

The second foundation is professional accountability. This is the bedrock of a profession and follows both responsibility and authority. The nurse accepts responsibility by establishing a responsibility relationship with the patient that is known within the unit.

Based on the experience of establishing an intentionally responsible relationship (through which a nurse becomes a professional) the primary nurse comes to experience the legitimate decision-making role inherent in the relationship.

It is helpful (but not essential) to have an external theoretical framework as a guideline for the exercise of authority. After some years without using a theoretical framework, we ended up integrating Watson's theory of caring² into the framework of Primary Nursing.

The professional nurse exercises legitimate authority by deciding (with the involvement of the patient/family in the decision-making process) the amount, degree and kind of nursing care the patient will receive within the overall framework of the medical plan established by the responsible physician.

Supplemento Ricerca infermieristica

continua da pagina 25

The third foundation is the ageless wisdom centered on the value of caring and compassion. Hildegard of Bingen speaks of the healing quality of compassion as manifested by light. Nightingale is known as "The Lady with the Lamp" so called by the soldiers she helped heal in a hospital in Crimea ... and Jean Watson has articulated a very sophisticated theory of Caring that recognizes the value of high quality technical competence used in administering 'caring' that empowers patients and helps transform an episode of illness into an experience of growth. The nurse's role is pivotal in this process and Primary Nursing is the only delivery system and role that carries this ancient knowledge forward into the field of modern hospital nursing. Primary nursing in the US has taken many twists and turns.

On the negative side, it has often become confused with staffing issues, as well as skill mix issues. In truth, primary nursing can work in any setting with any staffing level and with any skill mix that is appropriate for that population of patients. It is about a relationship...not about the workload. On the positive side, primary nursing has brought professional practice into hospital nursing, and now at least, nurses know whether or not they are in a professional role.

It requires nurses who are willing to accept responsibility, a manager who is an effective leader and able to develop rather than control their staff, and a Q7unit culture that supports healthy interpersonal relationships within the entire staff.

Funding statement

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not for profit sectors.

Competing interests statement

There are no competing interests for this study.

BIBLIOGRAPHY

1. Manthey, M., (1980) *The Practice of Primary Nursing*. Blackwell Scientific Inc.
2. Clemence, M., (1966) *Existentialism: A philosophy of commitment*. *American Journal of Nursing*, 66(3), 500-508
3. Watson, J., (2002) *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer Publishing.

NORME EDITORIALI

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

L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori che, nel rispetto delle vigenti leggi sulla privacy, devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, mail dell'autore per corrispondenza.

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

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari (Internet). In: Pressato L, Cartabellotta A, Bernini G et al. L'educazione continua in medicina. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003. (pubblicato Marzo 2003; consultato: Marzo 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.pensiero.it/catalogo/pdf/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 o più revisori che valuteranno la qualità metodologica del lavoro e le eventuali proposte di modifiche da inoltrare agli autori. Nella sua valutazione, il revisore potrà: valutare l'aderenza alle norme editoriali, la qualità metodologica dell'articolo ritenendolo idoneo alla pubblicazione, accettare l'articolo con richiesta di modifiche (motivandone le ragioni) o rifiutare l'articolo (motivandone le ragioni). La valutazione del revisore verrà comunicata entro 3 mesi all'indirizzo che l'autore ha fornito per eventuali comunicazioni.

Dentro
la professione

Alla scoperta del nuovo codice deontologico



Giornata di approfondimento promossa dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, insieme con l'Azienda Ospedaliera Universitaria e la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli. Affollata l'Aula Magna di via Pansini. I saluti del presidente federiciano **Luigi Califano**, del presidente Opi Napoli **Ciro Carbone**, della direttrice **Maria Triassi**, del presidente **Claudio Buccelli** e del professor **Mas-simo Niola**.

di Nina De Martino

L'Aula Magna "Gaetano Salvatore" della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico Secondo di Napoli era colma. Gli infermieri riescono spesso in questo exploit. Il convegno dal titolo esplicito "Alla scoperta del nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche" vuole dragare il fiume di considerazioni, di ap-

profondimenti, di connessioni con la filosofia, la cultura, la scienza, l'etica e la pratica clinica portate dall'adozione del nuovo codice deontologico da parte degli infermieri. Un codice innovativo, che guarda al futuro, alle nuove sfide della professione e alle nuove competenze. Dopo dieci anni dalla versione del 2009, il Codice si rinnova e riconosce l'infermiere come professionista, il cittadino come curato e come persona, la società nella qua-

le viviamo e quella in cui vorremmo vivere; riconosce la normativa attuale e ne prefigura la sua evoluzione. Il nuovo testo si presenta con molti elementi di innovazione e contemporaneità, interpretando i segni del tempo.

Importante parterre - Ma ad attrarre l'attenzione e la partecipazione dei tanti alla 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, c'è altro.

C'è innanzitutto un parterre di tutto riguardo.

Dentro la professione

La presidente della Federazione nazionale ordini delle professioni infermieristiche Barbara Mangiacavalli. Acca-

velazione, un evento nell'evento. E non ha tradito le attese.

I saluti – Ad aprire i lavori del workshop il saluto e i ringraziamenti di **Ciro Carbone**, Presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli. *“Il colpo d'occhio di quest'Aula piena è assolutamente unico”, dice esordendo Carbone. E poi: “E' lusinghiero e allo stesso tempo significativo per la professione infermieristica notare che l'Aula è piena di persone, soprattutto di colleghi, venuti sin qui anche da lontano per ascoltare, per approfondire, per apprendere, per confrontarsi con eccellenze scientifiche, culturali, etiche e accademiche oggi riunite qui. Eccellenze che ringrazio per la loro*

disponibilità. Così come ringrazio tutti in platea per l'alto spirito professionale che veicolano con la loro presenza a questa importante giornata di studio”. E'

toccato poi al padrone di casa, il professor **Luigi Califano**: *“Ho il privilegio di portare il saluto della Scuola Federiciana e il piacere di rivolgere i più sentiti complimenti al presidente Carbone e a quanti lavorano per lo sviluppo della professione infermieristica a*

Napoli. L'infermiere è parte importante nel processo di sanità. Professionisti di elevata

qualificazione cui auguro i migliori successi”. **Maria Triassi**, Direttore del dipartimento di sanità pubblica della Federico II, ha pubblicamente elogiato la professione infermieristica per *“la continua crescita e per la partecipazione assicurata ogni volta che un evento formativo offre la possibilità di*

confronto su nuove competenze, e sullo sviluppo di esse”. Sono colpita ogni volta dalla partecipazione attenta e numerosa ai momenti formativi e di confronto importanti da parte di componenti di una professione in continua crescita. La partita del futuro di questa professione si gioca proprio su questo: riempire di contenuti, di confronto, di competenze il proprio sapere. E perché no, anche di decoro”.

Per **Claudio Buccelli** l'aspetto etico è determinante: *“Essere accanto al paziente per meglio rispondere alle responsabilità professionali è un valore che va giustamente codificato in un codice deontologico che rappresentano norme e regole condivise”.* Anche per **Massimo Niola** *“c'è una evoluzione nella professione infermieristica che si evidenzia anche dalla continua mutazione del codice deontologico degli infermieri. Un codice tra i più antichi tra le professioni sanitarie non mediche.*

In queste continue mutazioni e cambiamenti si riconosce la stessa evoluzione del concetto di assistenza e del prendersi cura”.



demici come il professor **Luigi Califano**, presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia della Federico II. Autorità sanitarie, come **Maria Triassi**, Direttore Dai sanità pubblica della Federico II. **Claudio Buccelli**, presidente del Comitato Etico dell'Università Federico

II di Napoli e **Massimo Niola**, della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II. E poi gli interventi previsti di **Angela Basile**, docente di Etica; di importanti e autorevoli rappresentanti dell'infermieristica nazionale, vale a dire i prof **Edoardo Manzoni**, **Aurelio Filippini**, **Pio Lattarulo**, **Annamaria Ferraresi**, **Teresa Rea**. E poi, lei **Marie Manthey**, la prof fondatrice del modello assistenziale Primary Nursing: dal concetto di *“cura”*, al *“prendersi cura”*. La sua lezione magistrale era attesa come una ri-

Dentro
la professione

Primary Nursing, ovvero l'umanizzazione

La lezione magistrale tenuta dalla professoressa **Marie Manthey** ha acceso la platea.

La presidente **Mangiacavalli**: *"Il Codice è come un vestito"*. Molto apprezzata la relazione dell'infermiere/filosofo **Edoardo Manzoni**. **Carmela Basile, Aurelio Filippini e Pio Lattarulo** leggono il Codice. Toccante la rappresentazione grafica della sand artist, **Stefania Bruno**. Premio Michela Rizzello ad una infermiera pediatrica.



Con il breve intervento di **Barbara Mangiacavalli** si è entrati nella parte più emozionante della giornata. La presidente della Federazione ha voluto solo puntualizzare gli aspetti meno teorici e più concreti della carta professionale, facendo tesoro delle tante domande di approfondimento che gli iscritti hanno inviato nei mesi addietro alla Federazione. *"Il Codice deontologico che oggi presentiamo - ha detto - è come un vestito che gli infermieri indossano. Con esso abbiamo voluto salvaguardare la libertà di coscienza degli infermieri, riconoscere, quindi, gli infermieri come persone che si relazionano con un'altra persona. Esso non è una semplice enunciazione di regole, è il vero e proprio vademecum della professione, come questa deve svolgersi, come deve affrontare e risolvere i problemi, come deve rapportarsi con i pazienti, i colleghi, le istituzioni, le altre professioni"*.

LA RAPPRESENTAZIONE - Dopo l'intervento di **Edoardo Manzoni**, infermiere Direttore Generale Istituto Palazzolo, storico e filosofo della professione (di cui riferiamo a parte) si è assistito ad una riuscitissima rappresentazione, in alcuni momenti fortemente toccanti, affidata ad alcuni ragazzi del terzo anno del Corso di laurea in Infermieristica e del secondo anno del Corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università Federico II e della Vanvitelli. Leggendo alcuni passi del Codice, gli studenti hanno saputo toccare le corde e i cuori dei presenti, pronunciando ogni termine nei tempi giusti, facendo sentire il suono



della loro voce, il tono e il volume che cambiava a seconda dell'emozione che provavano. La lettura degli studenti era accompagnata da un sottofondo musicale e dalla bravissima **Stefania Bruno**, sand artist di fama internazionale. Stefania, muovendo le mani su un tavolo retroilluminato, ha creato immagini con la sabbia in tempo reale e in simbiosi con quanto gli studenti declamavano, stimolando la fantasia e suscitando emozioni ancora più forti negli spettatori.

