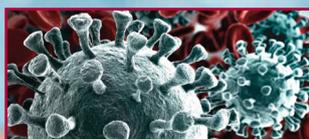


# NapoliSana Campania

ORGANO UFFICIALE ORDINE DEGLI INFERMIERI DI NAPOLI  
Anno XXVI - n° 1 - Marzo 2020

**INSO**  
ursing  
Inserto di ricerca infermieristica  
all'interno pp. 15-34



**COVID-19**

*L'emergenza in Campania*

# Pochi e in prima linea

**NOTIZIE DALL'ORDINE**

**LA VICEPRESIDENTE  
TERESA REA  
NELL'ADVISORY  
BOARD DELL'ISSI**

A PAG. 35



**NOTIZIE DALL'ORDINE**

**PRONTA LA  
NUOVA CASA  
DEGLI INFERMIERI**

A PAG. 36





## Né angeli, né eroi. Ma rispetto e Dpi



di **Ciro Carbone**

**editoriale**

Li ho sentiti i colleghi in questi giorni. Soprattutto quelli in prima linea. Quelli che oggi sui giornali sono “gli angeli con le mascherine”, “gli eroi in corsia”. A loro non piace questo clamore. Come tutti gli infermieri, soprattutto a Napoli, sono abituati a lavorare sodo. Da anni si fanno in quattro per coprire carenze d'organico endemiche. Si industriano e si arrangiano come possono per superare un deficit tecnologico e strutturale annoso. Si impegnano ogni giorno allo stremo per salvare vite umane. Ma lo fanno in silenzio. Fuori dal clamore. Nel più assoluto anonimato e senza titoloni in prima pagina, interviste, ospitate nei talk show. Più che l'incenso effimero e passeggero dei media, preferirebbero la vicinanza e la comprensione dei cittadini, la considerazione e il rispetto delle aziende sanitarie dove lavorano e delle istituzioni pubbliche. Vorrebbero ad esempio maggiore impegno nel reclutare personale, perché quello esistente è allo stremo. Vorrebbero più dispositivi di protezione individuale (Dpi), non di scarto, ma adeguati nel numero e nella qualità all'alto livello di rischio cui sono esposti. Stiamo parlando di guanti, occhiali, visiere, maschere facciali, scarpe, tute, camici. Presidi sanitari indispensabili raccomandati dall'Iss per assistere in piena sicurezza, per se e per gli altri, i contagiati da covid19. Vorrebbero essere certi di non portare con se il contagio. Quindi test, test, test. Tamponi continui in corsia. Così come ha raccomandato da tempo l'Oms. Ma su questi fronti c'è poca attenzione. Tanto abbiamo degli eroi. E agli eroi, come agli angeli, non servono attrezzature di difesa, strumenti e ore di riposo. Agli infermieri sì. E allora capisco se dicono non chiamateci eroi. Su entrambe le questioni, l'Ordine degli infermieri di Napoli si è fatto sentire. Lo abbiamo detto chiaramente e con forza alla massima autorità politica regionale e ai dirigenti aziendali: senza infermieri non c'è salute e non funzionano gli ospedali. Dunque, plaudiamo senza se e senza ma all'iniziativa messa in piedi per realizzare ospedali da campo con moduli prefabbricati. Ma quelle strutture

vanno popolate e presidiate da personale infermieristico qualificato, con una idonea formazione in area critica. Aggiungere ospedali, anche se da campo, ci sembra una strategia condivisibile per non ingolfare i presidi esistenti, per rispondere in maniera programmata ad una eventuale crescita esponenziale del contagio e per evitare situazioni estreme, così com'è accaduto in altre parti d'Italia. Ma ciò vuol dire l'assunzione di infermieri con procedure estremamente veloci ed in numero adeguato, anche per dare respiro ai tanti colleghi che non vedono ormai famiglie e parenti da settimane e che quando finiscono i loro turni estenuanti spesso non si allontanano nemmeno dalle strutture dove lavorano, ma cercano in queste la possibilità di riprendere le forze. Nessun infermiere, anche se offeso da atteggiamenti che non riconoscono il suo impegno, si è mai tirato indietro, né lo farà.

Anche sul fronte dei tamponi l'Ordine di Napoli ha chiesto e ottenuto di riservare al personale sanitario, almeno nella prima fase di monitoraggio di massa, i test rapidi che sta acquistando in questi giorni la Regione. Consideriamo di assoluto buon senso partire da chi è in prima linea ed è particolarmente esposto al contagio come gli infermieri. Tutelare la salute di chi opera a stretto contatto con il virus, significa tutelare chi assiste. E significa curare in sicurezza. Senza il rischio cioè che il contagio lo porti proprio chi è lì per curare.

Cari colleghi, quelli in ospedale o sul territorio, pediatrici e non, pubblici e privati. L'Ordine degli infermieri di Napoli vi ringrazia per la professionalità, per l'umanità, per il coraggio che state dimostrando ogni giorno. Non so se siete o no degli eroi, o più ancora degli angeli. Ma conosco e apprezzo la vostra generosità, l'etica morale che ispira il vostro impegno affianco di chi soffre. So delle lacrime che si versano dietro le mascherine per una vita persa o perché sfiniti dopo una giornata di lavoro. Questo basta a fare di voi uomini e donne di eccezionale valore.

# Napolisana Campania

Supplemento di Napolisana  
Rivista periodica di aggiornamenti professionali, attualità,  
cultura e ricerca infermieristica  
Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli  
ANNO XXVI - N. 1 - marzo 2020  
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  
**Anna Arnone, Lorenzo Bardone, Nina De Luce, Dario De Martino,  
Mariella Genta, Martina Raviglione, Maria Vicario.**

Editore, Direzione e Redazione:  
Opi Napoli – P.zza Carità 32 – Cap 80134 Napoli  
Tel: +39 081 440140 – 081 440175 – Fax: +39 081 0107708  
Email: info@opinapoli.it  
Email certificata: napoli@cert.ordine-opi.it

RESP. GRAFICA E IMPAGINAZIONE  
POLIGRAFICA F.LLI ARIELLO - EDITORI S.A.S. - NAPOLI  
Corso Amedeo di Savoia, 172 - Tel. 5441323

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

## EDITORIALE di **Ciro Carbone**

3



*Né angeli, né eroi.  
Ma rispetto e Dpi*

## COVID-19 - L'emergenza in Campania

6-11

In pochi e in prima linea: in Campania sistema salute a rischio **6**

Poche terapie intensive. Un piano per raddoppiare **6**

Screening di massa, accolto l'appello dell'Ordine di Napoli **8**

Mascherine e Dpi cercasi disperatamente **8**

Un infermiere veterano al servizio della collettività **9**

De Luca boccia Conte e le "mezzesure" **10**

Più risorse e Regioni autorizzate a sfiorare il bilancio **10**

Il farmaco anti artrite targato Napoli. Dall'Aifa l'ok alla sperimentazione **11**



## COVID-19 - Infermieri in prima linea

12-14



"Un encomio a chi è in trincea, un grazie a tutti gli infermieri" **12**

Appello di medici e infermieri. La priorità a chi cura e assiste **12**

Il ministro Speranza telefona agli infermieri **13**

Tagli scellerati al sistema sanitario.

E oggi il Bel Paese ne conta i danni **14**

**NSC - Supplemento di ricerca infermieristica 15-34**

Benessere organizzativo e soddisfazione lavorativa: studio cross-sectional in una popolazione di infermieri **16**

Efficacia della membrana amniotica nel trattamento delle ulcere del piede diabetico: una revisione della letteratura **25**

**Notizie dall'Ordine****35-39**

La Vicepresidente Teresa Rea nell'Advisory Board dell'Iss **35**

Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) e SIPMeL **35**



Pronta la nuova casa degli infermieri **36**

Approvati all'unanimità i bilanci consuntivi 2019 e preventivo 2020 **37**

Asl Napoli 1 Centro, nuovi incarichi nei Distretti sanitari di base **39**

**Ospedali & territori 40-46**

Epatite C, in Campania 1.800 decessi l'anno Obiettivo eradicarla entro il 2030 **40**

Leucemia linfatica cronica, in Campania il farmaco che evita la chemioterapia **41**

A Napoli la prima ambulanza con le telecamere **41**

Tumori, due studi del Pascale ai vertici della ricerca mondiale **42**

Gastroenterite. È possibile inibirne l'infezione **42**

Torre del Greco e Boscotrecase Via libera alla riorganizzazione **43**

Sanità territoriale. In Campania parte la rivoluzione **43**

Ospedale San Pio, un servizio dedicato ai pazienti sordi **44**

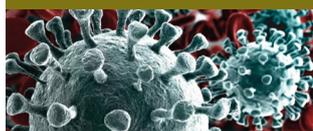
Nasce in Campania la prima Rete Cardioncologica con 10 ospedali **44**

Tumore al seno. Al Pascale la terapia arriva al domicilio **45**

Dalla Conferenza delle Regioni progetti per le persone con demenza **46**

Rinascita Incurabili: 470mila euro Ospedale, museo, sale concerti e ristorante **46**





## COVID-19 L'emergenza in Campania

# In pochi e in prima linea: in Ca

**Carbone:** *“Con il numero di infermieri e infermiere pediatriche attualmente in servizio a Napoli, un’eventuale escalation del coronavirus manderebbe definitivamente in tilt il sistema sanitario regionale e peserebbe drammaticamente sulla lotta alla pandemia in corso. Si metta mano subito allora - aggiunge Carbone - ad assunzioni massicce di infermieri e infermiere pediatriche, di operatori socio sanitario”.*

di PINO DE

**L**a carenza d’infermieri di cui soffre il Paese si fa sentire nel peggiore dei modi oggi con l’emergenza da coronavirus. Nell’immediato e nelle zone a maggior rischio servirebbero almeno 5-6000 infermieri in più da subito. Ma il dato allarmante è proprio il Mezzogiorno e la Campania in primis.

**L’ALLARME DI CARBONE** - A lanciare l’allarme è il Presidente dell’Ordine degli infermieri di Napoli, **Ciro Carbone**: *“Con il numero di infermieri e infermiere pediatriche attualmente in servizio a Napoli, un’eventuale escalation del coronavirus manderebbe definitivamente in tilt il sistema sanitario regionale e peserebbe drammaticamente sulla lotta alla pandemia in corso. Si metta mano subito allora - aggiunge Carbone - ad assunzioni massicce di infermieri e infermiere pediatriche, di operatori socio sanitario”.*



**LOTTA CONTRO IL TEMPO** – Carbone chiede una forte accelerazione e procedure snelle. *“Bisogna fare presto. In Campania mancano già ora oltre 9mila infermieri a causa dei ripetuti tagli nella sanità e al decennale blocco del turn over. Carenza di personale di cui soffrono da tempo sia gli ospedali, sia il territorio, soprattutto a Napoli. Anni di disagi e sacri-*

*fici che oggi si aggravano per un’epidemia devastante che ci vede in prima linea e che aggrava di maggior lavoro, rischi e responsabilità infermieri e infermiere pediatriche. L’ordine professionale di Napoli ha più volte richiamato l’attenzione dei media e delle istituzioni per denunciarne la drammaticità e la necessità di un rapido ritorno alla normalità, soprattutto ora che la Campania non è più commissariata ed è invece in piena emergenza sanitaria per il coronavirus. Si applichi con urgenza lo scorrimento delle graduatorie esistenti, la stabilizzazione degli operatori a tempo determinati e il rinnovo per i somministrati ove ancora esistenti”.*

**NÉ ANGELI, NÉ EROI** – Al presidente Opi di Napoli non vanno giù i salamelecchi mediatici, preferirebbe atti concreti. *“Oggi ci definiscono eroi, angeli. Solo ieri eravamo il bersaglio*



**I**posti letto di terapia intensiva in Italia sono 5.293, concentrati soprattutto nel Centro-Nord (3628), mentre al Sud la rete delle cure è molto più fragile (1665). In Campania i posti in rianimazione sono 322. Il piano generale previsto dalla Regione Campania prevede un raddoppio dei posti intensivi destinati a passare a oltre 800 unità (490 in più), comprese le terapie subintensive a cui aggiungere altri 66 posti di terapia intensiva nel privato accreditato e 52 unità di Terapia intensiva coronarica in 10 strutture accreditate. Da qui la corsa prima al Nord e poi in tutta Italia per aumentare le disponibilità dei letti, grazie anche alle dotazioni (a partire dai preziosi ventilatori per chi è colpito da gravi polmoniti) in arrivo dalla Protezione ci-

vile che nel giro di 43 giorni dovrebbero aggiungere 3mila posti letto in tutta Italia. Anche il Sud dove mascherine, occhiali e tute non sono ancora sufficienti per il personale sanitario, prova ad attrezzarsi.

**Il piano De Luca** - Ha già preso il via la gara per realizzare un ospedale di moduli prefabbricati, ognuno dei quali conterrà fino a 16 posti perfettamente attrezzati per la terapia intensiva. E’ uno dei capitoli essenziali del piano di Protezione Civile per rispondere in maniera adeguata anche a una eventuale crescita esponenziale del contagio. *“Lavoriamo per essere pronti e per evitare situazioni estreme com’è accaduto al Nord, dove l’aumento del numero dei contagiati ha determinato situazioni drammatiche,*

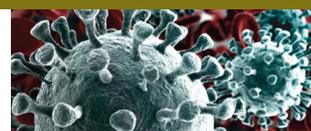
## Poche terapie Un piano per

### TERAPIA INTENSIVA AL S



COVID-19

L'emergenza in Campania



# Campania sistema salute a rischio

eventuale escalation del coronavirus manderebbe definitivamente in tilt il sistema sanitario regionale".

tutti i colleghi impegnati a vario titolo nella lotta contro il coronavirus

MARTINO



preferito di ogni violenza nei pronto soccorso e sulle autoambulanze. Aggressioni che ancora oggi avvengono in piena epidemia nell'indifferenza collettiva. Gli infermieri di Napoli non vogliono medaglie e onorificenze. Vogliono sicurezza, rispetto e opportunità di lavoro".

**PIANTE ORGANICHE SVUOTATE** – Purtroppo quello continua a mancare. I ripetuti tagli nella sanità e il decennale blocco del turn over, hanno effettivamente decimato gli organici. Ma è una carenza di personale di cui la Campania soffre da tempo, sia negli ospedali, sia sul territorio, sia per l'assistenza pediatrica, sia quella

generalista; sia nei triage in ospedale, al 118, che nei setting ospedalieri a bassa ed alta complessità, dall'assistenza domiciliare al dipartimento di Prevenzione. E si soffre soprattutto a Napoli, dove ogni infermiere assiste mediamente a 18 pazienti

alla volta, contro un media nazionale di circa 10 e in barba alle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità che ne raccomanda 1/6.

**E M E R G E N Z A COVID-19** - L'ordine professionale di Napoli ha diramato un comunicato con il quale ha espresso forte apprezzamento per l'operato degli infermieri napoletani in piena emergenza sanitaria per il coronavirus. "Molti infermieri, soprattutto quelli impegnati negli ospedali di frontiera, operano al di là delle loro forze, anche a rischio della propria salute. Non ci sono più turni o logiche di organizzazione del lavoro, ma solo la forza di volontà, la capacità e la voglia di assistere, di salvare vite questi colleghi generosi e straordinari vanno riconosciuti i meriti e gli onori. Essi assicurano ogni giorno con dedizione, passione e competenza, un'assistenza sanitaria specialistica e intensiva di altissimo livello, senza la quale nessuna emergenza virale potrebbe essere affrontata con successo. Ad essi va il nostro ringraziamento e riconoscimento, perché rappresentano la testimonianza che una sanità senza infermieri non può esserci".



## Uffici intensive raddoppiare

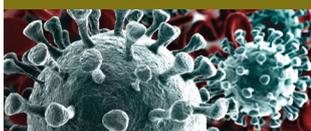
### SUD Numeri posti letto disponibili

Campania	506
Sicilia	392
Puglia	302
Calabria	153
Sardegna	123
Abruzzo	109
Basilicata	49
Molise	31
TOTALE REGIONI SUD	1.665
TOTALE CENTRO NORD	3.628
TOTALE ITALIA	5.293

con rischio di non poter assicurare assistenza ai pazienti", ha detto il Presidente della Giunta Regionale Vincenzo De Luca. "Abbiamo deciso - ha aggiunto - di pubblicare nel più breve tempo possibile la gara, con procedure eccezionali per essere pronti in tempi rapidissimi".

**L'Opi Napoli replica** - "Senza infermieri non c'è salute e non funzionano gli ospedali. Dunque, plaudiamo senza se e senza ma all'iniziativa messa in piedi dalla Regione Campania per realizzare ospedali da campo con moduli prefabbricati. Ma quelle strutture vanno popolate e presidiate da personale infermieristico qualificato, con una idonea formazione in area critica. Quindi assumiamo infermieri e facciamo presto". Ha replicato così, **Ciro Carbone**, presidente

dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli all'annuncio del Presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca. "Ci sembra - ha aggiunto Carbone - una strategia importante e condivisibile per rispondere in maniera programmata ed all'altezza ad una eventuale crescita esponenziale del contagio. Essere pronti per evitare situazioni estreme, così com'è accaduto in altre parti d'Italia, è lungimirante, oltre che responsabile. Ma ciò vuol dire l'assunzione di infermieri con procedure estremamente veloci ed in numero adeguato. Si parla di posti di rianimazione, dunque servono professionisti preparati per tempo a tutela della salute e della sicurezza di tutti. Presidente non c'è più tempo. Ora o mai più".



## COVID-19 L'emergenza in Campania

### Mascherine e Dpi cercasi disperatamente



L'Opì Napoli chiede una corsia preferenziale per gli infermieri - Il ministro Speranza concorda: "La priorità nella distribuzione deve andare sempre a medici, infermieri e operatori sanitari" - La Regione: "Abbiamo acquistato 1,3 milioni di mascherine P2 e P3, più un milione di quelle chirurgiche che provengono da aziende campane. A breve tireremo un sospiro di sollievo perché saremo autonomi per un mese".

