

NapoliSana Campania

Carbone al tavolo di confronto in Regione:

“Subito ai giovani i posti persi con Quota 100”

LA CARTA DEGLI INFERMIERI

**Approvato il nuovo
Codice deontologico**

Dario De Martino a pag. 14

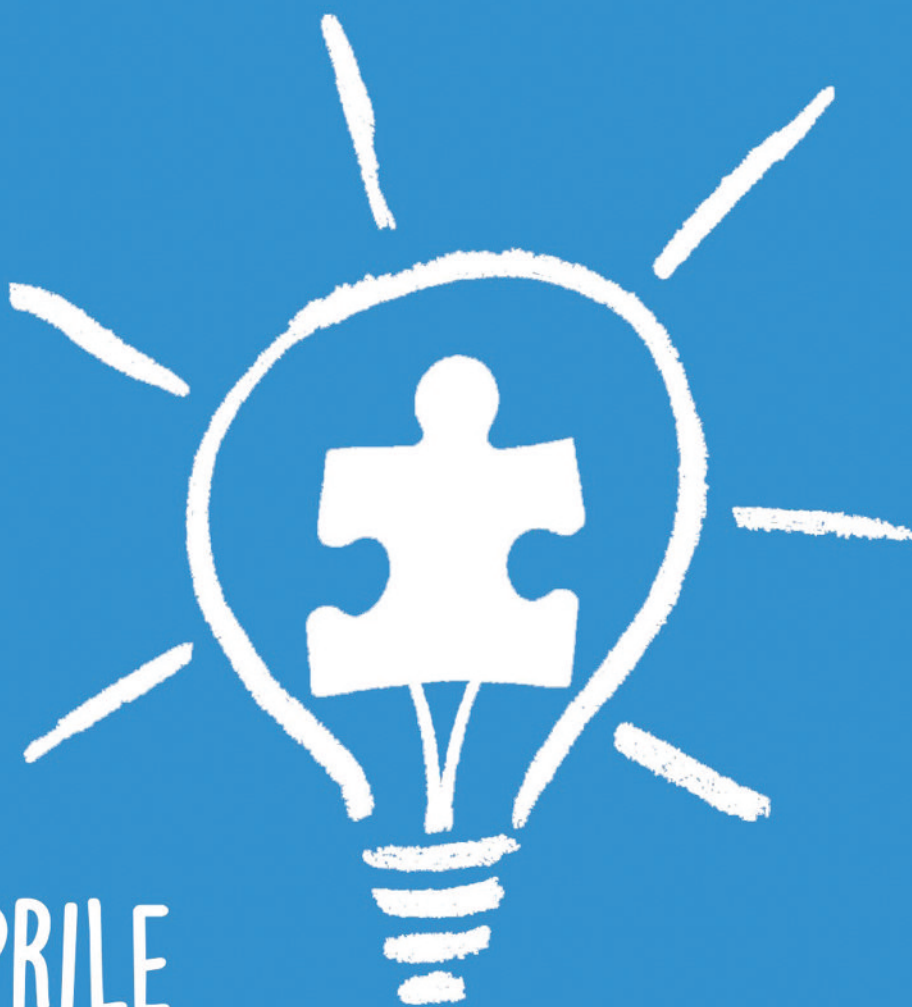


NOTIZIE DALL'ORDINE

**Entro l'anno la nuova
casa degli infermieri**

Pino De Martino a pag. 33





AD APRILE
L'AUTISMO SI MOSTRA

2 APRILE GIORNATA MONDIALE DELLA CONSAPEVOLEZZA SULL'AUTISMO



L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Lavori in corso, entro l'anno la nuova Casa degli infermieri

Alcune notizie che pubblichiamo in questo numero di NapoliSana mi fanno pensare al 2019 come ad un anno importante per gli infermieri di Napoli. Un anno speciale. Per alcuni aspetti da incominciare. Per ora restiamo con i piedi per terra. Soprattutto restiamo ad oggi. Io cercherò di mettere insieme tutti questi segnali positivi cercando di spiegare cos'è che mi fa guardare con fiducia ai prossimi anni.

La prima buona notizia è questa: è stato firmato un accordo tra Governo e Regioni che toglie il tappo alle assunzioni. Si tratta di un'intesa per cancellare il vincolo che dal 2004 inchiodava la spesa per il personale della Sanità al valore del budget di quell'anno. Ricevuto l'ok del ministro Grillo, i governatori hanno dato il via libera allo sblocco di quel tetto, che da ben 15 anni bloccava le assunzioni. Significa che c'è ampia copertura finanziaria per le 7600 assunzioni annunciate dal Presidente De Luca. L'accordo prevede infatti che a decorrere dal 2019 ci possano essere maggiori risorse a disposizione sfruttando ogni anno il 5% degli aumenti del Fondo sanitario nazionale. In sostanza, già da quest'anno, le Regioni avranno a disposizione circa 50 milioni di euro in più da destinare alle nuove assunzioni. Un buon viatico per la ripresa dell'occupazione. Soprattutto se, come è possibile, a breve la Regione Campania potrebbe uscire dal commissariamento grazie alla sufficienza raggiunta sui Lea e ai conti che sono in ordine già da tempo.

Nel frattempo, proprio presso la sede della Regione Campania si sono insediati due tavoli di confronto di una certa importanza. Il primo, tra il Coordinamento regionale degli Ordini provinciali delle professioni infermieristiche della Campania e la Regione. Siamo la terza regione d'Italia a dare attuazione a quanto previsto dal Protocollo nazionale sottoscritto tra la Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri e la Conferenza delle Regioni. L'obiettivo è rispondere alle nuove sfide che riguardano la Sanità e per tutelare il diritto alla salute nel sistema pubblico. Un confronto utile e di prospettiva, nel corso del quale si è discusso dello sviluppo di nuovi modelli organizzativo-assistenziali (sia per gli ospedali che per il territorio, con particolare attenzione allo sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia/comunità) e degli standard del personale infermieristico per adeguarli alla

complessità clinica e assistenziale. Argomenti importanti per il futuro della nostra professione e per il miglioramento dell'assistenza sanitaria tout court.

L'altro tavolo riguarda la legge così detta 'Quota 100'. A questo proposito devo segnalare con soddisfazione la pronta risposta della Regione Campania al grido d'allarme lanciato dall'Opi Napoli circa un mese fa. Un tavolo ad hoc è stato prontamente istituito con tutti i rappresentanti delle professioni sanitarie, infermieri e medici. Lo scopo è quello di fare il punto della situazione organica. Noi come infermieri ci aspettiamo che i colleghi che dovessero uscire per l'applicazione della legge, cosiddetta 'Quota 100', vengano tempestivamente rimpiazzati da giovani in attesa da anni di occupazione perché vincitori di concorso, o perché emigrati o precari. E ci aspettiamo che negli annunciati 7600 posti nella sanità si tenga conto della gravissima voragine occupazionale che sta investendo la professione infermieristica, a tutto danno della categoria, dei giovani, ma soprattutto della tenuta complessiva del sistema salute regionale.

Infine la notizia che mi sta più a cuore. La coltiviamo da tempo in Consiglio direttivo. Ma l'ho annunciata ufficialmente solo pochi giorni fa, nel corso dell'Assemblea per l'approvazione del bilancio. Ora posso dirlo, anzi gridarlo ufficialmente: entro quest'anno l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli avrà una sede nuova. Stabile, di proprietà e adeguata al ruolo crescente che gli infermieri napoletani si sono saputi ritagliare in questi anni, dentro e fuori la sanità. Di questo obiettivo, sono particolarmente fiero perché l'acquisto di un immobile significa insieme stabilità e futuro. Gli infermieri di Napoli sono cresciuti in questi anni, sia nelle competenze, sia nelle responsabilità, sia nella voglia di fare, sempre di più e meglio. Ed allora si avvertiva da tempo il bisogno di una sede capace di ospitare tanta energia e tanta voglia di essere protagonista nella sanità di oggi e di domani. Ora è cosa fatta. Lavori di arredo permettendo, entro il 2019 gli infermieri di Napoli avranno una nuova sede dove ci sarà spazio adeguato per ospitare gruppi di lavoro, team di ricerca, convegni, dibattiti, incontri e manifestazioni. Un luogo ospitale per lo studio, l'approfondimento, l'aggiornamento, la formazione, il dibattito. E a me piace definirla "la casa di tutti gli infermieri di Napoli".

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.1- MARZO 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

Lorenzo Bardone, Sara Beduglio, Antonino Calabrò, Dario De Martino, Emanuele De Simone, Marco Di Muzio, Sara Dionisi, Noemi Giannetta, Roberto Lupo, Peppe Papa, Vanessa Pierattini, Umberto Russo, Antonella Surace, Roberto Torre, 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

Lavori in corso, entro l'anno la nuova Casa degli infermieri

di **Ciro Carbone**

6 Politica sanitaria

“Quota 100”, la Campania perde altri 1700 infermieri



L'allarme lanciato dall'Opi Napoli è stato prontamente raccolto dalla Regione. Istituito un tavolo di monitoraggio con tutte le professioni sanitarie.

di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Politica sanitaria

9

Il ministro Grillo: "Non lasceremo gli ospedali senza medici o infermieri"

Contro un possibile esodo, previste assunzioni veloci. Norma ad hoc per la sanità.

di Dario De Martino

10 Politica sanitaria

Alle Regioni i fondi per lo sblocco delle assunzioni

Un accordo tra Governo e Regioni toglie il tappo alle assunzioni. L'intesa prevede che a decorrere dal 2019 ci possano essere maggiori risorse a disposizione

di Peppe Papa



Politica sanitaria 11

Mobilità ospedaliera, in calo ricoveri fuori regione

Il dato emerge dalle Sdo 2017: sono 12.911 i ricoveri in mobilità in meno rispetto al 2016 (-2%). Resta il dato ancora grave della mobilità negativa al Sud a favore del Centro-Nord. Il record negativo alla Campania (con un saldo che segna -54.810 ricoveri), seguita dalla Calabria (49.038).

di Pippo Trio

12 Politica sanitaria

Commissario si o no? E' guerra tra la Grillo e De Luca

Il Governatore: "Non ci sono più i motivi per tenere in piedi il commissariamento. Abbiamo da sei anni il bilancio sanitario in attivo e nel 2018 la sufficienza sui Lea". Il Ministro: "La Campania rimane commissariata al di là dei capricci.

di Pino De Martino

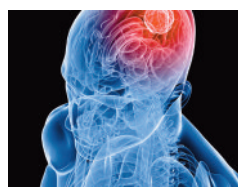


14 Codice deontologico

Gli infermieri hanno un nuovo Codice deontologico

Nasce l'infermiere manager e coprotagonista del Governo clinico.

di Dario De Martino



NSC Nursing

Supplemento di ricerca infermieristica

17

all'interno, pagg. 17/32

33 Notizie dall'Ordine

La nuova casa di tutti gli infermieri

di Pino De Martino



Assemblea Bilancio 34

Carbone: "Giovani, lavoro e formazione, le nostre priorità"

Conti in ordine: approvati i bilanci consuntivo 2018 e previsionale 2019. Ampie relazioni del Presidente Carbone e del Tesoriere Sanges. Via libera dai Revisori.

di Pino De Martino

38 Notizie dall'Ordine

Prestigio Italia promuove la cultura del benessere

di Vanessa Pierattini



39 Ospedali e territorio

Politica
Sanitaria

“Quota 100”, la Campania

L'allarme lanciato dall'Opi Napoli è stato prontamente raccolto dalla Regione. Istituito un tavolo di monitoraggio con tutte le professioni sanitarie. Carbone: *“Ci aspettiamo che questi colleghi vengano tempestivamente rimpiazzati da giovani in attesa da anni di occupazione perché vincitori di concorso, o perché emigrati o precari. E che negli annunciati 7600 posti nella sanità campana, si tenga conto della gravissima voragine occupazionale che sta investendo la professione infermieristica”*.

di Pino De Martino

“Segnalo con soddisfazione la pronta risposta della Regione Campania al grido d'allarme lanciato dall'Opi circa un mese fa. L'istituzione di un tavolo di discussione con tutte le professioni è un primo passo importante”. A parlare è **Ciro Carbone**, Presidente degli infermieri di Napoli. La dichiarazione segue di poco l'incontro promosso dalla Regione con le professioni sanitarie, proprio per fare il punto sugli effetti del provvedimento “Quota 100” sugli organici regionali nella sanità. Da un'analisi effettuata dalla Federazione Nazionale degli Ordini degli infermieri è arrivata circa un mese fa un nuovo allarme sull'occupazione. Con l'applicazione di 'Quota 100' nel sistema previdenziale nazionale, la Campania perderà a breve altri 1700 occupati circa. Si tratta di un esercito di professionisti che sono nelle condizioni potenziali per avanzare la richiesta di quiescenza come prevista dalla legge appena approvata. Si tratta di un'ondata di pensionamento che si somma in una sintesi drammatica ai 9000 posti d'infermiere persi in Campania a causa del blocco decennale del turn over e del regime di commissariamento in tutti questi anni. “Si tratta di un esodo biblico che lascerà vuoti incolmabili nell'assistenza sanitaria negli ospedali e sul territorio” – ha aggiunto **Ciro Carbone**.

In effetti, il grido d'allarme lanciato in tempo dall'Opi Napoli, ha trovato pronto riscontro in Regione Campania. Un tavolo ad hoc è stato prontamente istituito con tutti i rappresentanti delle professioni sanitarie, infermieri e medici. Lo scopo è quello di fare il punto della situazione organici alla luce del problema quota 100. A rappresentare gli infermieri, lo stesso Carbone.

“Ci aspettiamo - ha aggiunto Carbone - che questi 1700 colleghi che potremmo perdere per l'applicazione della legge, cosiddetta

CAMPANIA, GLI EFFETTI DI 'QUOTA 100' oltre 1.800 infermieri in meno da

Carenza attuale		
Infermieri necessari sul territorio (1/500)	Infermieri necessari per orario di lavoro Ue	Totale fabbisogno infermieri (carenza attuale)
2.887	2.392	5.279

Effetto Quota 100		
Quanti raggiungono Quota 100 a fine 2018	Quanti potrebbero usufruire di Quota 100 a fine 2018	% su possibili uscite nella Regione
6.244	1.873	53.78

Totale carenze ordinarie + straordinarie (Quota 100)	Pensionamenti ordinari a fine 2018	Carenza (ordinaria + straordinaria) e pensionamenti ordinari
7.152	1.428	8.580

Fonte Centro Studi ENOPI (elaborazione dati conto annuo

“Quota 100”, vengano tempestivamente rimpiazzati da giovani in attesa da anni di occupazione perché vincitori di concorso, o perché emigrati o precari. E ci aspettiamo che negli annunciati 7600 posti nella sanità campana, si tenga conto della gravissima voragine occupazionale che sta investendo la professione infermieristica, a tutto danno della categoria, dei giovani, ma soprattutto della tenuta complessiva del sistema salute regionale”.

Campania perde altri 1700 infermieri



'Quota 100' decimerà gli organici - Il dato, calcolato in base agli anni di anzianità lavorativa e all'età anagrafica degli infermieri dipendenti del Ssn, è stato elaborato dal Centro studi della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI). A livello nazionale, il servizio pubblico potrebbe perdere di colpo oltre 22.000 infermieri, mentre almeno 75.000 rientrerebbero nei parametri per accelerare il pensionamento. "Il rapporto numerico infermieri pazienti era già ai limiti del rischio prima di 'quota 100' - spiega Tonino Aceti, portavoce Fnopi - ma ora con questa ulteriore emorragia di professionisti la situazione si aggrava. Se studi internazionali, Oms e Ocse hanno spiegato ampiamente che riducendo il numero di pazienti assistiti da un infermiere (il numero ideale per abbattere la mortalità del 20% sarebbe 1:6) l'assistenza migliora la sua qualità e si riduce il rischio, ora con la fuoriuscita di oltre 20mila infermieri i numeri salgono. In alcune Regioni, quelle più colpite dai piani di rientro e quindi dal blocco del turn over, il rapporto sale alle stelle: in Campania ad esempio, se con la carenza di oltre 50mila infermieri il rapporto era già 1:17, ora si rischia di sfiorare l'1:19-20. Inoltre, più del 36% delle nuove fuo-

riuscite dal sistema avverranno nelle Regioni in piano di rientro, già gravemente colpite dal blocco del turn over e il 61% delle nuove carenze è nelle Regioni che dal nuovo sistema di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza risultano inadempienti. Il combinato disposto tra l'attuazione di 'Quota 100', il mancato superamento del tetto di spesa per il personale sanitario e il blocco del turnover, rischia

Gli effetti stimati di "Quota 100" sugli infermieri dipendenti *			
Regioni	Quanti hanno raggiunto il limite naturale di età a fine 2018	Quanti lo raggiungono con "Quota 100" **	Quanti potrebbero usufruire dell'agevolazione (media del 30%)
ABRUZZO	431	904	271
BASILICATA	180	1.937	581
CALABRIA	736	4.835	1.451
CAMPANIA	1.428	5.922	1.777
EMILIA ROMAGNA	536	4.151	1.245
FRIULI VENEZIA GIULIA	200	5.210	1.563
LAZIO	1.215	3.517	1.055
LIGURIA	331	8.363	2.509
LOMBARDIA	811	4.983	1.495
MARCHE	208	719	216
MOLISE	129	4.111	1.233
PIEMONTE	533	2.417	725
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	60	798	239
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	56	3.310	993
PUGLIA	1.090	2.726	818
SARDEGNA	630	4.605	1.382
SICILIA	1.474	6.139	1.842
TOSCANA	800	2.246	674
UMBRIA	216	375	113
VALLE D'AOSTA	19	4.562	1.369
VENETO	484	2.702	811
Totale	11.567	74.532	22.360
* Valori calcolati in base al mix età anagrafica-anzianità lavorativa a fine 2018			
** Oltre quelli che hanno raggiunto naturalmente il limite di età			
Fonte: elaborazione Centro studi FNOPI su dati Conto Annuale e Albo			

di essere la formula perfetta per "mandare in pensione" anche il Servizio sanitario pubblico. Se non si adotteranno immediate e profonde contromisure a collassare sempre di più saranno i Livelli essenziali di assistenza già in forte difficoltà e si rafforzeranno le disuguaglianze. Aumenteranno le liste di attesa e le difficoltà di accesso alle cure da parte della popolazione soprattutto delle Regioni in Piano di rientro, aumenterà la conseguente necessità di ricorrere al privato magari utilizzando le risorse derivanti dal reddito di cittadinanza, per chi lo prenderà. Ora servono senso di responsabilità e azioni concrete per far fronte all'emorragia di personale che si realizzerà nel nostro Ssn".

In tre anni fuori 130 mila infermieri - 'Quota 100' da fine 2018 è stata teoricamente raggiunta da 75.000 infermieri, il 28% di quelli dipendenti dal Ssn (ma nei prossimi anni senza sblocchi del turn over la cifra è destinata drasticamente a salire ben oltre le 100mila unità e in un triennio si potrebbe superare quota 130mila), sia per-

Politica Sanitaria

continua da pagina 7

ché la professione infermieristica inizia presto (la laurea abilitante è quella triennale) e quindi si cumulano più anni di servizio, sia perché i blocchi del turn over ormai decennali hanno innalzato l'età della categoria che tra i dipendenti raggiunge una media di 53 anni, con punte fino a 55,9 in Campania, dove il blocco del turn over è più duro per ragioni economiche, e situazioni più leggere in Trentino Alto Adige con la media di età Ssn di 49,4 anni (le Regioni a statuto speciale non sono sottoposte ai vincoli del blocco del turn over). Ovviamente non tutti opereranno per "Quota 100": si può considerare che data la lunga permanenza in servizio e gli stipendi mediamente non alti (nel Ssn sono in media di 31-32mila euro/anno), circa il 30% medio di chi possiede i requisiti scelga questa possibilità. Si tratta quindi di 22.360 infermieri che potrebbero a breve – da subito: in un solo anno - abbandonare il servizio con un danno fortissimo per l'assistenza, aggiungendosi ai circa 11.500 che hanno raggiunto il limite di età per la pensione. Oltre a sommarsi alla carenza ormai appurata di professionisti infermieri calcolata tra 51-53mila unità, portando



il totale a circa 75 mila unità (senza contare i pensionandi naturali che sarebbero comunque stati presenti), gli infermieri maggiormente interessati da "Quota 100" sono evidentemente quelli con età lavorative maggiori e, quindi, con maggiore esperienza e sono ancora quelli che le aziende inviano di preferenza sul territorio per mantenere ad alti livelli il rapporto diretto umano e clinico con il paziente, per un'assistenza domiciliare già scarsa di per sé, ma che ora rischia una crisi irreversibile.

La carenza totale di infermieri per Regione

Regioni	Carenza infermieri	Carenza ulteriore per 'Quota 100'	Carenza totale infermieri
ABRUZZO	2.069	271	2.340
BASILICATA	557	581	1.138
CALABRIA	4.024	1.451	5.475
CAMPANIA	8.937	1.777	10.714
EMILIA ROMAGNA	735	1.245	1.980
FRIULI VENEZIA GIULIA	175	1.563	1.738
LAZIO	3.013	1.055	4.068
LIGURIA	1.046	2.509	3.555
LOMBARDIA	4.724	1.495	6.219
MARCHE	616	216	832
MOLISE	-	1.233	1.233
PIEMONTE	3.795	725	4.520
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	-	239	239
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	253	993	1.246
PUGLIA	3.931	818	4.749
SARDEGNA	4.540	1.382	5.922
SICILIA	9.755	1.842	11.597
TOSCANA	2.955	674	3.629
UMBRIA	1.313	113	1.426
VALLE D'AOSTA	266	1.369	1.635
VENETO	995	811	1.806
Carenza totale	53.699	22.360	76.059

Nota: In Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Veneto la carenza è riferita solo ad alcune aziende, in media le Regioni hanno il rapporto in ordine

Fonte: elaborazione Centro studi FNOPI su dati Conto Annuale e Albo

L'età media degli infermieri dipendenti e degli iscritti all'albo

Regioni	Età media iscritti all'Albo	Età media Ssn (dipendenti) 2018	Diff Ssn/albo
Campania	46,1	55,9	9,8
Lazio	45,8	54,6	8,8
Puglia	45,8	54,3	8,5
Molise	45,7	54,2	8,4
Basilicata	44,2	52,5	8,3
Abruzzo	46,5	54,3	7,8
Calabria	47,1	54,5	7,4
Marche	45,7	53	7,3
Valle d'Aosta	45,7	52,7	7
Sicilia	47,8	54,7	6,9
Totale complessivo	47,1	53	5,9
Sardegna	48,6	54	5,4
Umbria	47	52	5,1
Piemonte	46,9	51,9	5
Veneto	47,3	52,2	4,8
Toscana	48,2	52,7	4,5
Liguria	49,1	53,2	4,1
Lombardia	47,6	51,6	4
Emilia-Romagna	48,3	52,2	3,9
Trentino-Alto Adige	46,5	49,4	2,9
Friuli-Venezia Giulia	49,2	51,6	2,4

Fonte: elaborazione Centro studi FNOPI su dati Conto Annuale e Albo

Il ministro Grillo: “Non lasceremo gli ospedali senza medici o infermieri”

Contro un possibile esodo, previste assunzioni veloci. Norma ad hoc per la sanità.