LA LETTURA - **Carmela Basile, Aurelio Filippini e Pio Lattarulo**, moderti da **Annamaria Ferraresi e Teresa Rea** hanno poi illustrato il codice nelle sue parti più profonde.

Alla platea hanno parlato del Codice illustrandone i capisaldi etici, filosofici, motivazionali, donando a tutti una percezione ricca, di scavo, nel profondo delle radici culturali dell'essere infermiere.

IL PREMIO - Dopo la lezione magistrale della professoressa **Marie Manthey**, con una partecipazione attenta, a volte religiosa per non perdere una virgola dei capisaldi della sua dottrina (l'intervento è riportato a parte) è stata premiata la migliore tesi di laurea in Infermieristica della Federico II.

Si tratta del *"Premio Michela Rizzello"*. La prima edizione è andata a un'infermiera pediatrica **Federica Masula**, iscritta all'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, che si è aggiudicata un riconoscimento non solo morale (alla candidata anche un assegno di 3mila euro) istituito dall'Ordine napoletano per premiare la migliore tesi di laurea in ricerca infermieristica e infermieristica pediatrica. Federica ha conseguito il titolo accademico il 25 ottobre scorso,

Dentro la professione

e del processo di cura

presso l'Università degli studi di Napoli Federico II, con una tesi dal titolo "Competenze trasversali e centralità della persona: indagine conoscitiva sul "saper essere" nella professione infermieristica pediatrica". Relatrice, d.ssa **Isabella Continisio**.

Il Premio intitolato a **Michela Rizzello**, indimenticata presidente Ipasvi di Napoli degli anni a caval di secolo, è stato istituito con il preciso scopo di invogliare i giovani infermieri, generalisti e pediatrici, verso la ricerca scientifica, l'approfondimento e lo scavo pro-



Manthey, dal modello per compiti all'esperienza del Primary Nursing

Ospite d'onore della giornata, la prof.ssa **Marie Manthey**, che ha presentato con una lectio magistralis le novità introdotte nel modello assistenziale del Primary Nursing. Marie Manthey lancia una sfida a tutti i professionisti: "passare da un'assistenza infermieristica per compiti alla presa in carico del paziente". Marie Manthey ha sottolineato che, come aveva già espresso Nightingale, la possibilità di interagire con l'essere umano vulnerabile in modo da poter alleviare le sue sofferenze è il vero privilegio della professione infermieristica. Il Primary Nursing nasce da un momento importante della sua vita, un ricovero in età pediatrica, a soli cinque anni, quando le sue emozioni di bambina sorpresa, spaventata, abbandonata vennero contenute proprio da un'infermiera, **Florence Marie Fischer**, che cominciò a prendersi cura di lei grazie alla sua empatia e alle ottime capacità relazionali. Quel vissuto ha segnato profondamente la sua vita futura tanto da spingerla a diventare infermiera per aiutare il prossimo, così come Florence ha fatto con lei. Concetto centrale del Primary Nursing è la "**responsabilità professionale**" esplicitata nel rapporto con il paziente; la madre della teoria sostiene che "*quando l'infermiere Primary si presenta al paziente e gli spiega il suo ruolo, in quello stesso momento c'è accettazione e si rafforza il suo senso di responsabilità*". "*Spesso si crede che per adeguarsi al modello del Primary Nursing ci sia maggior bisogno di risorse umane* - ha detto Manthey - *in realtà non è così poiché c'è solo un rafforzamento della relazione con il paziente che non richiede più tempo, anzi, "quel tempo fa parte dell'attività assistenziale"*. Tutto dipende dai sistemi organizzativi. I quattro elementi base che contraddistinguono una Primary nursing sono **1)** chi dirige (leadership); **2)** come viene allocato il lavoro; **3)** chi parla a chi e di cosa; **4)** qual è la filosofia della presa in carico. Se i compiti vengono svolti senza una relazione con il paziente, non è pratica infermieristica, perché un infermiere sia l'attore delle attività assistenziali c'è bisogno che stabilisca una relazione con il paziente. L'incompetenza relazionale è inaccettabile tanto quanto l'incompetenza clinica. Bisogna approcciare al paziente con "una presenza intenzionale e consapevole" in modo che si senta capito, ascoltato, che si fidi e che si affidi. E sull'eventualità di incorrere nella sindrome del burnout Manthey ha le idee chiare: in situazioni di normalità, ogni persona è dotata di intelligenza emotiva, cioè la capacità di gestire i sentimenti e le emozioni. Nella relazione interpersonale dove si entra in empatia con il paziente, l'infermiere può anzi ricavare soddisfazione dalle sue azioni.



Edoardo Manzoni: "Il Codice come promessa"

Per Edoardo Manzoni, infermiere Direttore Generale Istituto Palazzolo, storico e filosofo della professione, "il Codice è una promessa": quella di prendersi cura del paziente. In esso si legge intellegibile l'adesione al modello aristotelico delle virtù che identifica l'infermiere -

quale persona e quale professionista - "come agente morale che persegue il bene". Sì, "il bene prima di ogni cosa, prima di ogni altro fine e, soprattutto, mai assecondandolo a nessun fine". Ecco allora che questo "pro" del termine promessa diventa pro-attività che realizza il divenire proprio come nelle più moderne teorie scientifiche di assistenza infermieristica. "Il bene prima di ogni cosa. Esso, soprattutto in una professione di servizio è sempre fine e, solo in subordine, mezzo". Dunque "il valore etico diventa valore deontologico nel momento in cui incontra la scienza infermieristica". Poi spiega il motivo di quest'ultima revisione del Codice deontologico: "Bisogna rinnovare di tanto, in tanto il nostro Codice deontologico perché bisogna rinnovare l'impegno, senza cambiare la promessa di bene, ma per ritrovare nella promessa la carne e il sangue del nostro quotidiano". Manzoni cita almeno tre elementi che caratterizzano il nuovo Codice deontologico: La effettiva centralità dell'ospite, perché l'infermiere ha un proprio sistema di valori che è chiamato a governare.

La promessa della scienza al servizio dell'uomo, essa è un dovere deontologico. L'assistenza infermieristica non ha un tempo e non ha uno spazio. Il suo territorio esistenziale è dove vive l'uomo.



**Notizie
dall'Ordine**



Speranza: "Prendersi cura di medici e infermieri"



Convegno con il ministro della Salute su aggressioni a personale sanitario. Il Consigliere **Ascione**: "Più sanzioni, ma occhio al territorio".

“Dobbiamo prenderci cura di chi si prende cura di noi, di medici e infermieri, di chi ogni giorno vive negli ospedali, nei luoghi dove ci sono i malati, dove c'è sofferenza. Credo che uno Stato serio ha l'obbligo di prendersi cura di queste persone”. Lo ha detto il ministro della Salute, **Roberto Speranza**, a margine del convegno a Napoli incentrato proprio sul tema delle aggressioni a medici e infermieri. “Alcune cose – osserva il ministro – sono già state fatte. C'è un testo approvato all'unanimità dal Senato e ora in discussione alla Camera. Lavoreremo per accelerarlo e per migliorarlo il più possibile”. “Drappelli di polizia? La sicurezza sui luoghi di lavoro è un tema vero. Al momento – conclude – non escludo alcuna soluzione”.

A rappresentare gli infermieri di Napoli al convegno su «**La sicurezza dei professionisti sanitari**», tenuto presso l'Ordine dei me-

dici di Napoli, c'era il Consigliere **Gennaro Ascione**.

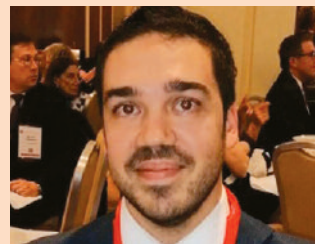
In quella sede gli infermieri di Napoli hanno ribadito la necessità di approvare quanto prima la legge in discussione in parlamento, ma anche di tenere in giusta considerazione la formazione del personale di pronto soccorso e 118 per riconoscere ed affrontare preparati le situazioni a rischio. “Il primo concetto che deve passare se si vuole affrontare e contrastare seriamente il fenomeno è quello della tolleranza zero verso la violenza nelle strutture sanitarie, con inasprimento delle pene per chi le compie. Soprattutto se esercitata su donne, prevedendo l'aggravante del pericolo che nell'azione possono correre gli assistiti”, ha detto Ascione ricordando l'impegno dell'Opi Napoli e della Federazione nazionale contro la violenza sugli infermieri. Ma oltre all'aspetto repressivo, Ascione tiene a evidenziare le carenze d'organico e di presenza sul territorio. “Per contrastare il barbaro fenomeno delle aggressioni, non basta punire, bisogna anche prevenire”, dice Ascione. “Questo significa uno snellimento delle attese stressanti in pronto soccorso con meccanismi di smistamento alternativi (es. see&treat) per ridurre la tensione e la reattività dei pazienti. Ma anche più attenzione verso il territorio e l'istituzione dell'Infermiere di famiglia che potrebbe svolgere una funzione importante nel diminuire gli accessi impropri ai pronto soccorso”.

L'American Heart Association premia ancora una volta l'infermieristica italiana e le riconosce un importante tributo

Dopo **Silvio Simeone**, primo Infermiere iscritto all'ordine di Napoli ad aver conseguito l'Abilitazione Scientifica Nazionale, arrivano nuovi e importanti riconoscimenti per altri autorevoli componenti del Comitato Scientifico della Rivista NapolianaCampania. Il dottor **Gianluca Pucciarelli**, assegnista di ricerca di Scienze Infermieristiche presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, è stato recentemente insignito del prestigioso titolo di Fellow dall'American Heart Association (FAHA) in virtù dei suoi significativi lavori scientifici su tematiche relative all'ictus cerebrale.