(ndI) Non si trovano. E la scarsità di questi presidi indispensabili sono un'emergenza nell'emergenza. Molti infermieri ne lamentano la scarsità e l'impossibilità ad operare in sicurezza senza le necessarie difese. Anche l'Ordine degli infermieri è intervenuto a sollecitare la fornitura in maniera prioritaria agli operatori sanitari.

Interviene l'Opì Napoli - "Per far fronte in maniera efficace alla diffusione del Covid-19 - si dice in un comunicato diffuso dall'Opì Napoli - sono indispensabili i dpi indicati dall'Iss se si vuole evitare che il virus si diffonda ancora di più. Essi sono una barriera e una difesa soprattutto per chi è in trincea, come medici, infermieri, volontari, tutti impegnati in prima linea. Servono soprattutto per tutelare i pazienti e chi li cura: il contagio può essere trasmesso anche da chi è in ospedale a salvare vite. Una beffa". Ma tant'è. E poi servono mascherine specifiche per chi si trova a operare in determinate circostanze. Le mascherine di barriera non sono adatte a tutti. A chi è direttamente in contatto con il virus servono presidi di protezione adeguati all'operatività di ogni infermiere e professionista sanitario. Altrimenti è a rischio la salute di tutti. E poi non solo mascherine. Ma servono guanti, occhiali, visiere, maschere facciali, scarpe, tute, camici. Tutti presidi sanitari indispensabili raccomandati dall'Istituto superiore di sanità per assistere in piena sicurezza, per se e per gli altri, i contagiati da covid19.

**Il Ministro Speranza** - Ma secondo il titolare del dicastero della Salute, ormai l'emergenza è alle spalle: "Grazie al lavoro del commissario straordinario all'emergenza, Domenico Arcuri, e al grande impegno della Protezione civile e del suo capo Dipartimento, Angelo Borrelli, sono sempre più cospicui gli acquisti e la produzione di mascherine, dispositivi di protezione e altre attrezzature". E poi dice chiaro: "La priorità nella distribuzione deve andare sempre a medici, infermieri e operatori sanitari impegnati in prima linea a fronteggiare il Covid-19".

**La Regione** - Palazzo Santa Lucia se la prende con la protezione civile che s'era impegnata ad inviare mascherine e altro: "Impegno saltato, sinora non è arrivato nulla. Ci siamo attivati per tentare di risolvere la questione autonomamente: attraverso canali scientifici con Pechino stiamo cercando fornitori per ventilatori polmonari, ne abbiamo acquistato 150 in Cina. In queste ore stiamo facendo verifiche per avere la certezza che arrivino, in ogni caso siamo sempre in attesa di quelli della Protezione civile. Abbiamo acquistato 1,3 milioni di mascherine P2 e P3, più un milione di mascherine chirurgiche che provengono da aziende campane. A breve tireremo un sospiro di sollievo perché saremo autonomi per un mese". Presto inizierà poi la produzione di 50mila mascherine chirurgiche con un'azienda di Nola. Ma c'è dell'altro. "Ho disposto - ha annunciato De Luca - la consegna gratuita di mascherine chirurgiche a tutti i concittadini campani che attualmente sono in isolamento domiciliare sorvegliato, anche a tutela dei loro familiari".

## Screening di massa

A infermieri, medici e operatori sanitari saranno riservati  
Carbone: "Ringraziamo il Presidente De Luca"

L'Ordine degli infermieri di Napoli ha apprezzato molto la decisione assunta dal Governatore della Campania, Vincenzo De Luca di riservare al personale sanitario, almeno nella prima fase di monitoraggio di massa, i test rapidi che sta acquistando in questi giorni la Regione. "Siamo particolarmente grati al Presidente De Luca di aver accolto favorevolmente l'appello lanciato dall'Ordine degli infermieri e di far partire come auspicato il monitoraggio di massa da chi è in prima linea ed è particolarmente esposto al contagio come gli infermieri", ha detto il Presidente dell'Opì Napoli **Ciro Carbone**.

**L'iniziativa** - Si chiama "Antibody Determination Kit", è stato già utilizzato con successo in Cina. Si tratta del milione di test veloci per il coronavirus già acquistati dalla Regione Campania e serviranno soprattutto per monitorare gli operatori sanitari, infermieri e medici in primis. Lo ha specificato il presidente De Luca, dopo il pressing degli infermieri. "Il monitoraggio di massa attraverso i "test rapidi" e i kit che sta acquistando in questi giorni la Regione, saranno riservati nella prima fase al personale sanitario. Partiremo da chi è in prima linea e svolge un servizio essenziale, poi - ha dichiarato il Presidente Vincenzo De Luca - valuteremo di volta in volta le aree sociali più esposte a contatti, e mirando soprattutto ai soggetti asintomatici".

**La strategia** - Il kit servirà a capire, soprattutto in fase di pre-triage, i casi negativi. Dunque, saranno utilizzati su coloro che presentano sintomi simili a quelli del Covid-19, ma che non necessariamente potrebbero aver contratto davvero il virus. Nel caso invece il test veloce desse esito positivo, si passerà al tampone ospedaliero vero e proprio, che fugherà ogni dubbio. Di fatto, anche la Regione Campania si allinea a quanto accaduto in altre regioni, come ad esempio il Veneto: nelle ultime ore il governatore Luca Zaia ha già an-

## COVID-19 L'emergenza in Campania



# Faella, accolto l'appello dell'Ordine di Napoli

...vati i primi test rapidi per il coronavirus acquistati dalla Regione Campania. L'"Antibody Determination Kit", è stato già utilizzato con successo in Cina. Faella per la sensibilità verso chi lotta in prima linea ed è particolarmente esposto al contagio". Rinnovato l'appello ai cittadini a stare a casa.

di PINO DE MARTINO

nunciato che eseguirà controlli a tappeto anche per far emergere i casi di pazienti asintomatici, che potrebbero comunque essere "portatori sani" del virus.

**L'appello dell'Oms** - «*Test, test, test: non puoi combattere un incendio con gli occhi bendati*» ha detto Tedros Adhanom Ghebreyesus, numero uno dell'Organizzazione mondiale della Sanità. E lo ha rilanciato anche Walter Ricciardi, consigliere del ministro della Salute e rappresentante italiano nell'Oms, che però ha precisato: «*Non significa tamponi a tutti ma seguire le linee guida dell'Oms che sottolinea la necessità di fare test ai pazienti asintomatici con fattori di rischio*».

**"Stare a casa"** - Con l'avvio dello scree-

ning di massa, il Presidente De Luca ha rilanciato l'appello ai cittadini al rispetto delle ordinanze sul distanziamento sociale: «*Si ribadisce ovviamente, che al di là degli screening, lo strumento principale di lotta al contagio è la responsabilità di ogni cittadino e il rispetto rigoroso delle normative in vigore*». Un monito condiviso senza se e senza ma dal Presidente Opi Napoli, Ciro Carbone: «*Con il presidente De Luca, l'Ordine degli infermieri condivide e fa suo anche l'ennesimo appello al rispetto rigoroso della normativa. Tutti quelli che possono stanno a casa. Da parte nostra, come infermieri - aggiunge Carbone - continueremo a svolgere con passione, professionalità e altruismo il nostro lavoro*».



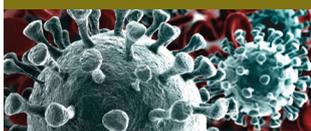
## Un infermiere veterano al servizio della collettività

(ndl) Carmine Silvestri, 70 anni, ex caposala dell'ospedale infettivologico Cotugno di Napoli, in pensione già da cinque anni, è stato chiamato a sovrintendere al personale infermieristico del Loreto Mare, trasformato in ospedale per il covid 19. E' al lavoro già da metà marzo, sta portando insieme al suo ex direttore Franco Faella, la sua esperienza dell'infettivologia maturata dal 1980 al 2015. Un atto di generosità non sfuggito al Presidente Carbone: «*Mi piace ricordare l'alto esempio di attaccamento alla professione e ai principi deontologici che sta dando a noi tutti il collega Carmine Silvestri. A lui e ai colleghi che saranno impegnati nel difficile lavoro al Loreto Mare un grazie di cuore dall'intero corpo professionale che ho l'onore di rappresentare*».

«*Daremo una mano importante - spiega Silvestri - sul corretto uso dei dispositivi per i colleghi medici e infermieri e sui percorsi in ospedale con le zone filtro e i percorsi particolari per la vestizione e la svestizione, uno dei momenti più importanti per tutelare il personale. Poi sarò impegnato anche sulla formazione dei giovani chiamati a lavorare qui: all'inizio ero scettico invece hanno dato un'ottima risposta, dopo tre giorni di formazione in aula avevamo 14 giovani volenterosi e capaci che a loro volta stanno facendo formazione agli altri*». Un infermiere esperto al servizio degli altri, insomma. «*Non c'ero ai tempi del colera - ricorda Silvestri - ero a fare la leva militare. Al Cotugno ci occu-*

*pavamo di neuropatie infettive, meningiti, encefaliti. Poi al pronto soccorso che abbiamo creato all'Ospedale Cotugno abbiamo fatto preparare due stanze a pressione negative e abbiamo affrontato la Sars, l'Aviaria, l'h1n1 e oggi siamo qui contro il covid*». Carmine Silvestri è stata la prima persona che Faella ha chiamato quando ha deciso di accettare di tornare in campo per il Loreto Mare: «*Lo considero - spiega Silvestri - un segno di stima. Mi sono ringalluzzito, facevo una vita da pensionato, non piacevole. Oggi invece torno a casa stanco la sera, non ho più le forze che avevo prima, ma sto tornando in forma*». Il giornalista che lo intervista sottolinea la pericolosità del covid-19, giudicato da tutti gli esperti come un virus altamente contagioso. «*Paura? L'abbiamo tutti - risponde da infermiere veterano, come chi ne ha già viste di tutti i colori - chi dice il contrario dice una sciocchezza, dobbiamo usare tutte le armi che abbiamo. E' una pandemia e non c'è un vaccino. Quindi ora c'è solo la prevenzione, la necessità di allontanarci uno dall'altro per evitare nuovi contagi*».





## COVID-19 L'emergenza in Campania

“**L**a previsione è che entro fine marzo saremo a 1.500 contagi in Campania rispetto agli attuali 750. Entro aprile avremo 3mila persone positive e 140 persone in condizione da richiedere un ricovero in terapia intensiva. È evidente che siamo dinanzi a dati pesanti”. Parte da questo scenario pessimistico il Presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca per lanciare il suo attacco al Governo e alla Protezione civile, quest'ultima chiamata in causa per i gravi ritardi, soprattutto nella fornitura di mascherine e dei necessari presidi sanitari di sicurezza promessi.

**Bocciato l'Esecutivo** – Ma è soprattutto la strategia delle mezze misure, dei tentennamenti, delle indecisioni e delle politiche tampone ad irritarlo. “Io la penso diversamente dal governo nazionale – sottolinea in una dichiarazione al calor bianco – ritengo che le mezze misure non risolvono il problema e finiscono per aggravare la condizione di vita dei concittadini. Mi spiace che l'Italia ancora si riveli il Paese del 'mezzo mezzo' e del 'fare

finta'. Non decidiamo mai le cose fino in fondo. Non facciamo mai la verifica concreta della realtà. Mi spiego, non possiamo dire di rimanere tutti a casa e poi consentiamo di andare nei parchi a fare attività sportiva individuale. Non possiamo dire che dobbiamo mantenere una distanza di un metro e consentire ai locali di restare aperti per due settimane. O che basta fornire l'autocertificazione. È una finzione perché nella realtà non si controlla niente. “Ritengo che sia arrivato il momento di chiudere tutto e militarizzare l'Italia, significa che se l'obiettivo è contenere il contagio per evitare di contare a migliaia i nostri morti allora non possiamo esseri leggeri. Abbiamo chiesto da parecchio tempo l'invio delle forze armate per il controllo del territorio a supporto delle forze

dell'ordine. A breve arrivano 100 unità. È una cosa che apprezzo ma che non servirà a molto per la dimensione del problema che abbiamo”.

**E anche la Protezione civile** - Su richiesta della Regione Campania, la Protezione civile aveva assicurato il proprio impegno per inviare Dpi e dispositivi sanitari indispensabili a chi opera in prima linea. “Impegno saltato, sinora non è arrivato nulla”. Dice amareggiato. “Rimaniamo sempre in at-



di PINO DE

# De Luca boccia Conte

## Più risorse e Regioni autorizzate a sfiorare il bilancio

Nel decreto “Cura Italia” un incremento di fondi per la sanità, più 3 miliardi e mezzo per l'emergenza coronavirus

di NINA DE LUCE

Per contenere l'emergenza coronavirus occorrono armi eccezionali, che significa soldi per potenziare le strutture e le attrezzature ospedaliere, per acquistare gli strumenti di protezioni in dotazione a medici e infermieri, per incrementare il personale sanitario. Il grido d'allarme era partito dalla Regione Campania, da sempre abituata a centellinare anche i centesimi di euro. Poi via, via anche le altre Regioni si erano accodate. Su questo fronte il governo è apparso subito più pronto e ha risposto inserendo nel decreto «Cura Italia» anche un incremento dei fondi da utilizzare per la sanità. Più altri 3 miliardi e mezzo da destinare all'emergenza coronavirus. Soldi, questi ultimi, che dovranno essere ripartiti secondo criteri ancora non chiari tra le diverse regioni.

**La Conferenza delle Regioni** - L'incontro presieduto da Bonaccini ha dato il via libera alla ripartizione dei 113 miliardi e 360 milioni di fondi del servizio sanitario nazionale. Tra finanziamento di fabbisogno standard e premialità, alla Campania sono andati 10 miliardi e 631 milioni 183.187 euro. È la terza regione d'Italia nell'assegnazione dei fondi, dopo la Lombardia (18 miliardi e 826 milioni 752.911 euro) e Lazio (10 miliardi e 947.710.355 euro). Per affrontare l'emergenza coronavirus, la Campania ha già avviato l'allestimento di un reparto mirato nell'ospedale napoletano Loreto Mare con 70 posti letto, da destinare tutti ad ammalati del nuovo morbo, oltre all'acquisto di mascherine, tende e macchinari per non essere impreparati in vista di un possibile aumento di contagi. E poi, ci sarà bisogno di fondi per il pagamento, previsto dal decreto del governo, degli straordinari in più al personale ospedaliero. Ci sarà poi da chiarire come la Regione potrà eventualmente utilizzare spazi nelle cliniche private, che sono obbligate

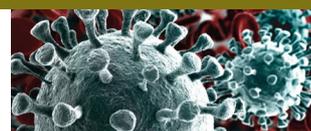
dal decreto a mettere a disposizione dell'emergenza stanze e posti letto.

**Lo sfioramento di bilancio** - Il decreto del governo prevede la possibilità di sfiorare i limiti fissati per la finanza regionale, per affrontare sempre all'emergenza coronavirus. Secondo le prime bozze inviate alle strutture regionali ma non ancora ufficiali, le 20 Regioni a statuto ordinario avranno la possibilità di andare oltre i limiti di bilancio per un totale complessivo di 600 milioni iscritti nel bilancio nazionale da assegnare alle singole Regioni. Secondo calcoli approssimativi, potrebbero significare poco più di 20 milioni per la Campania. Il decreto del governo apre le maglie dei limiti di spesa imposti alla finanza locale. Attingere agli avanzi di annualità pregresse della Regione potrebbe liberare nuove risorse. Ma, spiegano alla Regione Campania, gli avanzi pregressi sono già utilizzabili per gli anni 2020 e 2021 in maniera vincolata e fissata da leggi precise. Per questo, c'è attesa di capire se il decreto interviene anche a eliminare i vincoli di utilizzo dei fondi degli avanzi di bilancio pregressi e in che percentuale e modo. È questo il vero nodo da comprendere, per arrivare a una stima precisa dei fondi in più disposizione, in aggiunta a quelli ordinari già ripartiti la scorsa settimana.

Il decreto prevede un'altra agevolazione finanziaria per le Regioni a statuto ordinario, come la Campania. Sui mutui sottoscritti dalla Regione, il governo ha previsto la sospensione del pagamento nella parte della quota capitale che scade quest'anno. Una somma che sarà rimborsata alle banche l'anno successivo al piano di ammortamento del contratto con le banche. Significherà un po' di ossigeno sui rigidi rimborsi dovuti alle banche. Restano poi da comprendere quali potranno essere le misure a sostegno dell'occupazione.

COVID-19

L'emergenza in Campania



# e e le “mezze misure”

MARTINO



metropolitana di Napoli che ha un'altissima densità, tra le più alte in Europa. Servono misure chiare determinate e definitive. Le misure

tesa di quelli della Protezione civile. Nel frattempo abbiamo acquistato 1,3 milioni di mascherine P2 e P3, più un milione di mascherine chirurgiche che provengono da aziende campane”.

**Gli operatori sanitari in primis -** “Provo a immaginare cosa succederà se dovessimo perdere il controllo nell'area

tampone non servono”. Anche sull'ipotesi dei test di massa De Luca chiarisce la posizione della Regione Campania: “Utilizzeremo il test rapido in primo luogo per il personale medico e infermieristico. Dobbiamo individuare gli asintomatici e proteggere il personale sanitario. Se si arriva al 20% di operatori sanitari contagiati sarà una catastrofe”.

**Il privato convenzionato** - Nel frattempo la corsa contro il tempo è già a buon punto. Sono state individuate le imprese per realizzare i moduli prefabbricati di terapia intensiva dotati di ventilatori automatici. E' stata effettuata una gara sul territorio nazionale aggiudicata da un'impresa di Padova. Inoltre tutte le Asl dovranno raddoppiare i posti letto di terapia intensiva e sub-intensiva. Ma oltre al piano B, si lavora anche ad un piano C, nel



caso le cose dovessero precipitare come al Nord: “Ci stiamo preparando a un ulteriore scenario - spiega De Luca - che dovrà coinvolgere pure le strutture private convenzionate. Le cliniche potrebbero ospitare i pazienti non Covid e liberare gli ospedali per accogliere solo i positivi”.