Considerando gli effetti di quota 100 e per garantire i livelli essenziali delle prestazioni, si legge in uno degli emendamenti governativi, gli enti e le aziende del servizio sanitario nazionale possono procedere all'assunzione delle professionalità necessarie, “anche tenendo conto delle cessazioni di personale che intervengono in corso d'anno purché in linea con la programmazione regionale. La pro-

delineato dalle Regioni. Oggi recepiamo la preoccupazione delle professioni sanitarie su possibili carenze di personale che potrebbero verificarsi nei prossimi anni. Ma Non lasceremo gli ospedali senza medici o infermieri”. Così Giulia Grillo, Ministro della Salute, ha risposto sul rischio di desertificazione nell'assistenza sanitaria pubblica per effetto dell'esodo di migliaia di medici e infermieri. “Intanto per quota cento – ha aggiunto il ministro – dati aggiornati alla prima settimana di marzo, le richieste sono circa seicento per quanto riguarda la parte medica. Per quanto attiene alle professioni infermieristiche il dato è ancora in aggiornamento”. Sul decreto previsto per la sanità e sulle risorse messe a disposizione il ministro dritta: “È un provvedimento che sta curando la Funzione pubblica con il ministro Bongiorno, non credo ci siano novità sostanziali. Piuttosto lavoreremo per una norma ad hoc proprio per la sanità. Le risorse poi sono quelle fissate dall'ultima legge di bilancio: 3,5 miliardi fino al 2021. Per quanto attiene lo sblocco del turn over l'obiettivo è quello di intervenire sulle necessità delle singole Regioni, contemperando gli equilibri di bilancio con le necessità assistenziali”. Il ministro non si lascia sfuggire l'occasione per una battuta sulla richiesta dell'autonomia da parte di alcune



posta di modifica - si legge nella relazione tecnica - interviene esclusivamente sulla programmazione delle assunzioni e sull'organizzazione dei relativi concorsi «senza incidere in nessun modo sulla disciplina relativa ai limiti di spesa per le assunzioni di personali».

Come a dire: zero oneri aggiuntivi a carico delle casse dello Stato. A partire dal comparto sanità.

“Il fabbisogno assistenziale è stato già

regioni del Nord.

“Ribadisco le mie preoccupazioni su un percorso di autonomia differenziata non adeguatamente accompagnato da un processo di rigoroso controllo. L'autonomia rappresenta certamente un vantaggio per le Regioni virtuose. Potremmo ipotizzare una sorta di tutorato di queste ultime con le Regioni che si trovano in difficoltà. Su questo c'è una chiara volontà politica: l'autonomia differenziata non lascerà indietro nessuno”.



Mangiacavalli: “Chi fuori, subito rimpiazzato”

“Chi esce dalla professione attiva per ‘Quota 100’ – ha tuonato Barbara Mangiacavalli, presidente Fnopi – deve essere subito rimpiazzato, al di là dell'economia e della politica. Anche il blocco del turn over va ovviamente superato e le carenze gravissime attuali devono essere coperte, ma è assolutamente impensabile indebolire a questo punto i servizi e farlo per di più a maggior danno proprio del territorio, dove personale e servizi sono più scarsi e gli assistiti sono più fragili perché caratterizzati da forme di cronicità, età il più delle volte avanzata e spesso non autosufficienza. Il nostro allarme indicava già che seguendo il trend attuale di turn over e di fabbisogno di professionisti, si sarebbe raggiunta nel 2021 una carenza di quasi 64mila unità, oggi di 51-53mila infermieri. Ma ora la situazione è in picchiata e i quasi 75mila infermieri che verrebbero a mancare – 22mila da subito – rappresentano un pericolo reale e immediato per assistenza, servizi e soprattutto pazienti: il sistema non funziona senza infermieri e con 76mila in meno è al collasso annunciato”.

Politica
Sanitaria

Alle Regioni i fondi per lo sblocco delle assunzioni

Un accordo tra Governo e Regioni toglie il tappo alle assunzioni. L'intesa prevede che a decorrere dal 2019 ci possano essere maggiori risorse a disposizione sfruttando ogni anno il 5% degli aumenti del Fondo sanitario nazionale.

di **Peppe Papa**

E' stato firmato un accordo tra Governo e Regioni che toglie il tappo alle assunzioni. Si tratta di un'intesa per cancellare il vincolo che dal 2004 inchiodava la spesa per il personale del Sanità al valore del budget di quell'anno, diminuito dell'1,4%. Ricevuto l'ok del ministro **Grillo**, i governatori hanno infatti dato il via libera allo sblocco di quel tetto, che da ben 15 anni bloccava le assunzioni. L'accordo prevede che a decorrere dal 2019 ci possano essere maggiori risorse a disposizione sfruttando ogni anno il 5% degli aumenti del Fondo sanitario nazionale.

Si parte dal 2019 - In sostanza, già da quest'anno, le Regioni avranno a disposizione circa 50 milioni in più da destinare alle nuove assunzioni, visto che tra 2018 e 2019 c'è stato un aumento di circa 1 miliardo del Fondo sanitario nazionale. Per il triennio 2019-2021 il governo ha stanziato 4,5 miliardi per incrementare il Fondo sanitario e, fatto un rapido conto, si apre una dotazione di 225 milioni di euro per assumere personale. Secondo diverse fonti impegnate sul dossier, l'accordo apre la strada a circa 7 mila assunzioni nell'arco di tre anni. Quota 100 - Una informata necessaria, considerato che, soprattutto per effetto della riforma di quota 100, entro il 2025 potrebbero andare in pensione circa 50 mila lavoratori. L'esodo, per il 40%, riguarderebbe gli infermieri, ma tutti i comparti si preparano a subire robuste perdite di personale. *"Il via libera a un'ipotesi normativa che superi l'anacronistico vincolo delle assunzioni, con il conseguente sblocco del turn over, è stato possibile grazie alla piena e leale collaborazione tra Stato e Regioni"* ha spiegato il ministro della Salute Grillo. Va ricordato che, proprio per contrastare gli effetti negativi di quota 100 e garantire i livelli essenziali delle prestazioni, il governo Conte aveva presentato un emendamento al decretone nel quale si legge che *"gli enti e le aziende del servizio sanitario nazionale possono procedere all'assunzione delle professionalità necessarie, anche tenendo conto delle cessazioni di personale che intervengono in corso d'anno purché in linea con la programmazione regionale"*. *"La proposta di modifica - si legge*



nella relazione tecnica - *interviene esclusivamente sulla programmazione delle assunzioni e sull'organizzazione dei relativi concorsi «senza incidere in nessun modo sulla disciplina relativa ai limiti di spesa per le assunzioni di personali»*. Come a dire: zero oneri aggiuntivi a carico delle casse dello Stato. L'accordo sblocca assunzioni è stato accolto con sollievo dalle Regioni.

Un piano da 7600 posti - In Campania, ad esempio, dal 2001 al 2016 si sono persi oltre 15 mila posti di lavoro nel comparto sanitario. E occorre aggiungere che circa 2.500 sono state le uscite tra il 2016 e il 2018 e altri 7.500 sono destinati alla pensione nel quinquennio 2018-2023. Con i fondi in arrivo, la Campania potrà finanziare il piano di assunzioni nella sanità che supera di molto i settemila posti. *"C'è il Via libera della Regione Campania alla stabilizzazione di circa 1300 precari atipici e semaforo verde, della struttura commissariale, allo sblocco del piano triennale del personale di Asl e ospedali"*. Fu lo stesso presidente della Regione Campania, **Vincenzo De Luca** ad annunciare, a margine di una conferenza stampa a Santa Lucia, di aver già firmato i decreti (uno per ogni azienda sanitaria) per 7.600 assunzioni da condurre in porto nei prossimi 3 anni. *"Ho firmato i decreti per il piano approvando l'assunzione di 7600 dipendenti nel settore sanità in Campania"*. Il governatore precisò di aver già approvato *"tutti i piani per il personale presentati dalle Asl e dalle aziende ospedaliere della Campania"*. Dei 7600 nuovi posti, una quota, entro il 50%, sarà destinato con riserva di posti nell'ambito dei concorsi da istituire alla stabilizzazione dei precari di lungo corso. Non più di 1500. *"Stabilizziamo i precari e abbiamo la possibilità di assumere nuovi medici, infermieri, amministrativi, tecnici per oltre 5500-6000 unità. In ogni caso - chiosa De Luca - mi pare davvero un risultato storico per la nostra Regione che ci consentirà di affrontare meglio anche tante emergenze che abbiamo. In questo periodo si fa fatica anche nei concorsi per medici ai pronto soccorso. Medici che sono pochi e quei pochi non partecipano. C'è penuria di medici in alcuni campi. Queste nuove assunzioni ci permetteranno di affrontare positivamente questi problemi"*.

Mobilità ospedaliera, in calo ricoveri fuori regione

di Pippo Trio

Sono più di 745mila ricoveri in mobilità nel 2017 come somma di tutte le forme di ricovero (escluse quelle per tumore e per le terapie a esso collegate: radioterapia e chemioterapia). Quest'ultime pesano per ulteriori 86.963 ricoveri. E' questo il risultato che emerge dalle Sdo 2017, (schede dimissioni ospedaliere) che segnano un leggero calo (2%) rispetto all'anno precedente, pari a circa 13.000 ricoveri in mobilità in meno.

Il calo si conferma anche considerando i ricoveri per tumore, radioterapia e chemioterapia che le Sdo 2017 conteggiano a parte. I saldi di mobilità disegnano un'Italia che al Sud ha dati complessivamente negativi, mentre al Centro e al Nord sono positivi (nonostante la presenza di Regioni singolarmente in saldo negativo). Il peggior saldo negativo in Italia è quello della Campania con -54.810 ricoveri, seguita dalla Calabria con -49.038. E il saldo negativo di queste due sole Regioni è pari al 52% del saldo negativo dell'intero Sud e al 59% del saldo negativo di tutte le Regioni in piano di rientro, tra cui gli unici due saldi positivi sono quelli del Lazio (+8.274 ricoveri) e del Molise (+414 ricoveri) che è anche l'unico saldo positivo di tutto il Sud. Il saldo positivo più alto è della Lombardia con +100.922 ricoveri, seguita dall'Emilia Romagna con +63.255 ricoveri che insieme equivalgono al 99% dei saldi positivi del Nord e al 93% di quelli di tutte le Regioni non in piano di rientro. Tra le Regioni non in piano di rientro presentano saldi negativi Piemonte (-8.166), Valle d'Aosta (-203), Trento (-1.673), Liguria (-7.711), Marche (-5.085), Basilicata (-6.646) e Sardegna (-10.054).

Il dato più significativo tuttavia è dove si spostano i pazienti in cerca di cure. Tra le Regioni del Nord è accentuata la mobilità di confine, quella cioè tra Regioni vicine tra loro. Così ad esempio la maggior parte dei pazienti in mobilità dal Piemonte va in Lombardia, dalla Valle d'Aosta va in Piemonte, dalla Lombardia in Emilia-Romagna e così

Il dato emerge dalle Sdo 2017: sono 12.911 i ricoveri in mobilità in meno rispetto al 2016 (-2%). Resta il dato ancora grave della mobilità negativa al Sud a favore del Centro-Nord. Il record negativo alla Campania (con un saldo che segna -54.810 ricoveri), seguita dalla Calabria (-49.038).

via anche per le Regioni del Centro. Al Sud la Campania registra i maggiori spostamenti verso il vicino Lazio, ma a seguire c'è la Lombardia, che vicina non è e che diventa Regione di elezione per i pazienti in mobilità di Puglia, Sicilia e Sardegna e per quelli della Calabria, come in Campania, è al secondo posto dopo il Lazio, ma con valori molto più ravvicinati.

Sulla mobilità per tumori e terapie correlate il quadro è abbastanza simile, ma la Lombardia, seguita questa volta come Regione d'elezione dal Lazio, ma solo per le Regioni del Centro Sud tranne la Sicilia i cui pazienti scelgono per prima la Lombardia seguita dalla Toscana e poi dal Veneto, è sempre presente tra le prime tre Regioni scelte dai pazienti di quasi tutte le altre Regioni ed è al primo posto assoluto rispetto a quelli di Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, ma anche ancora una volta Puglia, Sicilia e Sardegna, con la Calabria che tra Lombardia e Lazio (al primo posto) ha solo una differenza di 43 pazienti e la Campania che comunque mantiene la Lombardia al secondo posto per scelta dei suoi residenti (dopo il Lazio).

Mettendo in classifica le Regioni secondo la percentuale del saldo dei ricoveri rispetto al totale dei ricoveri registrati nel 2017, al primo posto c'è l'Emilia Romagna, in positivo dell'8,24% (lo scorso anno era il 9%), seguita dalla Lombardia (6,73%, lo scorso anno era al 7,2%) e dalla Toscana (5,48%:

lo scorso anno era al secondo posto col 7,5%). Le percentuali positive rispetto alle persone ricoverate sono praticamente tutte al Centro Nord (e in Molise per il Sud), mentre quelle negative, tranne Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Marche, sono tutte al Sud e nelle Isole.

I valori negativi vanno dal -0,94% di saldo della Valle d'Aosta fino al -22,89% della Calabria, in peggioramento rispetto allo scorso anno di circa 2 punti percentuali, ma in realtà il valore peggiore prima di questo è quello della Basilicata che si ferma a -8,82%, anche in questo caso in peggioramento di circa 2 punti percentuali in un anno.

Dal punto di vista economico – il confronto è possibile in quanto il dato di spesa 2017 è quello utilizzato per il riparto 2019 e, quindi, riportato nella proposta delle Regioni – il discorso è diverso (e anche la classifica), legato spesso anche alla complessità e alla specializzazione delle degenze. In testa c'è la Lombardia con un saldo attivo da quasi 700 milioni (il 66,75% dei crediti totali che superano il miliardo e in aumento rispetto al 2016) e in coda la Calabria con un saldo in rosso di quasi -275 milioni che rappresenta il 1.004,67% del credito di circa 27 milioni, tuttavia in miglioramento rispetto all'anno precedente.

Nel dare e avere dal punto di vista economico il peso della complessità dei ricoveri si nota subito. Un esempio per tutti: il Molise.

La Regione è l'unica del Sud ad avere saldi positivi sia dal punto di vista economico che dei pazienti.

Questo perché nella Regione la mobilità attiva e il conseguente saldo economico è legata praticamente tutta all'istituto Neuromed di Isernia, un Irccs centro di rilevanza nazionale e di altissima specializzazione per patologie che riguardano la neurochirurgia, neurologia, neuroriabilitazione e tutte le applicazioni relative alle neuroscienze in cui sono utilizzabili la neuroradiologia, l'angiocardioneurologia e la chirurgia Vascolare, che attrae e assiste pazienti da tutta Italia e alla sede distaccata dell'Università Cattolica.

Politica
Sanitaria

Commissario si o no? E' guerra tra la Grillo

Il Governatore: "Non ci sono più i motivi per tenere in piedi il commissariamento. Abbiamo da sei anni il bilancio sanitario in attivo e nel 2018 la sufficienza sui Lea". Il Ministro: "La Campania rimane commissariata al di là dei capricci. Le ragioni sono oggettive dopo l'analisi dei dati di monitoraggio".

di Pino De Martino

“La prossima scivolata che fa, la prossima idiozia che racconta, andiamo direttamente alla Procura della Repubblica a querelare per diffamazione, procurato allarme, abuso d'ufficio e anche concussione”. Lo ribadisce, a Salerno, il governatore della Campania, **Vincenzo De Luca**, parlando del ministro della Salute, **Giulia Grillo**, e del caso legato al commissariamento della sanità in Campania. **“Faccio fatica a pensare alla signora Grillo come a un ministro di un governo serio, questo è un circo equestre, non un governo. La ministra Grillo è una via di mezzo tra l'assoluta ignoranza delle cose su cui parla e la provocazione politica”**, ha detto ancora il governatore.

E' un autentico braccio di ferro in corso tra il Governatore della Campania Vincenzo De Luca e la Ministra della Salute Giulia Grillo. I due non si amano, questo lo si è capito. Ma poi ci sono ragioni politiche importanti ad accendere la sfida. Non ultime le imminenti elezioni europee. Fatto sta che i due si beccano di continuo sul commissariamento.

Il Ministro della Salute Giulia Grillo ha infatti più volte ribadito che **“l'incompatibilità tra la carica di presidente di Regione e quella di commissario: non è una legge facoltativa, va applicata”** e quindi **“se la Regione rimane commissariata lo si deve a una decisione oggettiva dopo l'analisi dei dati di monitoraggio: la Campania rimane com-**



missariata al di là dei capricci”. Il fatto è che De Luca insiste nel dire che dati alla mano non c'è ragione di tenere la Campania in regime di tutela commissariale. Entrando nel merito delle questioni relative al commissariamento della sanità in Campania, e rivolgendosi alla Grillo De Luca osserva: **“Sono mesi che ancora non ha capito qual è il problema della Campania. Il problema della Campania non è sostituire un commissario con un altro, magari un cliente dei cinque stelle. Il problema della Campania è che non ci sono più i motivi per tenere in piedi il commissariamento - spiega - Perché la Campania si presenta con sei anni di bilancio sanitario in attivo e nel 2018 con il raggiungimento pieno degli obiettivi dei livelli essenziali di assistenza”**. Di tutt'altro parere il ministro della Salute, sebbene i conti siano in ordine e il Piano ospedaliero abbia incassato un ulteriore semaforo verde. A nulla servirebbe per uscire dal tunnel il fatto che il

Mef abbia certificato anche per il 2017 e per il sesto anno consecutivo, l'equilibrio finanziario complessivo di Asl e ospedali della Campania.

L'avanzo di amministrazione oscillerebbe tra i due e i 30 milioni di euro, tutti da reinvestire nel rilancio dei Lea (Livelli essenziali di assistenza). Qui gli indicatori dei parametri di qualità delle cure erogate ai cittadini, sebbene in aumento di 19 punti sul 2016, risultano quell'anno ancora a quota 153, sotto la soglia minima fissata a 160.

Il dato tecnico relativo al 2018, pur valutato nei documenti di programmazione a 163 (non più in rosso), potrà essere preso in considerazione solo nel tavolo convocato per il prossimo luglio.

Non possono esserci **“figli e figliastri”** ha detto sprezzante la Ministra: **“la legge prevede parametri certi e questi, per il momento, ancora non ci sono. La prossima verifica ci sarà a luglio. E solo allora si**

Grillo e De Luca



vedrà se la Campania merita la promozione". Insomma, a bocce ferme, non ci sono le condizioni per l'uscita dal commissariamento.

Una guerra senza esclusioni di colpi, dunque. Dura al punto che anche il Vicepremier **Di Maio** si è sentito in dovere di intervenire: *"Mi auguro che la Lega non abbia nulla da ridire sul fatto che noi stiamo per commissariare De Luca perché la sanità in Campania non va bene. Abbiamo bisogno di un commissario che metta ordine e che non si tratti dell'ennesima nomina politica"*, ha attaccato in una delle ultime apparizioni a *"Porta a Porta"*, entrando a gamba tesa su questioni tecniche che non sono state mai toccate da un esponente di primo piano del governo.

Addirittura alla Camera il capogruppo grillino **Francesco D'Uva**, fedelissimo proprio del vicepremier, ha chiesto direttamente a **Conte** di intervenire sulla Campania.

Insediato tavolo di Coordinamento tra Opi Campania e la Regione

Si è insediato mercoledì 20 marzo 2019, il tavolo di confronto tra il Coordinamento regionale degli Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche della Campania e la Regione Campania. Dopo Emilia Romagna e Toscana, la Campania è la terza regione d'Italia a dare attuazione a quanto previsto dal Protocollo nazionale sottoscritto tra la Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri (FNOPI) e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. L'obiettivo è rispondere alle nuove sfide che riguardano la Sanità, in cui si manifesta la stessa esigenza di tutelare il diritto alla salute nel sistema pubblico. Erano presenti all'incontro i cinque presidenti Opi della Campania, vale a dire **Ciro Carbone** (Presidente Opi Napoli e Presidente del Coordinamento regionale) **Cosimo Cicia** (Presidente Salerno); **Genaro Mona** (Presidente Caserta); **Massimo Procaccini** (Presidente Benevento); **Rocco Cusano** (Presidente Avellino) e per la Regione Campania **Gaetano Patrone**, direttore della Uod 10 e la d.ssa **Daniela Scognamiglio**.

Un confronto proficuo a detta dei presidenti. Diversi gli argomenti discussi, tra i quali, così come descritto nel Protocollo Nazionale: lo sviluppo di nuovi modelli organizzativo-assistenziali sia per gli ospedali che per il territorio, con particolare attenzione allo sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia/comunità. E gli standard del personale infermieristico per adeguarli alla complessità clinica e assistenziale. Argomenti giudicati centrali sia dalla delegazione infermieristica, sia dai rappresentanti della Sanità regionale. Si è deciso pertanto di comune intesa di avviare un'analisi approfondita dei temi in oggetto con la costituzione di un gruppo di supporto al tavolo che affronterà nel dettaglio le questioni. Il prossimo incontro su queste tematiche è già fissato per i primi di maggio.

Il tavolo ha deciso congiuntamente di procedere per step all'esame delle questioni previste dal Protocollo nazionale. Nei successivi incontri saranno quindi affrontati i temi inerenti lo *"sviluppo professionale e di carriera, sia sull'asse clinico che manageriale"*; la *"definizione del fabbisogno formativo degli infermieri e infermieri pediatrici uniformando gli standard formativi su base regionale"*; l' *"avvio di percorsi per lo sviluppo del corpo docente universitario"*.

Particolare attenzione è stata posta al tema delle aggressioni al personale sanitario e sulla necessità di intervenire sul piano della sicurezza e sul piano comunicativo, formativo e gestionale, nonché sull'opportunità di definire sinergie e collaborazioni tra le diverse professioni che operano nel sistema sanitario. Il confronto e l'accordo omogeneo con le Regioni è essenziale per poter disegnare in modo uniforme i nuovi modelli di assistenza, aggiungendo un tassello importante nel processo di collaborazione con le professioni del mondo della sanità, nella consapevolezza che solo lavorando assieme ed ascoltando le esigenze di chi tutti i giorni è impegnato per assicurare il diritto alla salute possiamo contribuire al miglioramento degli standard e della qualità del nostro servizio sanitario nazionale.



Codice
Deontologico

Gli infermieri hanno un nuovo Codice

Nasce l'infermiere manager e coprotagonista del Governo clinico. **Mangiacavalli:** *"Il Codice è lo strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura"*. **Carbone:** *"Una nuova 'Carta' che traduce in regole e comportamenti appropriati la crescita professionale di questi ultimi 10 anni"*.

di Dario De Martino

E' stato approvato all'unanimità dai 102 presidenti provinciali degli infermieri il nuovo Codice deontologico. Il primo dopo il passaggio da Collegi a Ordini. Molte conferme dal vecchio codice, soprattutto sul piano etico e morale, Ma molte anche le novità. Prima fra tutte quella di un nuovo ruolo da protagonista dell'infermiere nella sanità che cambia. Un punto sul quale da tempo la professione infermieristica chiede strada. Anche nel management clinico.

I numeri - Il nuovo Codice conta 53 articoli, due in più del precedente datato 2009. E' diviso in otto capitoli, ognuno su un argomento che riguarda professione. Ben 11 articoli su 53 riguardano il rapporto diretto con gli assistiti, dal dolore alla privacy, dall'assistenza ai minori alle cure nel fine vita, fino al segreto professionale. Il nuovo Codice chiarisce il dovere dell'infermiere di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, etnica, religiosa e culturale. E in questo di astenersi da ogni discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di chi incontra nel suo operare. Si parte con il chi siamo e cosa facciamo. Completamente rinnovata, la Carta deontologica del nuovo infermiere ha incorporato tutto ciò che riguarda leggi, regolamenti, ma anche aspettative e mutamenti che si sono succeduti negli ultimi 10 anni. Soprattutto, nuove responsabilità nel passaggio da Collegi a Ordini, ora enti sussidiari dello Stato con la modifica di ruoli, responsabilità e capacità di intervento.

Il Codice mette in chiaro anche che l'Infermiere agisce in base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e l'intervento di infermieri esperti o specialisti. Nella sua consulenza mette a disposizione i suoi saperi e abilità di comunità professionali e istituzioni. Partecipa al percorso di cura e si adopera perché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti e si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli



altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

La Presidente Mangiacavalli - L'articolo 1 del nuovo codice voluto fortemente dalla Presidente Mangiacavalli recita infatti: "L'In-



fiermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza". *"Il nuovo Codice"* ha detto la presidente Fnopi **Barbara Mangiacavalli** - *rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura. L'infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici completano le competenze e permettono all'infermiere di*

Codice
Deontologico

Codice deontologico

soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche quello del professionista, di trovare senso e soddisfazione nella propria attività. Ed è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini”.