Il nostro collega ricercatore, nonché componente del comitato scientifico-edi-

Componenti Comitato Scientifico Fioccano i riconoscimenti



toriale della rivista Napoliana, durante la cerimonia tenutasi a Philadelphia nello scorso mese di novembre, ha anche ricevuto il premio “**Best Clinical Article of the Year Award**”. L'American Heart Association ha deciso di premiare l'articolo scientifico di Pucciarelli G, Lee CS, Lyons KS, Simeone S, Alvaro R, Vellone E. dal titolo “Quality of Life Trajectories Among Stroke Survivors and the Related Changes in Caregiver Outcomes: A Growth Mixture Study” pubblicato dalla rivista internazionale Archives of Physical Medicine

and Rehabilitation, 2019 Mar;100(3):433-440.e1 del quale il dottor Pucciarelli è primo autore. Lo studio ha permesso di identificare differenti traiettorie di qualità della vita (QoL) nei pazienti sopravvissuti allo stroke ed ha analizzato le interazioni presenti con le variabili di “burden”, ansia e depressione dei loro caregiver primari informali. Il dottor Pucciarelli ed i suoi co-autori hanno quindi osservato come tali variabili abbiano avuto un andamento variabile e correlato alla situazione clinica dei pazienti. Ciò ha dimostrato nuovamente la forte interdipendenza esistente tra soggetti sopravvissuti a Stroke ed i loro caregiver. Non meno significativo il riconoscimento attribuito alla dottoressa **Maria Rosaria Esposito**, eletta nel Consiglio Direttivo della Società Scientifica Anipio anche grazie all'infaticabile impegno profuso nell'Infection Control e per la crescita della professione infermieristica in tema di Rischio Infettivo.

Notizie
dall'Ordine

Asl Napoli 2 Nord, premiati i "Colleghi esemplari"

Carbone: "Fulgidi esempi per l'intera professione"



E' ormai un appuntamento di fine anno, quasi un rito. Per il terzo anno consecutivo, attraverso la formula del "Premio collega esemplare" l'Asl Napoli 2 Nord assegna riconoscimenti pubblici a quanti tra i propri dipendenti si sono distinti per l'attività professionale al servizio dell'utenza. Guest star il Presidente della giunta regionale della Campania Vincenzo De Luca. «Quest'anno ci tenevo ad essere qui con voi per dirvi grazie per il lavoro che fate e che avete fatto in questi anni. Grazie per aver contribuito a vincere una sfida storica: l'uscita dal commissariamento. Senza il vostro aiuto non ce l'avremmo fatta. Questa Asl ha fatto dei passi avanti giganteschi, come evidenziato dal punteggio Lea», ha commentato il governatore.

Dati alla mano, si può ben dire che l'Asl Napoli 2 Nord ha contribuito effettivamente in maniera cospicua alla fine del commissariamento della regione Campania, facendo registrare un punteggio Lea di 191 punti, a fronte dei 171 della media campana. Il raggiungimento di questo risultato è stato permesso soprattutto grazie all'impegno quotidiano e competente di infermieri, tecnici, Oss, amministrativi e medici dell'intera Asl. Sono 14 gli «eroi» del quotidiano che il presidente della Regione ha voluto premiare personalmente. Si tratta di infermieri, medici, parasanitari, tecnici, fisioterapisti, del vasto territorio dell'Asl Napoli 2 nord, da Ischia ad Acerra: in tutto sono 4000 i dipendenti.

Ma passiamo ai premiati. A cominciare da Luca Cardillo, infermiere della Centrale del 118 di Pozzuoli "per l'intraprendenza mostrata il giorno 22 agosto 10119 nel aver saputo coordinare un problematico intervento di soccorso ad Ischia usando whatsapp", dice la motivazione. E poi, gli infermieri **Ciro Palladino** e **Luigi Vallifuoco**, l'autista soccorritore **Biagio Biondino** e la dottoressa **Giuseppina Del Prete** con questa motivazione: "Per aver aiutato una mamma, il 26 ottobre 2019, a portare alla luce il suo bambino presso la sua abitazione". Continuando, **Felice De Stasio**, caposala del blocco operatorio "per la professionalità, l'entusiasmo e lo spirito di sacrificio evidenziato nel riorganizzare le sale operatorie dell'Ospedale Santa Maria

delle Grazie. **Giovanni Conte**, infermiere del reparto di cardiologia- emodinamica dell'Ospedale di Pozzuoli "professionista esemplare per le competenze raggiunte con studi continui, volti al miglioramento tecnico/pratico dell'assistenza ai degenti". **Antonietta Rotta**, infermiere del dipartimento di Salute Mentale, "per l'abnegazione al lavoro, la cura e la compassione mostrata verso tutti gli ammalati nel corso della sua attività lavorativa". **Mauro De Stefano**, infermiere della rianimazione di Frattamaggiore "per l'entusiasmo, le spiccate capacità professionali e di coinvolgere il gruppo, dimostrate anche in occasione dell'apertura della rianimazione di Frattamaggiore". **Fortuna Liguori**, infermiere presso il reparto di medicina di Frattamaggiore "per le sue capacità organizzative, lo spirito d'iniziativa e la propensione al costante miglioramento del reparto". **Emma Maria Alda Critelli**, infermiere presso l'Urologia dell'Ospedale di Pozzuoli "per le sue doti professionali, l'impegno e i valori che contraddistinguono il suo reparto".

Premi speciali: «collega dell'anno» a **Giuseppe Brogna**, responsabile del Centro BlunAUTI di Qualiano; «medico di famiglia» a **Pasquale Esposito** del distretto di Casalnuovo e «pediatra di libera scelta» a **Tiziana De Magistris**. Premio "Gioco di squadra" è andato all'Equipe di neonatologia dell'Ospedale di Giugliano. Per 43 giorni tutta la squadra ha fatto da mamma e papà ad un bimbo che era stato abbandonato in reparto da una madre tossicodipendente.

Notizie
dall'Ordine

Infermiere al San Paolo scrive una pagina d'amore

“Una pagina di amore per la professione e insieme per il prossimo è stata scritta ieri sera da un collega infermiere dell’Ospedale San Paolo di Napoli. Il suo gesto onora tutta la professione.

*E’ testimonianza dell’alto grado di impegno civico, etico e professionale che gli infermieri di Napoli investono ogni giorno nell’adempimento del loro lavoro”. Così il Presidente dell’Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, **Ciro Carbone**, commentò lo scorso 12 ottobre il parto straordinario avvenuto presso il pronto soccorso dell’Ospedale San Paolo di Napoli. Ad aiutare la puerpera, un infermiere, **Antonio Marciano**, in servizio presso il triage. Quell’esperienza, **Antonio Marciano** l’ha voluta fermare in poche righe che di seguito riportiamo”.*

di Antonio Marciano

Erano le 19.40, dopo ben 12h trascorse nelle vesti di infermiere di triage di uno dei pronto soccorso più noti di Napoli, cioè dell’ospedale San Paolo, mentre mi accingeva a valutare uno degli ultimi pazienti e dopo averne valutati un numero infinito elevato all’ennesima, sento improvvisamente il clacson di una macchina suonare a più non posso, io e la mia collega Rita Miele nonché l’operatore socio sanitario **Ciro Salcino**, ci allertiamo perché pensiamo ad un serio e preoccupante codice rosso; mi precipito fuori insieme al mio operatore socio sanitario e vedo questa macchina precipitarsi all’impazzata nella camera calda del pronto soccorso (zona in cui si fermano le auto o le ambulanze per far accedere i pazienti nel pronto soccorso) fino ad arrestarsi fuori la porta del triage del pronto soccorso. All’interno dell’automobile c’erano un uomo (marito) e due donne (moglie e suocera dell’uomo). Subito quest’uomo esce capapultandosi dalla macchina ed urla che la moglie stava partorendo e che aveva la testa del bimbo tra le mani. Io incredulo mi precipito nella macchina e mi ritrovo la

donna con le gambe divaricate e la testa del neonato tra le sue mani. Dico al mio operatore di prendere una barella e alla mia collega di chiamare con urgenza il ginecologo di turno. Nel frattempo la donna urla, non ce la fa più, sentiva il bisogno di spingere. Allora in una frazione di secondo, mentre **Salcino** prendeva la barella, la mia collega stava chiamando il ginecologo di turno e tutta la gente presente in pronto soccorso si era portata intorno o a me per vedere ciò che stava succedendo: penso che l’unica cosa giusta da fare era di farla partorire subito per evitare complicanze sia al neonato che alla giovane donna. Chiedo a **Salcino** di portarmi lenzuola ed teli sterili al più presto. Mi concentro sulla giovane donna e sul neonato, afferro la testa del piccolo e rivolgendomi alla giovane donna le dico di fare dei lunghi respiri e poi di spingere. Aiuto il piccolo ad uscire afferandolo per la testa e per la spallina destra, tempo qualche minuto lo ritrovo tra le mie mani. Subito lo avvolgo tra le lenzuola, il tempo di pulirlo e subito sento i suoi piccoli polmoni espandersi e poi finalmente quelle urla così sottili di chi è appena venuto al Mondo. Scoppia un applauso unanime, con le mie mani tremanti e i miei occhi umidi, porgo il piccolo alla mamma che, commossa e incredula, lo poggia delicatamente sulla sua pancia; in quell’istante arriva la mia collega insieme al ginecologo, quest’ultimo si accerta che fosse tutto a posto, si complimenta con me e i miei colleghi di avventura, dopodiché con estrema attenzione e rapidità posizioniamo la giovane mamma col neonato sulla barella e vengono portati in sala operatoria per eseguire le ultime manovre dopo il parto.

Non posso credere a ciò che ho vissuto e fatto. È vero quando si dice "c'è sempre la prima volta per tutto"! Io da semplice infermiere professionale quale sono, orgoglioso di esserlo, per un attimo sono passato a fare le veci di ginecologo! Ecco perché amo l'emergenza e il pronto soccorso. Sempre pronto ad aiutare il prossimo.

L’Ordine delle professioni infermieristiche al XXIII congresso Giec

Presso l’Aula Magna dell’Università di Napoli Federico Secondo, si sono svolti anche quest’anno i lavori del XXIII Congresso Nazionale della Società Scientifica GIEC (Gruppo intervento emergenze cardiologiche) presieduta dal Prof. Maurizio Santomauro.

Tema del convegno: “Dalle emergenze alle cronicità. Lotta alla morte improvvisa: come integrare le reti dal ter

Una tre giorni dedicata ai temi cardiologi, con ampia rilevanza assegnata agli aspetti infermieristici. E’ toccato al Consigliere **Gennaro Ascione** portare i saluti dell’Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli. Dopo i ringraziamenti di rito, il Consigliere ha posto l’accento sull’importanza del lavoro di equipe e sulla formazione “E’ indispensabile avere professionisti preparati e allenati a riconoscere i sintomi della morte improvvisa”.