«Stando dando risultati promettenti, ma ancora in fase sperimentale». Con queste parole il direttore dell'Agenzia italiana per il farmaco Nicola

Magrini ha annunciato il via libera a una fase di verifica su un campione di 330 pazienti. Magrini ha sottolineato che il farmaco, il tocilizumab «riduce l'effetto del fattore di infiammazione, perché il virus produce reazione infiammatoria molto ampia. La speranza, dunque è che possa spegnere questa cascata infiammatoria». La cura anti-coronavirus messa a punto dal Pascale e dal Cotugno di Napoli è basata sull'utilizzo di un farmaco comunemente impiegato nel trattamento dell'artrite reumatoide. La casa farmaceutica produttrice (la multinazionale svizzera Roche) si è già dichiarata disponibile a fornire gratuitamente il farmaco. «Dunque - ha aggiunto il direttore dell'Aifa - lo sforzo messo in campo con la sperimentazione è di poter dimostrare quante vite si salvano, chi ne giova maggiormente e quale è la categoria che ne giova». Magrini ha poi sottolineato che «il farmaco è stato già provato su centinaia di pazienti» e per questo si è deciso di passare ad una fase 2, vale a dire la sperimentazione

## Il farmaco anti artrite targato Napoli Dall'Aifa l'ok alla sperimentazione



sui 330 pazienti, «intubati da non più di 24 ore» e non in condizioni particolarmente gravi.

Lo studio, informa l'Aifa, è promosso dall'Istituto Nazionale per lo Studio e la cura dei tumori di Napoli, con l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia e l'Ircs di Reggio Emilia, e con la commissione tecnico scientifica di Aifa, ed è frutto di una stretta collaborazione tra diverse istituzioni pubbliche per valutare l'impatto di questo principio attivo che ha recentemente ricevuto segnalazioni di possibili benefici nei malati di coronavirus. Sono previsti due gruppi di pazienti ma il trattamento sarà uguale per tutti: il primo gruppo (studio di fase 2) verificherà una

ipotesi di riduzione della mortalità a un mese; il secondo gruppo (raccolta dati o studio osservazionale) è stato concepito con l'obiettivo di migliorare le modalità di gestione dell'emergenza

in corso e includerà i pazienti già intubati da oltre 24 ore e i pazienti che siano già stati trattati prima della registrazione sia intubati che non intubati. Allo studio potranno partecipare tutti i centri clinici che ne faranno domanda e verrà gestito dalla piattaforma web del promotore (l'Istituto Pascale di Napoli) che da anni viene utilizzata presso l'Unità Sperimentazioni Cliniche per la conduzione di studi clinici internazionali in oncologia. «È stato fatto dall'Aifa un lavoro eccezionale finalizzando un protocollo di studio in dieci giorni, quando di solito ci vogliono mesi, ora siamo pronti», ha detto Paolo Ascierio, direttore dell'unità di immunologia clinica del Pascale. Ascierio ha scoperto insieme con il collega Vincenzo Montesarchio, infettivologo dell'ospedale Cotugno di Napoli, gli effetti positivi del farmaco sulla polmonite da coronavirus in corsia e ora si aspetta risposte anche dalla sperimentazione scientifica.



**COVID-19**  
**Infermieri in prima linea**

## “Un encomio a chi è in trincea,

La Presidente Mangiacavalli elogia e difende la professione. Sotto accusa misure penalizzanti che si perpetuano discriminazioni contro la categoria”. I provvedimenti contestati: richi

di DARIO D

**I**nterviste sui giornali, ospitate in talk show, storie di vita e reportage. Gli infermieri italiani non sono mai stati così popolari come adesso. Su striscioni e cartelli, comparsi come funghi in tutt’Italia, sono eroi, sono angeli con le mascherine, salvatori della Patria. Ultimo baluardo di un’Italia stordita e indifesa sotto l’attacco virulento del covid-19. Una bella immagine per la professione. Una soddisfazione, non c’è che dire. A chi non fa piacere sentirsi apprezzati.

**Elogiati e discriminati** - Ma sono complimenti che stridono se confrontati con le aggressioni fisiche e verbali di tanti cittadini contro gli infermieri scambiati per pungibol, contro i quali scaricare la rabbia per

le liste d’attesa lunghe, per le loro frustrazioni. Ma soprattutto contrasta con il trattamento discriminatorio ricevuto dagli infermieri dai vari governi in questi anni e che ancora si perpetuano in questi giorni. “*Gli infermieri stanno dando tutto, anche la salute e tutti lo riconoscono. Ma dallo Stato, nonostante le citazioni e gli encomi, stanno ricevendo solo ‘pannicelli caldi’*”. La Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche contesta al governo il comportamento che si sta tenendo verso i suoi iscritti, esaltati come “eroi” la mattina e trattati come merce di scarso valore la sera nei provvedimenti delle istituzioni nazionali e regionali. “*In Italia – ricorda Barbara Mangiacavalli, Presidente*

## Appello di medici e infermieri La priorità a chi cura e assiste

Su oltre 2.300 professionisti positivi a COVID-19, oltre l’80% (quasi 1.900) sono medici e infermieri. E, per tutti, le prospettive sono quelle di un rischio altissimo senza gli adeguati dispositivi di protezione personale e di un livello di stress per la carenza di organici che lascerà il segno anche dopo l’emergenza COVID-19. Ecco perché medici e infermieri hanno lanciato un appello congiunto. Medici e infermieri del Servizio sanitario nazionale, oltre 900mila professionisti in prima linea nella guerra a COVID-19, si uniscono per affrontare gli stessi problemi che entrambe le categorie professionali hanno in questo momento: dispositivi di protezione individuale non adeguati ai rischi e ai compiti – se non spesso del tutto assenti – e carenza di personale che costringe a turni ben oltre quelli fisicamente sopportabili. Senza ovviamente nemmeno che si possano rispettare le regole su riposi o alternanza: il personale non c’è.

**Anelli e Mangiacavalli** - “Nessuno si tirerà mai indietro, è chiaro – affermano Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi



e degli odontoiatri e Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche – e la miglior testimonianza di questo la danno i cittadini con la loro gratitudine e gli stessi professionisti con l’impegno profuso nel salvare vite”. Ma, dicono congiuntamente a Governo e Protezione civile “si devono ridefinire le priorità nella lotta al nuovo Coronavirus mettendo subito in sicurezza medici e infermieri, come strategia primaria di sanità pubblica. Sentiamo tutta la responsabilità di rappresentare categorie

professionali alle quali non è stato garantito il diritto alla sicurezza. Una situazione inverosimile, indegna di una società civile, che mette in pericolo la salute pubblica. Chiediamo che si individuino i responsabili e che la fornitura dei DPI diventi una priorità del Governo, un tema di sicurezza nazionale, perché la salute dei nostri cittadini merita questo”. I leader di medici e infermieri si soffermano poi sulla mancata sicurezza e tutela dei pazienti più fragili: “E’ fondamentale la fornitura di DPI consoni alla situazione, che permettano da un lato la protezione degli operatori per evitare le centinaia se non migliaia di situazioni di contagio tra loro, anche grave in alcuni casi fino al decesso, ma, dall’altro, soprattutto per garantire la sicurezza ai pazienti che altrimenti troverebbero proprio in chi li cura e li assiste una fonte probabile di contagio. Questo ovunque e, in particolare proprio nelle strutture che accolgono i più fragili, coloro i quali tengono alta la percentuale di mortalità, come RSA e Hospice, dove i fenomeni negativi si sommano e muoiono”.

COVID-19

Infermieri in prima linea



# un grazie a tutti gli infermieri”

ti messe in essere da Protezione civile e Regioni. “Mentre l’Italia ci abbraccia e ci chiama eroi, amati i pensionati, reclutamento inadeguato e sperequazioni con altre professioni.

E MARTINO

della Federazione nazionale degli infermieri (Fnopi) – *ne mancano oltre 53mila, di cui la maggior parte (almeno 30mila) sul territorio*”.

**Richiamati i pensionati** - Difronte a una carenza di tali dimensioni e ad un’emergenza che fino ad ora ha fatto oltre 6mila morti, il Governo Conte non ha trovato di meglio che richiamare in servizio gli infermieri pensionati. “*Rappresenta sì una risposta immediata, ma dall’effetto placebo rispetto alla necessaria terapia d’urto*”, nota ancora la Mangiacavalli. E spiega: “*Ne servirebbero ben di più di quelli ex pensionati o neolaureati per riportare gli organici a quel rapporto virtuoso che consentirebbe di essere in linea con le indicazioni internazionali. Il pro-*



*blema è che oggi gli infermieri vivono una condizione occupazionale instabile e precaria. Negli anni il SSN non ha investito abbastanza né in termini quantitativi (assunzioni) né qualitativi (tempi indeterminati e percorso di sviluppo delle competenze stabile e mirato)*”.

**Le differenze pesano** - La

Fnopi ha inviato una lettera a tutte le figure istituzionali, dal premier ai ministeri, dalla Protezione Civile alle Regioni. Nella risentita missiva si stigmatizzano una serie di sperequazioni alla categoria, dalla circolare della Protezione Civile che recluta 300 medici e lasciando alla scelta volontaria gli infermieri; al decreto “Cura Italia” che prevede concorsi e assunzioni a tempo indeterminato per i medici all’Inail, mentre lascia solo contratti precari (Co.Co.Co.) agli infermieri. E poi, sotto accusa anche il reclutamento dei militari, per il quale i medici e i laureati di altre discipline sono inquadrati nei ruoli degli ufficiali, mentre gli infermieri (laureati anch’essi e anche specializzati) si fermano a livello di sottufficiali. Infine i bandi regionali. Anche per questi gli infermieri sono reclutati sempre e solo come Co.Co.Co o partite Iva, con compensi di 13-19 euro l’ora. “Gli infermieri – scrive la Federazione – finora sono la gran parte di quegli operatori sanitari risultati positivi a COVID-19 e molti di loro sono anche deceduti per colpa dell’epidemia. Gli infermieri sono quei professionisti che accolgono i pazienti, gli sono vicini e spesso li supportano in momenti in cui altrimenti resterebbero del tutto soli. “E’ grave – si dice nella lettera – che esista una sperequazione fortissima tra professionisti di altre professioni e infermieri, per i quali si fa conto solo sulla volontarietà della loro azione e della loro disponibilità. Gli infermieri sono professionisti laureati e anche specializzati – aggiunge la Fnopi – che non meritano una considerazione così scarsa rispetto al loro impegno e al loro lavoro, che sono comunque in forte carenza nei luoghi dove i numeri dell’epidemia sono più alti, non lasciando per questo mai nessuno da solo, rinunciando a turni e anche a contatti con le proprie famiglie, rischiando alla stessa stregua e con i medici in prima linea nella lotta al covid-19”.

**Grazie infermieri** – Ma al di là della considerazione delle istituzioni, c’è la bella immagine che l’intera professione sta oggi dando al mondo intero. Un contegno, una professionalità, un amore per la professione e per chi soffre che Barbara Mangiacavalli ha voluto sottolineare. “*Ringrazio tutti i colleghi che stanno dimostrando nei fatti il loro impegno. Essi portano avanti con grandi sacrifici i valori di una professione che in questi giorni sta dando il cuore. Stanchezza e sconforto sono sempre a un passo, tuttavia sono sempre pronti a tendere una mano per assistere, curare, infondere coraggio, forza e speranza a chi sta male o ha paura. Qualcuno in questi giorni li ha definiti ‘eroi’. Lo sono, ma vorrei fosse chiaro: siamo prima di tutto infermieri che non certo da ora stiamo svolgendo la professione in condizioni difficili, ad organici ridotti e con ritorni economici inadeguati. Oggi tutto questo si sta solo manifestando con modalità eclatanti*”.

## Il ministro Speranza telefona agli infermieri

*“Chiamo personalmente per ringraziare a uno a uno tutti gli infermieri che stanno combattendo e affrontando questa emergenza sanitaria, assistendo con competenza, passione e umanità i nostri malati”*. Sono queste le parole



che il ministro della Salute **Roberto Speranza** ha rivolto al telefono ai coordinatori regionali degli Ordini delle professioni infermieristiche, ai presidenti di Ordine delle province più colpite da COVID-19, ma anche direttamente ad alcuni infermieri che si trovano in prima linea sui fronti più contagiati del Nord.

I presidenti hanno assicurato il ministro che nessun infermiere si è tirato e si tirerà indietro e che tutti stanno cercando di fare ancora di più di quanto fatto, “perché nessuno resti solo”.

Certo, hanno sottolineato i presidenti al ministro, il tempo è sempre meno, lo scenario degli ospedali, specie al Nord e in particolare in Lombardia è drammatico, le condizioni di lavoro degli infermieri e degli operatori sanitari sono sempre più difficili e logoranti, fisicamente e psicologicamente.

Il ministro ha assicurato di stare facendo tutto il possibile con Angelo Borrelli e Domenico Arcuri per trovare DPI e tutto quello che serve alla tutela della salute degli operatori e ha rivolto loro un saluto commosso: “Ho infinita gratitudine per quello che voi infermieri state facendo, vi abbraccio tutti, ora virtualmente e spero presto di poterlo fare di persona”.

La Federazione nazionale degli ordini degli infermieri rivolge al ministro Speranza un ringraziamento particolare perché le sue parole hanno dato sicuramente maggior forza a chi sta davvero dando se stesso per la tutela della salute dei cittadini.



**COVID-19**  
**Infermieri in prima linea**

# Tagli scellerati al sistema sanitario. E oggi il Bel Paese ne conta i danni

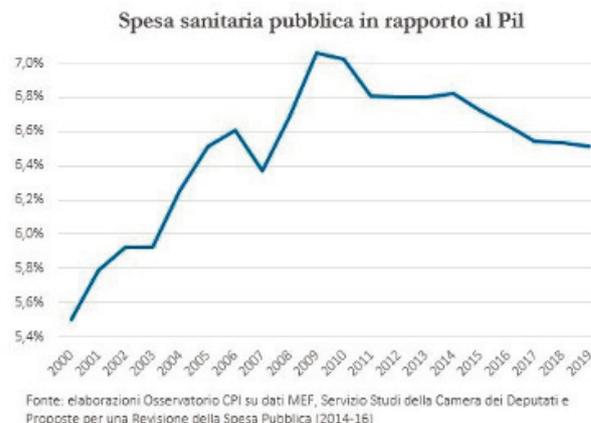
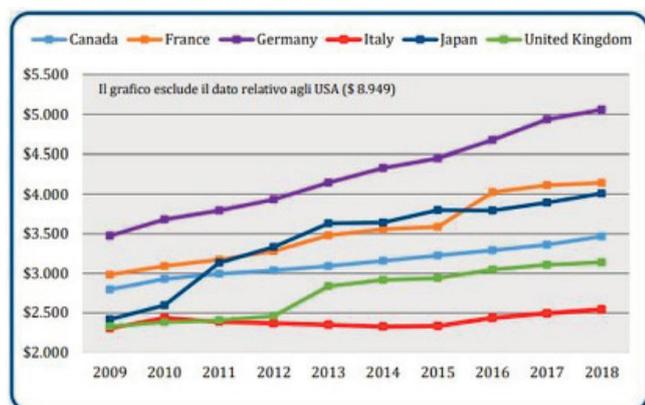
L'Osservatorio Gimbe ha calcolato, già nel 2019, in 37 miliardi il definanziamento al Sistema Sanitario Nazionale. Responsabilità che hanno nomi e cognomi diversi. Dalla lettera di Draghi-Trichet, all'avvento di Monti, e poi tanti governi incapaci di invertire la tendenza

di **DARIO DE MARTINO**

**N**on è certo un caso il fatto che oggi la Germania può contare su 28 mila posti letto in terapia intensiva e l'Italia ne conta solo 5 mila. Con l'emergenza da covid-19 sono proprio i posti letto in rianimazione che fanno la differenza. Forse non ci sarebbero stati tanti decessi e tanto allarme se il razionamento finanziario perpetrato per anni e anni non avesse colpito come una scure proprio queste strutture, e decimato posti letto in tutt'Italia. Ora con affanno ci apprestiamo a costruire ospedali di fortuna e temporanei. Ad erodere posti letto destinati ad altre patologie. Ad elemosinare nosocomi da campo in giro per il mondo. Nemmeno è un caso il fatto che la spesa sanitaria in tutti i paesi del G7 sia cresciuta costantemente negli ultimi 10 anni, mentre quella italiana sia rimasta pressoché stabile e comunque inferiore al tasso di inflazione (dunque con una somma simile si acquistano meno beni e servizi rispetto a dieci anni prima). Lo dice senza mezzi termini e non oggi l'Osservatorio Gimbe, presieduto dal professor Nino Cartabellotta nel suo report su "Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale". Dice il documento: "Il finanziamento pubblico è stato decurtato di oltre 37 miliardi, di cui circa 25 miliardi nel 2010-2015 per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie ed oltre 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla Sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica. In termini assoluti il finanziamento pubblico in 10 anni è aumentato di 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%)". E poi i dati OCSE aggiornati al luglio 2019 dimostrano che l'Italia si attesta sotto la media sia per la spesa sanitaria totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 contro 3.038), precedendo solo i Paesi dell'Europa orientale oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. Nel periodo 2009-2018 l'incremento percentuale

della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media del 37%. I grafici di questa pagina, nei quali si confronta la spesa pubblica procapite di alcuni paesi del G7, e la spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil, sono eloquenti.