Le novità - Tra le maggiori novità ci sono quelle che rispecchiano il nuovo ruolo dei professionisti sia a livello di management, sia a livello clinico, all'interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione. L'infermiere *“partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e*

aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte”. Inoltre, se l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, l'infermiere proporrà soluzioni alternative e se necessario si avvarrà della clausola di coscienza. Il nuovo Codice inquadra la crescita professionale e prevede che l'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti, presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni. Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. E l'infermiere inoltre ha anche l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle

sue valutazioni.

L'iter procedurale - Novità rispetto a tutti i codici deontologici precedenti e anche a quelli di molte altre professioni è che la FNOPI, in oltre un anno di consultazioni, ha voluto seguire un iter complesso e trasparente: una commissione ha messo a punto un testo che poi è andato alla consultazione pubblica on line degli infermieri e di tutte le associazioni e società infermieristiche per tornare di nuovo alla Commissione e agli Ordini che l'hanno riassembleato. Successivamente sono cominciate le consultazioni con giuristi, esperti di etica e di bioetica, associazioni di pazienti e cittadini (praticamente tutte, riunite in gruppi per esaminare i vari articoli e fare proposte visto che il Codice serve sì ai professionisti, ma soprattutto alla tu-



tela dei pazienti), rappresentanti ufficiali delle religioni (cattolica, ebraica, islamica, buddista, shintoista ecc.). Infine, un altro passaggio di messa a punto con la Commissione incaricata della stesura del Codice e la presentazione al ministro della Salute, in quanto vigilante e organo di tutela della professione, ma anche dei pazienti. Ha chiuso il ciclo l'analisi e il voto finale dei presidenti dei 102 Ordini provinciali. Un iter che si segue per la prima volta nella stesura dei codici deontologici.

I compiti - Tra i compiti, il Codice prevede l'educazione sanitaria per i cittadini e la promozione per loro di stili di vita sani, la ricerca e la sperimentazione, ma anche, per gli infermieri, gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento questo che per la prima volta entra a pieno titolo in un Codice deontologico. L'infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, se rileva privazioni o maltrattamenti li segnala all'autorità competente e si attiva perché ci sia un rapido intervento. E dal punto di vista professionale denuncia e segnala assieme all'Ordine, l'abuso e le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

La comunicazione - Non manca il riferimento alla comunicazione: l'Infermiere, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione. Stabilite anche le regole deontologiche della libera professione. Ad esempio, il *“contratto di cura”* in cui si prevede che l'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, stipula con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzia l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dis-



ico
Ordini Provinciali

Codice Deontologico

continua da pagina 15

senso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi economici.

Nelle disposizioni finali, poi, il nuovo Codice raggruppa una serie di regole per il decoro della professione e il rispetto delle norme fino a chiarire nero su bianco che le norme deontologiche contenute nel Codice sono vincolanti per tutti gli iscritti agli Ordini e la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale. In questo senso fa anche un altro passaggio per superare l'ostacolo che ha creato e crea problemi per altre professioni e che gli infermieri in-

vece hanno chiarito e risolto: l'infermiere che ricopra incarichi politico-istituzionali persegue interessi pubblici generali, della collettività tutta e non di parte, che siano individuali, associativi o corporativi.

Quindi su di lui niente interventi dell'Ordine al di fuori di ragioni strettamente e realmente professionali.



Carbone: "Una Carta per coniugare valori antichi e nuove responsabilità"

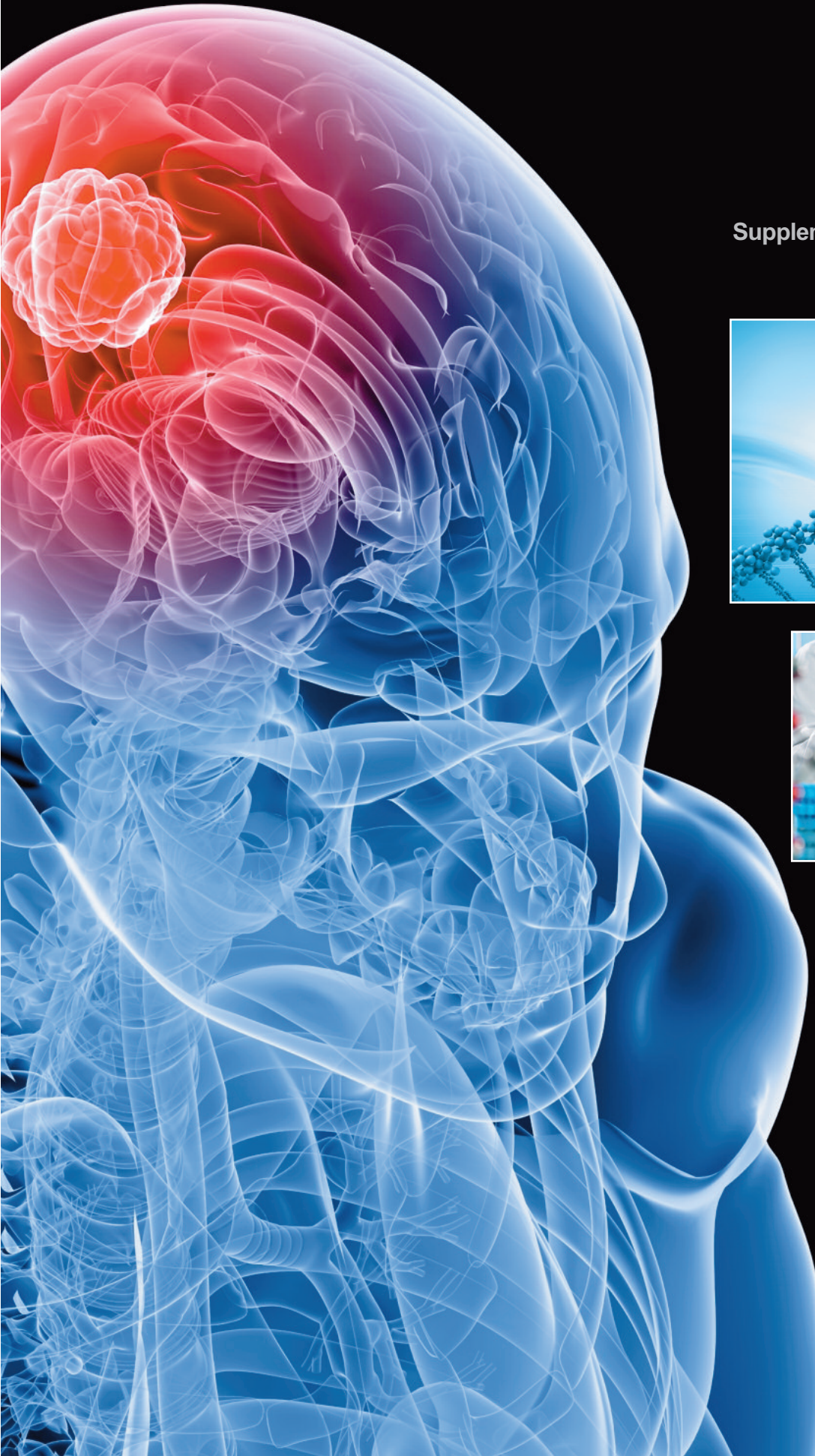
"Il nuovo Codice deontologico degli infermieri ribadisce i valori morali fondanti della professione e traduce in regole e comportamenti appropriati la crescita professionale di questi ultimi 10 anni. In più ne rappresenta anche le istanze e le aspettative di ulteriore crescita professionale. La sanità sta cambiando velocemente. E anche il ruolo, le responsabilità e le funzioni degli infermieri mutano. Si avvertiva da tempo l'esigenza di un aggiornamento della "Carta" che sancisse questo mutamento, accompagnando l'infermiere nello svolgimento professionale sul piano professionale, ma anche etico e morale.

Dunque, non siamo in presenza di una semplice enunciazione di regole e di comportamenti attesi e coerenti. Il Codice va considerato come un 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. Come la professione sia sempre e comunque a fianco di chi soffre e di chi ha bisogno di assistenza".

Gli infermieri nel Consiglio Superiore di Sanità

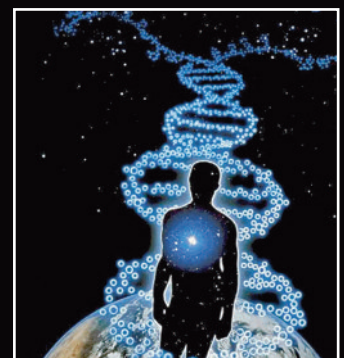


La professoressa **Paola Di Giulio** è tra i 30 membri non di diritto del nuovo Consiglio. Il ministro della Salute, Giulia Grillo, ha firmato il decreto di nomina dei 30 membri non di diritto del Consiglio Superiore di Sanità (Css): *"Orgogliosa della scelta, rappresentano il meglio dell'Italia. Abbiamo scelto il top assoluto - ha detto la Grillo - per esclusivi meriti scientifici e in trasparenza. Il merito deve essere finalmente la bussola che orienta le nomine in questo Paese"*. La professione infermieristica è l'unica ad essere rappresentata, tra quelle sanitarie, grazie alla presenza nel nuovo organismo della professoressa Paola Di Giulio, Associato di Scienze infermieristiche all'Università di Torino. Di Giulio, iscritta all'Ordine interprovinciale Milano LBM, è responsabile Ricerche Farmacologiche dell'Istituto **Mario Negri** di Milano e ricercatore senior del Dipartimento di ricerca Cardiovascolare sempre del Mario Negri. Oltre alla laurea in Scienze infermieristiche ha una specializzazione in Anestesia e Rianimazione, un master of Science - Advanced Clinical Practice (indirizzo Oncologia) all'Università di Guildford. *"Congratulazioni dalla Fnopi e dall'intera comunità infermieristica, si tratta di un importante riconoscimento alla nostra professione e al lavoro portato avanti in tutti questi anni dalla professoressa Di Giulio"*, ha commentato a caldo la presidente della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, **Barbara Mangiacavalli**. *"Saprà sicuramente, come ha auspicato anche il ministro Grillo, che ringraziamo per i componenti neo-eletti, suggerire le tecnologie diagnostico-terapeutiche necessarie su cui investire, proporre modelli di organizzazione, suggerire linee di ricerca traslazionale con ricadute certe sul Ssn"*, ha aggiunto. La selezione, laboriosa e meticolosa, ha privilegiato personalità di chiara fama, inseriti tra i *"Top Italian Scientists"* con alta reputazione internazionale sulla base dei contributi scientifici pubblicati, del numero di citazioni e dell'impatto che questi lavori hanno avuto nel progresso clinico-scientifico mondiale.



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Studio di validazione dell'emPHasis-10 per la popolazione italiana

Validation of the emPHasis-10 for the Italian population

di Antonella Surace*, Roberto Torre**, Emanuele Di Simone***, Sara Dionisi***, Noemi Giannetta***, Marco Di Muzio****

RIASSUNTO

INTRODUZIONE:

Gli individui affetti da Ipertensione Polmonare (IP) presentano una Qualità della Vita Correlata alla Salute (HRQoL) gravemente compromessa. L'emPHasis-10, una scala di misura della HRQoL specifica per i pazienti con IP, è stata recentemente sviluppata e convalidata. Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'affidabilità e la validità della versione tradotta in lingua italiana dell'Emphasis-10.

MATERIALI E METODI:

La scala emPHasis-10 in versione italiana è stata spedita per posta ad un gruppo di 100 pazienti italiani affetti da IP iscritti all'Associazione Malati di Ipertensione Polmonare (AMIP). Insieme al questionario sono state inviate anche due scale validate che misurano la HRQoL, il Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36) e il Nottingham Health Profile (NHP), e un foglio di Consenso Informato. 70 pazienti hanno effettuato due compilazioni dei tre questionari a distanza di sette giorni, la prima al T0 e la seconda al T1, e rispedito il tutto con accluso il consenso informato debitamente compilato e firmato. I dati ottenuti sono stati elaborati con analisi statistica effettuata tramite il software SPSS versione 24.

RISULTATI:

L'elaborazione dei dati ha evidenziato che la scala possiede una eccellente coerenza interna ($\text{Alpha di Cronbach} > 0.9$) comparabile con i valori della versione originale, e una riproducibilità significativa ($p < 0.01$) valutata comparando le compilazioni T0 e T1. La scala correla con le scale SF-36 e NHP dimostrando una buona validità convergente.

DISCUSSIONE:

La versione italiana dell'emPHasis-10 si è dimostrata valida ed affidabile nella popolazione italiana affetta da IP, e può essere raccomandata per l'utilizzo nella pratica clinica.

PAROLE CHIAVE: *Ipertensione Polmonare; Qualità della Vita; Validità; Studio di Validazione; Questionario.*

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Patients with Pulmonary Hypertension (PH) have a severely impaired health-related quality of life (HRQoL). The emPHasis-10, a disease-specific HRQoL instrument for PH, has recently been developed and validated.

The aim of this study was to assess the reliability and validity of the translated version of emPHasis-10 in the Italian language.

MATERIALS AND METHODS:

The Italian version of the emPHasis-10 scale was sent by post to a group of 100 PH Italian patients recruited from the Associazione Malati di Ipertensione Polmonare (AMIP). Together with the emPHasis-10 two HRQoL validated scales were also sent: the Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36) and the Nottingham Health Profile (NHP).

A written Informed Consent was sent with the questionnaires for explicit approval. 70 patients completed the three questionnaires in two occasions seven days apart, the first at T0 and the second at T1, and sent back by post with the signed informed consent. Statistical analysis was performed with the statistical software SPSS version 24.

RESULTS:

Data showed that the scale has an excellent internal consistency ($\text{Cronbach's Alpha} > 0.9$) comparable with the values of the original version, and a significant reproducibility ($p < 0.01$) evaluated by comparing the T0 and T1 compilations. The scale correlated with the SF-36 and NHP scales demonstrating a good convergent validity.

DISCUSSION:

The Italian version of the emPHasis-10 has been shown to be valid and reliable in the Italian population and can be recommended for use in clinical practice.

KEYWORDS: *Pulmonary Hypertension; Quality of Life; Validity; Validation Study; Questionnaire.*

Supplemento Ricerca infermieristica

INTRODUZIONE

L'ipertensione polmonare (IP) è una condizione emodinamica caratterizzata dall'aumento della pressione arteriosa polmonare media (PAPm) ≥ 25 mmHg a riposo, determinata mediante cateterismo cardiaco destro¹.

L'IP provoca una serie di segni e sintomi vaghi ed aspecifici tra cui dispnea, affaticamento, angina, astenia e nelle fasi più avanzate edemi periferici e sincope^{1,2,3}. Sebbene sia una malattia poco comune (1-9/100.000)⁴, il ricorso a nuove molecole farmacologiche, per quanto efficaci, non sempre permette di migliorare la sintomatologia o di rallentare la patologia; la sua progressione porta all'insufficienza cardiaca destra e al significativo aumento di morbilità e mortalità (50%)^{2,5}.

L'IP è una patologia che compromette significativamente la vita dei pazienti, in particolare di quelli anziani^{2,6}, e influenza anche la vita dei caregiver^{2,7}. I pazienti affetti da IP sono costretti ad affrontare una malattia estremamente debilitante che esercita un impatto negativo sugli aspetti fisico, sociale ed emotivo⁸ con importante compromissione della Qualità della Vita Correlata alla Salute (HRQoL)^{2,9,10,11,12}.

Essi "devono imparare a ridefinire la propria vita includendo trattamenti, accettando restrizioni di attività e riconoscendo di dover vivere con una malattia cronica"¹³. Le limitazioni funzionali e il peggioramento della HRQoL risultano, inoltre, strettamente associati all'insorgenza di disturbi mentali quali ansia e depressione^{7,14,15}.

Le modalità di gestione medica e di diagnosi dell'IP stanno rapidamente avanzando¹⁶. Per valutare l'efficacia delle terapie e il miglioramento del paziente vengono esaminati i valori emodinamici, ottenuti con misurazioni invasive, e la capacità funzionale, quantificata con i test da sforzo come il Test del Cammino in 6 minuti (6MWT). Tuttavia, entrambe le misurazioni sembrano non riflettere lo stato in cui si sente realmente il paziente^{17,18}.

Recentemente la misurazione della HRQoL è emersa come un end-point potenzialmente importante per valutare lo stato del paziente e l'efficacia della terapia^{8,9,16,17,18,19}.

Diversi strumenti sono stati impiegati per valutare la HRQoL delle persone affette da

emPHasis-10

Iniziali:

Data:

Questo questionario è progettato per determinare in che misura l'ipertensione polmonare incide sulla Sua vita. La preghiamo di rispondere a ciascuna domanda mettendo una crocetta su UN solo NUMERO che meglio descrive la Sua recente esperienza di vita con l'ipertensione polmonare.

Per ciascuna delle affermazioni riportate di seguito, metta una crocetta (X) sulla casella che meglio descrive la Sua esperienza.

L'affanno non mi procura senso di impotenza	0 1 2 3 4 5	L'affanno mi procura senso di impotenza
Avere l'affanno non interrompe mai le mie conversazioni	0 1 2 3 4 5	Avere l'affanno interrompe sempre le mie conversazioni
Non ho bisogno di riposare durante il giorno	0 1 2 3 4 5	Ho sempre bisogno di riposare durante il giorno
Non mi sento sfinito/a	0 1 2 3 4 5	Mi sento sempre sfinito/a
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho affatto energia
Quando salgo una rampa di scale non ho affanno	0 1 2 3 4 5	Quando salgo una rampa di scale ho molto affanno
Nonostante la mia ipertensione polmonare, mi sento a mio agio nei luoghi pubblici/affollati	0 1 2 3 4 5	Per via della mia ipertensione polmonare, non mi sento per niente a mio agio nei luoghi
L'ipertensione polmonare non controlla la mia vita	0 1 2 3 4 5	L'ipertensione polmonare controlla completamente la mia vita
Sono indipendente	0 1 2 3 4 5	Sono completamente dipendente
Non mi sento mai di peso	0 1 2 3 4 5	Mi sento sempre di peso

Figura 1. Versione italiana dell'emPHasis-10.

IP, la maggioranza dei quali sono scale generiche come il Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36) ed il Nottingham Health Profile (NHP)^{2,17,20}. Le analisi statistiche sulla validità di queste scale generiche hanno, però, evidenziato una ridotta reattività al cambiamento ed è nata la necessità di sviluppare scale di misura della HRQoL specifiche per la patologia IP^{2,17}. Il Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Survey (CAMPHOR) è la prima scala di misura dell'HRQoL specifica per l'IP²¹.

La maggior parte di questi strumenti è di

natura multidimensionale con sottodomini lunghi ed algoritmi di punteggio complessi, risultando, perciò, poco pratici²¹.

Recentemente è stato sviluppato l'emPHasis-10, uno strumento di misura della HRQoL specifico per l'IP e di natura unidimensionale, che risulta compatibile con la visione multidimensionale della HRQoL poiché contiene item che abbracciano una vasta gamma di esperienze tra cui energia, affanno, compromissione sociale ed indipendenza¹⁰.

L'emPHasis-10 è un breve questionario

continua da pagina 19

composto da 10 item di facile e veloce somministrazione e interpretazione¹⁰. Ogni item è formato da una scala differenziale semantica a sei punti, con aggettivi contrari a ciascuna estremità. Ad ogni item si può attribuire un valore che va da 0 a 5 punti, con un punteggio finale che va da un minimo di 0 ad un massimo di 50; un alto punteggio indica una maggiore compromissione della qualità della vita¹⁰.

Sebbene non esista un metodo universalmente accettato per la progettazione di questionari, l'approccio utilizzato nello sviluppo di emPHasis-10 segue le pratiche generali comunemente utilizzate e appare coerente con i principi di base delineati dalla US Food and Drug Administration Guidance for industry patient-reported outcome measures^{22, 23}.

Lo sviluppo di emPHasis-10 è stato finanziato dalla Pulmonary Hypertension Association UK (PHA-UK) con il fine di garantire il libero accesso allo strumento per uso clinico e accademico [10, 23].

Attraverso il rigoroso processo di traduzione e adattamento culturale, nonché di verifica attraverso interviste cognitive, effettuato dagli autori Foster, Guillen, Lara, et al nel Novembre 2015, le traduzioni del questionario emPHasis-10 in lingua italiana e in altre lingue, sono state rese concettualmente equivalenti e culturalmente idonee²⁴.

Obiettivo dello studio

Questo studio ha l'obiettivo di valutare la validità della versione italiana dell'emPHasis-10 **Figura 1** e permetterne l'utilizzo nella pratica clinica.

MATERIALI E METODI

Popolazione di studio

Il questionario è stato somministrato a un campione di 100 pazienti con IP reclutato dall'elenco degli iscritti all'Associazione Malati di Ipertensione Polmonare (AMIP). L'approvazione dello studio è stata ottenuta dalla commissione etica dell'associazione coinvolta e ciascun partecipante ha sottoscritto un Consenso Informato completo di Nota Informativa.

Gli individui inclusi nello studio dovevano soddisfare alcuni criteri:

Criteri di inclusione

- Età > 18aa;
- Comprensione della lingua italiana;

Tabella 1 - Campione demografici dei partecipanti

N° partecipanti	Maschi	Femmine	Province	Regioni
2	0	2	Novara, Torino	Piemonte
3	1	2	Brescia, Pavia	Lombardia
2	1	1	Genova	Liguria
2	0	2	Massa-Carrara, Prato	Toscana
1	1	0	Terni	Umbria
1	0	1	Ancona	Marche
8	0	8	Roma	Lazio
2	1	1	L'Aquila, Teramo	Abruzzo
10	3	7	Benevento, Napoli, Salerno	Campania
2	1	1	Foggia, Taranto	Puglia
1	1	0	Cosenza	Calabria
4	1	3	Messina, Palermo, Siracusa	Sicilia
2	0	2	Cagliari, Oristano	Sardegna
5	Missing	Missing	Missing	Missing

Diagnosi di IP confermata con cateterismo cardiaco con PAP Media ≥ 25 mmHg.

Criteri di esclusione - Individui non in grado di completare i questionari per compromissione cognitiva; - Comorbidità vascolari o polmonari clinicamente significative; - Individui che hanno subito Endoarterectomia di successo con PAP normalizzata.

Selezionati i candidati idonei, è stata posta loro la partecipazione allo studio.

È stato effettuato un Recall Telefonico durante il quale sono state poste domande sulla demografia (sesso, città di appartenenza) e sulle condizioni del paziente (intensità e durata dei sintomi e percezione della salute generale). Dopo aver ottenuto tali informazioni, è stata proposta la partecipazione al progetto di validazione dell'emPHasis-10 ed è stato ottenuto il consenso degli aderenti a ricevere per posta i questionari da completare.

Il questionario emPHasis-10, affiancato dai questionari Nottingham Health Profile (NHP) e Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), è stato spedito ai partecipanti per posta, affiancato anche da una Lettera di Presentazione dello studio, una Nota Informativa e un Consenso Informato per l'adesione.

È stato richiesto ai partecipanti di completare due copie dei medesimi questionari a distanza di sette giorni, la prima copia al Tempo 0 (T0) e la seconda copia al Tempo 1 (T1).

Analisi Statistica

Ricevuti i risultati della somministrazione, i dati sono stati elaborati tramite l'utilizzo del programma di statistica SPSS versione 24. È stata esaminata l'attendibilità test-retest o riproducibilità, la coerenza interna e la validità convergente del questionario emPHasis-10 adattato in lingua italiana.

Supplemento Ricerca infermieristica

Attendibilità test-retest o riproducibilità

Per valutare la riproducibilità è stata comparata la compilazione del questionario emPHasis-10 nei due tempi, tempo T0 e tempo T1, e si è calcolato il grado di correlazione tra i punteggi.