Così pure sull’uso del defibrillatore semi automatico e sulla manovra manovra di Heimlich” (tecnica di primo soccorso per rimuovere un’ostruzione delle vie aeree), ha detto il consigliere. “Ma ha aggiunto – sono necessari tempi d’intervento ridottissimi, dunque c’è il bisogno di formare volontari e civili per intervenire in caso di necessità nei luoghi affollati e di aggregazione”. Prima dei saluti finali, Ascione ha confermato “la disponibilità dell’Opi di Napoli a collaborare a progetti formativi condivisi.”

La rilevanza assegnata dal congresso Giec agli aspetti infermieristici, si riscontra anche nella nutrita delegazione di infermieri esperti di Napoli presenti al convegno. **Gianpaolo Gargiulo, Vincenzo Faraone, Silvio Simeone e Luciano Cecere** hanno portato un contributo importante al dibattito.

Notizie dall'Ordine

Trascrivere e descrivere, in una sanità che cambia, i nuovi modelli organizzativi per garantire l'assistenza al cittadino sul territorio

di Margherita Ascione e Concetta Pane

“Modelli Organizzativi Territoriali: esperienze a confronto”. E' il titolo del corso di formazione, informazione e aggiornamento organizzato dal Coordinamento Interregionale Basilicata-Campania-Molise (Avellino, Benevento, Campobasso/Isernia, Caserta, Matera, Napoli, Potenza, Salerno) con il patrocinio morale di Fnopi, dell'Università degli Studi di Napoli Federico II e dell'AOU Federico II. Un confronto a più voci tenuto presso la Facoltà di Scienze Biologiche dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Un modello organizzativo è l'insieme delle regole che controllano il funzionamento dell'organizzazione, la quale è direttamente legata alla mission dichiarata da ogni Struttura Sanitaria Aziendale. Negli ultimi dieci anni si sono sviluppati sistemi organizzativi centrati sui professionisti e sui rapporti tra professionisti e organizzazione. Dopo la presentazione del dott. Ciro Carbone (presidente OPI Napoli) e con la moderazione dei dott. Gennaro Mona (presidente OPI Caserta) e dott. Rocco Cusano (presidente OPI Avellino) la prima sessione ha visto gli interventi: della dott.ssa Annamaria Ferraresi, direttore del Distretto Ovest Azienda USL di Ferrara che ha illustrato le Case della Salute nella regione Emilia Romagna, che rappresentano un punto di riferimento certo per l'accesso dei cittadini alle cure sanitarie territoriali, un luogo al quale gli utenti possano rivolgersi in ogni momento della giornata, che assicuri risposta competente e adeguata ai diversi bisogni di salute e di assistenza.

Le Case della Salute possono avere diversa complessità e offrire servizi diversi in relazione alla quantità della popolazione di quel territorio e della collocazione geografica.

Sono costituite da un sistema integrato di professionisti che si prendono cura delle persone fin dal momento del loro accesso.

In particolare sono presenti nella casa della salute: un Nucleo di Cure primarie, formato dai medici di continuità assistenziale di quel territorio, con un'apertura dell'ambulatorio mattino e pomeriggio nei giorni feriali. Nei giorni prefestivi e festivi il servizio è assicurato dalla Guardia Medica ove prevista; infermieri di cure primarie che assicurano; l'ambulatorio di osservazione e terapie, per attività programmate e per rispondere a piccole urgenze, che non richiedono l'accesso al Pronto Soccorso; la presa in carico dei pazienti con patologie croniche (diabete, malattie cardiovascolari e broncopneumologiche, con la chiamata attiva dei pazienti affetti da queste malattie; l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); la distribuzione diretta dei farmaci per i pazienti affetti da patologie croniche che richiedono controlli periodici; le prenotazioni CUP e gli sportelli per le altre funzioni amministrative. A seconda delle dimensioni della struttura, della vastità e dei bisogni della popolazione assistita, possono essere aggiunti progressivamente altri servizi e attività: le prestazioni specialistiche che non richiedano l'utilizzo di tecnologia di alto livello; gli ambulatori per la salute mentale; le attività per la popolazione pediatrica, sia di cura che di prevenzione; la prevenzione e la promozione della salute individuale e della comunità; i servizi sociali, integrati con i servizi sanitari.

L'intervento del dott. Francesco Colavita (consulente esperto in management delle Asl e delle reti per lo sviluppo sociale) ha sottolineato come sia sempre più marcata la differenziazione tra il bisogno di salute acuto (ospedale) e bisogno di salute cronico (territorio) e tra i loro rispettivi percorsi assistenziali. Ha illustrato il percorso storico decennale per la ricalibratura dell'intera rete socio-sanitaria nazionale e regionale che mira a favorire un'assistenza più appropriata, anche attraverso la redistribuzione delle competenze dei professionisti. In modo chiaro e sintetico ha mostrato la situazione della spesa del SSN e del Pil sul nostro ter-

ritorio, e gli effetti sui LEA. Ha indicato la strategia da intraprendere, quale la necessità di rivalutare il territorio, in quanto setting migliore per affrontare e gestire le complessità, poiché si avvale di competenze specialistiche multidisciplinari e articolate in sistemi a rete che programmano le attività su nuove strutture quali gli ospedali di comunità e case della salute.

La dott.ssa Mariacristina Magnocavallo, presidente OPI Campobasso-Isernia, ha relazionato sul modello molisano delle Unità a Degenza Infermieristica (UDI).

In coerenza con quanto già previsto dal Piano Operativo Sanitario 2016/2018 le UDI costituiscono un'area di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio dotata di posti letto funzionali gestita da personale infermieristico nella quale sono accolti pazienti: senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa, come nel ricovero ordinario per acuti; dimissibili dall'ospedale, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ri-

Modelli organizzativi

Il Coordinamento Interregionale Basilicata - Campania - Molise
Avellino, Benevento, Campobasso/Isernia, Caserta, Matera, Napoli, Potenza, Salerno

Modelli Organizzativi Territoriali: esperienze a confronto
Napoli, 23 Novembre 2019
Aula AT 8 Facoltà di Scienze Biologiche - Università degli Studi di Napoli Federico II
Via Tommaso de Amico, 171 - 80138 Napoli

Evento gratuito accreditato ECM per Infermieri ed Infermieri P
n. 3,5 crediti formativi - Obiettivo formativo: Integrazione

OGGETTIVI

- Tracciare e descrivere, in una sanità che cambia, i nuovi modelli organizzativi per garantire l'assistenza al cittadino sul territorio;
- Rafforzare i percorsi assistenziali tra ospedale-territorio;
- Sviluppare ed integrare programmi di prevenzione rivolti al singolo e alla collettività.

MODERATORI E RELATORI

Dott. Ciro Carbone - Presidente OPI Napoli
Dott. Cosimo Cica - Presidente OPI Salerno
Dott. Francesco Colavita - Consulente esperto in management delle Asl e delle reti per lo sviluppo sociale
Dott. Rocco Cusano - Presidente OPI Avellino
Dott.ssa Annamaria Ferraresi - Direttore Distretto Ovest Azienda USL di Ferrara
Dott.ssa Mariacristina Magnocavallo - Presidente OPI Campobasso - Isernia
Dott.ssa Elisa Mazzini - Responsabile assistenziale Dipartimento cure primarie Azienda USL di Ferrara
Dott. Vito Milione - Presidente OPI Potenza
Dott. Gennaro Mona - Presidente OPI Caserta
Dott. Massimo Provençini - Presidente OPI Benevento
Dott. Gianrocco Rossi - Dirigente Professioni Sanitarie ASL Taranto
Dott.ssa Vita Spagnuolo - Presidente OPI Matera

Con il patrocinio morale di

REGIONE CAMPANIA
FNOPi
Segreteria Organizzativa: Ordine delle Professioni Infermieristiche
Fax 081 0107708 E-mail: info@opinapoli.it - Pec: No

UDIs territoriali: esperienze a confronto

covero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima di rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura; che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di moni-

toraggio difficilmente gestibile a domicilio con l'Assistenza Domiciliare per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia. L'UDI di Larino, portata ad esempio come struttura, si configura come un modulo organizzativo individuabile all'interno dell'Ospedale di Comunità di Larino ed afferente gerarchicamente alla responsabilità della Direzione di Distretto di Termoli e funzionalmente alla Direzione Assistenziale Infermieristica. La gestione dell'UDI

è affidata ad un Coordinatore Infermieristico il quale risponde funzionalmente e gerarchicamente alla Direzione Assistenziale Infermieristica.

In questo contesto la responsabilità clinica del paziente è affidata al medico di medicina

generale mentre la responsabilità organizzativa dell'assistenza è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente assumendo come modello il case management.

Nella seconda sessione, presieduta dalla dott.ssa Vita Spagnuolo (presidente OPI Matera) e moderata dal dott. Massimo Procaccini (presidente OPI Benevento), la dott.ssa Elisa Mazzini (responsabile assistenziale Dipartimento Cure Primarie Azienda USL di Ferrara) è intervenuta sugli ambulatori della cronicità, introdotti nella azienda USL di Ferrara e creati nell'ambito dei percorsi condivisi con medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali, fisioterapisti ed altri professionisti sanitari. E' stato illustrato il Percorso Terapeutico ed Assistenziale dello Scompensamento Cardiaco della Casa della Salute "Terre e Fiumi" di Copparo: il percorso prevede l'identificazione e reclutamento tramite i medici di medicina generale, la chiamata attiva dei pazienti, l'accoglienza, presa in carico e follow up, l'educazione terapeutica, l'addestramento del paziente e del caregiver e successiva continuità assistenziale ospedale-territorio. Altro intervento interessante è stato quello del dott. Gianrocco Rossi (dirigente delle professioni sanitarie ASL Taranto) che ha relazionato sul Percorso Riabilitativo Integrato ospedale-territorio per pazienti con tumore al seno e ginecologici in trattamento. Sono stati presentati i risultati di un Progetto di intervento riabilitativo integrato con movimento, musica, incontro, fitwalking, sana alimentazione. Il momento delle terapie oncologiche è una delle fasi più critiche per le donne con carcinoma mammario, per il sopraggiungere di cambiamenti fisici reversibili ed irreversibili dovuti alla malattia stessa e alle terapie. E' proprio in questo momento che la persona prende consapevolezza di questa dura realtà affiorando una tempesta di emozioni negative non sempre sopportabili: rabbia, spavento, tristezza, afflizione, paura, angoscia, senso di abbandono e solitudine. Porre il paziente nelle

condizioni di poter esprimere e condividere i propri vissuti emotivi, in un contesto di cura attento, accogliente, comprensivo e protettivo, riduce l'intensità della loro negatività, potenziando le emozioni positive, che sono alla base di risposte adattive alla malattia ed ai trattamenti. Obiettivi del programma sono stati: promuovere e migliorare la qualità di vita; educare alla salute; educare alla sana alimentazione e al movimento fisico aerobico; rieducare alla corporeità vissuta; migliorare il benessere fisico; migliorare lo stato emotivo, la vitalità, la socialità, potenziare l'autostima, e l'autodeterminazione, ridurre la fatigue, il distress, favorire il benessere psicologico e prevenire quello psicopatologico come ansia e depressione. Conformemente ai dati della letteratura ed alle raccomandazioni dell'OMS ed al Piano Sanitario della regione Puglia, si è voluto incoraggiare nelle pazienti la cultura della attività fisica, uno stile di vita attivo, valorizzazione della relazione individuo-ambiente-natura, coniugando l'attività fisica aerobica con l'educazione alimentare, il benessere psicologico come parte integrante delle cure oncologiche.