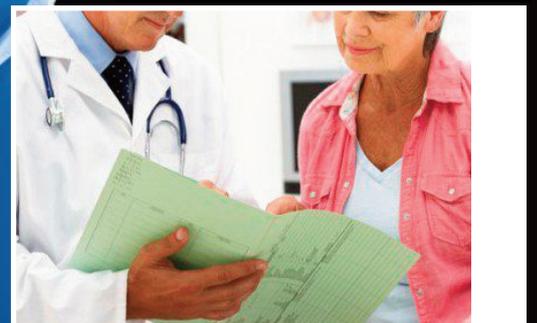
Una recente analisi ha stimato che in Italia sarebbero necessari almeno 4.000 posti in terapia intensiva entro le prime due settimane di aprile. Se nei prossimi giorni continuerà la tendenza alla crescita esponenziale delle persone infettate da Covid-19 è evidente che finiranno i posti letto disponibili. A netto dell'emergenza è lecito chiederci, ma come siamo arrivati a tutto questo? Molti originano nel Governo Monti l'inizio del definanziamento della sanità pubblica italiana. Ma è proprio così? È innegabile che la *spending review* di quell'esecutivo tagliò 6,8 miliardi e 30mila posti letto. Ma lo è anche il fatto che da allora le cose sono andate sempre peggio: scattati i piani di rientro per le Regioni, i governatori hanno tagliato ancora. Sono aumentati i *ticket* e i letti sono diminuiti a 3,2 per 1.000 abitanti, contro una media europea di 5. Le liste d'attesa sono rimaste lunghe e i livelli minimi di assistenza sono una chimera, soprattutto al Sud. L'ultimo rapporto Svimez evidenzia tale divario: la spesa sanitaria pro capite è di circa 1.600 euro nel Mezzogiorno, 2.000 euro nel Centro-Nord. Allora diciamo che tutti i governi hanno contribuito a vario modo al progressivo indebolimento della più grande opera pubblica mai costruita. Letta così, possiamo dire che la riduzione del numero di ospedali e dei posti letto, rappresenta un *trend* in atto da almeno 25 anni, da ben prima che scoppiasse la crisi economica nel 2008 e quel che è peggio, non è coincisa con una riduzione della spesa sanitaria. Se usciremo da questa crisi, forse, è proprio il caso di farci due conti e domandarci: paga veramente risparmiare sulla salute? A conti fatti e con coronavirus in corso, sembra proprio di no.



***Efficacia della membrana  
amniotica nel trattamento  
delle ulcere del piede  
diabetico: una revisione  
della letteratura***



***Benessere  
organizzativo e  
soddisfazione  
lavorativa:  
studio cross-sectional  
in una popolazione di  
infermieri***



---

**EFFICACIA DELLA MEMBRANA AMNIOTICA NEL TRATTAMENTO DELLE ULCERE  
DEL PIEDE DIABETICO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Martina Raviglione<sup>1</sup>, Mariella Genta<sup>2</sup>, Lorenzo Bardone<sup>3</sup>

1. Infermiera presso S.C. Medicina Interna, Ospedale degli Infermi, Ponderano
2. Infermiera presso Ambulatori di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale degli Infermi, Ponderano
3. Infermiere presso Università del Piemonte Orientale UPO, sede di Biella

\* *Corresponding Author*: Martina Raviglione, Infermiera presso S.C. Medicina Interna, Ospedale degli Infermi, Ponderano (Italy). E-mail: [martina.raviglione11@gmail.com](mailto:martina.raviglione11@gmail.com)

**DOI:** [10.32549/OPI-NSC-32](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-32)

## RIASSUNTO

**Introduzione:** Il piede diabetico è una complicanza del diabete, che può comportare gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana, generare complicanze come infezioni e amputazioni.

La membrana amniotica, considerata un materiale di scarto post-parto, grazie alla ricerca e ai recenti progressi, è riconosciuta come importante risorsa per le medicazioni.

**Materiali e Metodi:** Revisione della letteratura condotta sulle banche dati CINAHL, PubMed ed EMBASE.

**Risultati:** Dagli studi selezionati si evince come la membrana amniotica abbia molteplici proprietà, come ruolo nella gestione delle lesioni cutanee, contribuendo ad aumentare il comfort del paziente oltre a diminuire il periodo di degenza ospedaliera ipotizzando una riduzione dei costi a livello sanitario.

**Conclusioni:** La letteratura scientifica conferma che la membrana amniotica è ottimale nella risoluzione delle ulcere del piede diabetico, tuttavia ulteriori studi sono raccomandati.

**Parole chiave:** Piede diabetico, ulcera del piede diabetico, membrana amniotica, idratazione, standard di cura

## EFFECTIVENESS OF THE AMNIOTIC MEMBRANE IN THE TREATMENT OF DIABETIC FOOT ULCERS: A LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

**Introduction:** One of the complications of diabetes is the diabetic foot, whose main negative outcomes are ulcers, which can become chronic wounds leading to severe limitations in the activities of daily life, up to infection and amputation. The main objectives of nurses specialized in wound care are to promote a rapid and complete wound healing, which is why it is important to improve the awareness of new products that can help provide optimal care. The placenta, in particular the amniotic membrane, is considered a postpartum waste material but, thanks to research and recent progress, it is starting to be recognized as an important resource for dressings.

**Materials and Methods:** Review of the scientific literature, the databases were interrogated: CINAHL, PubMed and EMBASE.

**Results:** The analyzes carried out show that the amniotic membrane has multiple properties, in addition to reducing the length of hospital stay, visits, home care and increase the comfort of the patient and can result in a reduction of health costs.

**Discussion:** By evaluating the effects on clinical practice, it is possible to state that the amniotic membrane dressings associated with standard dressings are preferable compared to standard dressings only. Despite the large number of skin substitutes developed so far, there is no synthetic medication with these complex and multidirectional properties.

**Conclusion:** Research confirms that the amniotic membrane is optimal in resolving diabetic foot ulcers, however further studies are needed.

**Keywords:** “*diabetic foot*” “*diabetic foot ulcer*” “*amniotic membrane*” “*moist dressing*” “*standard of care*”

## INTRODUZIONE

Il diabete è un importante problema di salute pubblica [1]. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità entro il 2030 sarà diagnosticato in 336 milioni di persone in tutto il mondo, contro i 171 milioni del 2000 [1]. A lungo termine provoca alterazioni vascolari, in particolare agli arti inferiori con lo sviluppo del cosiddetto "piede diabetico" [2], importante problema medico, sociale ed economico [1]. In molti casi, le lesioni cutanee non riescono a guarire rapidamente evolvendo in ulcere con conseguente perdita di mobilità con gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana fino ad arrivare a complicanze gravissime come l'amputazione [2]. L'amputazione può a sua volta aumentare la morbilità e i costi sanitari, riducendo allo stesso tempo la produttività e la qualità della vita di un individuo, oltre ad aumentare il livello di mortalità [3].

L'impatto sociosanitario di questa malattia cronica, è estremamente oneroso, in termini di spesa sociale, perdita della qualità della vita, morbilità e mortalità [4]. Negli USA i costi complessivi per curare una persona con ulcera agli arti inferiori oscillano tra \$ 10,000 e quasi \$ 60,000 all'anno a seconda della gravità dell'ulcera diabetica e dei risultati clinici [5]. In Italia, dal rapporto dell'anno 2017 dell'Osservatorio ARNO, il costo medio di un ricovero di una persona con patologia diabetica è di € 8.688 [6]; i costi relativi ai farmaci è pari a € 30.700 e quello relativo ai presidi corrisponde a € 92.350 all'anno per persona [7]. L'obiettivo principale del trattamento delle ulcere del piede diabetico, *diabetic foot ulcer* (DFU), è promuovere una guarigione rapida e completa al fine di ridurre il rischio di infezione, amputazione e altre forme di complicanze correlate [8].

Medicazioni umide, *debridement*, scarico delle ferite e controllo delle infezioni sono terapia standard o standard di cura, *standard of care* (SOC), nella gestione delle DFU, che viene usata comunemente in molti centri clinici in tutto il mondo (8). Le linee guida della Wound Healing Society raccomandano la considerazione di terapie avanzate della ferita se l'ulcera diabetica non diminuisce di dimensioni del 40% o più dopo 4 settimane di terapia standard [9]. Una possibile soluzione riguardo alla guarigione delle ulcere in termini di qualità della vita, percentuale delle guarigioni, costi per il

sistema sociosanitario, è rappresentata dai sostituti cutanei [10]. Un esempio di sostituto cutaneo è la membrana amniotica che viene considerata un materiale di scarto post-parto, ma, grazie alla ricerca, sta iniziando ad essere riconosciuta come importante risorsa per le medicazioni [11].

La membrana amniotica promuove la proliferazione e la differenziazione di diverse tipologie cellulari, rilasciando importanti fattori di crescita e per tal motivo ne consente un vasto utilizzo(12). Al suo interno è stata rilevata la presenza del fattore di crescita dei cheratinociti (KGF) e il relativo recettore (KGFR), il fattore di crescita degli epatociti (HGF) e il relativo recettore (HGFR) del fattore di crescita epidermica (EGF), il fattore di crescita trasformante (TGF- $\alpha$ , TGF $\beta$ 1, TGF- $\beta$ 2, TGF- $\beta$ 3) e dei fibroblasti (FGF) localizzati nell'epitelio della membrana amniotica(12). Un ruolo importante nella regolazione dello sviluppo dei tessuti è svolto dai fattori di crescita, in particolar modo il TGF- $\beta$  è considerato il fattore di crescita più influente nel controllo dell'attività dei fibroblasti durante la guarigione della ferita [12]. Esso promuove l'adesione cellulare e sopprime la sintesi della proteasi degradante la matrice, aumenta sia la sintesi degli inibitori della proteasi che la sintesi e la deposizione delle proteine della matrice extracellulare [12]. Presenta anche proprietà antibatteriche, poiché sono espressi i peptidi antinfiammatori ed antimicrobici del sistema immunitario innato, come le b-defensine, gli inibitori dell'elastasi, l'inibitore delle proteasi dei leucociti, la lattoferrina e IL-1R. Inoltre, la trasparenza della membrana consente una diagnosi precoce d'infezione e risulta essere un indicatore al cambio della medicazione [13]. È importante che i professionisti sanitari siano a conoscenza delle nuove tecniche, delle tecnologie e dei prodotti che possono aiutare a fornire cure ottimali e a promuovere risultati positivi per le lesioni difficili [14].

### **Obiettivo dello studio**

Valutare, attraverso una revisione della letteratura scientifica, l'efficacia del trattamento con membrana amniotica associata a medicazioni standard a confronto con le sole medicazioni standard nella guarigione delle ulcere diabetiche croniche.

## MATERIALI E METODI

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

(P) <i>population</i>	Pazienti diabetici con ulcera diabetica cronica.
(I) <i>intervention</i>	Medicazione con membrana amniotica vs medicazione standard.
(C) <i>comparison</i>	Medicazioni standard.
(O) <i>outcome</i>	Efficacia nella guarigione delle ulcere.

**Tabella 1.** Quesito secondo la metodologia PICO

È stata condotta una revisione della letteratura 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 loro attraverso gli *operatori booleani* (Tabella 2 seguente).

Banca dati	Strategia di ricerca	Data e ora	Limiti
CINAHL	(MH "Diabetic Foot") OR "diabetic foot" OR (MH "Diabetes Mellitus+") OR "diabetes mellitus" OR "diabetes complications" OR "diabetic feet" OR (MH "Diabetic Patients") OR "diabetic patients" OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 1+") OR "diabetes mellitus type 1" OR "diabetic foot ulcer" OR "diabetic feet ulcer" OR "dfu" OR "dfus" AND (MH "Amnion") OR "amnion" OR "amniotic membrane" OR (MH "Amniotic Fluid") OR "Amniotic Fluid" OR "dham" OR	15/12/17 16:00	Esclusione articoli di revisione.

	"amniotic membrane dressing" OR "dama" OR "dehydrated amniotic membrane allograft" OR "cryopreservation amniotic membrane" OR "epifix" OR "grafix" OR "cryoconservation amniotic membrane" OR (MH "Biological Dressings") AND "wet dressing" OR (MH "Foam Dressings") OR "moist wound therapy" OR "alginate collagen dressing" OR "standard of care" OR (MH "Alginates") OR "alginate" OR (MH "Collagen") OR "collagen" OR "soc".		
PUBMED	((((((((((((((Diabetic Foot [Title/Abstract]) OR diabetic foot [MeSH Terms]) OR diabetes mellitus [Title/Abstract]) OR diabetes mellitus[MeSH Terms]) OR diabetes complications [Title/Abstract]) OR diabetes complications [MeSH Terms]) OR diabetic feet [Title/Abstract]) OR diabetic feet [MeSH Terms]) OR diabetic patient [Title/Abstract]) OR diabetic patient [MeSH Terms]) OR diabetic patients [Title/Abstract]) OR diabetes mellitus type 1[Title/Abstract]) OR diabetes mellitus type 1[MeSH Terms]) OR type 1 diabetes mellitus [Title/Abstract]) OR type 1 diabetes mellitus [MeSH Terms]) OR diabetes mellitus type 2 [Title/Abstract]) OR diabetes mellitus type 2 [MeSH Terms]) OR type 2 diabetes mellitus [Title/Abstract]) OR type 2 diabetes mellitus [MeSH Terms]) OR diabetic foot ulcer [Title/Abstract]) OR diabetic foot ulcer [MeSH Terms])) OR DFUs [Title/Abstract])) AND ((Amnion [Title/Abstract]) OR Amnion [MeSH Terms]) OR ("Biological Dressings"[Mesh]) OR "biological dressings"[Title/Abstract]) OR	15/12/17 16:40	Esclusione articoli di revisione.

	amniotic membrane[Title/Abstract]) OR amniotic membrane [MeSH Terms]) OR dham [Title/Abstract]) OR dehydrated human amniotic membrane [Title/Abstract]) OR dehydrated human amniotic membrane [MeSH Terms]) OR amniotic membrane dressing [Title/Abstract]) OR amniotic membrane dressing [MeSH Terms]) OR DAMA [Title/Abstract])))) OR Cryopreservation amniotic membrane[Title/Abstract]) OR Cryopreservation amniotic membrane [MeSH Terms]) OR epifix [Title/Abstract]) OR grafix [Title/Abstract]) AND (((((((((wet dressing[Title/Abstract]) OR wet dressing [MeSH Terms]) OR moist wound therapy [Title/Abstract]) OR moist wound therapy [MeSH Terms]) OR alginate collagen dressing [Title/Abstract]) OR alginate collagen dressing [MeSH Terms]) OR soc[Title/Abstract]) OR standard of care [Title/Abstract]) OR standard of care [MeSH Terms])))).		
EMBASE	(('diabetic foot'/exp OR 'diabetic complication'/exp OR 'diabetic foot infection'/exp OR 'diabetes mellitus'/exp OR 'insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'non insulin dependent diabetes mellitus'/exp OR 'diabetic patient'/exp) OR ('dfus':ab,ti OR 'diabetic feet':ab,ti OR 'diabetic foot ulcer':ab,ti)) AND (('amnion fluid'/exp OR 'amniotic fluid cell'/exp OR 'biomembrane'/exp OR 'amniotic membrane transplantation'/exp OR 'amniotic membrane graft'/exp) OR ('amniotic membrane':ab,ti OR 'dham':ab,ti OR 'dehydrated human amniotic membrane':ab,ti OR 'amniotic membrane	15/12/17 17:10	Esclusione articoli di revisione.

	dressing':ab,ti OR 'dama':ab,ti OR 'cryopreservation amniotic membrane':ab,ti OR 'epifix':ab,ti OR 'grafix':ab,ti) OR 'biological dressing':ab,ti) AND (('wet dressing'/exp OR 'alginic acid'/exp OR 'collagen'/exp) OR ('soc':ab,ti OR 'standard of care':ab,ti OR 'moist wound therapy':ab,ti OR 'alginate collagen dressing':ab,ti))		
--	--	--	--

## Tabella 2. Metodologia di ricerca

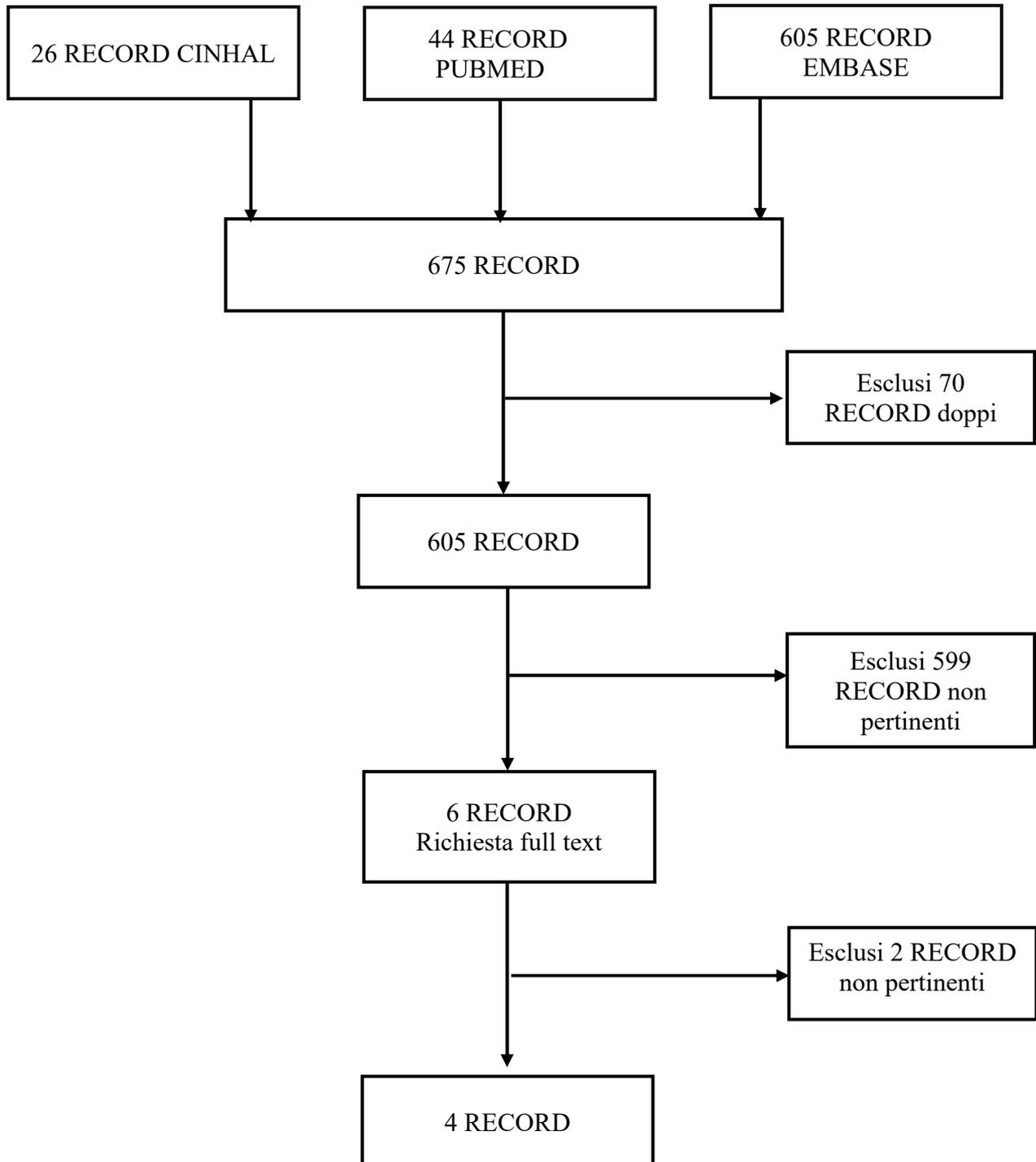
Sono stati *inclusi* i record di studi primari inerenti al quesito di ricerca, mentre sono stati *esclusi* record di studi secondari, record inerenti alla popolazione pediatrica o animale. Non sono stati impostati né limiti temporali né limiti linguistici. I titoli e gli abstract, individuati nelle stringhe di ricerca, sono stati valutati in maniera indipendente da due revisori e successivamente da un terzo revisore in caso di discordanza

## RISULTATI

Dalla ricerca bibliografica sono emersi 4 studi pertinenti con il nostro quesito. Non sono emerse discrepanze fra i valutatori. Nella Tabella 3 è descritta la cronologia di ricerca.