La correlazione è stata valutata effettuando il t-test.

Coerenza interna

Per valutare la coerenza interna ogni item viene considerato un test a sé stante, si stima la correlazione media tra tutti gli item e da essa si deriva un coefficiente di stima dell'attendibilità.

È stata valutata sulla compilazione al T0 utilizzando i Coefficienti Alpha di Cronbach. Perché gli item della scala siano sufficientemente collegati tra loro, è necessario che il valore dell'Alpha sia $> 0,70$.

Validità convergente

Per valutare la validità convergente è necessario comparare il questionario con altre Misure dello stesso costrutto e valutarne la correlazione.

I punteggi della scala emPHasis-10 sono stati correlati con i punteggi delle scale SF-36 e NHP utilizzando i Coefficienti di Correlazione di rango di Spearman. Alte correlazioni si aspettano tra gli item dell'emPHasis-10 e gli item delle altre scale che misurano costrutti simili.

RISULTATI

Dei 100 partecipanti reclutati, 70 hanno aderito allo studio in maniera corretta (tempo 0 e tempo 1) 45 hanno risposto per posta i questionari compilati, con un tasso di risposta del 64%.

La **Tabella 1** mostra le caratteristiche demografiche dei 45 partecipanti.

Il 66,7% dei partecipanti è di sesso femminile, il 22,2% di sesso maschile con l'11,1% di dati missing.

I partecipanti allo studio appartengono a ben 13 regioni italiane: il 15,6% appartiene a una regione del Nord Italia, il 26,7% a una regione del Centro, il 46,7% a una regione del Sud con l'11,1% di dati missing.

Tabella 1. Campioni demografici dei partecipanti.

Attendibilità test-retest o riproducibilità La **Tabella 2** mostra le statistiche dei campioni. La **Tabella 3** mostra le correlazioni tra le compilazioni dell'emPHasis-10 effettuate al T0 e al T1 valutate con il t-test.

Tabella 2. Statistiche campioni accoppiati.

		Media	N	Deviazione standard	Media errore standard
Coppia 1	Item 1 T0	2,42	45	1,500	,224
	Item 1 T1	2,58	45	1,373	,205
Coppia 2	Item 2 T0	1,91	45	1,535	,229
	Item 2 T1	1,82	45	1,451	,216
Coppia 3	Item 3 T0	2,71	45	1,842	,275
	Item 3 T1	2,78	45	1,717	,256
Coppia 4	Item 4 T0	2,40	45	1,421	,212
	Item 4 T1	2,33	45	1,462	,218
Coppia 5	Item 5 T0	2,60	45	1,543	,230
	Item 5 T1	2,73	45	1,405	,209
Coppia 6	Item 6 T0	3,20	45	1,502	,224
	Item 6 T1	3,09	45	1,690	,252
Coppia 7	Item 7 T0	1,87	45	1,902	,284
	Item 7 T1	1,71	45	1,753	,261
Coppia 8	Item 8 T0	2,64	45	1,708	,255
	Item 8 T1	2,76	45	1,628	,242
Coppia 9	Item 9 T0	1,78	45	1,650	,246
	Item 9 T1	1,67	45	1,567	,234
Coppia 10	Item 10 T0	1,89	45	1,886	,281
	Item 10 T1	1,84	45	1,718	,256

Coerenza interna

La Coerenza interna (Coefficienti Alpha di Cronbach) per i 10 item della scala emPHasis-10 al T0 è 0,928. I Coefficienti Alpha di Cronbach dell'emPHasis-10 sono maggiori del valore minimo 0,7 richiesto e indicano un'adequata inter-relazione degli item con la scala.

Validità convergente

Sono stati calcolati i coefficienti di correlazione di rango di Spearman tra i punteggi dei 10 item dell'emPHasis-10 e alcuni item delle scale SF-36 e NHP maggiormente correlabili in base alla dimensione esplorata. I livelli di significatività sono stati espressi con intervallo di confidenza del 95% a due code

($p=0,05$). Nelle tabelle i livelli di significatività dello 0,01 sono evidenziati con "***", mentre livelli di significatività dello 0,05 sono annotati con "**".

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti dallo studio effettuato hanno mostrato che la validazione dell'emPHasis-10 in lingua italiana ha avuto successo.

Le correlazioni tra le compilazioni al Tempo 0 e al Tempo 1 valutate attraverso il t-test hanno confermato la riproducibilità di tutti i 10 item del questionario in maniera sta-

continua da pagina 21

tisticamente significativa ($p < 0.01$).

La versione italiana dell'emPHasis-10 ha dimostrato una coerenza interna eccellente presentando un coefficiente Alpha di Cronbach superiore a 0.9 comparabile con i valori della versione originale del questionario ¹⁰.

Lo studio sulla validità convergente ha dimostrato una buona correlazione tra gli item dell'emPHasis-10 e quelli delle scale SF-36 e NHP riguardanti le stesse dimensioni. Solo alcune correlazioni tra gli item dell'emPHasis-10 e gli item delle altre scale hanno presentato un basso coefficiente e una bassa significatività statistica:

L'item 1 "L'affanno mi procura senso di impotenza" ha presentato un basso coefficiente di correlazione con gli item:

- 9b dell'SF-36 "Molto agitato"
- 9d dell'SF-36 "Calmo e sereno"
- 9h dell'SF-36 "Felice"

L'item 7 "Per via della mia ipertensione polmonare non mi sento a mio agio nei luoghi pubblici/affollati" ha presentato un basso coefficiente di correlazione con gli item:

- 9 del NHP "Mi sento solo"
- 34 del NHP "Mi sta diventando

Tabella 3. Correlazioni campioni accoppiati.

	N	Correlazione	Significatività
Item 1 T0 & Item 1 T1	45	,828	,000
Item 2 T0 & Item 2 T1	45	,922	,000
Item 3 T0 & Item 3 T1	45	,899	,000
Item 4 T0 & Item 4 T1	45	,843	,000
Item 5 T0 & Item 5 T1	45	,820	,000
Item 6 T0 & Item 6 T1	45	,853	,000
Item 7 T0 & Item 7 T1	45	,888	,000
Item 8 T0 & Item 8 T1	45	,909	,000
Item 9 T0 & Item 9 T1	45	,903	,000
Item 10 T0 & Item 10 T1	45	,913	,000

- 10 del NHP "Riesco a muovermi solamente in casa"

- 14 del NHP "Sono completamente incapace di camminare"

modified for PH, Dyspnoea-12, Hospital Anxiety and Depression Scale, 6MWT) ¹⁰. In questo studio sono state utilizzate le scale SF-36 e NHP, due strumenti validi utilizzati in molti studi di convalida come nel caso del questionario CAMPHOR ^{18,25,26}.

L'emPHasis-10 è un costrutto unidimensionale a differenza delle scale SF-36 e NHP che sono multidimensionali; esso, inoltre, è un questionario che valuta dimensioni proprie dell'Iipertensione Polmonare, mentre le altre due scale valutano il livello di salute generale. Per questi motivi gradi diversi di correlabilità sono accettati.

Per la valutazione della HRQoL dei pazienti con IP, le scale generiche si sono dimostrate utili ma è altamente consigliabile l'utilizzo di scale studiate appositamente per i pazienti con questa patologia poiché meglio rispondenti al cambiamento e mirate a valutare condizioni cliniche specifiche.

Uno dei punti di forza dello studio è l'aver

Tabella 4. Coefficienti di correlazione tra l'item 1 dell'emPHasis-10 e gli item 3, 23, 32 del NHP e 4a, 4b, 4c, 4d, 6, 9b, 9c, 9d, 9f, 9h dello SF-36.

		NHP item 3	NHP item 23	NHP item 32	SF36 item 4a	SF36 item 4b	SF36 item 4c	SF36 item 4d	SF36 item 6	SF36 item 9b	SF36 item 9c	SF36 item 9d	SF36 item 9f	SF36 item 9h
emPH asis item 1	Coefficiente di correlazione	,449 [*]	,289	,316	,537	,541	,441	,319	,236	,205	,349	,055	,349	,055
	Significatività (a due code)	,00 0	,00 6	,00 2	,00 0	,00 0	,00 0	,00 2	,02 5	,05 3	,00 1	,60 9	,00 1	,60 9

difficile andare d'accordo con gli altri"

- 5b dell'SF-36 "Ha reso meno di quanto avrebbe voluto"

L'item 8 "L'ipertensione polmonare controlla la mia vita" ha presentato un basso coefficiente di correlazione con gli item:

- 11a dell'SF-36 "Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri"
- 11c dell'SF-36 "Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando"

L'item 9 "Sono completamente dipendente" ha presentato un basso coefficiente di correlazione con gli item:

Bisogna sottolineare che lo studio sulla validità convergente è stato eseguito utilizzando scale di paragone diverse da quelle utilizzate nello studio originale (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire

Tabella 5. Coefficienti di correlazione tra l'item 2 dell'emPHasis-10 e gli item 26 del NHP e 4c, 6 dello SF-36.

		NHP item 26	SF36 item 4c	SF36 item 6
emPHasis item2	Coefficiente di correlazione	,424 ^{**}	,406 ^{**}	,424 ^{**}
	Significatività (a due code)	,000	,000	,000

Supplemento Ricerca infermieristica

somministrato il questionario emPHasis-10 a soggetti di diverse regioni italiane. La limitazione di questo studio, invece, consiste nell'aver incluso un piccolo numero di soggetti. Ulteriori indagini sull'utilità clinica dell'emPHasis-10 sarebbero vantaggiose.

In conclusione, lo studio effettuato dimostra che la versione italiana dell'emPHasis-10 è uno strumento valido ed affidabile per la valutazione della qualità della vita correlata alla salute dei pazienti affetti da IP.

Il questionario emPHasis-10 in versione italiana può essere utilizzato nella pratica clinica.

Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento.

Conflitti di interesse

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

* Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

** Unità di Ipertensione polmonare, Dipartimento di Scienze Respiratorie e Cardiovascolari, Sapienza Università di Roma.

*** Dottorando di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

**** Dipartimento di Medicina clinica e molecolare, Sapienza Università di Roma.

• **Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.**

• **Gli autori dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza e non è stato inoltrato presso altra rivista**

• Corresponding Author*:

Dr.ssa **Antonella Surace**,

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma,

P.le Aldo Moro 5, 00185 Roma;

e-mail:surace.1608209@studenti.uniroma1.it

Tabella 6. Coefficienti di correlazione tra l'item 3 dell'emPHasis-10 e gli item 1, 26 del NHP e 9i dello SF-36.

		NHP item 1	NHP item 26	SF36 item 9i
emPHasis item 3	Coefficiente di correlazione	,633**	,468**	,633**
	Significatività (a due code)	,000	,000	,000

Tabella 7. Coefficienti di correlazione tra l'item 4 dell'emPHasis-10 e gli item 1, 12 del NHP e 9g dello SF-36.

		NHP item 1	NHP item 12	SF36 item 9g
emPHasis item 4	Coefficiente di correlazione	,507**	,340**	,507**
	Significatività (a due code)	,000	,001	,000

Tabella 8. Coefficienti di correlazione tra l'item 5 dell'emPHasis-10 e gli item 1, 26 del NHP e 9a, 9e dello SF-36.

		NHP item 1	NHP item 26	SF36 item 9a	SF36 item 9e
emPHasis item 5	Coefficiente di correlazione	,408**	,702**	,408**	,702**
	Significatività (a due code)	,000	,000	,000	,000

Tabella 9. Coefficienti di correlazione tra l'item 6 dell'emPHasis-10 e gli item 17, 26 del NHP e 3d, 3e dello SF-36.

		NHP item 17	NHP item 26	SF36 item 3d	SF36 item 3e
emPHasis item 6	Coefficiente di correlazione	,589**	,694**	,589**	,694**
	Significatività (a due code)	,000	,000	,000	,000

Tabella 10. Coefficienti di correlazione tra l'item 7 dell'emPHasis-10 e gli item 3, 6, 9, 15, 21, 23, 34 del NHP e 5a, 5b, 6 dello SF-36.

		NHP item 3	NHP item 6	NHP item 9	NHP item 15	NHP item 21	NHP item 23	NHP item 34	SF36 item 5a	SF36 item 5b	SF36 item 6
emPHasis item 7	Coefficiente di correlazione	,574**	,452**	,164	,426**	,357**	,280**	,117	,283**	,117	,283**
	Significatività (a due code)	,000	,000	,123	,000	,001	,006	,271	,007	,271	,007

Tabella 11. Coefficienti di correlazione tra l'item 8 dell'emPHasis-10 e gli item 3, 23 del NHP e 11a, 11b, 11c, 11d dello SF-36.

		NHP item 3	NHP item 23	SF36 item 11a	SF36 item 11b	SF36 item 11c	SF36 item 11d
emPHasis item 8	Coefficiente di correlazione	,265**	,241*	,169	,442**	,159	,442**
	Significatività (a due code)	,012	,022	,133	,000	,133	,000

continua da pagina 23

Tabella 12. Coefficienti di correlazione tra l'item 9 dell'emPHasis-10 e gli item 10, 14, 25, 35 del NHP e 3c, 3d, 3e, 3f, 3h, 3i, 3l dello SF-36.

		NHP item 10	NHP item 14	NHP item 25	NHP item 35	SF36 item 3c	SF36 item 3d	SF36 item 3e	SF36 item 3f	SF36 item 3h	SF36 item 3i	SF36 item 3l
emPHasis item 9	Coefficiente correlazione	,205	,168	,428**	,618**	,700*	,780*	,657*	,563*	,605*	,543*	,565*
	Significatività (a due code)	,052	,114	,000	,000	,00 0	,00 0	,00 0	,00 0	,00 0	,00 0	,00 0

Tabella 13. Coefficienti di correlazione tra l'item 10 dell'emPHasis-10 e gli item 30 del NHP e 6 dello SF-36.

		NHP item 30	SF36 item 6
emPHasis item 10	Coefficiente di correlazione	,719**	,355**
	Significatività (a due code)	,000	,001

BIBLIOGRAFIA

- Galiè N, Humbert M, Vachiery JL et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). Eur Heart J. 2016 Jan 1;37(1):67-119.
- Delcroix M, Howard L. Pulmonary arterial hypertension: the burden of disease and impact on quality of life. Eur Respir Rev. 2015 Dec;24(138):621-9.
- The impact of pulmonary arterial hypertension (PAH) on the lives of patients and carers: results from an international survey. PDF disponibile al sito: <http://www.phaeurope.org/wp-content/uploads/International-PAH-patient-and-Carer-Survey-Report-FINAL1.pdf> ultimo accesso 24/02/2019 ultimo accesso 24/02/2019.
- Orphanet. Il portale delle malattie rare e dei farmaci orfani. Ipertensione arteriosa polmonare familiare e/o idiopatica. Disponibile al sito: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=IT&data_id=18210&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Ipertensione-polmonare&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Malattia\(e\)/%20gruppo%20di%20malattie=Ipertensione-arteriosa-polmonare&title=Ipertensione%20arteriosa%20polmonare&search=Disease_Search_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=IT&data_id=18210&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Ipertensione-polmonare&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Malattia(e)/%20gruppo%20di%20malattie=Ipertensione-arteriosa-polmonare&title=Ipertensione%20arteriosa%20polmonare&search=Disease_Search_Simple) ultimo accesso 25/03/2019.
- Manuale MSD. Ipertensione polmonare. Disponibile al sito: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/malattie-polmonari/ipertensione-polmonare/ipertensione-polmonare> ultimo accesso 25/03/2019.
- Hooper MM, Simon R, Gibbs J. The changing landscape of pulmonary arterial hypertension and implications for patient care. Eur Respir Rev. 2014 Dec;23(134):450-7.
- Guillevin L, Armstrong I, Aldrighetti R, et al. Understanding the impact of pulmonary arterial hypertension on patients' and carers' lives. Eur Respir Rev. 2013 Dec;22(130):535-42.
- Taichman DB, Shin J, Hud L, et al. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. Respir Res. 2005; 6(1): 92.
- Zlupko M, Harhay MO, Gallop R, et al. Evaluation of disease-specific health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. Respir Med 2008; 102: 1431-1438.
- Yorke J, Corris P, Gaine S, et al. emPHasis-10: development of a health-related quality of life measure in pulmonary hypertension. Eur Respir J. 2014 Apr; 43(4): 1106-1113.
- Fernandes CJ, Martins BC, Jardim CV, et al. Quality of life as a prognostic marker in pulmonary arterial hypertension. Health Qual Life Outcomes. 2014 Aug 30;12:130.
- Flattery MP, Pinson JM, Savage L, et al. Living with pulmonary arterial hypertension: patient's experiences. Heart Lung. 2005 Mar-Apr;34(2):99-107.
- McDonough A, Matura LA, Carroll DL. Symptom experience of pulmonary arterial hypertension patients. Clin Nurs Res. 2011 May;20(2):120-34.
- Löwe B, Gräfe K, Ufer C, et al. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. Psychosom Med. 2004 Nov-Dec;66(6):831-6.
- Harzheim D, Klose H, Pinado FP, et al. Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. Respir Res. 2013 Oct 9;14:104.
- Ganderton L, Jenkins S, McKenna SP, et al. Validation of the Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR) for the Australian and New Zealand population. Respirology. 2011 Nov;16(8):1235-40.
- Chen H, Taichman DB, Doyle RL. Health-related quality of life and patient-reported outcomes in pulmonary arterial hypertension. Proc Am Thorac Soc. 2008 Jul 15;5(5):623-30.
- Cima K, Twiss J, Speich R, et al. The German adaptation of the Cambridge pulmonary hypertension outcome review

Supplemento Ricerca infermieristica

(CAMPHOR). *Health Qual Life Outcomes*. 2012 Sep 13;10:110.

19. Cenedese E, Speich R, Dorschner S, et al. Measurement of quality of life in pulmonary hypertension and its significance. *Eur Respir J*. 2006 Oct;28(4):808-15.

20. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.

21. McKenna SP, Doughty N, Meads DM, et al. The Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR): a measure of health-related quality of life and quality of life for patients with pulmonary hypertension. *Qual Life Res*. 2006 Feb;15(1):103-15.

22. US Food and Drug Administration. Guidance for industry patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Disponibile al sito: <https://www.fda.gov/downloads/drugs/guidances/ucm193282.pdf> ultimo accesso 24/02/2019.

23. Gombert-Maitland M, Chen H. Measuring health in pulmonary hypertension: emphasising the right end-point? *Eur Respir J*. 2014 Apr;43(4):960-2.

24. Foster E, Guillen A, Lara K, et al. Linguistic Validation of The Emphasis-10 Questionnaire: A Patient-Reported Outcome Instrument For Assessing QoL In Pulmonary Hypertension (Ph). *Value Health*. 2015 Nov;18(7):A744.

25. Coffin D, Duval K, Martel S, et al. Adaptation of the Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR) into French-Canadian and English-Canadian. *Can Respir J*. 2008 Mar;15(2):77-83.

26. Gombert-Maitland M, Thenappan T, Rizvi K, et al. United States validation of the Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR). *J Heart Lung Transplant*. 2008 Jan;27(1):124-30.

24. Jones D, Mitchell A. Lean thinking for the NHS. *NHS Confederation*, 2006.

25. Rea T, Simeone S, Annunziata M, Serio C, Esposito MR, Gargiulo G, Guallari A. Effectiveness of the Situation-Background-Assessment-Recommendation, (SBAR) methodology in patient handovers between nurses, Italy. *Igiene e Sanità Pubblica*. 2018;74(3):279-293.

26. Rathlev NK, Chessare J, Olshaker J, Obendorfer D, Mehta SD, Rothenhaus T, Crespo S, Magauran B, Davidson K, Shemin R, Lewis K, Becker JM, Fisher L, Guy L, Cooper A, Litvak E. Patients who leave before being seen in an urgent care setting. *Eur J Emerg Med*. 2013 Dec; 20(6):420-4.

27. Weiss SJ, Rogers DB, Maas F, Ernst AA, Nick TG. Evaluating community ED crowding: the Community ED Overcrowding Scale study. *Am J Emerg Med*. 2014 Nov; 32(11):1357-63.

28. Mekjavich L, Bartleson BJ, Weiss S, Wolff A. Using ED overcrowding tools to improve care and throughput. 2014, Webinar. California Hospital Association.

29. Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med*. 2001; 8(11): 1095-1100.

30. Lees L, Ferreday J. The role of a patient-flow coordinator in an emergency assessment unit. *Nursing Times*; 2003; 99:32, 32-34.

31. S P, Xavier T, N R, Robin M, Agrawal D. Impact of an Emergency Nurse Coordinator on Work Flow Optimization in an Emergency Department in Delhi, India. *Stud Health Technol Inform*. 2016; 225:875-6.

32. Asha SE, Ajami A. Improvement in emergency department length of stay using a nurse-led 'emergency journey coordinator': a before/after study. *Emerg Med Australas*. 2014;26(2):158-63.

33. Handel DA, Ma OJ, Workman J, Fu R. Impact of an expeditor on Emergency Department patient throughput. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2011, 12(2), 198-203.

34. Polevoi S, Quinn J, Kramer N. Factors associated with patients who leave without being seen. *Academic Emergency Medicine*, 2005, 12, 232-236.

35. Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Adv Emerg Nurs J*. 2011; 33(1), 39-54.

36. Moskop JC, Sklar DP, Geideman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1 - concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med*. 2009; 53(5), 605-611.

37. Pines JM. Moving closer to an operational definition for ED crowding [letter]. *Acad Emerg Med*. 2007; 14:382-383.

38. Kollberg B, Dahlgard J. Measuring lean thinking initiatives in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 2005; 56(1):7-24.

39. Baroma B, Bellisario A, Chirico A. Lean Philosophy and Balanced Scorecard: what's new? In *Performance Measurement and Management Control: global Issues*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, October 2013.

40. Reeder TJ, Burleson DL, Garrison HG. The overcrowded emergency department: a comparison of staff perceptions. *Acad Emerg Med*. 2003; 10(10), 1059-1064.

41. Dunn R. Reduced access block causes shorter emergency department waiting times: an historical control observational study. *Emerg Med*. 2003; 15(3), 232-238.

42. Weiss SJ, Amdahl J, Ernst AA, Derlet R, Richards J, Nick TG. Development of a site sampling form for evaluation of ED overcrowding. *Med Sci Monit*. 2002; 8(8), CR549-53.

43. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al; Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. The effect of Emergency Department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*. 2009 Jan; 16(1):1-10.

44. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, August 2018; 13(8):e0203316.

45. Murphy SO, Barth BE, Carlton EF, Gleason M, Cannon CM. Does an ED flow coordinator improve patient throughput? *J Emerg Nurs*. 2014 Nov;40(6):605-12.

Supplemento
Ricerca infermieristica

Valutazione dei bisogni dei genitori di soggetti affette da Disturbi Alimentari e l'efficacia dell'home treatment (HT): revisione narrativa della letteratura

Evaluation of the parent's needs of subjects suffering to eating disorders and effectiveness of home treatment (HT): narrative review

di Antonino Calabrò*, Sara Beduglio**, Roberto Lupo***, Lorenzo Bardone****

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: I Disturbi dell'Alimentazione (DA), rappresentano un problema di salute pubblica in costante crescita nei Paesi industrializzati.

Il nucleo familiare di chi è affetto da tali DA sembra essere incluso marginalmente nei programmi terapeutici, con possibile danno per l'intero processo di cura.

OBIETTIVO/SCOPO Valutare i bisogni assistenziali dei genitori di soggetti affette da DA e l'efficacia dell'home treatment (HT) rivolto a persona giovane, affetta da Disturbo del Comportamento Alimentare.

METODO: revisione della letteratura condotta sulle banche dati elettroniche di Medline, Cinahl ed Embase.

RISULTATI: Dagli studi selezionati si evincono i principali bisogni individuati dalle famiglie di soggetti affetti da DA in HT.

CONCLUSIONI: La ricerca conferma l'esistenza di situazioni nelle quali la famiglia necessita supporto ed educazione nella gestione dei figli con DA, tale sostegno va garantito da un'equipe multidisciplinare. L'Infermiere potrebbe supportare l'intero percorso adattando le proprie competenze allo specifico contesto.