Significativa è stata la presenza all'evento formativo di più di 100 partecipanti, provenienti dalle diverse Aziende Sanitarie delle regioni Basilicata/Campania/Molise, presenti anche alcuni studenti del corso di laurea in infermieristica, che hanno assistito con interesse anche al dibattito, con il confronto di esperienze provenienti dalle diverse realtà regionali e che ha coinvolto tutti gli assistenti. Questo a significare che la presa in carico dei pazienti, da parte del personale infermieristico, sulla base dell'analisi dei problemi di salute e dell'offerta dei servizi, è una tematica altamente interessante e deve essere costruita da un sistema di standard assistenziali e di competenza professionale. Sarebbe auspicabile che un evento, così qualificante, sia organizzato nelle diverse realtà della nostra regione, dove i modelli assistenziali vertono ancora su un modello per funzioni e non per obiettivi.

regionale OPI di Basilicata - Campania - Molise

nto, Campobasso/Isernia, Caserta,
Napoli, Potenza, Salerno

Presenta

inizzativi Territoriali :
enze a confronto

23 Novembre 2019

ologiche - Università degli Studi di Napoli Federico II
sano de Amicis n. 95, Napoli

fermieri Pediatrici Numero di accreditamento 1398 - 27995 ed. 1
Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera

PROGRAMMA

08.00 Registrazione partecipanti
08.30 Presentazione del corso - Ciro Carbone
Salute Autorità

I^a Sessione

Presidente: Cosimo Cicci
Moderatori: Rocco Casano - Massimo Procaccini

09.00 Distretto Socio - sanitario e Case della Salute nella
Regione Emilia Romagna- Annamaria Ferraresi
09.50 "Applicazione dei modelli organizzativi : Ospedale
Territoriale" - Francesco Galvita
10.40 Le unità a gestione infermieristica: una congiunzione
tra ospedale e territorio - Mariacristina Magocavallo
11.30 Coffee-Break

II^a Sessione

Presidente: Vita Milione
Moderatori: Genaro Mona - Vita Spagnuolo

12.00 Gli ambulatori della cronicità - Elisa Mazzini
12.50 Percorso riabilitativo integrato ospedale territorio
per pazienti con tumore al seno e ginecologici in
trattamento: best practice - Gianrocco Rossi
13.40 Tavola Rotonda
Tutti i relatori
14.10 Questionario di valutazione finale
Chiusura lavori

prattutto morale di:



Università degli Studi
di Napoli Federico II



infermieristiche di Napoli - Via S.M. di Costantinopoli 27, Napoli - Tel 081 440140
it - Pec: Napoli@ceer.lardine-opi.it - Sito web: www.opinapoli.it

Ospedali e territorio

Pediatrico Santobono-Pausilipon Parte il nuovo Pronto Soccorso



NAPOLI - L'ospedale pediatrico Santobono-Pausilipon ha un pronto soccorso tutto nuovo, l'Obi, osservazione breve intensiva e la piastra d'emergenza. Il prossimo step, come annunciato da Anna Maria Minicucci, direttore generale dell'ospedale pediatrico, è la trasformazione da Aorn (azienda ospedaliera di rilievo nazionale) in Irccs e cioè istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. In altre parole: un centro di ricerca, oltre che di formazione. «Il documento per questo riconoscimento lo abbiamo già presentato - ha detto Minicucci, in occasione dell'inaugurazione di pronto soccorso, obi e piastra d'emergenza - e siamo fiduciosi di raggiungere anche questo traguardo».

«Con il nuovo pronto soccorso - ha affermato - completiamo l'ultima fase di riqualificazione dell'intero dipartimento di emergenza-

urgenza, iniziata nel 2012, che non veniva riqualificato da almeno 20 anni». Pronto soccorso e piastra di emergenza comprendono l'area triade, il box di chirurgia e traumatologia, un'area pediatrica con 4 box visite, la stanza di isolamento e breve osservazione, la radiologia d'emergenza con attrezzature di ultima generazione (una Tac 128 slide e un apparecchio digitale di radiologia ed ecografo), una camera iperbolica di cui il Santobono è l'unico ospedale pediatrico a esserne dotato, in tutta Italia. A supporto della piastra di emergenza, è stato realizzato anche il reparto di Endoscopia. Ed è stata lanciata anche una App che consente agli utenti di verificare i tempi di attesa quando si sono recati in pronto soccorso e vengono suddivisi i casi in base alla gravità della situazione, con l'assegnazione dei codici. L'intero

dipartimento di emergenza e accettazione, ristrutturato nell'arco degli ultimi sei anni, ha visto un finanziamento ordinario di 5,5 milioni di euro, con il contributo di progetti per l'area di emergenza pari a 1,350 milioni. Nel corso dei lavori, il pronto soccorso ha comunque sempre garantito l'assistenza ai pazienti.

Ad oggi, il pronto soccorso registra circa 100mila accessi l'anno, cosa che lo rende primo in Italia: una media di 280 accessi al giorno con picchi di 380 accessi, soprattutto nei giorni festivi e prefestivi. Il ritmo con il quale si arriva al pronto soccorso cresce durante la giornata fino ad arrivare a un accesso ogni 3 minuti dopo le 22. Quella del Santobono, tra pronto soccorso e dipartimento di emergenza-urgenza pediatrica, è tra le realtà più grandi d'Europa: 4mila metri quadri ristrutturati nel Dipartimento di emergenza-urgenza; mille mq dedicati al pronto soccorso. «I prossimi step - ha concluso Minicucci - sono per i trapianti di rene e un nuovo reparto di neurochirurgia tra gennaio e febbraio del 2020».



Ospedali e territorio

Fratture da fragilità, nuovo modello organizzativo

NAPOLI - Presso l'assessorato alla Salute della Regione Campania, Isola C3 del Centro Direzionale, un comitato scientifico formato da esperti di varie discipline - Annamaria Colao, Cristiano Coppola, Antonio Del Puente, Mariano Fusco, Giovanni Iolascon, Luciano Sagliocca ed il responsabile del settore farmaceutico Ugo Trama - ha dato il via ai lavori per l'elaborazione di un modello clinico e gestionale in grado di dare la più efficace risposta al bisogno di cura e prevenzione dei pazienti con fragilità ossea. Quest'ultima è la conseguenza tipica dell'osteoporosi, malattia osteo-metabolica che, in particolare nelle persone che hanno superato i 50 anni, determina un'alterazione dell'apparato scheletrico e comporta fratture spontanee o conseguenti a lievi traumi. Si tratta di una patologia subdola, che si sviluppa nella completa assenza di sintomi e senza provocare dolore e molto diffusa: in Italia colpisce infatti oltre cinque milioni di persone, ovvero una donna su tre dopo la menopausa, in relazione al calo di estro-

geni, ed un uomo su quattro. In chi ha l'osteoporosi spesso le ossa diventano talmente fragili che è sufficiente un banale colpo di tosse a determinare la frattura delle costole o il semplice restare a lungo in piedi per causare la rottura del femore. E' evidente, dunque, la necessità di individuare tempestivamente i pazienti con osteoporosi, a rischio di fratture multiple e ripetute, per avviarli attraverso specifici indicatori al miglior percorso terapeutico e riabilitativo e alla prevenzione delle recidive. Da qui l'obiettivo del gruppo di lavoro interdisciplinare, organizzato per tavoli tecnici altamente specialistici, di elaborare il più efficiente iter diagnostico, terapeutico ed assistenziale da adottare sul territorio regionale, in grado non solo di intercettare ma anche di prendere in carico e seguire in ogni fase il paziente con frattura da fragilità, dopo il primo evento "frattura". Destinatari delle linee guida saranno quindi non solo gli ortopedici del Pronto Soccorso - i primi ad interagire con i pazienti che accu-

sano fratture - ma anche reumatologi, endocrinologi, geriatri, internisti, nefrologi, ginecologi, medici di Medicina Generale, fisiatristi e farmacisti.

In Campania 1800 decessi annui Hcv

NAPOLI - "In Campania si registrano 1800 decessi l'anno per cirrosi epatica. Un'emergenza per la quale occorre stipulare un patto tra legislatore, Servizio sanitario nazionale, medici e associazioni per debellare questa piaga". Lo ha dichiarato la vicepresidente della Commissione Affari sociali della Camera, Michela Rostan, in apertura dell'ottava edizione del corso "L'epatologia nel terzo millennio" svoltosi a Napoli presso il Centro congressi dell'Università Federico II. "Abbiamo condotto un'indagine conoscitiva in Commissione Affari sociali della Camera - ha detto ancora la Rostan - con il prezioso contributo di associazioni ed esperti che hanno fornito elementi utili a raggiungere il traguardo fissato dall'Organizzazione mondiale della Sanità: debellare l'epatite C entro il 2030. A partire dalla nostra regione è necessario uno sforzo complessivo per tagliare questo traguardo che è assolutamente alla portata di un Paese come il nostro che ha sempre rappresentato un faro in Europa e nel mondo". Tre sono gli obiettivi principali da raggiungere - secondo la deputata di Liberi e Uguali - a partire dall'emersione del sommerso, dall'implementazione di tutte le campagne di screening e di informazione e dall'individuazione delle coperture economiche adeguate per un piano di azioni che impattino positivamente sui territori. Sul piano farmacologico, infine, siamo di fronte a un bivio. Stanno per scadere i criteri di innovatività di tutte le terapie che hanno consentito di salvare migliaia di vite umane. Allora dobbiamo scegliere o creazione di fondo ad hoc o proroga dei criteri di innovatività".