Nella fase preliminare sono stati individuati 26 *record* in CINAHL, 44 *record* in PubMed e 605 *record* in EMBASE, per un totale di 675 *report* di articoli, attraverso l'utilizzo di termini liberi come: diabetico, diabetes mellitus, diabetes complications, diabetic feet, diabetic patients, diabetic foot ulcer, diabetic feet ulcer, dfu, dfus, amnion, amniotic fluid, dham, amnion, amniotic membrane dressing, dama, dehydrated amniotic membrane allograft, cryopreservation amniotic membrane, epifix, grafix, cryoconservation amniotic membrane, wet dressing, moist wound therapy, alginate collagen dressing, standard of care, collagen, soc, e termini mesh come "diabetic foot", "diabetes

mellitus”, "diabetic patients", "diabetes mellitus type 2", "diabetes mellitus type 1", "amnion", amniotic fluid", “amniotic membrane”, "dama", "biological dressings", "foam dressings", "alginates", "alginate”, "collagen", “standard of care”.



**Tabella 3:** flow chart diagram del nostro studio

I termini sono stati combinati tra loro attraverso gli operatori booleani AND e OR. Attraverso una prima analisi del titolo che rispondevano all'obiettivo generale della revisione, sono stati esclusi 70 *record* poiché doppi ed altrettanti 599 *record* poiché non pertinenti con il quesito di ricerca. Vengono identificati 4 studi che valutano l'efficacia del trattamento con membrana amniotica associata a medicazioni standard a confronto con le sole medicazioni standard nella guarigione delle ulcere diabetiche croniche.

Nella Tabella 4 (sezione Appendice) sono state sintetizzate le caratteristiche e i risultati degli studi selezionati. Nello studio Zelen et al. [18], condotto in USA, sono state arruolate 12 persone al regime standard di cura delle ferite (gruppo SOC), trattate con lo sbrigliamento chirurgico della ferita, medicazione umida con l'uso di idrogel a base di argento, schiuma con argento, a loro volta avvolti da una garza compressiva, e 13 persone randomizzate al gruppo della membrana amniotica disidratata (gruppo EpiFix®) sono state trattate inizialmente con lo sbrigliamento chirurgico del tessuto necrotico, successivamente l'ulcera è stata ricoperta con l'alloinnesto di membrana amniotica, a sua volta coperta da una medicazione non aderente, seguita da una medicazione idrorepellente e infine a compressione. I cambi di medicazione si sono svolti settimanalmente durante la visita in ambulatorio. Nello studio Lavery et al. [15], condotto in USA, sono stati randomizzati 50 partecipanti al trattamento con membrana amniotica crioconservata Grafix® e 47 al trattamento con medicazioni standard definito come gruppo di controllo. Le ulcere in entrambi i gruppi hanno ricevuto una cura standard che comprendeva lo sbrigliamento chirurgico, una medicazione non aderente e una garza inumidita con soluzione salina. Nello studio di Snyder et al. (16), condotto in USA, sono state arruolate 10 persone nella corte SOC e 11 nella corte DAMA (*dehydrated amnion membrane allograft*) membrana amniotica disidratata. Il gruppo che riceveva solo SOC (*Standard of care*) comprendeva lo sbrigliamento di tessuto necrotico, medicazione umida a sua volta avvolta da una fasciatura a compressione applicata come copertura e scarico dell'arto interessato, mentre un secondo gruppo riceveva DAMA (AMNIOEXCEL®), ovvero membrana amniotica disidratata, associata a

SOC. Le visite di *follow up* si sono tenute una volta alla settimana presso la clinica interessata. Nello studio Di Domenico et al. [17], condotto in USA, 20 persone sono state randomizzate per la membrana amniotica disidratata dHACA (dehydrated human amnion chorion allograft) associata a SOCe 20 per SOC. Nel gruppo trattato solo con SOC l'ulcera veniva pulita con soluzione salina sterile e medicata quotidianamente con alginato di collagene al domicilio da infermieri ogni giorno. L'applicazione del dHACA si è verificata settimanalmente durante il periodo di studio ed è stata coperta con una medicazione non aderente, con una medicazione idrorepellente e una medicazione imbottita a 3 strati. In tutti e 4 gli studi le persone hanno scaricato l'arto interessato con appositi dispositivi di deambulazione e non sono stati riscontrati eventi avversi correlati all'innesto.

## DISCUSSIONE

La presente revisione ha l'obiettivo di valutare se la membrana amniotica presenta delle proprietà nella guarigione delle ulcere da piede diabetico. Dagli studi si evince che le medicazioni effettuate con la membrana amniotica garantiscono una guarigione più rapida rispetto alle terapie conservative; studio Zelen et al. [18]. È interessante notare che oltre il 50% dei pazienti nel gruppo EpiFix® sono guariti (definito come riepitelizzazione completa dell'area aperta della ferita) entro 1 settimana dall'adesione allo studio, nello studio Lavery et al. [15] 31 persone su 50 trattate con Graftix® hanno raggiunto la guarigione dell'ulcera rispetto a 10 persone su 47 trattate con medicazioni standard, nello studio Snyder et al. [16] il 45% delle persone trattate con AMNIOEXCEL® ha raggiunto la guarigione dell'ulcera verso lo 0% trattato con medicazioni standard, nello studio Di Domenico et al. [17] a 12 settimane l'85% trattato con membrana amniotica disidratata ha raggiunto la guarigione dell'ulcera verso il 25% trattato con medicazioni standard; tutte le medicazioni sono state effettuate in ambito ambulatoriale permettendo di diminuire il periodo di degenza ospedaliera, visite, assistenza domiciliare e aumentare il comfort del paziente, ipotizzando una riduzione dei costi a livello sanitario. Un ulteriore vantaggio è la disponibilità in una serie di dimensioni diverse, riducendo al minimo la

quantità di rifiuti se utilizzate su ulcere di varie dimensioni e in varie fasi di guarigione [3-6]. Negli studi è possibile riconoscere alcuni accorgimenti per ottimizzare le proprietà intrinseche del tessuto: la medicazione deve essere eseguita a intervalli regolari per permettere il rilascio costante dei fattori terapeutici, deve essere applicata direttamente sulla lesione eliminando le bolle d'aria e i liquidi in eccesso per assicurare una buona adesione. I fattori di crescita non sono presenti in egual modo nella membrana e questo suggerisce che l'epitelio e lo stroma amniotico potrebbero avere diverse influenze sulla riepitelizzazione della lesione [3-6].

## **CONCLUSIONE**

I risultati della revisione suggeriscono come l'argomento presenti ancora forti ed importanti gap in letteratura. Nonostante il gran numero di sostituti cutanei sviluppati finora, non vi è nessuna medicazione sintetica con tali attività complesse e multidirezionali come quelle rilevate per la membrana amniotica, il cui contributo alla guarigione ottimale delle lesioni è dovuto all'azione dei fattori di crescita presenti nel tessuto placentare che promuovono la proliferazione, la differenziazione cellulare e l'angiogenesi inducendo la formazione del tessuto di granulazione.

La letteratura ha rilevato che la membrana amniotica rappresenta il più abbonante scarto biomedico nella pratica ospedaliera e il suo possibile impiego andrebbe implementato considerando i promettenti vantaggi che può offrire nella pratica clinica rispetto ad alcune terapie convenzionali meno efficaci e allo stesso tempo la facilità con cui può essere raccolta.

## **CONFLITTI DI INTERESSE**

Non sono state necessarie fonti di finanziamento per sostenere il progetto. Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interessi in merito a questo studio.

**BIBLIOGRAFIA**

1. World Health Organization. Global Report on Diabetes. Isbn. 2016
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle J I, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 4th ed. Monographs of the Society for Research in Child Development. Casa Editrice Ambrosiana; 2014. 1684 p.
3. Brown ML, Tang W, Patel A, Baumhauer JF. Partial foot amputation in patients with diabetic foot ulcers. *Foot ankle Int.* 2012 Sep;33(9):707–16.
4. Zelen CM, Serena TE, Denoziere G, Fetterolf DE. A prospective randomised comparative parallel study of amniotic membrane wound graft in the management of diabetic foot ulcers. *Int Wound J.* 2013 Oct;10(5):502–7.
5. Zelen CM, Serena TE, Denoziere G, Fetterolf DE. A prospective randomised comparative parallel study of amniotic membrane wound graft in the management of diabetic foot ulcers. *Int Wound J.* 2013 Oct 1;10(5):502–7.
6. Società Italiana di Diabetologia, Cineca. Osservatorio Arno Diabete 2017. Vol. XXX, 14 novembre. Bologna: Cube Srl - Bologna; 2017 p. 58.
7. O. Ludovico, L. Mangiacotti, P. Chiarelli<sup>2</sup>, S. De Cosmo, D. Crupi. I costi standard del piede diabetico. 2015.
8. Laurent I, Astère M, Wang KR, Cheng Q, Li QF. Efficacy and Time Sensitivity of Amniotic Membrane treatment in Patients with Diabetic Foot Ulcers: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Ther.* 2017 Oct 11;8(5):967–79.
9. Steed DL, Attinger C, Colaizzi T, Crossland M, Franz M, Harkless L, et al. Guidelines for the treatment of diabetic ulcers. *Wound Repair Regen.* ;14(6):680–92.
10. Ministero della Salute. Linee guida per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto. 2016;65.

11. Koob TJ, Lim JJ, Masee M, Zabek N, Denozie G. Properties of dehydrated human amnion/chorion composite grafts: Implications for wound repair and soft tissue regeneration. *J Biomed Mater Res Part B Appl Bio-mater* [Internet]. 2014;00:0–0.
12. Koizumi NJ1, Inatomi TJ, Sotozono CJ, Fullwood NJ, Quantock AJ KS. Growth factor mRNA and protein in preserved human amniotic membrane. *Curr Eye Reserch* . 2000;20:173–7.
13. Tehrani FA, Ahmadiani A, Niknejad H. The effects of preservation procedures on antibacterial property of amniotic membrane. *Cryobiology* . 2013 Dec;67(3):293–8.
14. Caula C, Apostoli A. *Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche - Manuale per infermieri*. 2010th ed. Rimini: Maggioli Editore; 2011. 430 p.
15. Lavery LA, Fulmer J, Shebetka KA, Regulski M, Vayser D, Fried D, et al. The efficacy and safety of Grafix<sup>®</sup> for the treatment of chronic diabetic foot ulcers: results of a multi-centre, controlled, randomised, blinded, clinical trial. *Int Wound J* . 2014 Oct 1;11(5):554–60.
16. Snyder R, Shimosaki K, Tallis A, Kerzner M, Reyzelman A, Lintzeris D, et al. A Prospective, Randomized, Multicenter, Controlled Evaluation of the Use of Dehydrated Amniotic Membrane Allograft Compared to Standard of Care for the Closure of Chronic Diabetic Foot Ulcers | WOUNDS. *Wounds* . 2016;28(3):70–7.
17. DiDomenico LA, Orgill DP, Galiano RD, Serena TE, Carter MJ, Kaufman JP, et al. Aseptically Processed Placental Membrane Improves Healing of Diabetic Foot Ulcerations: Prospective, Randomized Clinical Trial. *Plast Reconstr surgery Glob open* . 2016 Oct;4(10):e1095.
18. Zelen CM, Gould L, Serena TE, Carter MJ, Keller J, Li WW. A prospective, randomised, controlled, multi-centre comparative effectiveness study of healing using dehydrated human amnion/chorion membrane allograft, bioengineered skin substitute or standard of care for treatment of chronic lower extremity diabetic ul. *Int Wound J*.

**Appendice**

AUTORE ANNO TITOLO	TIPOLOGIA DI STUDIO	PARTECIPANTI	OBIETTIVO	INTERVENTI	RISULTATI	CONCLUSIONE
Zelen et al. 2013 A prospective randomised comparative parallel study of amniotic membrane woundgraft in the management of diabetic foot ulcers.	Uno studio clinico prospettico, stratificato, randomizzato, comparativo, a gruppi paralleli, non in cieco.	25 persone di età maggiore o uguale ai 18 anni o più, con dimensioni dell'ulcera diabetica > 1 e < 25 cm <sup>2</sup> , durata dell'ulcera ≥ 4 settimane, nessun segno clinico di infezione.	Valutare l'efficacia di EpiFix® (membrana amniotica umana disidratata) in aggiunta a terapie standard di cura SOC (medicazioni umide) rispetto alle sole terapie standard di cura nel trattamento delle ulcere del piede diabetico.	13 persone sono state randomizzate e trattate con la membrana amniotica disidratata in aggiunta a medicazioni standard e 12 con le sole medicazioni standard.	A 6 settimane, nel gruppo trattato con EpiFix® + SOC il 92% (12/13) delle persone ha raggiunto la riepitelizzazione dell' ulcera, mentre nel gruppo trattato con solo SOC l' 8% (1/12) ha raggiunto la riepitelizzazione dell' ulcera, (P < 0 · 001)	EpiFix® ha dimostrato un'efficacia clinica superiore rispetto a SOC nel trattamento delle ulcere del piede diabetico. Il limite è inerente alla piccola dimensione del campione.

AUTORE ANNO TITOLO	TIPOLOGIA DI STUDIO	PARTECIPANTI	OBIETTIVO	INTERVENTI	RISULTATI	CONCLUSIONI
Snyder et al. 2016 A Prospective, Randomized, Multicenter, Controlled Evaluation of the Use of DehydratedAmni otic Membrane AllograftCompar ed to Standard of Care for the Closure of Chronic DiabeticFootUlc er.	Studio prospettico, in aperto, randomizzato, controllato, multicentrico, a gruppi paralleli.	29 partecipanti di età maggiore o uguale ai 18 anni, con diabete mellito di tipo 1 o 2, con una o più ulcere diabetiche del piede con classificazione Wagner di grado 1 o 2 superficiale che misurano tra 1 cm <sup>2</sup> e 25 cm <sup>2</sup> in area, che presenta per più di 1 mese senza segni di infezione / osteomielite.	Valutare l'allotrapianto di membrana amniotica disidratata (DAMA) (AMNIOEXCE L, Derma Sciences Inc, Princeton, NJ) in associazione allo standard di cura (SOC) rispetto al SOC da solo per la chiusura delle ulcere del piede diabetico	15 partecipanti sono stati randomizzati e trattati con DAMA + SOC e 14 partecipanti solo con SOC.	A 6 settimane 33% (5/15) dei soggetti nella coorte DAMA + SOC versus 0% (0/14) dei soggetti nella coorte SOC ha raggiunto la chiusura completa della ferita (P = 0.017) con un dato statisticamente significativo per l' intervallo di confidenza al 95% (CI) del coefficiente di risposta (25,0%, 46,4%, P = 0,0407).	La DAMA in combinazione con SOC accelerare il tasso di chiusura della ferita e non presenta rischi di sicurezza aggiuntivi rispetto al solo SOC nel trattamento delle DFU. Il limite di questo studio è la piccola dimensione del campione, che riduce la generalizzabilità. Sono necessari ulteriori studi

AUTORE ANNO TITOLO	TIPOLOGIA DI STUDIO	PARTECIPANTI	OBIETTIVO	INTERVENTI	RISULTATI	CONCLUSIONE
Lavery et al. 2014  The efficacy and safety of Grafix® for the treatment of chronicdiabetic footulcers: results of a multi-centre, controlled, randomised, blinded, clinical trial.	Studio clinico prospettico, multicentrico, randomizzato, in cieco.	97 pazienti tra i 18 e 88 anni di età con almeno un' ulcera diabetica agli arti inferiori, di cui 85 con ulcere diabetiche a livello plantare e 12 a livello dorsale, senza segni clinici di infezione.	Confrontare la completa guarigione delle ulcere in pazienti con DFU croniche entro 12 settimane di applicazione settimanale di Grafix® associata a standard di cura (SOC) rispetto al solo SOC.	139 persone sono state valutate per un periodo di screening di 1 settimana, Da cui sono stati randomizzati 97 persone: 50 hanno ricevuto Grafix® associata a SOC e 47 hanno ricevuto solo SOC.	62% del gruppo Grafix hanno raggiunto la chiusura completa della ferita rispetto al 21% del gruppo di controllo SOC (P = 0 · 0001) entro la 12 settimana.	I risultati hanno dimostrato che l'applicazione settimanale di Grafix® accelera il tempo di guarigione, diminuisce il numero di trattamenti, riduce le infezioni e i ricoveri correlati alle infezioni rispetto ad una cura standard.