PAROLE CHIAVE: *nurse, eating disorders, education family, family relation.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Eating Disorders (ED) represent a constantly growing public health problem in industrialised countries. The family of those subjects affected by DAs appears to be marginally included in therapeutic programs, with possible damage to care process

Objective / Purpose: Evaluate the care needs of parents of subjects with DA and the effectiveness of home treatment (HT) aimed at young people suffering from Food Behavior Disorder.

METHOD: narrative review of the literature conducted through a method of systematic research of evidence and qualitative synthesis of results, conducted through the electronic databases of Medline, CINAHL and Embase.

RESULTS: from the selected studies we can deduce the main needs identified by the families of subjects suffering from AD in HT.

CONCLUSIONS: the research confirms the existence of situations in which the family needs support and education in the management of children with DA, this support must be guaranteed by a multidisciplinary team. The nurse could support the whole process by adapting his / her skills to the specific context.

KEYWORDS: *nurse, eating disorders, education family, family relation.*

INTRODUCTION

I Disturbi dell'alimentazione (DA) sono comportamenti che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale¹; comprendono una serie di disturbi raggruppati in categorie diagnostiche quali l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN), il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) e Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati (NAS). I DA sono definite dagli esperti della Accademy of Eating Disorders "severe mental illness", che necessitano di trattamenti specializzati ad alto livello di integrazione^{2,3}.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) i DA rappresentano un problema di salute pubblica in costante crescita nei Paesi industrializzati². L'età media di insorgenza dei DA a livello globale è compresa tra i 15 e 24 anni, tuttavia negli ultimi decenni si è registrato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, con diagnosi prima del menarca ed in taluni casi anche in età di 8-9 anni⁴. Un esordio così precoce può comportare conseguenze molto gravi sul corpo, sulla mente e rischi maggiori di danni permanenti secondari a malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto la piena maturazione come le ossa e il sistema nervoso centrale^{5,6}. Secondo le stime ufficiali, il 95,9% delle persone colpite dai disturbi alimentari sono donne. L'incidenza globale

Supplemento Ricerca infermieristica

dell'anoressia nervosa è di almeno 8 nuovi casi per 100mila persone in un anno tra le donne, mentre per gli uomini è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi. Invece, per quanto riguarda la bulimia ogni anno si registrano 12 nuovi casi per 100mila persone tra le donne e circa 0,8 nuovi casi tra gli uomini⁵.

La prevalenza nelle donne europee dell'AN varia dall'1 al 4%, ed è compresa tra l'1 e il 2% la prevalenza della BN e tra l'1 e il 4% per il BED; per quanto riguarda gli uomini, si riscontra una prevalenza dei DA tra lo 0,3% e lo 0,7%⁷. In Italia sono ormai circa 3 milioni le persone affette da DA⁸. Non si è in grado di fare una stima condivisa della prevalenza di anoressia e bulimia, per la difficoltà di uniformare gli studi volti a definirla; in Italia gli studi scientifici valutanti tali dati sono pochi e perlopiù limitati a realtà locali⁹.

La complessità dei DA e le particolari caratteristiche dei pazienti che ne sono affetti (soggetti molto giovani, con difficoltà nel riconoscersi essere affetti da DA),¹⁰ rendono necessaria la pianificazione di interventi negli ambiti della prevenzione, della cura e della riabilitazione gestiti da equipe multidisciplinari^{11,12}. L'infermiere può e deve svolgere un ruolo chiave a sostegno del singolo e della famiglia^{13,14}. Il primo contatto con la persona e il nucleo familiare è essenziale per porre le basi per un efficace avvio, continuazione e conclusione della terapia¹³. L'infermiere attraverso la relazione d'aiuto, l'empatia e l'assistenza diretta può creare ottimali condizioni di fiducia nei confronti del giovane, fondamentali per la scelta volontaria alla corretta adesione terapeutica^{15,16}.

Il Ministero della Salute negli ultimi anni ha redatto una serie di documenti allo scopo di costruire un modello di riferimento per un percorso ottimale del paziente con DA¹⁷, evidenziando quanto siano fondamentali l'appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei DA¹⁸. Tutti questi documenti hanno inoltre enfatizzato l'importanza di promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani¹⁹.

Sono state inoltre realizzate le prime linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con Disturbi dell'Alimentazione (DA)^{20,21}. All'interno dell'equipe multidisciplinare, l'infermiere ha

grande responsabilità nell'educazione terapeutica, pertanto deve determinarne le strategie e i metodi più adatti, in relazione ai bisogni specifici, al fine di raggiungere gli obiettivi prestabiliti attraverso la partecipazione del paziente. In letteratura è ben noto il ruolo educativo dell'infermiere^{17,22}, tuttavia nell'ambito specifico dei DA è un aspetto ancora da delineare. Ad oggi per la maggior parte dei pazienti affetti da disturbi alimentari il trattamento d'elezione è rappresentato dalla presa in carico ambulatoriale del medico-psichiatra e da psicoterapie individuali e/o di gruppo; per alcuni casi invece tali pazienti hanno bisogno di un trattamento più intensivo che può delinearsi su vari livelli (ospedaliero, in day-hospital, residenziale, domiciliare) in modo da proporre interventi differenziati, appropriati rispetto alla situazione specifica del paziente. I familiari sono generalmente il supporto principale per i giovani che soffrono di un Disturbo Alimentare ma spesso corrono il rischio di mettere in atto modelli di comportamento non salutari che potrebbero mantenere ed aggravare i comportamenti alimentari patologici^{10,13}.

Tuttavia ad oggi il nucleo familiare che circonda la persona affetta da tali disturbi è stato solo marginalmente inglobato nel percorso di cura. Al fine di garantire corretti, efficaci ed efficienti interventi mirati è fondamentale comprendere l'attuale situazione italiana. Comprendere come le famiglie delle persone affette da DA vivano questi interventi e soprattutto quali bisogno tali famiglie vorrebbero fossero il goal setting dei percorsi terapeutici.

Obiettivo: Valutare i bisogni dei genitori di soggetti affette da AN e l'efficacia dell'home treatment (HT) rivolta a persona giovane, affetta da Disturbo del Comportamento Alimentare.

MATERIALS AND METHODS

Per condurre la revisione è stato delineato precedentemente un quesito di ricerca utilizzando la metodologia PIO. (tabella 1).

È stata condotta una revisione della letteratura (da Agosto 2017 a Ottobre 2017), consultando le seguenti banche dati: CINAHL, PubMed ed EMBASE. Per la ricerca sono state utilizzate le stringhe riportate nella tabella 2, composte da termini Mesh e key-words combinati tra di loro at-

traverso gli operatori booleani (tabella 2). Gli articoli ottenuti sono stati verificati da due valutatori indipendenti, al fine di identificare i report pertinenti. Successivamente sono stati analizzati i relativi full-text con il medesimo criterio. Inoltre gli articoli sono stati valutati attraverso le check-list "Critical Appraisal Skills Programme" (CASP)²³.

Inclusion criteria

Sono inclusi studi osservazionali quantitativi, qualitativi, sperimentali, randomizzati e controllati sia in lingua inglese che italiana pubblicati dal 1/09/2007 al 1/9/2017 ed effettuati su popolazione di età compresa tra i 13 e i 25 anni di entrambi i sessi, che rispondano al quesito di ricerca e rispettino i criteri di inclusione.

Exclusion criteria

Sono stati esclusi studi secondari, pazienti in regime di ricovero, con comorbidità e studi pubblicati da paesi orientali.

RESULTS

Dalla ricerca bibliografica sono emersi 2 studi pertinenti con il nostro quesito. Non sono emerse discrepanze tra i valutatori. Nella figura 1 è descritta la cronologia di ricerca.

Nella fase preliminare sono stati identificati 875 titoli, attraverso l'utilizzo dei termini liberi come: family education, patient education, feeding behavior, eating disorder; e termini mesh come "eating behavior", "eating disorders management", "education family", "food Habit", "nurse-patient relations", "nursing role", "outcomes of education", "patient education", "professional-patient relations", "teaching materials", "teaching methods", "total patient care nursing", "patient-family relations", "adolescent Health". I termini sono stati combinati tra di loro attraverso gli operatori booleani AND, OR e NOT. Attraverso una prima analisi del titolo che rispondevano all'obiettivo generale della revisione, sono stati selezionati 164 articoli tra i quali 13 sono stati esclusi per abstract doppi, 698 non pertinenti all'obiettivo. Dei 164 abstract rimanenti sono stati esclusi: abstract (n=42) che non rispettavano criteri di inclusione, 92 (sono abstract o articoli) che non rispondono agli obiettivi specifici della ricerca e 7 perché doppi. Nella fase finale, dei rimanenti 23 articoli; vengono esclusi 21 articoli (full text) perché non pertinenti al quesito di ricerca.

continua da pagina 27

Tabella 1. *Quesito secondo la metodologia PIO.*

<i>Population</i>	Famiglie di giovani affetti da DA
<i>Intervention</i>	comprensione dei bisogni della famiglia; valutazione dell'HT
<i>Outcome</i>	Bisogni richiesti dai genitori di soggetti affetti da DA

Vengono identificati 2 studi che riflettono solo ed esclusivamente la valutazione dei bisogni di cui necessitano i genitori di ragazze affette da AN, e l'efficacia dell'home treatment (HT) (n= 2). Di seguito il flow diagram (figura n.3).

Nella **tabella 3** sono sintetizzate le caratteristiche e i risultati degli studi selezionati. Lo studio di Honey A et al. 2008, utilizzando l'analisi qualitativa delle risposte alla domanda: "Che sostegno vogliono i genitori di adolescenti con anoressia dai professionisti sanitari?" ha voluto valutare i bisogni dei genitori di ragazze affette da AN. L'analisi dei dati, con interviste condotte su campione di 24 genitori, di ragazze adolescenti (14-20 anni), ha mostrato la necessità dei genitori di essere inclusi nel percorso, di essere supportati e guidati nel prendersi cura della figlia richiedendo l'assunzione di un atteggiamento positivo nei loro confronti da parte dei professionisti sanitari. Bezance J et al. 2014, utilizzando l'analisi fenomenologica interpretativa, intervistando un campione di 9 madri di adolescenti (13-16 anni), con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'home treatment (HT) ricevuto dalle figlie, attraverso l'analisi fenomenologica interpretativa utilizzata mostra come tale trattamento riesca a fornire gli strumenti, e il supporto pratico ed emotivo adeguati per recuperare le proprie risorse e riprendere il controllo.

Figura 1 flow-chart della selezione degli articoli

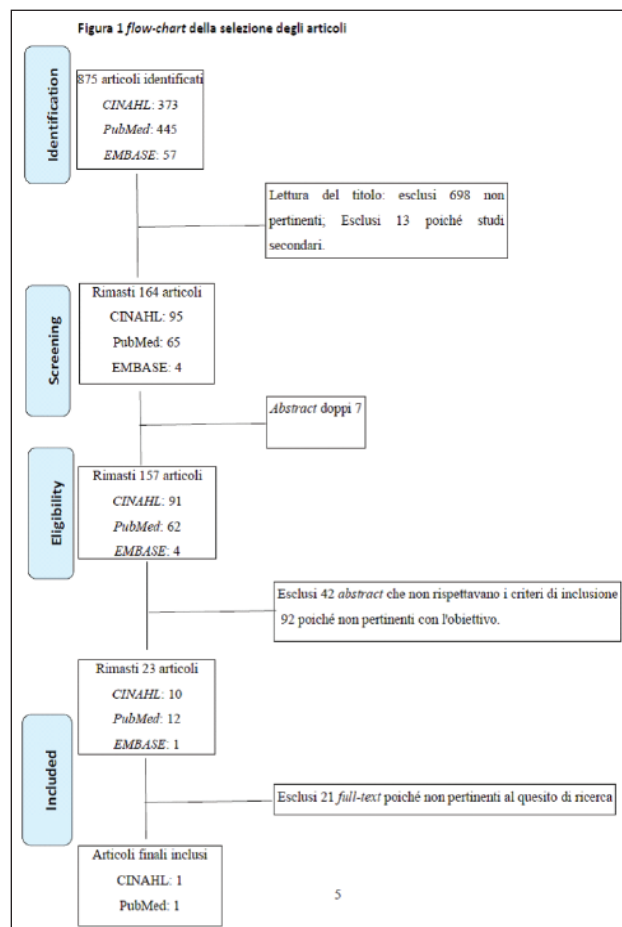
DISCUSSION

La presente revisione ha l'obiettivo di valutare i bisogni di cui necessitano i genitori di ragazze affette da DA, e l'efficacia dell'home treatment (HT) erogato dall'equipe multidisciplinare alla persona giovane, affetta da Disturbo del Comportamento Alimentare. Il primo articolo selezionato è uno studio qualitativo condotto da Honey A et al. nel 2008 [24], il cui obiettivo è cercare di dare una risposta alla domanda di quale tipo

di supporto sanitario necessitano i genitori di ragazze affette da AN. Come già riportato in altri studi [25-26] condotti dalla stessa autrice, prendersi cura di adolescenti affetti da questo disturbo è complesso e può provocare nei genitori stress ed ansia. Nonostante i genitori riconoscano le competenze dei professionisti incontrati e la qualità dei servizi di cura, l'analisi dei dati raccolti dalle interviste identifica tre principali modi in cui i genitori desiderano essere supportati dai professionisti e dai servizi, vale a dire essere inclusi nel percorso, essere supportati e guidati nel prendersi cura della propria figlia e

percepire un atteggiamento positivo nei loro confronti. Nel momento in cui i genitori si presentano al primo incontro sono in uno stato di estrema ansia anche a causa dei sentimenti di colpa e fallimento rispetto al loro ruolo genitoriale, temono infatti spesso di essere visti come "cattivi genitori" e causa del disturbo della figlia; i primi contatti tra professionisti e famiglia sono i più complessi e delicati, va subito chiarito ai genitori che l'equipe non li colpevolizza, che è normale provare i loro sentimenti e che sono una importante risorsa per la figlia e per l'equipe terapeutica. I professionisti sanitari devono assicurarsi che i genitori ricevano l'adeguato supporto nel difficile compito di prendersi cura della figlia affetta da AN, va quindi dedicato loro tutto il tempo necessario; i genitori vengono informati sulla patologia e sull'impatto che questa ha sull'intera famiglia, sulle possibili cause del disturbo, vengono dati consigli su strategie da utilizzare a casa, percorsi riabilitativi e di follow-up, strategie di coping, counselling e supporto emotivo anche attraverso l'incontro con altre famiglie così da sviluppare con esse reti di supporto. Per quanto lo studio australiano sia stato condotto su piccola scala, tuttavia si delineano situazioni in cui la famiglia richiede maggiore supporto e, solo prendendo in considerazione le esperienze dei genitori, l'equipe può adattare gli interventi in modo da soddisfare il bisogno di aiuto delle famiglie, supportandoli in ogni fase del percorso terapeutico della figlia. Dallo studio si evidenzia comunque la necessità di ulteriori ricerche sulle interazioni e relazioni genitori-professionisti, area ancora trascurata nella ricerca nell'ambito dei DA.

Dallo studio di Bezance J e Holliday J, con-



Supplemento Ricerca infermieristica

Tabella 2. Metodologia della ricerca.				
Banca Dati	Stringa	Limiti	Risultati	
CINAHL	((MH "Patient Education+") OR (MH "Patient Education (Iowa NIC)+") OR "education patient"OR "education family"OR (MH "Education, Non-Traditional+") OR (MH "Outcomes of Education") OR (MH "Teaching Methods+") OR (MH "Teaching Materials+") OR "caregiver education") AND ((MH "Nursing Role") OR "nursing role+"OR (MH "Caregivers/ED") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Patient Relations+") OR (MH "Professional-Family Relations") OR (MH "Patient-Family Relations") OR (MH "Total Patient Care Nursing")) AND ((MH "Eating Disorders+") OR "eating disorders"OR (MH "Eating Disorders Management (Iowa NIC)") OR (MH "Food Habits") OR (MH "Eating Behavior+") OR (MH "Eating/ED"))	Data di pubblicazione: 2007-2017	78	
CINAHL	((MH "Nursing Role") OR "nursing role+"OR (MH "Caregivers/ED") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Patient Relations+") OR (MH "Professional-Family Relations") OR (MH "Patient-Family Relations") OR (MH "Total Patient Care Nursing")) AND ((MH "Eating Disorders+") OR "eating disorders"OR (MH "Eating Disorders Management (Iowa NIC)") OR (MH "Food Habits") OR (MH "Eating Behavior+") OR (MH "Eating/ED")) AND ((MH "Adolescent Health") OR (MH "Adolescent Health Services"))	Nessuno	14	
CINAHL	((MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Patient Relations+") OR (MH "Professional-Family Relations") OR (MH "Patient-Family Relations") OR (MH "Total Patient Care Nursing")) AND ((MH "Eating Disorders Management (Iowa NIC)") OR (MH "Food Habits") OR (MH "Eating Behavior+") OR (MH "Eating/ED")) AND ((MH "Adolescent Health") OR (MH "Adolescent Health Services"))	Data di pubblicazione: 2007-2017	281	
	((((((((("Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Patient			
PubMed	Education Handout"[Publication Type]) OR ("Education"[Mesh] OR "education"[Subheading] OR "Health Education"[Mesh])) OR "Family/education"[Mesh])) OR (((("Patient Outcome Assessment"[Mesh]) OR "Caregivers/education"[Mesh]) OR "Teaching/methods"[Mesh])) OR "education family"[Title/Abstract] OR "family education"[Title/Abstract])) AND (((("Nurse's Role"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR "Professional-Family Relations"[Mesh]) OR "Family Relations"[Mesh])) AND (((("Feeding and Eating Disorders"[Mesh]) OR "Feeding Behavior"[Mesh]) OR "Eating"[Mesh])			Data pubblicazione: 2007-2017 Età: 13-18 anni e 19-24 anni
PubMed	((((("Nurse's Role"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh]) OR "Professional-Family Relations"[Mesh]) OR "Family Relations"[Mesh])) AND (((("Feeding and Eating Disorders"[Mesh]) OR "Feeding Behavior"[Mesh]) OR "Eating"[Mesh])) AND ("Adolescent Health"[Mesh] OR "Adolescent Health Services"[Mesh])			Data pubblicazione: 2007-2017
PubMed	((((((((("Nurse's Role"[Majr] AND "Caregivers"[Majr]) OR "Nurse-Patient Relations"[Majr] OR "Professional-Family Relations"[Majr] OR "Family Relations"[Majr])) AND (((("Feeding and Eating Disorders"[Majr] OR "Feeding Behavior"[Majr]) OR "Eating"[Majr]))			Data pubblicazione: 2012-2017 Età: 13-18 anni e 19-24 anni
EMBASE	((('nursing role'/exp OR 'caregiver'/exp OR 'nurse patient relationship'/exp OR 'nursing intervention'/exp OR 'family nursing'/exp) AND ('eating disorder'/exp OR 'eating'/exp OR 'feeding behavior'/exp OR 'eating habit'/exp) AND ('education'/exp OR 'outcome of education'/exp OR 'educational model'/exp OR 'education program'/exp OR 'patient education'/exp OR 'health education'/exp OR 'family education'/exp))			Data pubblicazione: 2007-2017 Età: adolescenti e giovani adulti

dotto nel Regno Unito nel 2014[27], con una Analisi Interpretativa Fenomenologica (IPA), ha portato alla luce

le esperienze delle madri le cui figlie affette da AN hanno ricevuto l'home treatment (HT) [27]. L'HT è un approccio terapeutico innovativo e di recente elaborazione; è focalizzato sull'adolescente ma centrato sulla famiglia; attraverso questa terapia si cerca di rispondere ai bisogni del giovane nell'ambiente familiare domestico, educando e sostenendo i genitori, così da ridurre lo stress e consentendo loro di vivere una vita familiare il più normale possibile. Le esperienze estrapolate sono state raggruppate in tre temi principali, condivisi dalle partecipanti allo

studio, e definiti come “rimanere intrappolate”, “toccare il fondo” e “l'esperienza dell'aiuto”. Il tema “rimanere intrappolate” tratta il circolo vizioso che si crea nel prendersi cura delle proprie figlie affette da AN; le madri diventavano sempre più coinvolte nel disturbo isolandosi dagli altri, con la conseguente perdita della propria identità, immergendosi ancora di più nel rapporto problematico con la figlia. “Toccare il fondo” è un tema che ha permesso di capire il profondo livello di disperazione, ansia e stress che provano le madri precedentemente l'inizio dell'HT[27]. L'ultimo tema affrontato è “l'esperienza dell'aiuto”, la ricerca di aiuto rappresenta un bisogno diffi-

cile, addirittura molte madri sostengono che l'offerta dell'HT sia arrivata troppo tardi e che la durata del programma sia stata insufficiente, sottolineando quindi l'importanza di una revisione dei tempi e della lunghezza del trattamento. Dove l'HT è stato costruito su di un approccio coerente, basato sulla disponibilità, sulla comprensione, sulla collaborazione, sul supporto e sulla fondamentale condivisione di informazioni, l'approccio ha avuto un impatto positivo sia per i membri dell'equipe che per le madri e le figlie. I due principali vantaggi dell'HT sono l'acquisizione di competenze da parte delle famiglie per sostenere la figlia e il supporto pratico ed emotivo per recuperare le proprie risorse

continua da pagina 27

e riprendere il controllo. Il programma va costruito sulla specificità della singola famiglia, adattando il percorso, fornendo un supporto efficace, cercando di dare tutte le informazioni necessarie ai genitori per rendere possibile il loro coinvolgimento nel trattamento e per far comprendere loro il ruolo che assumeranno. L'equipe deve essere disponibile, dedicare tutto il tempo necessario per rispondere ai bisogni dei caregivers, definire il ruolo che andranno a ricoprire all'interno del nucleo familiare, senza diventare un componente invadente. L'assenza di modelli applicabili a tutti i Paesi europei oltre che di linee guida comuni nella costruzione del percorso, impongono di valutare lo studio inglese legandolo allo specifico contesto. Dato che l'H[27] si presenta come un'alternativa al ricovero ospedaliero,

sono necessari ulteriori studi per valutare la validità di questa alternativa; infatti nei casi di 5 adolescenti riportati in questo studio il trattamento non è stato sufficiente ad evitare il ricovero. Ciò potrebbe essere dovuto ad una serie di variabili, come la gravità dell'AN, la motivazione dell'adolescente, la capacità della madre di farsi carico del trattamento.

CONCLUSIONS

I risultati della revisione suggeriscono come l'argomento presenti ancora forti ed importanti gap in letteratura. Nonostante sia una problematica importante a livello mondiale e particolarmente sentita, gli studi condotti atti a valutare i bisogni dei genitori di ragazze affette da Disturbi Alimentari, e l'efficacia dell'home treatment, sono davvero esigui. I risultati hanno dimostrato le

notevoli difficoltà e la necessità dei familiari di essere supportati nella cura dei figli affetti da disturbi alimentari, sempre più presenti nella popolazione mondiale, aspetto poco esplorato in letteratura. La particolarità e la complessità del disturbo, l'abbassamento dell'età di esordio e la gravità delle conseguenze cliniche e psicologico/psichiatriche ad esso correlate impongono la pianificazione di interventi e percorsi specifici ed efficaci negli ambiti della prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione. La figura dell'infermiere, presente in tutti i setting, potrebbe supportare l'intero percorso del paziente adattando le proprie competenze allo specifico contesto.

Il modello di percorso del paziente, elaborato in Italia negli ultimi anni ^{18,19,20}, sostiene l'urgenza di creare per i DA percorsi di

prevenzione, terapia e riabilitazione chiari ed il più possibile omogenei a livello nazionale.

Al fine di valutare meglio i bisogni dei genitori di ragazze fette da Disturbi Alimentari e l'efficacia dell'home treatment (HT)[27] sono necessarie ulteriori ricerche che coinvolgano campioni di infermieri, professionisti di diverse discipline e genitori di figli con disturbi alimentari.