Cardiopatie, arriva la super-Tac

NAPOLI - Un sofisticato software per non appesantire di raggi X la classica Tac delle coronarie a 64 slice migliora la prognosi dei pazienti cardiopatici, riduce i costi complessivi della metodica e abbatte il numero complessivo di indagini invasive e di procedure di rivascolarizzazione (coronarografia e angioplastica), riservando tali interventi solo ai ristretti casi. Un vantaggio per i pazienti e anche per evitare sprechi e trattamenti inappropriati. L'innovazione è stata introdotta in Campania dal Cpmo (Centro polispecialistico medico oplontino) di Torre Annunziata, in un progetto pilota sperimentale che va avanti da mesi e finora offerto gratuitamente ai pazienti che si rivolgono alla struttura oplontina accreditata con il Servizio sanitario nazionale. Nella malattia coronarica la migliore diagnosi equivale alla terapia più efficace. Associando alla Tac delle arterie del cuore una elaborazione matematica del flusso sanguigno si riesce a limitare l'uso delle metodiche di indagine invasive (coronarografia) e degli interventi correlati come l'angioplastica, solo ai casi strettamente necessari. L'obiettivo è evitare i falsi positivi alle indagini (e i conseguenti trattamenti invasivi inappropriati). La Tac coronarica è la principale metodica diagnostica non invasiva della malattia che colpisce le arterie del cuore. L'innovazione in questo campo consiste in un sofisticato software che tramite un algoritmo e senza ulteriori esami Tac (preliminari agli esami invasivi) elabora le immagini radiografiche ed esegue un'accurata valutazione della funzionalità coronarica. Per ottenere il responso non è necessario eseguire un'ulteriore scansione; non è richiesto l'uso di stress farmacologico e soprattutto non è richiesto al paziente di dover tornare in ospedale per eseguire test addizionali, in quanto l'analisi avviene con la elaborazione delle immagini in base a un sofisticato algoritmo al termine dell'esecuzione della Tac coronarica.

Ospedali e territorio

Tumori, una speranza da Napoli: sonda intercetta metastasi aggressive

NAPOLI - Partono dall'Italia, e segnatamente da Napoli, due progetti per mettere a punto nuove armi nella contro i tumori: il primo finalizzato a intercettare le metastasi e il secondo a ridurre gli effetti collaterali e la tossicità delle terapie. Entrambi sono nati nell'Istituto tumori Pascale di Napoli, sotto la guida degli oncologi Stefania Scala e Paolo Ascierto. Il primo progetto si chiama Nan-4-Tum ed è finanziato nell'ambito del programma europeo Eranet, per il settore dedicato alle nanotecnologie Euronanomed III. Ha l'obiettivo di potenziare l'efficacia di una sonda contro il recettore CXCR4 attraverso una struttura di supporto realizzata in laboratorio, chiamata dendrimero, che ne amplifica l'efficacia e la sensibilità ed è

e la crescita di una replica tumorale a distanza. L'acquisizione di molecole che conferiscono motilità ed invasività riveste un ruolo chiave e tra queste c'è il recettore CXCR4. Una molecola che blocca l'attività di questo recettore è stata sviluppata e modificata in una sonda diagnostica che riconosce direttamente le cellule più aggressive». «Al Pascale - prosegue la ricercatrice - questo processo è stato effettuato grazie alla collaborazione del Dipartimento di Medicina Nucleare diretto da Dino Latorica». Anche per questo ultimo studio, l'Istituto Pascale sventa, infatti, al primo posto in graduatoria tra i centri antitumorali con punteggio di 97/100 per il progetto dal titolo «Sviluppo di nuove molecole di seconda ge-



quindi in grado di intercettare subito le cellule tumorali, consentendo una tempestiva diagnosi di insediamenti tumorali a distanza e quindi un più precoce trattamento. Lo studio, che è ancora in una fase pre-clinica, è condotto con altri cinque Paesi: Francia, Spagna, Norvegia, Repubblica Ceca e Cina. «La diffusione metastatica - spiega Stefania Scala - rappresenta l'evento cruciale nella vita biologica delle neoplasie maligne e la principale causa di mortalità. Il processo della metastatizzazione è un processo articolato e complesso in cui le cellule neoplastiche acquistano delle caratteristiche che ne favoriscono la migrazione attraverso i vasi

nerazione per immunoterapia oncologica» presentato al bando regionale Lombardo «call HUB ricerca e innovazione». Capofila dello studio è l'Università di Milano - Bicocca che ha voluto fortemente la partecipazione del polo oncologico napoletano come unico ente extra-lombardo. Verranno stanziati più di 4 milioni di euro per finalizzare le attività di ricerca e sviluppo industriale di nuove molecole che andranno a stimolare la risposta immunitaria antitumorale con una forte riduzione degli effetti collaterali e tossicità, migliorando pertanto le opportunità terapeutiche dei pazienti oncologici.



A Napoli una Casa per patologie neuromuscolari

NAPOLI - "Il centro clinico NeMo di Napoli sarà il centro più rilevante di Italia in grado di accogliere bimbi e famiglie. L'obiettivo è aprire il centro per la prossima primavera: lo faremo costi quel che costi. I lavori partono adesso. E' importante arrivare alla fine delle opere". Così il presidente della regione Campania, Vincenzo de Luca, intervenuto all'inaugurazione dei lavori di ristrutturazione del quinto Centro Clinico NeMo d'Italia, presso l'Ospedale dei Colli Monaldi. Presenti il presidente NeMo Alberto Fontana e Maurizio Di Mauro, direttore dell'Ospedale dei Colli. "C'è grande emozione per questo evento - riprende De Luca - il centro servirà ad alleggerire la vita propria e dei familiari dei pazienti. Un'operazione che ha valore dal punto di vista sanitario e umano". "Il progetto - spiega Di Mauro - è un vanto per la regione: un centro per le patologie neuromuscolari come SLA e Sma che consentirà ai pazienti di potersi curare a casa loro, evitando di farsi curare in altre regioni". Il Centro sarà dotato di 26 posti letto, di cui 3 con day hospital, parco giochi per i bimbi e sarà il più grande d'Italia. In primavera sarà consegnato il reparto e sarà subito operativo.

Prevenzione, l'Asl Napoli 1 punta tutto sull'Annunziata

NAPOLI - L'Asl Napoli 1 Centro accelera sulla prevenzione valorizzando uno degli storici presidi di salute del Centro Antico di Napoli: l'ex presidio ospedaliero pediatrico dell'Annunziata di via Egiziaca a Forcella (che oggi conserva un reparto di pediatria e un'accettazione pediatrica di pronto soccorso gestita da un anestesista e da una guardia medica formata) ospita al suo interno le attività del distretto 31. "Programma Salute e Ambiente" è il progetto già attivo nei Distretti 25, 26, 28, 30 e 32. "Una decisione - sottolinea il manager **Ciro Verdoliva** - che abbiamo preso per rispondere alle tante istanze che arrivano dal territorio. In questo modo possiamo valorizzare ancor più quello che è stato uno degli storici ospedali di Napoli e che oggi diventa nella nostra programmazione un perno delle attività di prevenzione". A partire dal 2 dicembre scorso sono attivi i percorsi di prevenzione gratuita rivolti ai cittadini residenti in questo ambito territoriale, accessibili attraverso prenotazione diretta al Cuo dell'Annunziata e senza impegnativa del medico di medicina generale. In questo modo tutti i cittadini che lo vorranno possono sottoporsi a visite mediche ed esami diagnostici per valutare il proprio stato di salute e l'eventuale rischio di ammalarsi delle principali patologie croniche. Ecco i settori clinici principali intorno ai quali si è sviluppato il programma di prevenzione: Salute cardio-respiratoria - sono stati attivati: un ambulatorio di cardiologia il mercoledì ed il giovedì dalle ore 15.30 alle 18.30; e un ambulatorio di pneumologia per le visite di pneumologia con spirometria il lunedì dalle 15.30 alle 18.30. Percorso nascita e salute riproduttiva. Per questo percorso sono stati attivati un ambulatorio di infertilità e prevenzione di malattie a trasmissione sessuale con visita ginecologica,



tamponi vaginali e clamidia, aperto il martedì dalle ore 15.00 alle ore 18.00 e il centro vaccinale dell'infanzia effettuerà le vaccinazioni anche il giovedì dalle 15.00 alle 17.00. Prevenzione melanoma - Per questo percorso è stato attivato un ambulatorio di prevenzione melanoma con l'effettuazione della mappatura dei nevi è aperto il lunedì dalle ore 14.30 alle 18.30 e il venerdì dalle ore 15.30 alle 18.30. Malattie della tiroide - Per questo percorso sono stati attivati due ambulatori per le visite della tiroide con ecografia, aperti il martedì dalle ore 15.30 alle 18.30. Programma per le giovani donne - Per questo percorso è stato attivato un ambulatorio prime visite senologiche ed ecografie mammarie per le donne nella fascia di età tra i 25 ed i 45 anni, aperto il lunedì dalle ore 15.30 alle 18.30 e il mercoledì dalle 15.30 alle 18.30. Mammografo di prima generazione - Il Presidio territoriale Santissima Annunziata è inoltre stato attrezzato per gli screening di un mammografo digitale con tomosintesi di ultima generazione. Le pazienti che sceglieranno di aderire agli screening proposti al presidio territoriale avranno a disposizione questa nuova tecnologia per effettuare gli esami.