AUTORE ANNO TITOLO	TIPOLOGIA DI STUDIO	PARTECIPANTI	OBIETTIVO	INTERVENTI	RISULTATI	CONCLUSIONE
Di Domenico et al. 2016 AsepticallyPr ocessedPlace ntal Membrane ImprovesHea ling of DiabeticFoot Ulcerations: Prospective, Randomized Clinical Trial.	Trial clinico randomizzato controllato multicentrico (RTC).	40 partecipanti con almeno un DFU neuropatico maggiore di 1 cm <sup>2</sup> non cicatizzato, senza segni di infezione, che hanno fallito la terapia conservativa per un minimo di 4 settimane.	Confrontare la completa guarigione delle ferite in pazienti con DFU non terapeutiche dopo 6 settimane di applicazione settimanale di dHACA come terapia aggiuntiva a standard di cura (SOC) con SOC da solo.	20 partecipanti sono stati randomizzati e trattati con DAHCA + SOC e 20 con SOC.	A 6 settimane, il 70% (14/20) delle DFU trattate con dHACA è guarito rispetto al 15% (3/20) trattato con SOC da solo. A 12 settimane, l'85% (17/20) delle DFU nel gruppo dHACA è guarito rispetto al 25% (5/20) nel gruppo SOC, con un tempo medio di guarigione corrispondente rispettivamente a 36 e 70 giorni.	Il dHACA trattato asetticamente guarisce le ferite del piede diabetico in modo significativamente più rapido del SOC a 6 e 12 settimane con uno spreco minimo di trapianto.

**Tabella 4.** Tabella sinottica degli studi inclusi nella revisione

**Benessere organizzativo e soddisfazione lavorativa:  
studio cross-sectional in una popolazione di infermieri**

Anna Arnone<sup>1\*</sup>, Maria Vicario<sup>2</sup>

1. Dipartimento di Emergenza e Accettazione U.O. Medicina d'Urgenza, A.O.R.N. "Antonio Cardarelli", Napoli (Italia)
2. Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli (Italia); Presidente FNOPO

*Corresponding Author:* Anna Arnone, infermiera presso Dipartimento di Emergenza e Accettazione U.O. Medicina d'Urgenza, A.O.R.N. "Antonio Cardarelli". E-mail: [anna.arnone93@live.it](mailto:anna.arnone93@live.it)

**DOI:** [10.32549/OPI-NSC-33](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-33)

**ABSTRACT**

**Introduzione:** La soddisfazione lavorativa impatta su molteplici aspetti nell'ambiente di lavoro influenzando la produttività, la performance, l'assenteismo, la permanenza, l'assunzione, l'impegno organizzativo, l'assistenza. Lo scopo dello studio è stato quello di documentare la percezione del livello di benessere organizzativo e di soddisfazione lavorativa individuando i determinanti di malessere organizzativo presso l'ASL 3 Genovese "Ospedale Villa Scassi".

**Materiali e Metodi:** Lo studio cross-sectional è stato condotto da aprile a giugno 2019; le informazioni sono state raccolte attraverso un questionario somministrato ad un campione di 318 infermieri composto da 72 items e da diverse variabili sociodemografiche di cui 22 per indagare il livello di burnout e gli altri 50 per indagare l'influenza dei fattori psicosociali sullo stato di benessere dei lavoratori.

**Risultati:** Sono stati somministrati un totale di 318 questionari con un tasso di adesione del 36.16%. Il 76.52% della popolazione non è soddisfatta della propria condizione lavorativa, mentre il 20.86% lo è. I livelli di sfinimento emotivo sono risultati elevati in quanto il 30% del campione intervistato risulta essere "più volte al mese" emotivamente stressato a causa del lavoro svolto. Il 33.9% e il 42.6% del campione hanno giudicato complesso e interessante il proprio lavoro con un voto pari a 10.

**Discussione:** Vi è la necessità di rendere le organizzazioni sanitarie maggiormente consapevoli che avere una classe di infermieri che mostrano passione e interesse nei confronti della propria professione migliora la qualità del lavoro stesso e la qualità delle cure fornite agli assistiti.

**Parole Chiave:** Soddisfazione, lavorativa, motivazione, infermieri, burnout, benessere organizzativo, autonomia

**Organizational well-being and job satisfaction: cross-sectional study in the nursing population****ABSTRACT**

**Introduction:** Job satisfaction impacts on many aspects of the work environment, influencing productivity, performance, absenteeism, permanence, hiring, organizational commitment, assistance. The aim of the study was to document the perception of the level of organizational well-being and job satisfaction by identifying the determinants of organizational malaise at the ASL 3 Genovese " Villa Scassi Hospital ".

**Materials and Methods:** The cross-sectional study was conducted from April to June 2019. Data were acquired with a questionnaire administered to 318 nurses and composed by 72 items and different socio-demographic variables, 22 to investigate the level of burnout and 50 to investigate about influence of psychosocial factors on the welfare state of workers.

**Results:** 318 questionnaires were administered with a 36.16% membership rate. 76.52% of the population is not satisfied with their working status, while 20.86% are. The levels of emotional exhaustion are high because 30% of the interviewed sample appears to be emotionally stressed "several times a month" due to the work done. 33.9% and 42.6% considered their work complex and interesting with a grade of 10.

**Discussion:** It's necessary to make health organizations more aware that having nurses who show passion and interest in their profession improves the quality of work itself and the quality of care and attention provided to clients.

**Keywords:** Job satisfaction, motivation, nurses, burnout, organizational well-being, autonomy.

## INTRODUZIONE

In questo periodo storico vi è un'immagine molto variegata della figura infermieristica. Il pieno riconoscimento dell'identità professionale, sempre rivendicata dagli infermieri, è ancora purtroppo solo teorica. Il motivo dell'incertezza di questo ruolo risente ampiamente senz'altro nei cambiamenti avvenuti nel processo formativo. Infatti la rivoluzione culturale e professionale auspicata dai diversi dispositivi normativi degli ultimi anni non è stata pienamente recepita non solo nell'immaginario collettivo ma anche tra gli stessi infermieri e questo è scaturito dalla rapida crescita che il ruolo dell'infermiere ha avuto attraverso numerosi cambiamenti avvenuti troppo in fretta negli ultimi venti anni [1,2,3]. L'immagine della figura infermieristica è da tempo un aspetto molto dibattuto sia a livello nazionale che internazionale, in quanto il ritratto professionale fornito dai media, la percezione sociale e l'auto-percezione individuale e collettiva degli infermieri sono fortemente influenzate dagli stereotipi negativi riprodotti dai media, con ricadute negative sulle politiche di allocazione delle risorse e sulla strutturazione dell'identità professionale dell'infermiere [4]. Il quadro che ne deriva conduce non solo ad una considerazione errata del ruolo degli infermieri da parte della società e al crearsi di uno scarso rapporto di fiducia tra la popolazione e questa figura sanitaria, ma anche ad una non adeguata considerazione che gli infermieri hanno di sé, minando la loro autostima, le performance lavorative e di conseguenza, gli outcome assistenziali [5]. Questi professionisti, inoltre, si trovano quotidianamente di fronte a sfide complesse costituite dalle condizioni cliniche degli utenti e dalla relazione spesso conflittuale con l'organizzazione in cui lavorano: più una persona sente di appartenere all'organizzazione più ne condivide i valori, le pratiche, i linguaggi, più trova motivazione e significato nel suo lavoro [6].

Pertanto tutti questi fattori contribuiscono a ridurre l'attrazione per la professione infermieristica, inducendo negli infermieri stessi frustrazione, stress ed insoddisfazione lavorativa, conducendo ad un elevato turnover e conseguentemente incrementando l'intenzione di abbandono nei diversi contesti lavorativi, come supportato dalla letteratura in cui lo stress è considerato un fenomeno con

un'incidenza maggiore agli esordi della carriera lavorativa [7,8]. In genere si dà ampia considerazione all'influenza delle caratteristiche personali come elementi di rischio senza considerare il peso dei fattori caratteristici associati al contesto lavorativo. In letteratura, tuttavia, si dà ampia considerazione a tali fattori, causa di stress a lunga durata, tra i quali figurano tensioni eccessive e prolungate e il rapporto interpersonale [9].

Le organizzazioni sanitarie dovrebbero avere maggiore consapevolezza che un migliore funzionamento di una struttura sanitaria è imprescindibilmente legata al grado di soddisfazione lavorativa degli infermieri e degli operatori sanitari che contribuiscono a migliorare il funzionamento operativo della struttura, alla soddisfazione del team e degli utenti e alla loro influenza positiva sugli esiti che vengono raggiunti attraverso un costante impegno garantendo così un'assistenza di qualità [10]. In questa prospettiva la leadership assume un ruolo chiave nel coordinamento e nell'organizzazione che, come supportato da alcuni studi [11,12], influenza la percezione degli infermieri sulla propria organizzazione nonché la cultura organizzativa attraverso la quale, le strutture sanitarie sono ritenute espressione dello sviluppo personale del leader.

### **Obiettivo dello studio**

L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di rilevare in un campione di infermieri la percezione del livello di benessere organizzativo e di soddisfazione lavorativa e conseguentemente, individuare i principali fattori di malessere organizzativo in grado di influenzare il clima aziendale e di determinare lo stato di benessere psico-fisico dei lavoratori [13,14].

### **MATERIALI E METODI**

Lo studio, di tipo cross-sectional, si è svolto nel periodo aprile-giugno 2019 presso l'ASL 3 Genovese "Ospedale Villa Scassi" di Genova. Lo studio ha incluso le unità operative (UU.OO.) di Pronto Soccorso, Chirurgia toracica e vascolare, Medicina generale, Ortopedia, Chirurgia generale,

Centro ustioni, Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), Pneumologia, Neurologia, Nefrologia e dialisi, Oncologia, Rianimazione e Terapia Intensiva. Le UU.OO. suddette sono state incluse nello studio per omogeneità delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate e delle procedure operative adottate e per complementarità organizzativa.

Prima di procedere alla somministrazione dei questionari è stata richiesta e ottenuta autorizzazione scritta dalla Direzione Sanitaria Aziendale e i partecipanti allo studio hanno firmato il consenso informato e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Sono stati considerati eleggibili tutti gli infermieri che hanno aderito su base volontaria all'indagine e operanti al momento della valutazione. Non sono stati offerti incentivi per la partecipazione allo studio.

Per le finalità dello studio è stato utilizzato uno specifico strumento validato [15,16], composto in cinque sezioni per un totale di 77 items.

La prima è costituita da 12 items come inquadramento delle caratteristiche socio-demografiche del campione (età anagrafica, nazionalità, anzianità nella qualifica di infermiere, durata dell'attuale mansione, stato civile, figli di età inferiore ai 18 anni, abitudine al fumo, assunzione cronica di psicofarmaci, vicinanza dell'abitazione al luogo di lavoro, titolo accademico infermieristico (diploma o laurea I livello), categoria di pazienti assistiti (lungodegenti, soggetti affetti da patologie acute), tipologia del luogo di lavoro).

La seconda parte del questionario è costituita dalla versione italiana del Maslach Burnout Inventory [15] composta da 22 items con l'utilizzo della scala Likert a 6 punti che individua tre diverse componenti atte a valutare il livello di Burnout.

La terza e la quarta parte, costituite rispettivamente da 21 e 32 items, indagano l'influenza dei fattori stressogeni e psicosociali sullo stato di benessere dei lavoratori attraverso le sezioni seconda e terza proposte dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale per le indagini epidemiologiche sulla valutazione delle condizioni lavorative [16].

La parte conclusiva è costituita da una scala analogica visiva con un range di valori compresi tra 1 e

10 (da nessuno ad enorme) per indicare il proprio interesse per il lavoro e la complessità del lavoro stesso. I questionari sono stati consegnati ai coordinatori che hanno provveduto a distribuirli in ciascuna U.O. suddetta al personale infermieristico che, a sua volta, ha provveduto a compilarli in modalità anonima e a riconsegnarli al proprio coordinatore per il successivo ritiro.

### **Analisi Statistica**

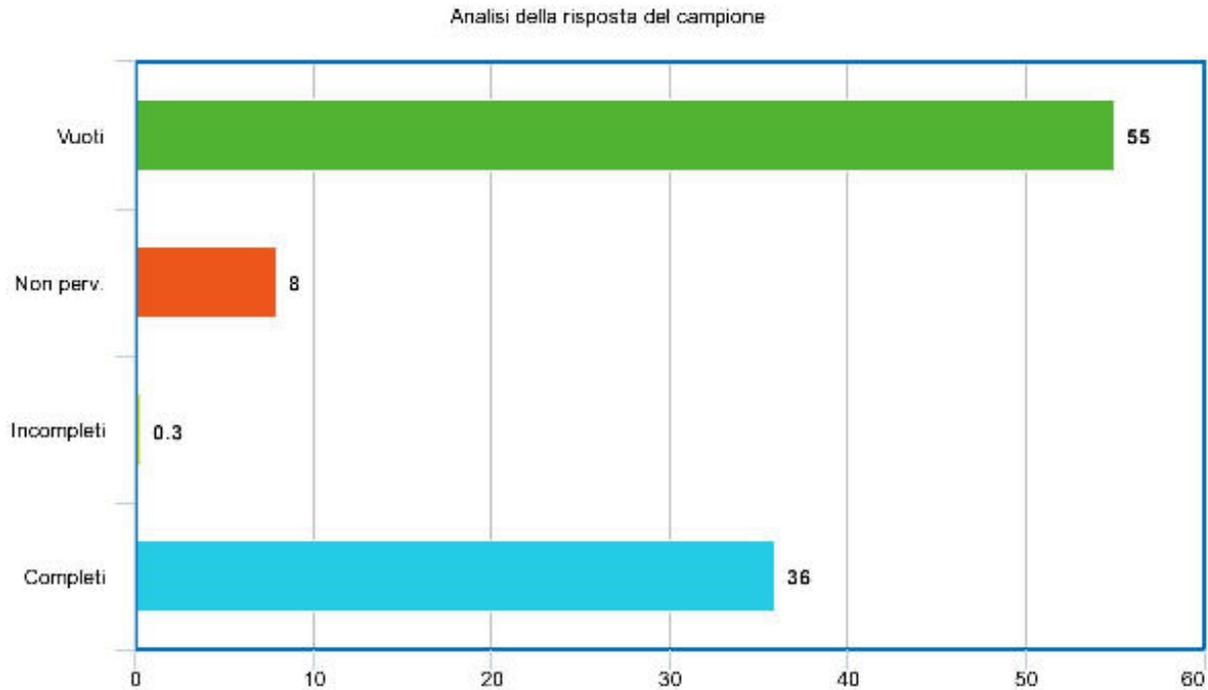
I dati sono stati espressi come numeri assoluti o percentuali nel caso di variabili qualitative. L'uso di numeri assoluti o percentuali è stato utilizzato anche nel caso di variabili continue, come ad esempio l'età, grazie ad una stratificazione per intervalli eseguita sui rispettivi campi o range di variazione. Infine i risultati di questo studio sono stati rappresentati attraverso distribuzioni di frequenza e, a seconda dei casi, con la rappresentazione grafica più opportuna. Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando Microsoft Excel ver. 2019 per Windows 10.

### **RISULTATI**

Sono stati distribuiti 318 questionari in 14 diverse unità operative (UU.OO.) e sono stati ricevuti in totale 115 questionari completi, 1 incompleto, 27 non pervenuti e 175 vuoti.

Come mostrato in Figura 1 si evince la partecipazione della popolazione alla compilazione del questionario: il 55.03 % della popolazione non ha partecipato all'indagine, solo il 36.16 % ha aderito in maniera attiva allo studio, un solo questionario è risultato incompleto (0.3 %) e l'8.4% dei questionari non sono pervenuti.

Il campione analizzato risulta così composto: il 77.39% rispondente appartiene al genere femminile e il 22.61% al genere maschile. Il 52.17% degli intervistati ha un'età superiore ai 45 anni e il 58.26% del campione lavora nella propria struttura da più di dieci anni.



**Figura 1** La partecipazione della popolazione alla compilazione del questionario.

Il 97.39 % del campione è di nazionalità italiana mentre solo il 2.60 % è extracomunitario. Il 53.04% del campione possiede il diploma professionalizzante ante D.M. 509/1999 e il restante 46.95 % possiede il titolo di laurea triennale di I livello.

E' stato chiesto ad ogni intervistato se fosse soddisfatto o meno della sua condizione lavorativa dal punto di vista sia organizzativo che socio-economico: il 76.52 % del campione (cioè 88 individui su 115) non è soddisfatto della propria condizione lavorativa, solo il 20.86 % ha risposto a questa domanda in maniera affermativa ed il 2.6 % si è astenuto dal rispondere. Il risultato sull'assunzione di psicofarmaci da parte degli operatori che hanno partecipato allo studio evidenzia che solo il 3.47% di essi dichiara di farne uso, mostrando che la maggior parte degli operatori sanitari (96.52%) non utilizza psicofarmaci.

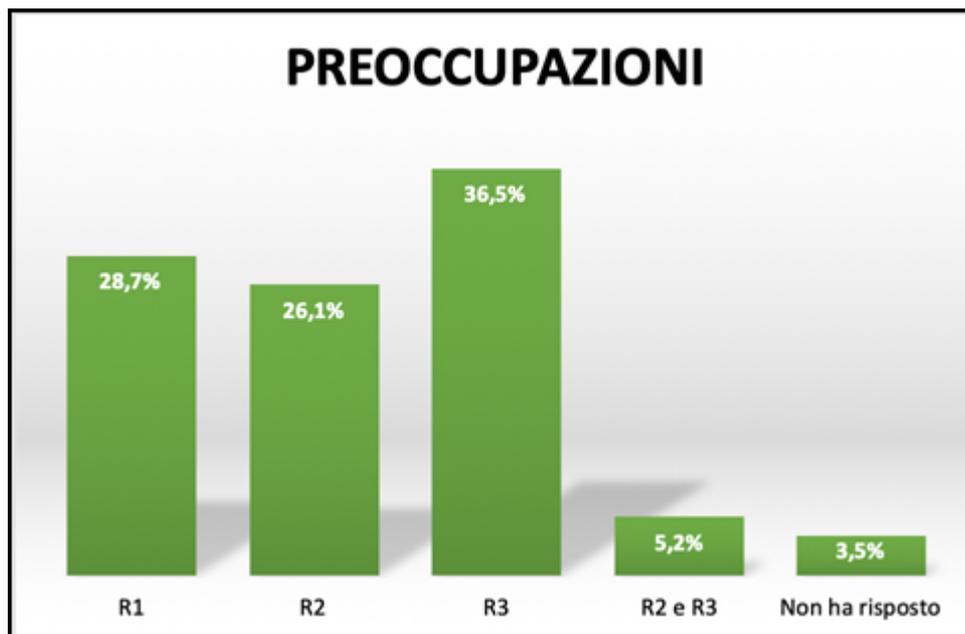
Tutti i dati acquisiti relativi alla scheda anagrafica presente nel questionario sono riportati nella seguente Tabella 1.