* Infermiere ASL Biella

** Infermiera libera professionista

*** Infermiere ASL Le, Ospedale "San Giuseppe da Copertino";

**** Infermiere Tutor della didattica professionale UPO sede di Biella

Corresponding author:
Antonino Calabrò,
viale Macallè 43
Biella
anto.cala76@gmail.com
tel. 3338546352

Tabella 3. Tabella sinottica degli studi inclusi nella revisione.

Autore, anno e titolo	Tipologia di studio	Popolazione e campione	Obiettivo	Intervento	Risultati	Conclusione	CASP
Honey A, et al. 2008. "Support for Parents of Children with Anorexia: What Parents Want."	Studio qualitativo mediante interviste non strutturate.	24 genitori di ragazze adolescenti (14-20) che stavano ricevendo un trattamento per l'AN.	L'obiettivo di questa ricerca qualitativa è dare una risposta alla domanda: "Che tipo di supporto necessitano i genitori di ragazze affette da AN, da parte dei professionisti sanitari?".	I genitori sono stati sottoposti ad interviste non strutturate, nelle quali l'intervistatrice spiega di essere interessata all'esperienza dei genitori. Inoltre vengono incoraggiati a discutere delle situazioni specifiche in cui hanno riscontrato problemi.	È emerso che sono tre i principali modi in cui i genitori desiderano essere supportati, nel loro ruolo di caregivers delle figlie, dai professionisti e dai servizi: essere inclusi nel percorso, essere supportati e guidati nel prendersi cura della figlia e l'assunzione di un atteggiamento positivo da parte dell'equipe nei loro confronti.	Questo studio delinea le situazioni in cui la famiglia richiede maggiore supporto e che i professionisti dovrebbero considerare nel percorso terapeutico, adattandolo alla specificità del paziente e del contesto familiare. Queste conoscenze aprono la strada ad ulteriori ricerche sulle interazioni e relazioni genitori-professionisti, area trascurata nella ricerca nell'ambito del DA.	Valutato attraverso la <i>check-list</i> apposita, risulta rispettare i criteri dello studio qualitativo ed inoltre identifica un'area che necessita di ulteriori studi.

Tabella sinottica degli studi inclusi nella revisione.

Autore, anno e titolo	Tipologia di studio	Popolazione campione	Obiettivo	Intervento	Risultati	Conclusione	CASP
Bezance J, Hollday J. 2014. "Mother's Experiences of Home Treatment For Adolescent With Anorexia Nervosa: An Interpretative Phenomenological Analysis."	Studio qualitativo di natura retrospettiva, mediante interviste semistrutturate	9 madri di adolescenti (13-16 anni) affette da AN.	Esplorare le esperienze delle madri le cui figlie hanno ricevuto l'home treatment (HT).	Attraverso delle interviste semistrutturate, si raccolgono dati circa le considerazioni retrospettive ed attuali dei partecipanti all'HT poi valutati attraverso un'analisi fenomenologica interpretativa (IPA).	Attraverso l'analisi dei dati, le esperienze sono stati raggruppati in 3 temi principali, condivisi dalle partecipanti: - "rimanere intrappolate" - "toccare il fondo" - "l'esperienza dell'aiuto".	L'HT va costruito sulla specificità della famiglia, adattando il percorso, fornendo un supporto efficace, cercando di dare tutte le informazioni necessarie ai genitori per rendere possibile il loro coinvolgimento e per far comprendere loro il ruolo che assumeranno. L'equipe deve essere disponibile, dedicare tutto il tempo necessario per rispondere ai bisogni dei caregivers, definire il ruolo che andranno a ricoprire all'interno del nucleo familiare, senza diventare invadente.	Valutato attraverso la <i>check-list</i> apposita, risulta rispettare i criteri dello studio qualitativo; definisce la necessità di ulteriori studi.

BIBLIOGRAPHY

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. p. 329-354.
2. Regione Piemonte. Deliberazione della Giunta Regionale 5 febbraio 2013, n. 7-5304. Percorso diagnostico-terapeutico per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa). Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 96-13749 del 29 marzo 2010.
3. Cosa sono i Disturbi Alimentari. Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, Italia. Disponibile a: www.psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/cosa-sono-i-disturbi-alimentari/. Ultimo accesso: 1/08/2017.
4. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time Trends in Age at Onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry* February. 2009; 70: 1715-21.
5. I disturbi dell'alimentazione sono patologie complesse che portano la persona ad avere un rapporto distorto con cibo, peso e immagine corporea. Ministero della Salute, Italia. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=63&area=Disturbi_psichici. Ultimo accesso 11/09/2017.
6. Preti A, De Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, De Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WHM project. *Journal of Psychiatric Research*. 2009; 43(14):1125-32.
7. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in Psychiatry*. 2016; 29(6):340-345.
8. Disturbi dell'Alimentazione. Ministero della Salute, Italia. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=Salute%20donna&menu=patologie. Ultimo accesso: 12 settembre 2017.
9. Anoressia e bulimia. Epicentro, Italia. Disponibile a: www.epicentro.iss.it/anoressia/epidemiologia Ultimo accesso: 19 settembre 2017.
10. Cuzzolaro M. Intervento integrato di prevenzione primaria e secondaria dei disturbi dell'alimentazione e del peso corporeo in una popolazione scolastica adolescenziale. In: *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)*. Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare", Todi, 16-17 ottobre 2009. Roma: Ministero della Salute, Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012. p. 137-164. Disponibile a: www.ccm-network.it/documenti_Ccm/publicazioni/il-coraggio-di-guardare-DCA.pdf. Ultimo accesso: 18 settembre 2017.
11. Giornata Nazionale del Focchetto Lilla sul problema dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Regione Piemonte. Notizie dell'Assessorato. 13/3/2017. Disponibile a: www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/notizie-87209/notizie-dallassessorato/4941-13-3-2017-o-giornata-nazionale-del-focchetto-lilla-per-sensibilizza. Ultimo accesso 12 settembre 2017.
12. Todisco P. Il gioco delle scatole cinesi nella prevenzione dei Disturbi Alimentari. In: *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)*. Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare", Todi, 16-17 ottobre 2009. Roma: Ministero della Salute, Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012. p. 119-130. Disponibile a: www.ccm-network.it/documenti_Ccm/publicazioni/il-coraggio-di-guardare-DCA.pdf. Ultimo accesso: 18 settembre 2017.
13. Daga G A, Quaranta M, Notaro G, Urani C, Amianto F, Fassino S. Terapia familiare e disturbi del comportamento alimentare nelle giovani pazienti: stato dell'arte. *Giom Ital Psicopat* 2011; 17: 40-47.
14. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2010; 43(1): 1-5.
15. D'Ivernois J F, Gagnayre R. (2006). Educare il paziente: un approccio pedagogico. McGraw-Hill. Capitolo I, pp. 1-20.
16. Raucci V, Spaccapeli G. Fondamenti di Infermieristica in Salute Mentale. Maggioli Editore; 2013.
17. De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G Di Fiandra T. Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti. Istituto Superiore di Sanità Roma; 24-25 ottobre 2012.
18. Appropriatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute. 2013; 17/22. Luglio-Agosto; ultimo aggiornamento 7 marzo 2017.
19. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Ministero della Salute. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2285_allegato.pdf. Ultimo accesso: 15 settembre 2017.
20. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione Quaderni del Ministero della Salute. 2017; 29 Settembre.
21. Ruocco G. Disturbo dell'alimentazione. LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE. Ministero della Salute. Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica 20 settembre 2017. https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/462/dott_Ruocco_-_Ministero_della_salute.pdf. Ultimo accesso: 22 settembre 2017.
22. Ryan V, Malson H, Clarke S, Anderson G, Kohn M. Discursive constructions of 'eating disorders nursing': an analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients: *European Eating Disorders Review*. 2006;14(2):125-135.
23. Critical Appraisal Skills Programme (2017). CASP Checklist. Disponibile a: www.casp-uk.net/casp-tools-checklists. Ultimo accesso: 5 ottobre 2017.
24. Honey A, Boughtwood D, Clarke S, Halse C, Kohn M, Madden S. Support for Parents of Children with Anorexia: What Parents Want. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 2008; 16(1): 40 • 51.
25. Honey A, Halse C. Parents dealing with anorexia nervosa: Actions and meanings. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2005; 13: 353-368.
26. Honey A, Halse C. The specifics of coping: Parents of daughters with anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*. 2006; 16: 611-629.
27. Bezance J, Holliday J. Mother's Experiences of Home Treatment for Adolescent With Anorexia Nervosa: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Eating Disorders*. 2014;22(5):1-19.

PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

Cartabellotta A. La formazione residenziale degli operatori sanitari (Internet). In: Pressato L, Cartabellotta A, Bernini G et al. L'educazione continua in medicina. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003. (pubblicato Marzo 2003; consultato: Marzo 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.pensiero.it/catalogo/pdf/ecm/capitolo2.pdf>

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

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

La nuova casa di tutti gli infermieri

L'annuncio commosso del Presidente Carbone: *"Entro quest'anno l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli avrà una nuova sede"*.

Proiettato un video per illustrare i lavori in corso.



di Pino De Martino

C'era un filo di commozione nella voce del Presidente Carbone quando ha dato la notizia. Ha colto l'occasione dell'Assemblea per l'approvazione del Bilancio, all'Hotel dei Congressi a Castellammare, per dirlo ad alta voce, con orgoglio e fierezza: "Possiamo annunciare ufficialmente che entro quest'anno, - ha detto trattenendo il respiro - l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli avrà una sede nuova. Stabile, di proprietà e adeguata al ruolo crescente che gli infermieri napoletani si sono saputi ritagliare in questi anni, dentro e fuori la sanità".

Lavori in corso - Agli infermieri presenti all'Assemblea per l'approvazione del Bilancio è stata offerta la possibilità di vedere in anteprima la nuova sede. Nuda, s'intende. Una gara internazionale già in-

detta selezionerà il progetto più valido per la divisione degli spazi e per l'arredo. Grazie all'utilizzo di un drone è stato possibile inquadrare lo stabile prestigioso, posto alle spalle della statua dedicata a Salvo d'Acquisto, il vice brigadiere dell'Arma dei Carabinieri, insignito di Medaglia d'oro al valor militare alla memoria per essersi sacrificato il 23 settembre 1943 per salvare un gruppo di civili durante un rastrellamento delle truppe tedesche nel corso della seconda guerra mondiale.

Da via Costantinopoli a Piazza Carità - E' un traguardo al quale tiene molto il Presidente Carbone. Da sempre. Lo disse per la prima volta da Vicepresidente, quando l'allora Collegio degli infermieri di Napoli si trasferì dalla Pignasecca a via Santa Maria di Costantinopoli. Fu già un passo importante.

Sede più ampia, affrescata e dignitosa. Ma non sufficiente per Carbone, che guardava lontano e sognava una sede ancora

più spaziosa, centrale, capace di soddisfare non solo le esigenze organizzative e di rappresentanza dell'esecutivo. Ma di tutti gli iscritti.

Nella nuova sede di piazza Salvo d'Acquisto (già piazza Carità) ci sarà spazio adeguato per ospitare gruppi di lavoro, team di ricerca, convegni, dibattiti, incontri e manifestazioni.

Sarà la "casa degli infermieri": un luogo di studio, di approfondimento, di aggiornamento, di formazione, di dibattito. "Di questo obiettivo, sono particolarmente fiero perché l'acquisto di un immobile significa dare stabilità e futuro. Gli infermieri di Napoli sono cresciuti in questi anni, sia nelle competenze, sia nelle responsabilità, sia nella voglia di fare sempre di più e meglio. Ed allora si avvertiva da tempo il bisogno di una sede capace di ospitare tanta energia e tanta voglia di essere protagonista nella sanità di oggi e di domani".

Assemblea Bilancio

Carbone: “Giovani, lavoro e formazi

Conti in ordine: approvati i bilanci consuntivo 2018 e previsionale 2019. Ampie relazioni del Presidente Carbone e del Tesoriere Sanges. Via libera dai Revisori.

di Pino De Martino

Con la relazione del presidente Ciro Carbone, si è aperta anche quest'anno l'annuale assemblea degli iscritti per l'approvazione del bilancio consuntivo 2018 e previsionale 2019. I lavori si sono svolti nella Sala Meeting dell'Hotel dei Congressi di Castellammare. I bilanci sono stati approvati con ampio consenso. E anche le relazioni, quella del Presidente Carbone, del Tesoriere Gennaro Sanges e del presidente dei Revisori Vincenzo Saraiello sono state apprezzate.

Giornale on line e borse di studio - Ricca di spunti importanti quella del Presidente Ciro Carbone. “Tra i punti importanti del nostro programma elettorale - ha ricordato Carbone - figura senz'altro la trasformazione della rivista professionale Napolisana Campania da giornale cartaceo a pubblicazione on line. Ebbene, a partire dal primo numero del 2019 il giornale, giunto al traguardo del 25esimo anno di pubblicazioni è fruibile esclusivamente attraverso il nostro sito web, disponibile anche in lingua inglese”. Altra importante novità che riguarda la rivista, ha aggiunto il Presidente, è rappresentata dalla indicizzazione su banche dati internazionali, della parte scientifica: “E' stato un traguardo prestigioso e ambizioso che onora l'intero corpo professionale di Napoli e che va ascritto a questo gruppo dirigente che ci ha creduto, ma soprattutto ad un gruppo di colleghi esperti, con formazione avanzata, che contribuiscono con determinazione ad arricchire la disciplina infermieristica. L'indicizzazione è un processo dinamico, richiede un costante aggiornamento e rappresenta un patrimonio per tutti, per chi scrive ma soprattutto per chi ha il dovere deontologico di far passare nella pratica clinica i risultati della ricerca. Su questo aspetto stiamo puntando molto, incoraggiando i giovani a fondare il proprio agire professionale su basi scientifiche”. A tal proposito è stata annunciata l'istituzione di 3 borse di studio per le migliori tesi di ricerca, appena sarà conclusa la sessione straordinaria di laurea (nel mese di aprile) saranno pubblicati i bandi sul nostro sito.



Esenzione quota annuale per i neo laureati - Altro punto centrale del programma era l'esenzione dal pagamento della quota associativa per i neo laureati. Detto e fatto. “Questo provvedimento è stato concepito come un'attenzione della grande famiglia professionale nei riguardi dei giovani che non sono ancora inseriti nel mondo del lavoro”, ha tenuto a sottolineare il Presidente Carbone. A partire dall'anno accademico 2017/2018, tutti i colleghi che si sono iscritti per la prima volta all'Ordine di Napoli, sono

stati esentati dal pagamento della retta annuale”. Carbone ha ricordato alcuni eventi importanti del 2018: l'udienza del Santo Padre per gli infermieri italiani, che ha visto l'Opi di Napoli presente con una delegazione di 200 colleghi e il Congresso della Federazione nazionale degli ordini Fnopi, con la partecipazione di oltre 200 iscritti di Napoli. E poi, gli incontri tra Opi Napoli i Rettori delle due Università: “Federico II” e “Luigi Vanvitelli”. “Il dialogo proficuo e ricco con queste due importanti istituzioni - sostiene Carbone in un passaggio della relazione - è in continua evoluzione, ed è teso a monitorare e migliorare il percorso formativo dei nostri futuri professionisti”. A tale proposito, al fine di supportare la Ricerca Infermieristica nelle università, sa-

stati esentati dal pagamento della retta annuale”. Carbone ha ricordato alcuni eventi importanti del 2018: l'udienza del Santo Padre per gli infermieri italiani, che ha visto l'Opi di Napoli presente con una delegazione di 200 colleghi e il Congresso della Federazione nazionale degli ordini Fnopi, con la partecipazione di oltre 200 iscritti di Napoli. E poi, gli incontri tra Opi Napoli i Rettori delle due Università: “Federico II” e “Luigi Vanvitelli”. “Il dialogo proficuo e ricco con queste due importanti istituzioni - sostiene Carbone in un passaggio della relazione - è in continua evoluzione, ed è teso a monitorare e migliorare il percorso formativo dei nostri futuri professionisti”. A tale proposito, al fine di supportare la Ricerca Infermieristica nelle università, sa-

stati esentati dal pagamento della retta annuale”. Carbone ha ricordato alcuni eventi importanti del 2018: l'udienza del Santo Padre per gli infermieri italiani, che ha visto l'Opi di Napoli presente con una delegazione di 200 colleghi e il Congresso della Federazione nazionale degli ordini Fnopi, con la partecipazione di oltre 200 iscritti di Napoli. E poi, gli incontri tra Opi Napoli i Rettori delle due Università: “Federico II” e “Luigi Vanvitelli”. “Il dialogo proficuo e ricco con queste due importanti istituzioni - sostiene Carbone in un passaggio della relazione - è in continua evoluzione, ed è teso a monitorare e migliorare il percorso formativo dei nostri futuri professionisti”. A tale proposito, al fine di supportare la Ricerca Infermieristica nelle università, sa-

stati esentati dal pagamento della retta annuale”. Carbone ha ricordato alcuni eventi importanti del 2018: l'udienza del Santo Padre per gli infermieri italiani, che ha visto l'Opi di Napoli presente con una delegazione di 200 colleghi e il Congresso della Federazione nazionale degli ordini Fnopi, con la partecipazione di oltre 200 iscritti di Napoli. E poi, gli incontri tra Opi Napoli i Rettori delle due Università: “Federico II” e “Luigi Vanvitelli”. “Il dialogo proficuo e ricco con queste due importanti istituzioni - sostiene Carbone in un passaggio della relazione - è in continua evoluzione, ed è teso a monitorare e migliorare il percorso formativo dei nostri futuri professionisti”. A tale proposito, al fine di supportare la Ricerca Infermieristica nelle università, sa-



Assemblea
Bilancio

zione, le nostre priorità”



ranno finanziati 2 assegni di ricerca.

Progetto “infermiere di famiglia” - Continuando nelle elenchi delle cose fatte, Carbone ricorda “il rilascio gratuito dei certificati di iscrizione e inoltre via pec a tutti gli iscritti”; La sperimentazione del progetto “Infermiere di famiglia”, finanziato con fondi europei e da noi coordinato; l’istituzione presso l’Ordine di Napoli di una Commissione permanente dedicata alla Sanità privata. “Molta attenzione abbiamo rivolto al tema delle aggressioni verbali e fisiche ai danni dei colleghi”, ha ricordato Carbone. “Soprattutto per quanti lavorano sulle autoambulanze, o nei reparti di pronto soccorso e delle emergenze/urgenze. Una piaga nazionale, ma che qui in Campania assume il carattere di un’autentica emergenza, anche



a causa di un sistema sanitario regionale impoverito di personale, soprattutto infermieristico, ma anche di attrezzature e mezzi”.

Lavoro, un tavolo in Regione – Tra le questioni mai perse di vista in tutti questi anni c’è quella del lavoro. “In dieci anni di blocco del turn over in Campania – dice Carbone in un passaggio importante della relazione - abbiamo perso tantissimi posti. secondo la federazione mancano tra ospedali e territorio circa 9mila infermieri. tutto ciò influisce negativamente sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini e incide sulla valorizzazione della professione e dei professionisti che in questi anni hanno di fatto sorretto il sistema sanitario regionale.

Su questo fronte ci siamo fortemente impegnati con i vertici regionali, abbiamo chiesto e ottenuto l’istituzione permanente di un tavolo regionale dedicato. E’ stato un impegno costante il nostro, per favorire il rientro di tanti colleghi infermieri e infermiere pediatriche, che lavorano fuori regione; per ottenere l’avvio di procedure concorsuali, per la stabilizzazione di ogni forma di precariato ed esaurimento di tutte le forme di lavoro atipico”.

Il parere
dei Revisori

Il Collegio dei revisori dei Conti nella persona del presidente Vincenzo Saraielo ha ampiamente e dettagliatamente esposto le motivazioni che hanno portato ad esprimere parere favorevole all’approvazione del Bilancio Consuntivo 2018 e del bilancio di Previsione per l’esercizio 2019. “Il bilancio consuntivo - si legge nella relazione del Presidente Saraielo - è stato redatto nell’osservanza dei principi di contabilità.

Nel corso dell’anno si è proceduto al riscontro dei dati esposti in ciascuno dei documenti che compongono il consuntivo con le corrispondenti scritture contabili e sono stati effettuati dei controlli sugli aspetti che regolano la contabilità pubblica”. In particolare è stato esaminato il Rendiconto Finanziario e la Situazione Patrimoniale. Dicono ancora i revisori: “La gestione delle disponibilità di cassa è stata corretta.

Nei riscontri contabili eseguiti c’è stata regolarità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa fiscale e della gestione dell’esercizio finanziario per l’anno 2018. Il bilancio di previsione 2019 è stato redatto nel rispetto del regolamento di amministrazione e contabilità approvato dal Consiglio.

Il presidente nella sua relazione programmatica ha chiarito le motivazioni e le scelte che indurranno a sostenere le spese per l’esercizio 2019”.

La relazione del Tesoriere ha altresì specificato in termini economico-finanziari l’effetto di suddette scelte. “Inoltre, le somme iscritte al bilancio appaiono attendibili e congrue ed è stato anche dimostrato il pareggio di bilancio”.

Notizie dall'Ordine

No alla macchina del fango contro gli infermieri

Ogni volta che qualcosa di strano, d'incomprensibile e sospetto accade nella sanità napoletana si tirano in ballo gli infermieri. Dopo le formiche e gli scarafaggi, è arrivato gratuito il sospetto che dietro la manomissione della centralina salvavita nel reparto di terapia intensiva coronarica dell'Ospedale Cardarelli ci sia qualche infermiere stanco o squilibrato. L'Ordine degli infermieri di Napoli stigmatizza questo modo poco professionale di raccontare i fatti con allusioni e sospetti infondati. "Siamo stufo di fare da capro espiatorio di tutto il marcio che riguarda la sanità a Napoli e provincia". A parlare è **Ciro Carbone**, Presidente dell'Ordine degli infermieri di Napoli. "C'è una macchina del fango che si mette in moto contro gli infermieri in modo sistematico con accuse gratuite che indagini e inchieste giudiziarie smentiscono puntualmente", Aggiunge Carbone. "Si tratta di un attacco al buon nome della professione al quale risponderemo adeguatamente. Come Ordine difenderemo l'onorabilità dei tanti colleghi infermieri offesi ingiustamente. Colleghi che si prodigano ogni giorno per tenere in piedi un'assistenza agli ammalati la migliore possibile, pur in presenza di gravissime carenze di personale e mezzi. Apprezziamo – dice infine Carbone – la presa di distanza precisa e netta di **Enrico Coscioni**, consigliere del presidente della



giunta **Vincenzo De Luca**, da ogni ipotesi fantasiosa. E di lasciare agli inquirenti il lavoro d'indagine e le conclusioni". La fantasiosa ricostruzione, priva in assoluto di fondatezza e scritta solo per sentito dire, è comparsa su un quotidiano napoletano, ma senza riportare alcuna fonte accreditata. Dunque, solo un'ipotesi di chi scrive, senza alcuna sostanza investigativa. "Sabotaggio, infermieri nel mirino". L'articolo racconta del misterioso episodio di manomissione alla centralina salvavita. Vicenda sulla quale ci sono due indagini in corso, una interna e un'altra della Procura. Non si capisce per quale motivo il giornale attribuisca la responsabilità agli infermieri. Molto puntuale e pertinente, invece, la considerazione di **Enrico Coscioni** riportata nello stesso articolo. «Da cardiocirurgo - commenta il consigliere per la sanità del presidente De Luca - conosco quelle apparecchiature e non trovo una ragione plausibile all'inserimento di una graffetta che silenzia il sistema di monitoraggio. Gli allarmi si sovrappongono ad altri sistemi di controllo. Un presunto artefice si sarebbe complicato la vita da solo facendo ricadere su se stesso la responsabilità di un eventuale evento avverso. Credo dunque che bisogna chiedersi cosa sia effettivamente avvenuto prima di formulare giudizi ed esprimere opinioni».