Nuovo centro trapianti al Monaldi

NAPOLI - "Il progetto per il nuovo reparto unico per i trapianti di cuore è in fase di validazione, a breve andiamo a gara e speriamo che per il primo semestre del 2020 potremo aprirlo". Lo afferma **Maurizio Di Mauro**, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, spiegando le fasi di avvicinamento alla nuova struttura operatoria per i trapianti dell'Ospedale Monaldi di Napoli, per la quale



la Regione Campania ha stanziato tre milioni di euro. Il nuovo reparto avrà una sala operatoria e una terapia intensiva dedicata

solo ai trapianti: "Tutte le persone - conferma il direttore generale - in lista di attesa per il trapianto che vengono chiamati tro-

veranno una struttura dedicata. Ci saranno stanze singole e sia in sala operatoria che nella terapia intensiva macchine mediche nuove. Il reparto confermerà e migliorerà una delle vocazioni più importanti dell'Ospedale Monaldi". Di Mauro sottolinea anche le difficoltà culturali che ancora costringono i pazienti ad aspettare per molto tempo di poter avere il trapianto: "E' una criticità enorme - spiega - che conosco bene dopo aver lavorato per 12 anni sulle donazioni che sono ancora basse, in particolare modo in Campania. La donazione è uno degli atti più belli che si può fare, bisogna farlo capire a tutti porta a porta spiegando cosa significa donare, il concetto della morte cerebrale, creando empatia perché non si può chiedere a una famiglia se prima non si dato".

Ospedali e territorio

Alla Federico secondo la pasta che fa bene al cuore

NAPOLI - Arriva la pasta alla vinaccia di Taurasi che fa bene al cuore. La regina della dieta mediterranea al posto di pillole e integratori, che segna il passaggio dalla nutraceutica alla ristoceutica. La novità arriva dall'università Federico II di Napoli. Il progetto che nasce da due recenti studi del dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II pubblicati su *Nutrients* e *Frontiers* (firmati da Ettore Novellino e altri) dimostra che l'integrazione alimentare di estratti di Taurisolo, ottenuto dalle vinacce del vino, ricco in resveratrolo e catechine, opportunamente rese biodisponibili, sviluppa una



specificata attività sul sistema vascolare consentendo il ripristino della normale funzionalità, il mantenimento dell'integrità dei vasi sanguigni e la riduzione delle ostruzioni vascolari del circolo carotideo e del microcircolo periferico. Questi studi hanno dimostrato che il Taurisolo, già disponibile nella formulazione 'Fluxovas' per la sua

capacità di ostacolare la formazione dei radicali liberi trova impiego anche come agente antiaging e per contrastare o prevenire il deficit cognitivo contrastando infine la formazione di metaboliti tossici nell'intestino in relazione a una dieta ricca di grassi animali, dall'aggregazione piastrinica e dall'ostruzione dei vasi. E' possibile assumere l'estratto di vinaccia come integratore (pochi millilitri equivalenti all'apporto di un litro di vino) o con il consumo di pasta arricchita dei preziosi nutrienti. "Che il resveratrolo contenuto anche nell'uva e nel vino faccia bene alla salute umana soprattutto dal punto

di vista delle prevenzioni delle malattie cardiovascolari è cosa nota - spiega Novellino - ma per assumerne quantità che abbiano un effetto benefico si dovrebbero bere 1,5 litri al giorno con tutte le ovvie controindicazioni del caso. Noi abbiamo messo a punto delle semplici pillole o flaconcini e anche una linea di pasta arricchita di estratto di vinaccia, che in una sola somministrazione racchiudono il resveratrolo e altre sostanze preziose di una intera bottiglia di vino". Il nome Taurisolo è stato scelto, continua Novellino, "perché è fatto con il resveratrolo, estratto dalle vinacce delle uve utilizzate per la produzione di Taurasi, ma è un procedimento che potremmo fare con qualunque altra uva. Nelle vinacce ce n'è una grande concentrazione e dai test prima sui topi e poi su 150 persone è emerso che l'utilizzo di due di queste compresse al giorno ha significativi effetti benefici sull'apparato cardiovascolare favorendo la protezione dei vasi sanguigni e la riduzione del 50% delle sostanze tossiche conosciute come Tmao. Per facilitarne il consumo abbiamo allora realizzato anche una pasta che potrà essere venduta anche al supermercato, contenente gli stessi principi attivi. Siamo insomma passati dal concetto di nutraceutica a quello di ristoceutica, utilizzando gli stessi ingredienti concentrati della dieta mediterranea".

Algoritmi e big data per prevenire i tumori

NAPOLI - Intelligenza artificiale, big data e algoritmi matematici per la prevenzione e la cura dei tumori. Si chiama Synergy-Net ed è un innovativo progetto messo in campo dall'Università Vanvitelli di Napoli e dalla Regione Campania. L'obiettivo è il cosiddetto net-hospital, ovvero la sanità che punta ad utilizzare quanto si sta da anni sviluppando nel campo del web, dell'intelligenza artificiale e degli algoritmi. In questo contesto il Progetto Synergy-Net punta ad una sinergia tra le scienze mediche con quelle statistiche ed informatiche nella prevenzione e nella cura di importanti patologie oncologiche. La particolarità di questo studio si basa sullo



studio delle variabili durante il percorso di diagnosi e cura, in modo da validare oltre all'andamento clinico anche singoli accertamenti e specifiche caratteristiche degli strumenti utilizzati.

San Leonardo, dialisi a domicilio con la telemedicina terapia d'avanguardia

CASTELLAMMARE – Mentre stai comodamente a casa, a letto o in poltrona, un medico ti controlla dall'ospedale. È la nuova frontiera della telemedicina, da pochi mesi attiva anche nel reparto di Nefrologia del nosocomio stabiese. «Siamo i primi in Campania e tra i pochissimi a livello nazionale - spiega il primario - ad aver attivato una dialisi domiciliare peritoneale. Con l'aiuto di sistemi telematici riusciamo a capire l'andamento della terapia, controllare i parametri vitali e prevenire qualsiasi regressione o malfunzionamento». I pazienti dializzati con emodialisi in Campania sono circa 4600, la terapia obbliga l'ammalato a rivolgersi ai centri convenzionati o agli ospedali più volte alla settimana. Con la dialisi peritoneale invece il paziente può fare tutto a casa, manualmente o in maniera automatizzata mentre dorme. La dialisi peritoneale è una terapia sostitutiva impiegata per il trattamento dell'insufficienza renale cronica, che si fonda sullo sfruttamento delle caratteristiche di filtro della membrana che avvolge la cavità addominale, il peritoneo.

Presso la Nefrologia di Castellammare e il centro di Sant'Agnesello sono circa 90 i pazienti, di questi 60 effettuano emodialisi, 34 la peritoneale. «Quasi la metà dei nostri pazienti dializzati ha scelto questo tipo di terapia - prosegue il primario - un dato che ci consente di abbattere i costi almeno del 45% e che dal punto di vista medico non ha controindicazioni». Si chiamano Homechoice Claria e Home Bridge gli innovativi sistemi telematici che permettono agli infermieri di controllare in qualsiasi momento il trattamento effettuato a domicilio dal paziente. Inoltre il sistema Doctor Plus VREE consente il telemonitoraggio dei parametri vitali di base del paziente dializzato. In passato la registrazione dei dati prevedeva



unicamente l'utilizzo di una card non connessa alla rete, che poteva essere analizzata solo durante la visita periodica del paziente presso il centro dialisi. Ora, grazie a tali innovazioni, il controllo è giornaliero e il paziente non dovrà più portare il dispositivo dialitico al centro dialisi ogni qualvolta è necessaria una variazione del trattamento domiciliare.

NAPOLI – Con una norma presentata a Palazzo Santa Lucia dal governatore Vincenzo De Luca, dal consigliere regionale di maggioranza Carmine De Pascuale (De Luca presidente) e dal manager della Asl Napoli 1 Ciro Verdoliva si dà difatti il via all'istituzione di un numero verde regionale (118 veterinario) per segnalare la presenza di cani e gatti feriti sul territorio regionale. Si parte a gennaio 2020. Oltre all'assistenza sanitaria medica e chirurgica di pronto soccorso per gli animali, sono previste attività di prevenzione e controllo degli stessi mediante piani di contenimento delle nascite da perseguire con la sterilizzazione chirurgica degli esemplari senza padrone. E, ancora, un'anagrafe informatizzata degli animali domestici da collegare in rete con banche dati regionali e nazionali, campagne di prevenzione dell'abbandono e per l'adozione consapevole e infine indagini

Un 118 anche per gli animali



le Regioni - durerà alcuni mesi. Il 118 veterinario farà capo alla regia della Asl Napoli 1 che con l'ospedale veterinario del Frulone, ampliato e ristrutturato, assurge a centro di riferimento regionale per l'igiene urbana veterinaria competente per le prestazioni sanitarie di II livello gestite in collaborazione con il dipartimento di medicina veterinaria dell'Università Federico II e l'Istituto zooprofilattico di Portici.

necroscopiche a fini epidemiologici sulle spoglie degli animali di affezione di proprietà o randagi per indagare sulle principali cause di morte. È questo l'impianto della nuova norma per il riordino della medicina veterinaria approvata nella primavera scorsa che manda in soffitta la precedente legge regionale del 2001. Il rodaggio dei nuovi servizi - inseriti nella griglia dei Livelli di assistenza (Lea) monitorati a livello nazionale in tutte

**Ospedali
e territorio**

Infezioni resistenti agli antibiotici La Campania aderisce a Icarete



NAPOLI - Solo nel 2017 negli ospedali Campani si sono registrati circa 50 mila casi d'infezioni, la cui maggior parte è causata da batteri che presentano antibiotico resistenza di vario tipo.

I reparti a rischio sono le Terapie intensive, le Medicine interne e le Chirurgie. Infezioni in parte prevenibili ed evitabili attraverso corretti comportamenti dei medici e del personale e attraverso un controllo costante dell'epidemiologia di ogni ospedale e con un uso appropriato degli antibiotici. Quest'ultima attività appare tanto più rilevante in Campania, dove l'assunzione media di dosi quotidiane di antibiotico è tuttora la più alta d'Italia.

E' partito da questi dati Vincenzo Esposito, direttore dell'unità di Immunodeficienze e Malattie Infettive dell'azienda dei Colli, intervenuto al convegno nel corso del

quale si è annunciata l'adesione della Campania al progetto interregionale Icarete.

Un programma di interventi sull'emergenza globale delle infezioni contratte in ospedale e promosso a Napoli da Motore Sanità.

Progetto, che si compone di 12 incontri regionali, realizzato con il contributo non condizionante di Menarini, che vede confrontarsi le istituzioni e i massimi esperti del settore. "Le infezioni correlate all'assistenza sono un grave problema da considerarsi a livello nazionale - ha detto Antonio Postiglione, Direttore generale del settore Tutela della salute della Regione Campania - e per questo siamo impegnati a promuovere un più appropriato utilizzo degli antibiotici sia ad uso umano che veterinario promuovendo anche la ricerca di nuovi antibiotici, creando anche partnership pubblico/privato.