VARIABILI	Modalità	Numero	Percentuale (%)
<i>Sesso</i>	Maschi	26	22.61
	Femmine	89	77.39
<i>Tempo di lavoro</i>	0 – 12 mesi	26	22.60
	1 – 5 anni	15	13.04
	5 – 10 anni	7	6.0
	> 10 anni	67	58.26
<i>Nazionalità</i>	Italiana	112	97.39
	Comunità europea	0	0.0
	Extracomunitaria	3	2.60
<i>Stato civile</i>	Single	53	46.08
	Coniugato	62	53.91
<i>Età</i>	< 30 anni	30	26.08
	31 – 45 anni	25	21.73
	> 45 anni	60	52.17
<i>Figli &lt; 18 anni</i>	Si	40	34.78
	No	75	65.21
<i>Titolo di studio</i>	Laurea	54	46.95
	Diploma	61	53.04
<i>Fumatore</i>	Si	37	32.17
	No	67	58.26
	Ex	11	9.56
<i>Turnista/Diurnista</i>	Turnista	81	70.43
	Diurnista	34	29.56
<i>Psicofarmaci</i>	Si	4	3.47
	No	111	96.52
<i>Abitazione</i>	Vicina	69	6.0
	Lontana	46	40.0
<i>Tipologia di assistiti</i>	Acuti	77	66.95
	Lungodegenti	17	14.78
	Assistiti	21	18.26
<i>Percezione condizione lavorativa</i>	Si	24	20.86
	No	88	76.52
	Nessuna risposta	3	2.6

**Tabella 1** Caratteristiche generali del campione

Sono state analizzate, inoltre, le preoccupazioni dei lavoratori, che avevano tre possibili scelte di risposta: 1) No, 2) Professionali, 3) Familiari.

Anche in questo caso sono riportate le risposte ottenute dal campione di infermieri arruolati in questo studio e appartenenti a differenti Unità Operative (UU.OO.) (Figura 2). Il 36.5 % della popolazione presenta preoccupazioni familiari, mentre il 26.1 % preoccupazioni professionali e il 28.7 % non presenta preoccupazioni. Va aggiunto che il 3.5 % della popolazione non ha risposto alla domanda e il 5.2 % ha inserito due risposte: preoccupazioni familiari e professionali.

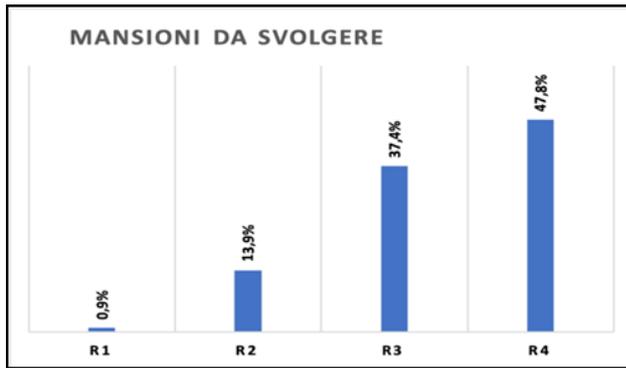
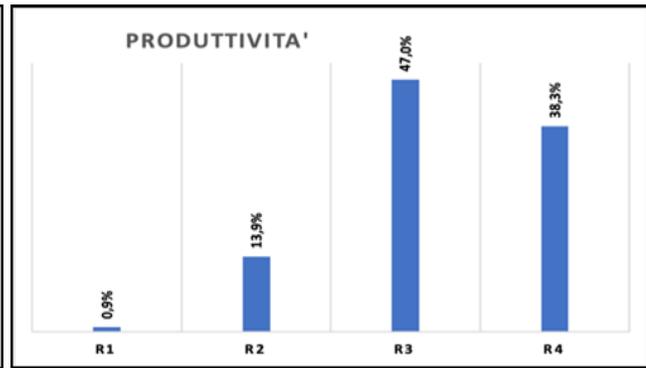
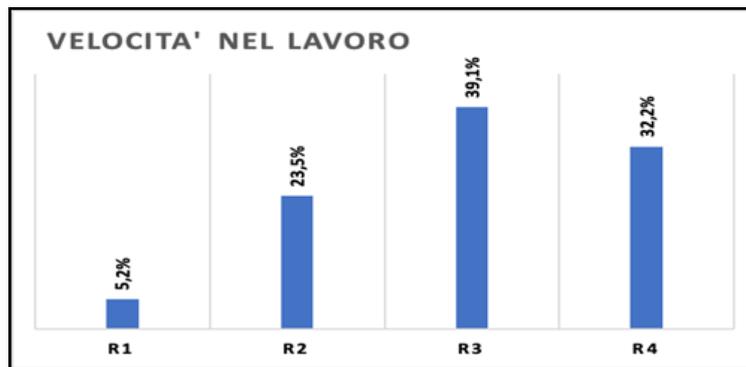


**Figura 2** Andamento delle preoccupazioni dei lavoratori: R1 (nessuna preoccupazione), R2 (preoccupazioni personali), R3 (preoccupazioni familiari).

Un altro tema analizzato in questo studio sono le condizioni lavorative associate al personale infermieristico. Anche in questo caso sono stati selezionati alcuni item che valutano la necessità di essere molto veloci nel lavoro da svolgere, molto produttivi e la quantità di funzioni da svolgere. In questo caso per ogni domanda sono presenti 4 possibili risposte, numerate da 1 a 4, con il seguente significato: 1) raramente, 2) qualche volta, 3) abbastanza spesso, 4) molto spesso

Dalla Figura 3 si nota che per quanto riguarda le mansioni da svolgere, il 47.8 % della popolazione ha affermato che “molto spesso” l’operatore ha molte cose da fare nel suo lavoro giornaliero e solo lo 0.9 % fornisce la risposta 1.

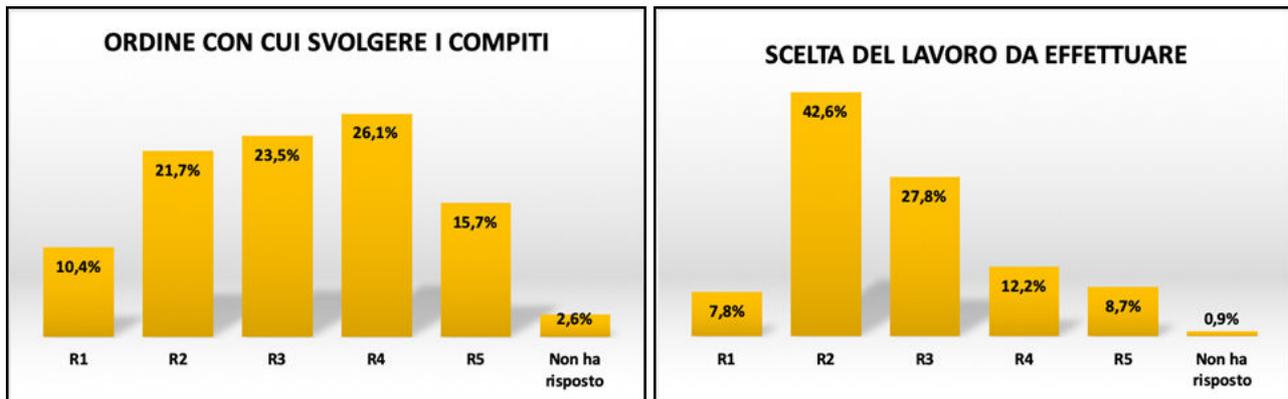
Riguardo l’obbligatorietà ad essere produttivi, il 47 % della popolazione fornisce la risposta 3 e, anche in questo caso, lo 0.9 % fornisce la risposta 1. Un’altra caratteristica valutata è la velocità nel lavoro, la quale per il 39.1 % del campione risulta essere richiesta “abbastanza spesso” (risposta 3).


**Figura 3a**

**Figura 3b**

**Figura 3c**

**Figura 3. (3a)** Andamento delle condizioni lavorative associate al personale infermieristico (mansioni da svolgere). **(3b)** Andamento delle condizioni lavorative associate al personale infermieristico (produttività). **(3c)** Andamento delle condizioni lavorative associate al personale infermieristico (velocità nel lavoro).

Nella **Figura 4a** sono riportate le percentuali delle risposte alla possibilità di scegliere l'ordine con cui svolgere i compiti attribuiti al proprio ruolo e a cui si è attribuita una risposta da 1 a 5 con il seguente significato: 1) Fortemente, 2) Molto, 3) Moderatamente, 4) Un po', 5) Molto poco.

Il 26.1 % della popolazione ha fornito la risposta 4 e solo il 10.4 % ha fornito la risposta 1. In **Figura 4b**, invece, sono riportate le risposte del campione analizzato riguardo la scelta della parte del lavoro da effettuare con 4 possibili risposte, numerate da 1 a 4, con il seguente significato: 1) Enormemente, 2) Molto, 3) Un po', 4) Per niente.


**Figura 4a**
**Figura 4b**

**Figura 4. (4a)** Andamento dell'indipendenza lavorativa (ordine con cui svolgere i compiti).

**(4b)** Andamento dell'indipendenza lavorativa (scelta del lavoro da effettuare)

Il 47 % del campione ritiene che le funzioni da svolgere siano molto numerose e, in media, il lavoro richiede di essere “abbastanza spesso” veloce (39.1 %) e produttivo (47 %). Al contrario, però, analizzando la possibilità di scegliere l'ordine con il quale svolgere i compiti lavorativi e analizzando la possibilità che gli infermieri hanno di decidere quale parte del loro lavoro effettuare, è stato notato che in entrambi i casi i lavoratori hanno relativa autonomia (Figure 4a e 4b).

Nello studio sono stati analizzati i livelli di sfinimento emotivo a cui sono associati sintomi tipici quali ansia, irritabilità, insonnia (Figura 5) dai quali il nostro campione non è esente. Esso, infatti, presenta livelli medi di tali sintomatologie che, secondo i risultati del questionario, si presentano, in media, con una frequenza pari a “qualche volta”. I sintomi più comuni risultano ansia e tensione (52.2 %), irritabilità (62.2 %) e nervosismo (58.3 %).

In questo caso per ogni domanda sono presenti 4 possibili risposte, numerate da 1 a 4, con il seguente significato: 1) Mai/raramente; 2) Qualche volta; 3) Abbastanza spesso; 4) Molto spesso/costantemente

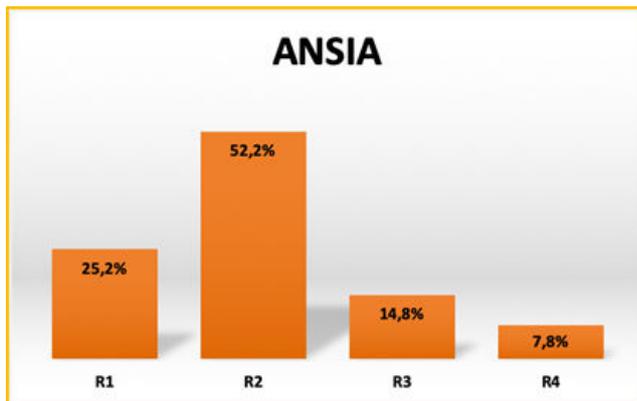


Figura 5a

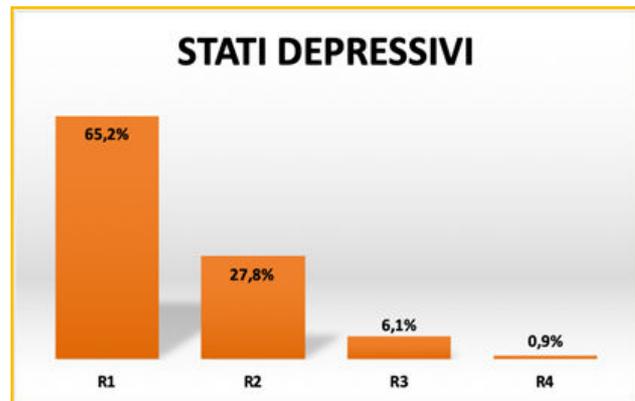


Figura 5b



Figura 5c

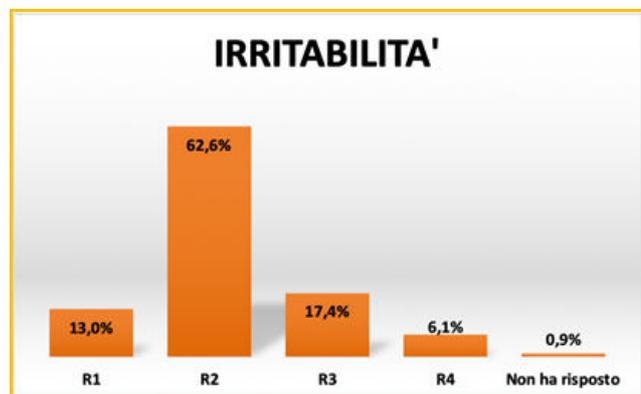
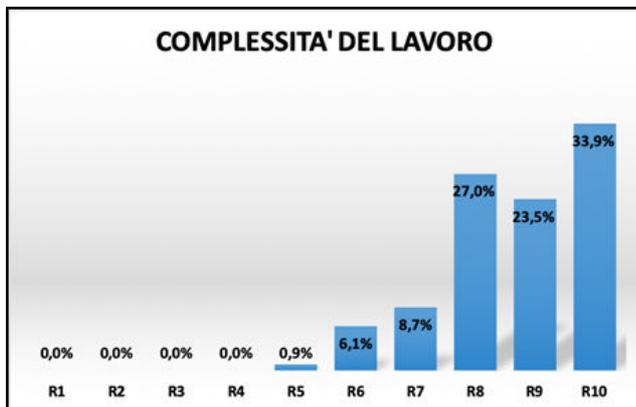


Figura 5d

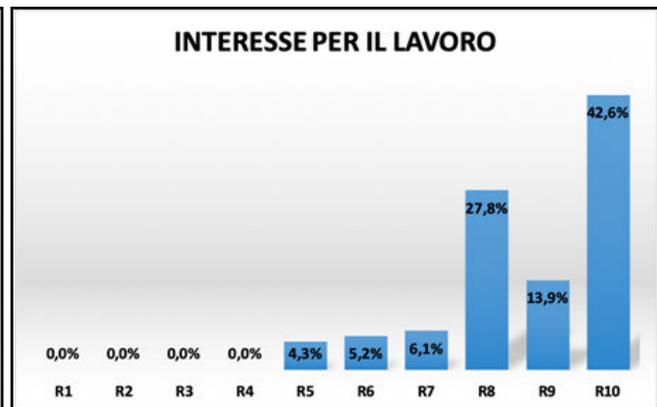
**Figura 5. (5a)** Presenza di sintomi tipici derivanti da condizioni di intenso stress e disagio (ansia). **(5b)** Presenza di sintomi tipici derivanti da condizioni di intenso stress e disagio (stati depressivi). **(5c)** Presenza di sintomi tipici derivanti da condizioni di intenso stress e disagio (fatica intensa o spossatezza). **(5d)** Presenza di sintomi tipici derivanti da condizioni di intenso stress e disagio (irritabilità).

In ultimo, è stato chiesto ad ogni operatore di esprimere, con un voto nel range da 1 (nessuno) a 10 (enorme), l'interesse che esprime nei confronti del proprio lavoro e il giudizio sulla complessità di quest'ultimo.

Come si nota dalla Figura 6, il 33.9 % della popolazione ha giudicato con un voto pari a 10 la complessità del proprio lavoro e, per quanto riguarda l'interesse, il 42.6 % della popolazione ha un elevato interesse nei confronti del proprio lavoro, fornendo un voto pari a 10.



**Figura 6a**



**Figura 6b**

**Figura 6.** (6a) Giudizio sulla complessità del lavoro. (6b) Interesse nei confronti del lavoro.

## DISCUSSIONE

Solo il 36.16 % della popolazione ha partecipato in maniera attiva alla compilazione del questionario, mentre il 55.03 % non ha compilato (Figura 1). Tra le possibili motivazioni vi è lo scarso interesse in esame, nonostante fosse rivolto a comprendere le condizioni lavorative di questi ultimi per avere a disposizione materiale utile per un futuro miglioramento. Altra possibile motivazione è rappresentata dalla intensa attività lavorativa quotidiana degli infermieri che, come mostrato, è molto elevata.

Il campione analizzato risulta essere composto dal 77.39 % da donne e solo dal 22.61 % da uomini, a conferma degli studi statistici effettuati nel corso degli anni che attestano che il lavoro in ambito infermieristico risulta essere in prevalenza scelto dalle donne [17]. Il 52.17 % dei partecipanti ha un'età superiore ai 45 anni e il 26.08 % ha un'età inferiore ai 30 anni; tale dato è in linea con recenti studi sull' "invecchiamento" della popolazione infermieristica in Italia, un fenomeno ormai diffuso

nella società italiana che vede una progressiva riduzione del numero degli infermieri nonché l'aumento dell'età media della popolazione lavorativa e che potrebbero determinare problemi rilevanti sia in termini di "tenuta" che di "qualità" del sistema assistenziale in riferimento alla particolare e delicata tipologia delle funzioni e prestazioni erogate [18]. In letteratura, a tal proposito, si evidenzia che i soggetti anagraficamente e professionalmente più anziani risultano significativamente più insoddisfatti e più a rischio di Burnout [19].

Al dato anagrafico va anche aggiunto e correlato il dato sul tempo di lavoro in struttura: il 58.26 % degli intervistati lavora presso l'ASL 3 Ospedale Villa Scassi da un tempo superiore a 10 anni, evidenziando che la maggior parte del campione analizzato ha grande esperienza sia in ambito lavorativo che dal punto di vista della conoscenza del luogo di lavoro. Ciò è molto importante ai fini dello studio perché una migliore conoscenza del luogo di lavoro permette di avere informazioni veritiere sia sulle condizioni lavorative che sullo stress derivante dal luogo di lavoro.