Il riconoscimento e la tutela della figura e dell'immagine professionale dell'infermiere. E' Questo l'argomento centrale della lettera che la Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri ha inviato al ministro della Salute, all'Ordine nazionale dei giornalisti, alla Federazione della Stampa, all'autorità garante delle telecomunicazioni, alla Commissione Parlamentare vigilanza Rai, alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e alla Procura della Repubblica di Roma perché si mettano in atto misure e interventi per la tutela e la salvaguardia della professione, soprattutto per evitare che si danneggi il rapporto di fiducia che questa ha con i cittadini che hanno bisogno e che si riduca la qualità dell'assistenza. Nella lettera la presidente della Federazione **Barbara Mangiacavalli** sottolinea che "si prosegue a screditare l'immagine della professione agli occhi dei cittadini, cosa che Lei ben sa – dice rivolta al ministro - a che danno può portare anche e soprattutto a livello di assistenza sanita-

Tutelare l'immagine e la professionalità degli infermieri

Lettera FNOPI al ministro della Salute

ria". "Nel tempo – spiega **Mangiacavalli** - abbiamo manifestato e ribadito più volte a tutti gli organi di informazione e attraverso tutte le strade percorribili (oltre all'evidenza data sul nostro sito istituzionale, attraverso comunicati, richieste di rettifiche e social) la disponibilità degli Ordini a chiarire eventuali posizioni professionali presunte in questi frangenti. Fino alla disponibilità messa in atto da questa Federazione della consultazione immediata sul suo sito istituzionale dell'albo degli infermieri nel quale, se di infermieri non si tratta, i nomi ovviamente non appaiono. Nulla da fare. Si prosegue in

modo sistematico e incalzante a dare adito a quanto più volte da noi sottolineato: per molti media nella sanità o si è medici o si è infermieri" e la professione sembra paradossalmente il filo conduttore di qualunque accusa. La richiesta, questa volta ufficiale, all'organo di Governo che vigila sulla professione è chiara: "Un intervento presso gli Ordini professionali dei giornalisti perché nel dare informazione sia instaurato un livello di verifica reale prima di puntare il dito contro categorie che svolgono ben altra attività nei confronti dei cittadini e, in quanto esponente di Governo – prosegue rivolta al ministro della Salute -, un intervento perché sia regolamentata e normata la qualifica di infermiere anche al di là di quanto già avvenuto con la legge 3/2018 e con la normativa precedente, non solo verso i professionisti che ne fanno parte e contro chi ne abusa, ma anche rispetto a pene severe per chi getta discredito improprio su chiunque opera a fianco dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale".

Le professioni sanitarie si confrontano

di Umberto Russo

“Le eccellenze che ruotano intorno al bene sanitario”. E’ il titolo del convegno che ha raccolto, a tutti i livelli, gli operatori del sistema sanitario campano. Una giornata dedicata alle professioni, alle eccellenze che pure in Campania ci sono e che vengono poco riconosciute, perché a far notizia sono le cose che non funzionano: le barelle in corsia, i Lea insufficienti, i tempi d’attesa lunghi e poi, formiche, scarafaggi, malasania. Per una volta medici, infermieri, farmacisti, tecnici, tutti insieme per premiare chi si è distinto, ma anche per dire cosa fare per migliorare l’offerta sanitaria regionale.

La rassegna, che ha visto alternarsi sul palco 60 relatori, è stata curata da Antonio d’Amore, direttore generale dell’Asl Napoli 2 Nord, da Mariano Fusco, direttore del dipartimento farmaceutico dell’Asl Napoli 2 Nord, e da Ugo Trama, direttore UOD Politica del Farmaco e dispositivi della Regione Campania. Presente il Presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca: “Ci sono professionisti che hanno scelto di stare qui in Campania perché insieme con loro è stato fatto un progetto di crescita delle loro attività, nell’ottica di un rilancio complessivo del nostro Sistema Sanitario Regionale. Sono loro la testimonianza di come nella sanità campana ci siano figure di riferimento assoluto”. Per gli infermieri è intervenuta la vicepresidente dell’Opi Napoli, Teresa Rea: “Gli infermieri hanno chiaro il loro ruolo come supporto ai cittadini per rendere più incisivi i loro bisogni di salute” ha affermato Teresa Rea. “Secondo stime dell’OMS il 30/50% dei farmaci prescritti non sono assunti come dovrebbero, inoltre tra il 30% e il 70% dei pazienti commette errori o scambi involontari di farmaci.

Secondo il piano delle Nazionali delle Criticità sono stati 194.500 decessi nell’Unione Europea per mancanza di aderenza terapeutica o per errori di dosaggi o di assunzione di farmaci. Secondo cittadinanza attiva le regioni compresa la Campania sono molto attente all’appropriatezza prescrittiva, ma molto poco si fa per informare e formare all’autocura”.

La Rea si è soffermata sull’ottimizzazione delle cure: “I tempi sono maturi per prevedere la prescrizione di presidi per l’assistenza, secondo protocolli condivisi tra professionisti e istituzioni, che potrebbe essere utile ad esempio nell’ambito del wound care, dispositivi vascolari, delle stomie, competenze queste già agite dagli infermieri ma di fatto ancora non riconosciute. Ciò consentirebbe di equiparare i nostri infermieri a quanto già avviene in Europa e di dare attuazione a direttive europee del 2013. Gli infermieri campani hanno fronteggiato la carenza del ssr e stanno fronteggiando i sistemi sanitari europei dove le loro competenze sono valorizzate e ritenute eccellenti.

Il mio auspicio è che questi eccellenti professionisti siano valo-



rizzati qui per dare adeguate risposte ai bisogni dei cittadini.” Un convegno ricco di spunti interessanti, di materiale da tener presente volendo dare voce alle professioni che la sanità la vivono da dentro che la conoscono sin dal profondo. Poi il momento del merito. Sei medici che lavorano in strutture sanitarie della Campania sono stati premiati per impegno, professionalità, particolari risultati raggiunti. A consegnare i riconoscimenti, insieme a De Luca, anche il Cardinale di Napoli, Crescenzo Sepe. Sono stati premiati Felice Pirozzi (primario di chirurgia del Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli, rientrato lo scorso maggio a lavorare in Campania dopo un’esperienza a San Giovanni Rotondo), Paolo Ascierio (primario del servizio Melanoma Immunoterapia Oncologica dell’istituto tumori Pascale, innovatore nell’immunoterapia applicata alle patologie oncologiche che ha scelto di rimanere a lavorare in Campania, rifiutando offerte di lavoro in altre Regioni), Massimo Trigiani (primario di Allergologia e Immunologia all’Università di Salerno che ha avviato un lavoro di complessiva riorganizzazione e valorizzazione delle attività, migliorando l’assistenza), Luisa Franzese (direttore dell’Ufficio Scolastico Regionale che ha messo in atto azioni volte a garantire l’accesso scolastico anche ai bambini con problematiche di salute complesse), Antonio Corcione (direttore del Centro Regionale Trapianti che sta guidando la riorganizzazione del sistema dei trapianti, così da permettere ai cittadini di non doversi spostare fuori regione per sottoporsi a trapianti d’organo), e Cristiano Giardiello (responsabile della chirurgia Bariatrica del Pineta Grande Hospital di Castel Volturno, che sta permettendo di ridurre la quota di pazienti che si rivolgevano fuori regione per problemi di obesità).

Notizie dall'Ordine

Prestigio Italia promuove la cultura del benessere

di Vanessa Pierattini

Uno spazio dedicato alla cultura artistica, paesaggistica ed enogastronomica con articoli rivolti a tutti gli infermieri iscritti all'Ordine, inerenti al benessere ed al relax, dalla pratica dello Yoga alla cucina vegana, dal massaggio schiatsu a servizi sui prodotti agricoli forniti da fattorie convenzionate. E' quanto intende realizzare in collaborazione con "NapoliSana" lo staff di Prestigio Italia, che ringrazia il consiglio dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli per l'opportunità. Benessere e relax che si legano alla mission dell'Associazione, nata a Napoli nel 2014, intenta a sostenere la promozione e lo sviluppo turistico del territorio Italiano. Infatti, sottoscrivendo la Prestige Card si avrà la possibilità di usufruire di sconti ed agevolazioni presso aziende ed imprese partner convenzionate, tra cui numerose strutture ristorative. Perché il benessere è determinato anche e soprattutto da ciò che mangiamo. Pensiamo alla Dieta Mediterranea, dal 2010 iscritta dall'UNESCO nella lista del patrimonio culturale immateriale dell'Umanità, tanto amata nel mondo per i benefici e la longevità che derivano dal seguire il suo modello nutrizionale. «La Dieta Mediterranea – ricorda la biologa nutrizionista Katya Tarantino – è caratterizzata da un modello nutrizionale rimasto costante nel tempo e nello spazio, costituito principalmente da olio di oliva, cereali, frutta fresca o secca e verdure, una moderata quantità di pesce, latticini e carne e molti condimenti e spezie, il tutto accompagnato da vino o infusi, sempre in rispetto delle tradizioni di ogni comunità. Tuttavia, la Dieta Mediterranea è molto più che un semplice alimento. Essa promuove l'interazione sociale, poiché il pasto in comune è alla base dei costumi sociali e delle festività condivise da una data comunità e ha dato luogo a un notevole corpus di conoscenze, canzoni, massime, racconti e leggende. La Dieta si fonda nel rispetto per il territorio e la biodiversità e garantisce la conservazione e lo sviluppo delle attività tradizionali e dei mestieri collegati alla pesca e all'agricoltura nelle comunità del Mediterraneo».

Un volo pindarico ma non troppo azzardato ci riporta alla pizza, un alimento che ben risponde ai principi della Dieta Mediterranea. Nelle sue molteplici varietà, da quelle tradizionali a quelle sperimentate di recente, è un connubio di cereali, verdure, proteine che deliziano i palati, apportando benefici al corpo ed allo spirito, grazie a genuinità, sapore e convivialità. Se si ha fretta la si mangia per strada, "a triangolo oppure piegata a libretto", se si ha più tempo la si gusta comodamente seduti a tavola, in pizzeria o a casa, magari ridendo e scherzando insieme ad amici o parenti. Una vera fonte di ricchezza, dunque, per un Paese. Ne è consapevole l'associazione partner di Prestigio Italia Gruppo la piccola Napoli (GPN), capitanata dal presidente Paco Linus e dal vice presidente Enzo Fiore. L'Associazione riunisce ed associa



pizzaioli, cuochi, pasticceri e panificatori che offrono prodotti di qualità, appassionando non solo i napoletani, ma anche i tanti turisti che giungono in visita nelle nostre città. Attualmente, alla GPN hanno aderito circa 150 tra pizzerie e ristoranti, dislocati non solo sul territorio campano, ma anche in altre regioni d'Italia. Il socio titolare della Prestige Card potrà usufruire, presso le attività associate alla GPN e convenzionate con Prestigio Italia, di sconti che vanno dal 15 al 20%. Perché Prestigio Italia è attenta al benessere dei suoi soci cui riserva numerosi vantaggi, che vanno dalle agevolazioni con il 20% di sconto su tutte le attrazioni del Parco divertimenti Edenlandia, a pacchetti pensati per trascorrere magari una giornata serena visitando le isole del Golfo partenopeo. Al costo di €43, infatti, al titolare della Prestige Card è riservato il viaggio andata e ritorno per Capri da Napoli e/o Sorrento con Capri Caremar, con incluso pranzo, completo di bevanda, a scelta tra 5 ristoranti. Se si vuole trascorrere una giornata nell'isola verde si può scegliere, invece, al costo di €33, l'opzione che prevede viaggio andata e ritorno per Ischia da Napoli con Ischia Porto Caremar, sempre con incluso il pranzo, completo di bevanda, a scelta tra 5 ristoranti, o ancora al costo di €29 viaggio andata e ritorno per Ischia da Pozzuoli con Ischia Gestour, anche in questo caso è incluso il pranzo, completo di bevanda, a scelta tra 5 ristoranti. Se invece si opta per una giornata a Procida, ai possessori della Prestige Card è riservato sempre al costo di €29 con Procida Caremar viaggio andata e ritorno da Napoli e/o da Pozzuoli, con incluso il pranzo, completo di bevanda, a scelta tra 5 ristoranti. Tra i vantaggi di cui godono i possessori della card di Prestigio Italia ritroviamo anche voucher per pranzi o cene in ristoranti convenzionati e biglietti per i pacchetti per la visita delle isole riservati ai soci che si iscriveranno ad uno dei master o dei corsi di laurea facenti parte dell'offerta formativa dell'Università telematica Pegaso, con la quale è già attiva una convenzione che permette di usufruire di ulteriori sconti. Sottoscrivendo la Prestige Card, che si richiede on-line sul sito web dell'Associazione, www.prestigioitalia.org, si potrà godere, inoltre, di molteplici sconti e vantaggi inerenti a viaggi in Italia ed all'estero, a soggiorni in hotel, agriturismo, case vacanze. Agevolazioni sono, poi, assicurate, per quanto riguarda autonoleggi, parcheggi, biglietti per il cinema, escursioni e transfer con ncc, e/o guida turistica autorizzata, visite a siti culturali e musei, gite in barca, eventi, matrimoni, congressi e tanto altro. Perché Prestigio Italia ha fatto di serenità e relax i punti cardine della sua mission, nell'ottica di un benessere che coniughi tradizione ed innovazione. Un benessere di cui possano godere anche i professionisti della Sanità insieme alle loro famiglie. Perché Prestigio Italia è certa che un professionista più sereno abbia una marcia in più.

Ospedali e territorio

Oncofertilità, al via la rete regionale

NAPOLI - E' entrata ufficialmente in funzione in Campania la rete regionale per la preservazione della fertilità nelle donne colpite da tumore. Le puerpere potranno contare anche su tecniche all'avanguardia per la

conservazione del tessuto ovarico e dei gameti. Le prime procedure di crioconservazione, in azoto liquido, di tessuto ovarico, prelevato a donne in età fertile, ammalate di tumore e che intendevano preservare la capacità riproduttiva ed evitare che le terapie anticancro (soprattutto chemio e radioterapia) le rendessero sterili, sono partite in Campania a gennaio del 2016. Le tecniche ora sono state consolidate e affiancano le tecniche routinarie di congelamento e la conservazione di gameti maschili e femminili (spermatozoi e ovocellule) che sinora rappresentavano le uniche armi per prevenire la sterilità in persone giovani malate di tumore.

La nuova rete, inserita nel piano oncologico regionale, conta su strutture secondo il modello "Hub & Spokes" mutuato da quello danese, per una centralizzazione su base interregionale delle attività di crioconservazione di gameti e tessuti riproduttivi. Dopo la sperimentazione avviata nel 2011, e la validazione clinica dei protocolli di prelievo, congelamento, conservazione e trapianto, svolti in collaborazione con il centro pilota di Copenhagen (in Danimarca sono state ottenute 20 della 45 gravidanze sinora ottenute al mondo con questa procedura), il Centro regionale di riferimento per la Procreazione medicalmente assistita dell'Azienda ospedaliero/universitaria Federico II è stabilmente in rete con l'unità antisterilità attiva all'ospedale Moscati di Avellino. Ma anche altri centri per la pre-



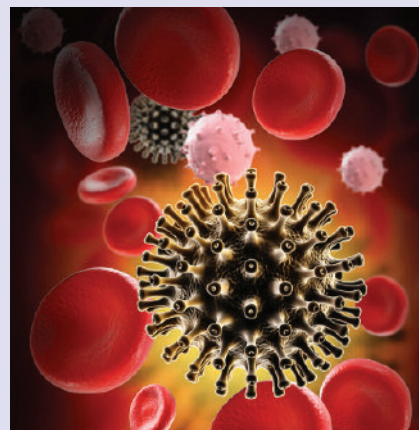
servazione della fertilità (come quello di Salerno) e le strutture oncologiche cliniche partecipano alla rete regionale che ora ha l'ambizione di allargare i confini a tutto il Centro-Sud, dopo i contatti stabiliti con il Lazio e la Sicilia dove sorgono rispettivamente altri due centri Hub. In Campania è stata realizzata anche la prima Biobanca di tessuto ovarico del Sud. Sono interessati anche il dipartimento di Medicina clinica e chirurgia e l'Unità complessa di Oncologia medica dell'Università Federico II di Napoli (Sabino De Placido); il Dipartimento di Senologia, unità complessa di Oncologia medica senologica del Pascale di Napoli e la sezione di Endocrinologia dell'Università Federico II di Napoli. Tra gli Hub e gli spokes territoriali è stato disegnato un percorso dedicato tramite l'apertura di una cartella elettronica personale e un sito web dedicato cui possono afferire tutti i centri oncologico della Campania. Il progetto coinvolge almeno una dozzina di strutture oncologiche ospedaliere periferiche e anche la Seconda Università di Napoli. Per tutte l'approccio multidisciplinare e multidimensionale e la formazione risultano centrali per calibrare l'assetto della macchina. La consultazione della rete in caso di un tumore che colpisca una donna adolescente o in età fertile sarà dunque obbligatoria ai fini della preservazione della fertilità.



NAPOLI - Su richiesta stringente del Ministero della Salute è stato costituito il Comitato di Coordinamento in osservanza all'intesa sancita il 26 ottobre 2017 tra Governo, Regioni e province autonome sul documento PnAids, per la costituzione delle commissioni regionali Aids lì dove non vi fossero. Gli obiettivi comuni a tutti i comitati nell'ambito dell'applicazione del PnAids sono: delineare e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni; facilitare l'accesso al test e l'emmersione del sommerso; garantire a tutti l'accesso alle cure; favorire il mantenimento

Aids, costituito il Comitato di Coordinamento

in cura dei pazienti diagnosticati e in trattamento; migliorare lo stato di salute e il benessere delle persone che vivono con Hiv; tutelare i diritti sociali e lavorativi delle persone con Hiv; promuovere la lotta allo stigma; promuovere l'empowerment e coinvolgimento attivo delle popolazioni chiave.



Ospedali e territorio

De Magistris nomina i componenti dell'Osservatorio comunale per la salute e la sanità

NAPOLI - Il Sindaco di Napoli **Luigi de Magistris**, con proprio decreto, ha proceduto alla nomina dei componenti dell'Osservatorio comunale per la salute e la sanità.

L'organismo comunale si interesserà in maniera particolare del monitoraggio dei LEA sanitari e socio-sanitari, a garanzia del diritto universalistico ed esigibile di accesso alle prestazioni sanitarie.

La speciale commissione municipale si occuperà di diverse altre questioni a carattere sociosanitario. Vale a dire: elaborazione di documenti di promozione e di ricerca su i temi più rilevanti inerenti la salute; collaborazione nella promozione di interventi e percorsi di informazione, sensibilizzazione, educazione sui corretti stili di vita, di prevenzione, di divulgazione scientifica, di contenimento del consumo sanitario e di farmaci, con particolare riferimento alla dieta e all'attività fisica; valutazione di iniziative e progetti proposti da altri Enti e soggetti, pubblici e privati, su richiesta dell'Amministrazione Comunale; partecipazione, all'occorrenza, ai Tavoli Tematici Permanenti con il Terzo Settore promossi dall'Assessorato al Welfare; indicazione sulla ri-organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari incidenti sulla Città di Napoli; supporto al Sindaco nell'espressione di pareri richiesti dall'Asl Napoli 1 Centro e dalle Aziende Ospedaliere cittadine, per l'attuazione del livello locale degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari; supporto al coordinamento delle iniziative volte a monitorare i servizi per la Salute Mentale, la qualità dei servizi offerti e la promozione di percorsi di inserimento sociale; azioni di sostegno alle vittime di violazioni dei diritti in materia di Sanità e Salute previsti dalla normativa vigente.

Ne fanno parte: **Anastasio Fabiana, Barbi Antonella, Cappiello Maurizio, D'angelo Roberto, De Cesare Carmela,**



De Riu Stefano, Fasulo Rossella, Iommelli Maria, Lapia Loredana, Maglione Assunta, Marfella Antonio, Maffettone Ada, Mastroianni Anna, Musto Concetta, Raia Elvira, Scafa Ciro, Spinosa Tiziana, Spirito Carlo.

Felicitazioni per la nomina della dottoressa Loredana Lapia, infermiera, sono state espresse dal Consiglio direttivo dell'Opi Napoli, l'Ordine delle professioni infermieristiche della città Capoluogo. "L'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli esprime forte compiacimento e formula vivissimi rallegramenti per la prestigiosa nomina della collega Loredana Lapia nell'Osservatorio Comunale

per la Salute e la Sanità di Napoli. L'Osservatorio è un'organizzazione consultiva di 18 esperti provenienti dal mondo delle Professioni Sanitarie e Socio sanitarie, Associazioni e comitati. Obiettivo principale dell'Osservatorio è quello di garantire e proporre soluzioni che tutelino la salute dei cittadini. La dott.ssa Lapia rappresenterà al meglio le professioni infermieristiche di Napoli. L'alta competenza, la professionalità e l'impegno civico che la contraddistinguono sono garanzia per tutta la professione. Alla collega i migliori auguri di buon lavoro da parte dell'intero consiglio direttivo dell'Ordine degli infermieri di Napoli".

Tumori ereditari: nuove strategie di prevenzione e diagnosi precoce

NAPOLI - La Regione Campania ha presentato i nuovi Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali dei tumori ereditari. La presentazione nel corso di un summit di esperti al Pascale nell'ambito della Rete oncologica campana sviluppata nei 5 centri di analisi genetica e molecolare presenti in Campania (il Pascale, il Ceinge, i due policlinici di Napoli e il Ruggi azienda ospedaliera universitaria di Salerno). Il gene anomalo che può portare allo svilupparsi di un tumore può essere trasmesso di generazione in generazione, in questo caso si parla dunque di tumori ereditari e familiari. Non a caso la Rete Oncologica Campana ha da poco varato un nuovo PDTA dei tumori eredo-familiari. La realizzazione di una rete laboratoristica è il presupposto per garantire test genetici adeguati

su tutto il territorio regionale. Tuttavia, per la sua complessità, l'approccio alle

famiglie con possibile sindrome ereditaria da cancro deve essere multidisciplinare, ovvero deve coinvolgere varie figure professionali: oncologi, chirurghi, patologi, biologi molecolari, genetisti, psicologi.



Insomma, il cancro è talvolta una cattiva eredità. Ma i tumori eredo-familiari rappresentano solo il 5-10 per cento del totale dei tumori. Tuttavia, questi sono anche gli unici casi che offrono

la possibilità di un intervento preventivo mirato. Individuare le famiglie a rischio permette, infatti, di poter avviare programmi di screening che consentono la diagnosi precoce o anche di poter proporre al soggetto a rischio interventi preventivi.

Campania maglia nera per obesità infantile

NAPOLI - «La regione Campania ha il tasso più alto in Italia di obesità infantile. Questo vuol dire che è necessario fare politiche di prevenzione che partano dai giovani, cioè dai più piccoli, dall'età scolare fino agli adolescenti e ai giovani adulti». Lo ha detto Annamaria Colao, professoressa di endocrinologia all'Università Federico II di Napoli, a margine della conferenza stampa di presentazione di 'Tennis & Friends', l'evento dedicato alla prevenzione, che associa la salute allo sport tenuto a Napoli il 12, 13 e 14 aprile. «L'obesità è un problema molto serio, diventa una malattia cronica invalidante, con una grossa spesa sanitaria e anche una riduzione degli anni di vita.

Dobbiamo impegnarci per far sì che i soggetti non aumentino di peso e chi ha un aumento di peso riesca a ridurlo». «Oggi - ha aggiunto Colao - tutto ruota intorno allo stile di vita, cioè alla nutrizione corretta e all'esercizio fisico. Se si ha un'attenzione verso questi due punti fondamentali della prevenzione, probabilmente vivremo tutti più a lungo e soprattutto in migliori condizioni», ha concluso.