Molto potrebbe essere fatto con le nuove terapie antibiotiche, rendendole disponibili ai pazienti sia a livello Nazionale che regionale-locale, secondo le indicazioni appropriate".

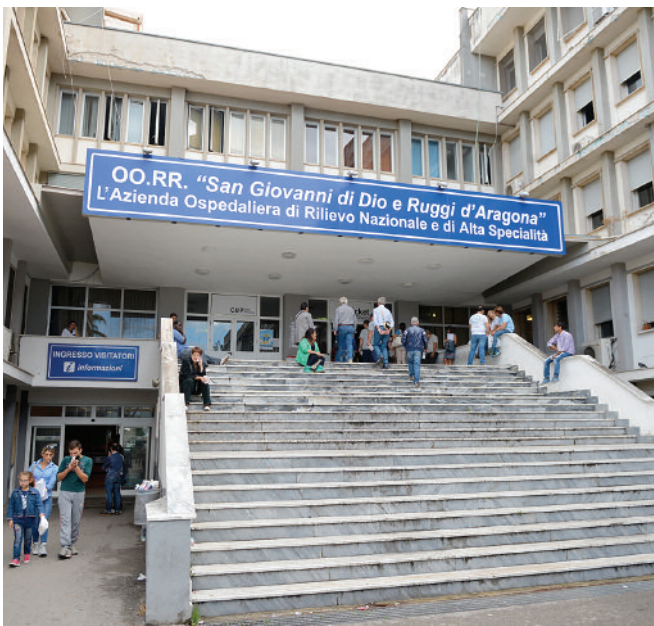
L'Italia continua a essere la maglia nera in Europa per casi di infezioni batteriche resistenti ai normali antibiotici. Ogni anno, nel Paese, si verifica quasi un terzo delle evenienze di tutto il continente, circa 200.000 su 670.000.

Ma il dato ancor più preoccupante sono i circa 10.000 decessi su 33.000 nel continente. Inoltre, in Italia viene registrato il più alto numero di giorni di extra ricovero ospedaliero a causa di infezioni da germi multi-resistenti: 2.300 giornate di degenza in più per 100.000 persone, di cui un terzo sono bambini con meno di nove anni e, anzi, quasi tutti con meno di 12 mesi.

Autismo, al Ruggi un laboratorio di videoterapia

SALERNO - Presso l'AOU Ruggi di Salerno è da alcuni mesi in pieno funzionamento il Laboratorio di Videoterapia e Therapeutic Filmmaking per i Disturbi dello Spettro Autistico istituito presso l'ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile del professor Giangennaro Coppola. Basandosi sulle teorie e le pratiche più avanzate della Medicina Narrativa contemporanea, l'equipe ha elaborato e proposto un primo studio clinico, già approvato dal Comitato Etico Campania Sud e dall'Istitutional Review Board dell'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. La buona riuscita del progetto ha condotto all'apertura di un ambulatorio dedicato esclusivamente alle Videoterapia e al Therapeutic-Filmmaking per i Disturbi dello Spettro Autistico. Il Therapeutic Filmmaking, ossia il processo di fare il film in cui i partecipanti sono coinvolti, è l'elemento metodologico più innovativo e allo stesso tempo più efficace del protocollo proposto dal giovane gruppo di ricerca.

Secondo una metodologia innovativa, che coniuga insieme le tecniche del documentario partecipativo e del counseling strategico breve, l'equipe segue passo, passo con le macchine da presa le azioni e le comunicazioni tra i partecipanti, osservando così da vicino le dinamiche familiari e mostrando le problematiche comportamentali su cui è necessario intervenire. I genitori sono coinvolti in prima persona in sedute di parent training e i giovani pazienti sono incitati a diventare sceneggiatori, registi e protagonisti di un cortometraggio autobiografico, definito "videofarmaco", che racconta la storia della loro esperienza di cura.



Cancer Center Villa Maria, ok accreditamento

AVELLINO - Il Centro di Radioterapia Avanzata UPMC Hillman Cancer Center Villa Maria a Mirabella Eclano (Avellino) ha ottenuto l'Accreditamento con il Sistema Sanitario Regionale. Lo afferma un comunicato dello stesso UPMC, sottolineando che il centro è stato inserito nella rete delle strutture oncologiche in grado di erogare prestazioni sanitarie per conto del Sistema Sanitario Regionale.

Il centro nasce dalla collaborazione tra UPMC-University of Pittsburgh Medical Center e Casa di Cura Villa Maria, che rimangono due enti distinti e complementari nei servizi di cura oncologica. "I pazienti della Regione e delle aree limitrofe - si legge nella nota - potranno da oggi usufruire a pieno titolo di un servizio e di un grado di cura prima non disponibile sul territorio, eliminando la necessità per migliaia di cittadini, di doversi rivolgere a strutture del Centro e del Nord Italia per accedere a procedure avanzate di radioterapia oncologica. Il Centro è in grado di trattare circa 50 pazienti al giorno".

Grazie all'Accreditamento con il SSR, il Centro entra ora in piena attività per permettere a un numero sempre maggiore di pazienti di sottoporsi a tali cure, nonché di abbattere notevolmente i tempi di attesa per l'erogazione del servizio sul territorio. "Il Centro UPMC Hillman Cancer Center a Villa Maria - viene inoltre precisato nella nota - ha instaurato rapporti di collaborazione con l'Ospedale Fatebenefratelli Sacro Cuore di Benevento e l'U.O.C. di Radioterapia dell'Ospedale Rummo di Benevento, nonché con il Policlinico Universitario Federico II di Napoli; e sono in fase di realizzazione altre collaborazioni specialistiche in modo da permettere a ogni paziente di ottenere le migliori terapie possibili vicino a casa".

Ospedali e territorio

In Campania gratis cura innovativa contro melanoma

NAPOLI - Un mix di farmaci, già approvato dall'Aifa, che è cura innovativa ed efficace contro il melanoma. Il costo, 60mila euro l'anno, fa sì che sia accessibile solo a chi ha un reddito alto. In Campania, però, la Regione, in accordo con il direttore generale dell'Istituto dei tumori Pascale di Napoli, Attilio Bianchi, ha deciso che quella cura deve essere fornita gratuitamente a



tutti i pazienti che ne hanno necessità. La nuova terapia è costituita dalla combinazione di due principi attivi, l'Ipilimumab e il Nivolumab. Un anno fa fu approvato dall'Agenzia italiana del farmaco, ma lasciato in fascia C, non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. "Il Pascale - dice Bianchi - non poteva rimanere insensibile dinanzi a

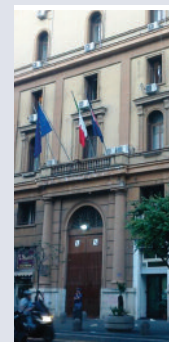
questa situazione paradossale. Il nostro Istituto, con l'oncologo Paolo Ascierto, è riconosciuto a livello mondiale proprio per la cura del melanoma. Ma nulla sarebbe stato

possibile senza la decisione del presidente De Luca che ha dato questo segnale di autentica civiltà istituzionale. Grazie alla decisione della Regione Campania verrà garantito ai pazienti affetti da melanoma

con metastasi cerebrali un percorso terapeutico adeguato e tempestivo". Ogni anno muoiono in Italia circa 7000 persone di melanoma e circa il 40 per cento dei pazienti con malattia avanzata ha metastasi cerebrali. Il provvedimento comporterà anche un consistente calo ai viaggi della speranza all'estero.

Casoria, Ottaviano e San Giuseppe Vesuviano Ok dalla Regione: continueranno a funzionare

NAPOLI - La difficile decisione è stata presa dopo il vertice della Regione con i dirigenti delle Asl. Fumata bianca, dunque: "Si è convenuto - recita una stringata nota diffusa da palazzo da Santa Lucia - che queste strutture rimarranno pienamente funzionanti pure in un contesto di grave criticità relativa al personale dell'emergenza".



Le strutture di primo soccorso di Casoria, Ottaviano e San Giuseppe Vesuviano continueranno ad erogare servizi, pure in un contesto di grave criticità relativa al personale medico dell'emergenza, criticità questa che riguarda l'Italia intera. La riunione operativa svolta a Santa Lucia con tutti i dirigenti delle Asl e delle Aziende ospedaliere della Campania è servita anche per fare il punto sul tema del personale, ovvero nuove assunzioni, concorsi, stabilizzazioni.

La nota riferisce anche che è stata fatta una verifica complessiva relativa alla questione dei tetti di spesa per la sanità accreditata su tutto il territorio regionale. "Prossimamente - fa sapere la Regione - ci sarà una nuova e conclusiva riunione con le associazioni della sanità accreditata per affrontare definitivamente il problema a conclusione della stagione del commissariamento della sanità campana.

Nel contempo saranno implementate al massimo, come già disposto nelle settimane scorse, le prestazioni dei laboratori pubblici".

Diagnosi rischio Parkinson, un 'orologio' per monitorare

LISBONA - L'Istituto europeo di Innovazione e tecnologie di Lisbona ha assegnato il premio Innostars Headstart 2019 all'ideazione e realizzazione di un dispositivo indossabile, il Pd-Watch (Parkinson's disease watch), a un giovane ingegnere biomedico che lavora in un'azienda ospedaliera casertana. Il riconoscimento è andato a Luigi Battista, in forza al Sant'Anna e San Sebastiano



di Caserta nell'Unità operativa complessa Tecnologie ospedaliere e Hta. Battista è l'inventore di un 'orologio' che si può impiegare per supportare la diagnosi della malattia di Parkinson in persone a rischio, e per monitorare il decorso temporale della malattia, quantificando anche gli effetti terapeutici del piano di cura in atto. L'azienda ha messo a punto uno studio clinico per il monitoraggio continuo e oggettivo del tremore e delle discinesie nei malati parkinsoniani, coordinato da Vincenzo Andreone, direttore dell'Uoc di Neurologia e del Dipartimento di Scienze Mediche. A ritirare il premio a Lisbona e a presentare la start-up e lo studio clinico, insieme con il giovane ricercatore, Andreone e l'avvocato Carmine Mariano, commissario straordinario dell'azienda ospedaliera.



World Health
Organization

Giornata mondiale della Salute 2019



World Health Day
#Healthforall



Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità

3 Dicembre