Tumore al fegato La ricerca del Pascale sbarca in Brasile

NAPOLI- Il Pascale va in Brasile. Un team di medici e ricercatori dell'Istituto dei tumori di Napoli è stato ricevuto dai massimi esponenti dell'Istituto Oncologico dell'Università di San Paolo e degli Ospedali privati "9 di Luglio" e "Santa Caterina".

Motivo della visita extra continentale: l'avvio di un progetto di ricerca condotto dalla Federazione Italiana Fegato, di cui il Pascale è partner scientifico, per valutare fattori e biomarkers di progressione da cirrosi ad epatocarcinoma. Ma anche una dimostrazione sui successi ottenuti dalle equipe del Pascale nella chirurgia robotica dei tumori testa collo e sulle terapie innovative nel tumore della mammella.

Alla presenza dei docenti dell'Università di San Paolo, sono state avviate le procedure per un accordo quadro tra il polo oncologico brasiliano e quello partenopeo che nei prossimi mesi sarà sottoscritto dal Rettore dell'Università brasiliana e dal direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi. «Questo incontro - sottolinea Bianchi in una nota - rientra nella strategia di internazionalizzazione del nostro Istituto avviata ormai quasi tre anni fa e che, finora, ha aperto ai nostri ricercatori frontiere nuove come la Colombia, la Cina, la Russia, l'Etiopia. Studio apripista dell'accordo Brasile-Napoli sarà lo studio clinico sul vaccino terapeutico per l'epatocarcinoma sviluppato nell'ambito del progetto europeo HepaVac, coordinato da Luigi Buonaguro. Inoltre saranno avviati specifici programmi di formazione teorico-pratici sulle tematiche di punta del Pascale, dalla robotica alle terapie innovative nel tumore al seno».

Ospedali e territorio

Finanziati sei progetti di ricerca al Pascale

NAPOLI - Sei progetti approvati e finanziati con un budget pari a quasi due milioni e mezzo di euro: il Ministero della Salute premia così l'Istituto dei tumori di Napoli. Su 197 progetti di ricerca finanziati in tutta Italia, il Pascale fa il pienone. 1719 i progetti presentati dai ricercatori operanti in tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale sottoposti ad attenta analisi da parte di revisori internazionali e successivamente valutati da specifici panel scientifici (uno per sezione). Tutto il processo è stato successivamente verificato e valutato dal Comitato Tecnico Sa-

nitario che ha approvato la graduatoria di merito dei 197 progetti di ricerca e di 38 borse di studio. «Un risultato che ci riempie di orgoglio e ci spinge a continuare sulla strada tracciata in questi anni», dice il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi in una nota. Tra i progetti finanziati figurano «Lo sviluppo di una nuova sonda diagnostica che riconosca come bersaglio una proteina, il CXCR4, molto rappresentata sulle cellule neoplastiche che danno lesioni a distanza» (metastasi). Costo finanziato 450mila euro. E poi, «studio delle mutazioni genetiche e le caratteristiche



Elenco nazionale manager sanità, pubblicato l'avviso pubblico

NAPOLI - La Regione ha pubblicato l'avviso pubblico ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale per il conferimento dell'incarico di direttore generale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale nominata dal governatore secondo modalità e criteri definiti dalle Regioni anche tenendo conto di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. Nella rosa proposta non può essere inserito chi ha ricoperto l'incarico di Direttore generale per due volte consecutive presso la medesima Asl o azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale. Potranno produrre domanda, quindi, solo coloro che sono nell'apposito elenco nazionale del Ministero della Salute pubblicato a febbraio dello scorso anno. A Benevento, sia l'Aziende ospedaliera, sia quella sanitaria sono interessate dal rinnovo dei manager. Ma anche le Asl di Napoli 1 Centro, l'Asl di Salerno, Avellino, Caserta, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud. Inoltre, le Aziende ospedaliere «S. Pio» di Benevento, «Moscati» di Avellino, le Aziende ospedaliere universitarie «Federico II» e «Luigi Vanvitelli», nonché l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Fondazione «Pascale» di Napoli. Inoltre, l'Azienda Ospedaliera dei Colli, e l'Azienda Ospedaliera Cardarelli. Complessivamente sono 758 (di cui 209 donne) i candidati risultati idonei in base ai requisiti della nuova legge che prevede un'età massima di 65 anni (non compiuti) e il possesso, oltre che della laurea, di una comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato. Ma il requisito che ha contribuito a restringere la già esigua presenza sannita è stato l'attestato rilasciato all'esito degli appositi corsi di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria previsti anch'essi dalle nuove disposizioni.

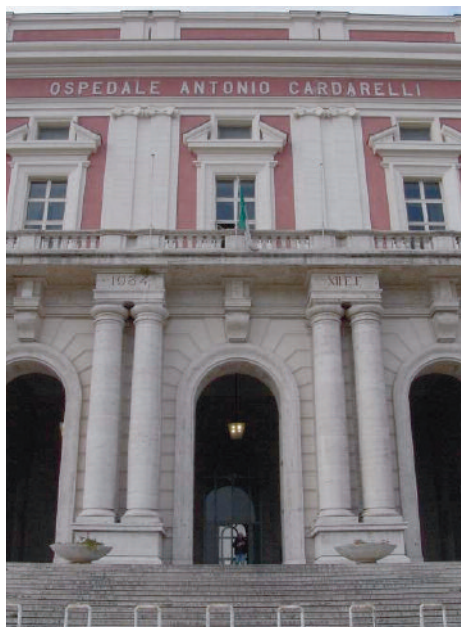


molecolari dei tumori del basso tratto genitale che rappresentano il 10-15 % del totale delle neoplasie femminili. Tra questi il carcinoma vulvare e vaginale la cui incidenza è in aumento nei soggetti di età inferiore ai 60 anni. I risultati permetteranno di scoprire nuove mutazioni geniche e pathway metabolici che forniranno la possibilità di terapie mirate sulla base di specifici marcatori molecolari (450mila euro). Ancora, «Valutazione dell'efficacia del farmaco Olaparib in pazienti con mutazione dei geni BRCA, costo finanziato 854mila euro. Due progetti categoria giovani ricercatori, di età inferiore ad anni, hanno come obiettivo l'identificazione di molecole farmacologicamente attive per bloccare la proteina BARS, altamente espressa nei tumori della prostata dove è responsabile di un fenotipo più aggressivo. Costo rispettivamente 434.500mila euro, 450mila euro). Infine, una borsa di studio Starting Grant per ricercatori di età inferiore ai 33 anni, finanziato con 130mila euro. Il progetto consiste nell'identificazione di piccole molecole circolanti nel sangue, in pazienti affetti da epatite C, come biomarcatori in grado di predire l'insorgenza di neoplasie epatiche.

Diabete, nuova tecnica di trapianto al Cardarelli

NAPOLI - "La sanità campana si arricchisce di una nuova tecnica di trapianto utile al trattamento del diabete di tipo 1. Grazie al protocollo d'intesa con il quale è nato il gemellaggio tra il Cardarelli di Napoli e il Niguarda di Milano, e a distanza di appena un anno dall'inizio della collaborazione tra le due Aziende ospedaliere il trapianto delle 'Isole Pancreatiche' è ora una realtà anche all'ombra del Vesuvio". A darne notizia, un comunicato stampa dell'ospedale Cardarelli di Napoli. "È il primo risultato concreto – spiega l'ex direttore generale **Ciro Verdoliva** - di una cooperazione ideata e realizzata con l'intento specifico di ampliare e migliorare l'assistenza, mutuando le nostre reciproche esperienze. Niente proclami o progetti di vetrina, con il Niguarda abbiamo avviato un lavoro che si fonda sulla concretezza. In questo caso è il Cardarelli di Napoli ad aggiungersi ai pochissimi centri in Italia (Milano Niguarda, Milano San Raffaele, Pisa, Perugia e Palermo ISMET) in grado di garantire questa tecnica innovativa. In molti altri ambiti sarà invece Napoli a mutare le proprie eccellenze per completare questo scambio alla pari tra due grandi realtà".

"Il Niguarda di Milano ha iniziato il suo percorso di trapianto delle isole pancreatiche nel 2009 - spiega la nota -, grazie alla collaborazione con il Diabetes Research Institute (DRI) dell'Università di Miami, guidato dal professor Ricordi. Si tratta di un programma multispecialistico che richiede la collaborazione di diverse équipe: gli specialisti della diabetologia e della nefrologia per la gestione del paziente, lo staff dei trapianti e gli anestesisti per il prelievo dal donatore, la terapia tissutale per la preparazione delle cellule e gli psicologi per valutare se il paziente sia pronto ad intraprendere questo iter di cura. Il candidato tipo al trapianto è una persona affetta da diabete di tipo 1, una patologia su base autoimmune, che colpisce in giovane età. La patologia è spesso scompensata - ovvero i valori della glicemia sono per lunghi periodi fuori controllo - e generalmente si tratta di pazienti che per una serie di motivi non si possono sottoporre al trapianto di pancreas o al trapianto combinato di rene e pancreas, ad esempio per problematiche cardiovascolari". "In questi casi vengono prelevate dal pancreas di un donatore le cellule deputate alla produzione di insulina - dice **Federico Bertuzzi**, responsabile della Banca della cute e delle isole pancreatiche di Niguarda - e trattate in laboratorio con una delicata e complessa procedura di separazione e di purificazione. Una volta pronte, possono essere trapiantate nel paziente mediante un'iniezione, nella vena porta, nel fegato. Qui attecchiscono e incominciano a produrre insulina. Inoltre per evitare il rigetto, il paziente inizia ad essere trattato con una terapia immunosoppressiva. In pratica, dopo il trapianto la produzione dell'insulina avviene grazie a queste cellule che si insediano nel fegato". "Per noi è motivo di orgoglio poter condividere con i colleghi del Cardarelli il know how acquisito dai nostri professionisti grazie alla storica collaborazione con il team del professor Ricordi di Miami – dice **Marco Bosio**, direttore generale di Niguarda -. Questo è solo l'ultimo dei risultati ottenuti dalla partnership tra questi due grandi ospedali metropolitani, un protocollo d'intesa che ha come obiettivo lo scambio di best practice ed esperienze per una crescita bidirezionale delle sue strutture".



Nuovo centro per malattie neuromuscolari al Monaldi di Napoli



NAPOLI - La Regione Campania, l'Azienda ospedaliera dei colli di Napoli e il Centro Clinico NeMO hanno attivato una convenzione per la realizzazione di un nuovo Centro Clinico NeMO presso l'Ospedale Monaldi di Napoli. I Centri Clinici NeMO sono una rete di strutture ad alta specializzazione per il trattamento delle malattie neuromuscolari, come la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), le distrofie muscolari e l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA). Attualmente sono presenti a Milano, Roma, Messina e Arenzano (Genova). Alla presentazione nella sala Francesco De Sanctis a Palazzo Santa Lucia erano presenti: **Antonio Giordano**, commissario straordinario dell'Azienda ospedaliera dei colli; **Luca Cordero di Montezemolo**, presidente della Fondazione Telethon; **Massimo Mauro**, presidente Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica (Aisla) Onlus; **Pierfrancesco Mascolo**, delegato per la Regione Campania di Associazione Famiglie Sma Onlus; **Salvatore Leonardo**, presidente della sezione Napoli/Arzano dell'Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare (Uildm) Onlus; **Andrea Ballabio**, direttore Istituto Telethon di Genetica e Medicina (Tigem) di Pozzuoli; **Alberto Fontana**, presidente del Centro Clinico NeMO; **Vincenzo De Luca**, presidente della Regione Campania.

Ospedali e territorio

Ciro Verdoliva Commissario dell'Asl Napoli 1 Centro

NAPOLI – L'ormai ex Direttore generale del Cardarelli e commissario per la realizzazione dell'Ospedale del Mare **Ciro Verdoliva** è stato nominato commissario straordinario della Asl partenopea, sostituendo così **Mario Forlenza** che ha rinunciato all'incarico dopo i ripetuti casi di invasione delle formiche al San Giovanni Bosco di Napoli. Il Presidente **Vincenzo De Luca** ha nominato come nuovo commissario **Verdoliva**. **Forlenza** ha accettato contestualmente l'incarico nella struttura commissariale nella quale si occuperà della rete di medicina territoriale. Una gestione difficile quella del manager **Forlenza** che ha pagato i ripetuti "incidenti" che hanno interessato il San Giovanni Bosco, l'ospedale della Doganella assunto alle cronache per l'invasione delle formiche, e non solo. È un ennesimo cambio della guardia per la Asl Napoli 1. Dal 2005, dopo la gestione **Angelo Montemarano** che aveva diretto la Asl partenopea per oltre sei anni, si sono infatti avvicendati ben otto diversi amministratori. Il commissario straordinario della Asl Napoli 1 Centro, **Ciro Verdoliva**, ha nominato nel ruolo di sub commissario amministrativo **Ferdinando Memoli**, già direttore amministrativo dell'Asl di Avellino. La struttura commissariale ha anche provveduto a bandire i concorsi a



primario per la Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza che prenderanno servizio nel pronto soccorso dei presidi ospedalieri San Paolo e San Giovanni Bosco.

De Luca: "Lea Campania a quota 163. Diffida a Ministero per stop commissariamento"

NAPOLI - "Abbiamo raggiunto e superato la soglia dei 160 punti nella griglia Lea, che è l'obiettivo nazionale. Eravamo a quota 104 nel 2015, siamo a 163 oggi. Non c'è più motivo per mantenere il commissariamento, tranne lo squadrismo".

È quanto ha affermato il presidente della Regione Campania, nel corso di un convegno. "Non si permetta più nessuno di parlare di commissariamento, dalla prossima settimana avvieremo la diffida formale perché il Ministero certifichi l'uscita della Campania dal piano di rientro", ha aggiunto **De Luca**. Infine: "La Campania deve tornare all'ordinaria amministrazione, che rimarrà sempre nelle mani del presidente, ve lo dico subito".

NAPOLI - Il triage dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Napoli è finalmente una realtà operativa. Il nosocomio napoletano non aveva mai avuto un sistema di prefiltraggio e assegnazione dei codici nell'area dell'emergenza.

Ora è stato messo in funzione il sistema del triage con medici e infermieri specializzati che assegnano i codici in base alla gravità delle patologie dei pazienti in arrivo.

Lo smistamento dei pazienti è informatizzato, con la visione dei tempi di attesa e l'indice di affollamento che saranno visibili su un display. Nel pronto soccorso è stato installato anche un sistema di 12 tele-

San Giovanni Bosco,
parte il triage al pronto soccorso



camere ad alta definizione che servirà da deterrente per chi vorrà assumere comportamenti violenti che spesso si verificano nei reparti di emergenza quando le famiglie dei pazienti contestano l'attesa dovuta al codice che è stato assegnato.

Al pronto soccorso del San Giovanni Bosco lavorano 39 infermieri e ci sono quattro squadre da cinque medici che si alternano nei turni. Il San Giovanni Bosco è stato nei mesi scorsi al centro di diversi casi di malasanità, in particolare per la presenza documentata da video di formiche in diversi reparti. I dirigenti dell'Asl hanno denunciato che gli insetti erano stati attirati nella struttura per creare clamore mediatico.

Attivato il Centro oncologico dell'Azienda 'Moscati' di Avellino

AVELLINO - Presentato il Centro oncologico di riferimento polispecialistico dell'Azienda ospedaliera "San Giuseppe Moscati", con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico. "L'Azienda Ospedaliera 'San Giuseppe Moscati' di Avellino – si legge in una nota –, rispondendo a determinati e definiti parametri, è stata individuata come Centro di II livello o Centro oncologico di riferimento polispecialistico (Corp) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche e di follow-up oncologico.

Come indicato dal decreto, il Corp dell'Azienda 'Moscati' ha attivato, al suo interno, i Gruppi oncologici multidisciplinari (Gom) per la gestione dei pazienti affetti da tumore e la definizione di appropriati percorsi assistenziali. Con il Decreto n° 98 del 20 set-



tembre 2016 è stata istituita la Rete oncologica campana (Roc), che si pone una pluralità di obiettivi tutti volti a migliorare la

presa in carico dei pazienti oncologici attraverso l'integrazione dei servizi presenti sul territorio regionale per garantire multidisciplinarietà nell'intero percorso assistenziale e interventi adeguati e tempestivi.

La Roc si articola in diversi centri di riferimento, coordinati dall'Istituto Nazionale dei Tumori IRCCS 'Pascale' di Napoli. È quanto si legge in una nota dell'Azienda ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino.

La presentazione del Centro oncologico irpino nel corso di un convegno alla presenza del Governatore De Luca. Gli obiettivi del meeting sono stati illustrati da Attilio Bianchi, direttore generale dell'Istituto "Pascale".

A introdurre i lavori del convegno, il direttore sanitario dell'Azienda "Moscati", Maria Concetta Conte, mentre il consigliere per la Sanità del Presidente della Regione Campania, Enrico Coscioni, è intervenuto sull'organizzazione della Rete oncologica campana, del cui stato attuativo si è interessata Antonella Guida, Dirigente di staff della Direzione Tutela della Salute della Regione Campania.

Il coordinatore scientifico della Roc, Sandro Pignata, è intervenuto sulla cabina di regia della rete.

Il Corp attivato al "Moscati" è stato illustrato da Cesare Gridelli, Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia dell'Azienda e coordinatore del Centro.

Asl Na 2. Dopo Pozzuoli anche Frattamaggiore Al via i nuovi reparti di rianimazione

POZZUOLI – Il nuovo reparto di rianimazione ufficialmente aperto presso l'ospedale di Frattamaggiore potrà contare su apparecchiature d'avanguardia e spazi idonei a garantire cinque posti letto, di cui uno in isolamento. Il reparto è stato pensato anche con una forte sensibilità all'umanizzazione delle cure: una stanza riservata è stata allestita con divani e sarà destinata al dialogo tra i medici e i familiari dei pazienti e da un lato permetterà di ridurre i trasferimenti di pazienti in condizioni critiche presso altri ospedali, dall'altro renderà possibile ai diversi reparti di trattare casi di interesse medico e chirurgico a maggiore complessità, innalzando il livello medio di attività dell'ospedale. Sebbene quest'ultimo sia stato classificato, nelle reti dell'emergenza urgenza come presidio di pronto soccorso attivo di base. Anche a Pozzuoli sono state di recente rammodernate le attività di anestesia e rianimazione con una maggiore complessità al servizio di un ospedale di media complessità (Dea di I livello) nella rete dell'emergenza e urgenza. E anche qui l'impronta è volta a umanizzare questo reparto con nuovi ambienti di oltre 700 mq realizzati in meno di sei mesi con un budget di circa 270.000 €. Obiettivo: più sicurezza nelle cure e maggiore confort. Posti letto per garantire privacy ai pazienti coscienti e la compagnia di un familiare. Una sala sterile per le manovre invasive su pazienti oncologici, tracheostomizzati. Inoltre, a Pozzuoli, da poche settimane è stato attivato il protocollo operativo che permette di garantire il parto senza dolore alle donne che si sottopongono al parto naturale. I posti letto complessivamente presenti nel nuovo reparto sono 8 di degenza ordinaria ed uno dedicato al day-hospital per le cure palliative. Presso il reparto di Neurochirurgia, invece, sono attivi altri tre posti letto di Terapia intensiva. La crescita dell'attività chirurgica del Santa Maria delle Grazie e l'attivazione di alcuni servizi fondamentali come il parto senza dolore sono stati permessi da una complessiva riorganizzazione delle attività di Anestesia e Rianimazione

Ospedali e territorio

Neuroradiologia interventistica Un ambulatorio al Ruggi

SALERNO - "L'Aou San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno attiverà, per tutti i mercoledì pomeriggio, l'ambulatorio di visita di Neuroradiologia Interventistica destinato ai pazienti esterni e prenotabile tramite Cup con richiesta regionale del medico di Medicina Generale o Specialistica (richiesta da nomenclatore di: 'Visita di Radiologia Interventistica')". A darne notizia, un comunicato dell'Azienda ospedaliera universitaria di Salerno. All'interno dell'ambulatorio, unico nel suo genere in Campania e organizzato dalla Uoc di Neuroradiologia diagnostica ed interventistica diretta dal dott. Renato Saponiero, saranno valutati gli opportuni iter diagnostico-terapeutici per le patologie inerenti il distretto encefalo-midollare. Tale servizio è rivolto, in particolare, a quei pazienti che necessitano di controlli per aneurismi e malformazioni vascolari cerebrali e midollari, stenosi ateromasiche o disseccative delle arterie carotidi e vertebrali, ma anche per le patologie rachidee, sia traumatiche (fratture vertebrali primitive e secondarie) sia degenerative - prosegue la nota -, con possibilità di interventi mediante tecniche mininvasive percutanee in anestesia locale senza esposizione chirurgica. Lo staff del dott. Renato Saponiero, costituito dai dirigenti medici di I livello Daniele Romano, Gianpiero Locatelli, Alfredo Siani, Maria Pia Panza e Salvatore Tartaglione, a seconda delle patologie che si pre-



senteranno, valuterà le migliori opportunità terapeutiche anche in collaborazione con i colleghi delle Uoc di Neurologia, Neurochirurgia e Chirurgia vascolare. Attualmente è già attivo presso la Uoc di Neuroradiologia - spiega la nota - un ambulatorio per il follow-up del percorso diagnostico post-trattamento dei pazienti che hanno beneficiato delle cure per le suddette patologie sia vascolari che rachidee. La Uoc di Neuroradiologia della Aou San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, si occupa da circa 20 anni del trattamento endovascolare delle patologie malformative vascolari cerebrali; dal 2018 è HUB di riferimento regionale per il trattamento dello stroke ischemico acuto annoverando al suo attivo un numero di procedure endovascolari tale da collocarla tra i primi centri in Italia.

ARIANO IRPINO - Tappa importante per l'ospedale «San Ottone Frangipane», verso il riconoscimento come Dea di primo livello. Vale a dire più posti letto, nuovi reparti e ambulatori, impiego di più personale. È stato inaugurato, infatti, il nuovo reparto di terapia intensiva e rianimazione. Un'operazione che ha consentito di dotare il nosocomio di attrezzature d'avanguardia, più tecnologiche e sicure in ambienti, ovviamente, più ampi e confortevoli. Ma anche di ridurre la pressione sull'azienda ospedaliera Moscati di Avellino e di offrire più servizi ai cittadini dell'Alta Irpinia. Il potenziamento di Ariano serve anche a far lavorare meglio le altre strutture ospedaliere presenti sul territorio. Il nuovo reparto è dotato di sei posti letto, di cui uno, all'occorrenza, anche per patologie che richiedono l'isolamento del paziente, può

Nuova Terapia intensiva al Frangipane



contare su un primario, 11 dirigenti medici, 16 infermieri, un infermiere outsourcing, e altre quattro unità. La cerimonia d'inaugurazione del reparto si è trasformata in un'occasione per fare il punto anche sugli investimenti in strutture e personale che interesseranno di qui a poco il nosocomio ari-

nese. A capo del reparto è stato chiamato il dottor Maurizio Ferrara, fresco vincitore di concorso, che proviene dal Monaldi di Napoli. La prossima tappa, ha annunciato il Direttore generale dell'Asl di Avellino Morgante, deve riguardare innanzitutto l'installazione della radioterapia. «Il progetto - ha ribadito - è all'esame della commissione regionale di valutazione che si accingerebbe a dare il parere definitivo. Subito dopo si possono avviare i lavori per sistemare il servizio a piano terra dell'ospedale. Naturalmente, ogni progetto di crescita deve fare i conti con la carenza di personale. Nel 2018 sono andati in pensione 119 unità lavorative; entro il mese di giugno di quest'anno altre 64. Ma, per fortuna, il piano di assunzione per il triennio 2019-2021 consente di ingaggiare nel corso dell'anno almeno altre 163 unità lavorative.

XV giornata mondiale dell'emofilia

Emofilia:

**malattia più unica
che rara!**

FedEmo



Federazione
delle Associazioni
EMOFILICI



World Health
Organization

Giornata mondiale della Salute 2019



World Health Day
#Healthforall