Il dato che risulta più preoccupante, però, è la soddisfazione della condizione lavorativa dal punto di vista organizzativo e socio-economico del singolo lavoratore: il 76.52 % del campione non è soddisfatta della propria condizione lavorativa, mentre il 20.86 % lo è. Tale dato è indice di un diffuso malessere presente nella categoria degli infermieri e ciò è dovuto sia al carico e alle condizioni di lavoro sia al forte stress emotivo a cui sono soggetti; questo comporta un'ulteriore diminuzione delle risorse disponibili e un impatto psicologico negativo sui pazienti ricoverati che avvertono una minor sicurezza sul loro stato di salute, fonte di stati di ansia e depressione che provocano un deterioramento delle condizioni cliniche generali [20]. Studi statistici dimostrano che i livelli di burnout risultano più elevati negli infermieri rispetto ad altre categorie lavorative e sono legati al contatto diretto e prolungato con i pazienti, con rischio di coinvolgimento emotivo e a bassi livelli di soddisfazione sul lavoro [21,22].

## **Conclusioni**

I dati dello studio confermano la necessità di rendere le organizzazioni sanitarie maggiormente consapevoli che avere una classe di infermieri che mostrano passione e interesse nei confronti della propria professione migliora la qualità del lavoro stesso e la qualità delle cure e delle attenzioni fornite agli assistiti [23].

Gli elementi di prevenzione nei luoghi di lavoro individuati in letteratura sono la promozione della salute, la riduzione del sovraccarico orario e la gestione di sessioni di supervisione [24].

Tra le strategie che concorrono alla motivazione e alla soddisfazione lavorativa sui quali è necessario intervenire si possono considerare il rafforzamento delle risorse individuali per aumentare la capacità di gestione dello stress lavorativo e il miglioramento delle dinamiche relazionali [7].

### **Limiti dello studio**

In questo studio preliminare è stata sviluppata un'indagine statistica puramente descrittiva condotta solo in una singola struttura ospedaliera in cui solo il 36.16 % del campione ha partecipato in maniera attiva alla compilazione del questionario. Sarebbe interessante sottoporre alla stessa indagine anche altre strutture per comprendere quale sia, nei vari luoghi d'Italia, da nord a sud, l'interesse che la classe infermieristica mostra nei confronti della propria professione per poterla poi correlare alle statistiche sulla qualità del lavoro svolto dagli infermieri stessi.

### **Eventuali 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.

**Ringraziamenti**

Si ringraziano gli Infermieri dell'ASL 3 Genovese "Ospedale Villa Scassi" chiamati quotidianamente a garantire ai pazienti un'assistenza di qualità, efficace, efficiente, personalizzata, sicura e competente.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Janiszewski Goodin, H. (2003). The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 335-43.
2. Stanley, D.J. (2008). Celluloid angels: a research study of nurses in feature films 1900-2007. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 84-95.
3. Dignani L., Montanari P., Dante A., Guarinoni M.G., Petrucci C., Lancia L., L'immagine dell'infermiere in Italia dall'analisi dell'archivio storico di un quotidiano nazionale, *Professioni Infermieristiche*, V.67, N.1 (2014).
4. Clarke H.F., Lashinger H., Giovannetti P., Shamian J., Thomson D., Tourangeau A. (2001), Nursing shortages: Workplace environments are essential to the solution, in «Hospital Quarterly», 4; 4: 50-57.
5. Ferrari F., La motivazione al lavoro e la soddisfazione lavorativa: un inquadramento, *Management per le professioni sanitarie*, 2014.
6. Avallone F., Bonaretti M., Benessere organizzativo, Rubbettino Editore, Roma, 2003.
7. Sentinello M., Negrisolò A., Quando ogni passione è spenta. La sindrome del burnout nelle professioni sanitarie. Milano: McGraw-Hill, 2009.
8. Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do about It*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
9. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E., *Research on Work-related Stress*. Luxembourg: European Agency of Safety and Health on Work, Office for Official Publications of the European Communities, 2000.
10. Ciancio B., Trasformare la frustrazione del personale in soddisfazione: il potere della motivazione, *Management Infermieristico*, 1, 2001.
11. Kuoppala J., Lammimpää A., Liira J et al. (2008) Leadership, job-well-being and health effects. A systematic review and meta-Analysis. *J Occup Environ Med*, 50, 904-915.

12. Coomber B., Barriball K L (2006) Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud*, 44(2), 297-314.
13. Newbury-Birch D, Kamali F., Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgrad Med J* 2001; 77; 109-11.
14. Siu OL., Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *J Adv Nurs* 2002; 40: 218-29.
15. Sirigatti S, Stefanile C., *The Maslach Burnout Inventory: Adattamento e taratura per l'Italia*. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1993.
16. SIMLII – Attività lavorativa con videoterminali. Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro, 2003.
17. Cecilia Sironi, *L'infermiere in Italia: storia di una professione*, Ed. Carocci, Roma, 2012.
18. Barbini N, Squadroni R (2003) Invecchiamento degli operatori sanitari e plurilocalizzazioni dolorose all'apparato osteoarticolare. *G Ital Med Lav Erg*, 25 (2), 168-172.
19. Violante S, Benso PG., Gerbaudo L, Violante B (2009) Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 31(1), 36-44.
20. Calamandrei C., La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti, *Management Infermieristico*, 3, 2000, pp. 26-32.
21. Engelbrecht M, Bester CL, Van Den Berg H, Van Rensburg HCJ (2008) The Prediction of Psychological Burnout by Means of the Availability of Resources, Time Pressure or Workload, Conflict and Social Relations and Locus of Control of Professional Nurses in Public Health Centres in the Free State. *Proceedings of the European Applied Business Conference (EABR) and Teaching and Learning Conference (TLC)*. Rothenburg, Germany.
22. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO (2004) Student Jama, Physician burnout. *JAMA*, 291(4),

633.

23. Cortese C. G., Motivare, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.

24. Korczak D, Kister C, Huber B (2008) Differential diagnostic des Burnout-Syndroms. GSM,  
5(6).

# PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

## NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

## FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

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

## CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi solo gli autori citati nel testo. Tutti gli articoli devono essere supportati da aggiornate referenze bibliografiche. L'accuratezza delle citazioni bibliografiche e della bibliografia sono requisiti indispensabili ai fini della pubblicazione. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi. I rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo modo2; se si devono citare due o più fonti, riportare i numeri consecutivi seguiti dalla virgola3,4, più di due rimandi alla bibliografia, riportare il primo e l'ultimo numero delle citazioni corrispondenti5-8. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

Annas GJ. Reefer madness-the federal response to California's medical-marjuna 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 of 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](mailto: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 Vicepresidente Teresa Rea nell'Advisory Board dell'Iss

È tra gli otto super esperti che compongono il Comitato Strategico del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità

Con decreto a firma del professor Silvio Brusaferrò, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, la vicepresidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, la dottoressa **Teresa Rea**, Infermiera PhD, in servizio presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Federico II di Napoli, figura tra gli otto super esperti che compongono l'Advisory Board del Comitato Strategico del Sistema Sanitario Nazionale Linee Guida (SNLG), istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità. Con lei i migliori esperti nazionali con funzioni di supporto scientifico al coordinatore del Comitato strategico SNLG. Ne fanno parte infatti, il prof. **Gian Franco Gensini**, coordinatore; dr **Salvatore Amato**; dr. **Francesco Enrichens**; dr **Antonio Gaudio**; Prof. **Andrea Lenzi**; dr.ssa Teresa Rea; Dr **Alberto Villani**; dr **Francesco Vimercati**.

L'Advisory Board esprime pareri in merito alle seguenti temati-

che: programmi di ricerca e di sviluppo per la produzione e per la valutazione delle linee guida; supporto alla prioritizzazione delle L.G. ; supporto all'utilizzo di metodologie e strumenti di produzione L.G. ; promozione della conoscenza e dell'utilizzo del SNLG. La Vicepresidente Rea eserciterà le funzioni previste dal prestigioso incarico in rappresentanza della FNOPI, la Federazione nazionale degli infermieri.

“La nomina della dott.ssa Rea – ha commentato soddisfatto il Presidente Opi Napoli **Ciro Carbone** - è motivo di orgoglio per tutta la comunità professionale. Nell'augurare un proficuo lavoro a tutti i componenti dell'Advisory Board, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli e l'intera comunità professionale portano le più vive congratulazioni alla collega”.



## Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) e SIPMeL

Guidelines National System (SNGL) and SIPMeL (Italian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine)

Il SNLG è lo strumento di riferimento medico-legale di linee guida e raccomandazioni per la pratica clinica e assistenziale, rivolta a grandi e selezionati temi clinici della professione, i cui attori sono Regioni; Istituti privati di ricerca e studio e, quando sarà approvato l'elenco ex DM 2 agosto 2017, le Società scientifiche e le Associazioni tecnico-scientifiche in gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, con prevalenza delle Società cliniche. Il SNLG è conseguenza della Legge 24 dell'8 marzo 2017 sulla responsabilità medica che stabilisce, all'art. 5, che gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie debbano attenersi, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate da enti e istituzioni pubbliche e private e da Società scientifiche e Associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco e pubblicate dall'ISS nel SNLG, previa verifica di conformità della metodologia adottata a standard internazionalmente riconosciuti e

resi pubblici da parte dell'Istituto stesso, e della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni. I concetti portanti sono la composizione multiprofessionale e multidisciplinare dei proponenti, dei panel e dei gruppi operativi; la scelta del metodo GRADE come *framework* metodologico raccomandato dal CNEC per la produzione di linee guida destinate al SNLG; l'indicazione a privilegiare gli adattamenti nazionali di linee guida internazionali con il metodo GRADE-ADOLPMENT; la scelta del metodo AGREE II per la valutazione metodologica della qualità delle LG. Solo recentemente è stato presentato il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) a cura dell'Istituto superiore di sanità (ISS), legato alla legge sulla responsabilità medica 24/2017.

Sono operativi la piattaforma informatica SNGL per l'inserimento di linee guida, il *Manuale metodologico per la produzione delle linee guida di pratica clinica* e il *Manuale operativo per la pro-*

*sta di inserimento di linee guida nel Sistema Nazionale Linee Guida* a cura di CNEC (Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure) e gli standard internazionali di riferimento, costruiti con il concorso essenziale di GIMBE. Il sito SNLG di ISS presenta oggi le sezioni Editoriale, Informazioni, Buone Pratiche, Linee Guida (Consultazione, Valutazione e pubblicazione, Produzione) e Piattaforma SNLG. Secondo la presentazione del nuovo Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto superiore di sanità (ISS) (<https://snlg.iss.it>), “le linee guida di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, tra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio tra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto dell'esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola – laddove possibile – con il paziente o i caregivers”.

## Notizie dall'Ordine

# Pronta la nuova casa de

L'apertura della nuova sede di piazza Carità, già operativa, è stato uno dei passaggi più apprezzati del corso dell'annuale assemblea degli iscritti

**C**ollegli, amici,  
Grazie innanzitutto di essere qui per l'annuale appuntamento con il bilancio, che rappresenta un momento di confronto con gli iscritti e che quest'anno al termine del triennio assume il ruolo di una verifica sul campo per questo gruppo dirigente. Prima di dare la parola ai numeri e alle considerazioni amministrative che il Tesoriere Gennaro Sanges e il presidente dei Revisori dei conti, Vincenzo Saraiello faranno nei loro interventi, passerò velocemente in rassegna alcuni di punti importanti del nostro programma sui quali ci siamo maggiormente concentrati.

**La rivista professionale** - la trasformazione della rivista professionale Napoliscampania da giornale cartaceo a pubblicazione on line. La rivista indicizzata su banche dati internazionali e di interesse infermieristico sta diventando punto di riferimento per i nostri studenti e ci auguriamo possa diventare sempre più patrimonio di tutti i colleghi che hanno il dovere deontologico di aggiornare le conoscenze e contribuire a diffondere i risultati della ricerca infermieristica nella pratica quotidiana. A tal proposito stiamo mettendo in essere un programma che consentirà agli iscritti di ricevere ecm quando scaricheranno gli articoli dalla sezione scientifica.



**I giovani** - Per promuovere e soprattutto incoraggiare i nostri giovani alla ricerca infermieristica abbiamo assegnato un premio pari a 3000€ per la miglior tesi di laurea triennale. Inoltre, si è appena concluso il bando per la miglior tesi di laurea magistrale che assegneremo prima dell'estate.

A breve sarà pubblicato il bando che prevede la partecipazione di un'intera Unità Operativa finalizzato al supporto di un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza. Questo progetto vuole favorire l'integrazione e il lavoro di equipe. I giovani hanno rappresentato il focus di diversi punti del programma tra cui anche l'esenzione dal pagamento della quota associativa per i neo lau-



reati. Un evento di straordinaria rilevanza è stata la presentazione del nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche organizzato in collaborazione con la Scuola di Medicina dell'Università Federico arricchita da una lettura magistrale tenuta dalla professoressa Marie Manthey fondatrice del modello primary nursing, la quale ci ha fatto riflettere sulla necessità di rinnovare i modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica.



**Università e istituzioni** - Costante e proficuo è stato, ed è tuttora, l'impegno con le istituzioni universitarie iniziato a febbraio 2018 con l'incontro con i magnifici rettori delle università "Federico ii" e "Luigi Vanvitelli". Abbiamo parte-

# gli infermieri

l'ampia relazione tenuta dal presidente **Ciro Carbone**



cipato ai tavoli tecnici dei corsi di laurea in infermieristica e infermieristica pediatrica ai corsi di laurea magistrale, al fine di monitorare e migliorare il percorso formativo dei nostri futuri professionisti. Siamo presenti con i nostri referenti sui tavoli Istituzionali quali Istituto Superiore Sanità, le commissioni di studio della Federazione e ai tavoli attivati presso la Regione.



**Formazione** - Leva fondamentale è stata la formazione. Abbiamo garantito gli ECM gratuiti ai nostri iscritti con una formazione attenta e mirata ai bisogni formativi dei nostri professionisti. La formazione è stata svolta nelle diverse aziende sanitarie sia

## Approvati all'unanimità i bilanci consuntivi 2019 e preventivo 2020

**L'**annuale Assemblea degli iscritti all'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, tenuta a Castellammare di Stabia, ha approvato all'unanimità dei presenti (oltre 200) I bilanci consuntivo 2019 e di previsione 2020. *“Voglio ringraziare I tanti iscritti oggi presenti per la partecipazione numerosa ad ino degli appuntamenti importanti del nostro ordine professionale”*, ha detto al termine il Presidente **Ciro Carbone**. Prima degli interventi sui conti illustrati dal Tesoriere **Gennaro Sanges** e dal Presidente dei Revisori dei conti, **Vincenzo Saraiello**, il Presidente dell'Ordine **Ciro Carbone** ha tracciato un ampio bilancio delle attività svolte nel corso dell'anno.

Nella sua relazione, **Carbone** ha voluto sottolineare facendo alcuni punti centrali dell'attività svolta dal gruppo dirigente. Primo fra tutti i giovani e i tanti progetti in cantiere per la formazione. *“I giovani rappresentano il futuro della professione e dobbiamo curarli come una priorità”*, ha detto **Carbone** citando l'indicizzazione scientifica della rivista *Napolisana* sulle banche dati internazionali; il premio di 3000 euro alla miglior tesi di laurea; l'esenzione dal pagamento della quota associativa per i neo laureati; i tantissimi corsi Ecm gratuiti organizzati (oltre 40 corsi itineranti per un totale di 6mila crediti erogati).

Altro passaggio importante è stato quello della nuova sede dell'Ordine di Napoli: *“Tra le più belle, tecnologicamente attrezzate e moderne d'Italia”*, come l'ha definita **Carbone**. *“Sarà il nostro vanto, anche perchè potremmo mettere a disposizione dei nostri iscritti spazi attrezzati per gruppi di studio, di lavoro e d'incontro, convegni e dibattiti”*.

Infine il lancio della nuova applicazione riservata agli iscritti *“OpiNapoli”*, una piattaforma tecnologica innovativa (la prima in Italia) che consentirà agli iscritti di essere sempre aggiornati su news, eventi, formazione e ricerca.

## Notizie dall'Ordine

pubbliche che private del nostro territorio, effettuando circa 40 corsi itineranti su tematiche rilevanti per un totale di 6000 crediti ecm erogati. Inoltre abbiamo garantito attraverso l'associazione Cives Napoli corsi di BLS-D adulto, pediatrico e corso PTC riconosciuti dall'IRC. Abbiamo concesso il patrocinio morale a circa 115 eventi e portato un saluto o un intervento dove richiesto.



**Libera professione** - Abbiamo tenuto fede anche all'impegno assunto nei confronti dell'attività libero professionale e dei colleghi infermieri impegnati nella sanità privata, accreditata e non, attraverso la specifica commissione permanente e incontrato in loco i colleghi attraverso vertici con le direzioni aziendali. Molto importante è stata anche la creazione dell'APP ufficiale OPI Napoli, una innovativa piattaforma di comunicazione che permetterà di essere sempre aggiornati su news, eventi, formazione e ricerca.



**Aggressioni** - Abbiamo pubblicamente condannato ed attenzionato con documenti e circolari a tutte le istituzioni la violenza sugli infermieri e su tutti gli operatori sanitari. Una piaga nazionale 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. In particolare la mancanza di infermieri conseguente al decennale blocco del turn over ha influito negativamente sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini ed ha inciso sulla valorizzazione della professione e dei professionisti che in questi anni hanno di fatto sorretto il Sistema Sanitario Regionale.

**Occupazione e competenze** - Ora che siamo usciti dal commissariamento è necessario garantire il raggiungimento sul nostro territorio di adeguati livelli di staffing e riprogettare i modelli organizzativi che rendono gli infermieri sempre più presenti sul territorio, dove è crescente la richiesta per l'aumento delle patologie croniche-degenerative. Abbiamo interagito, e le note protocollate lo dimostrano, con tutte le direzioni aziendali per promuovere la valorizzazione della professione attraverso l'istituzione della Dirigenza Infermieristica affinché governino lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi e adeguati ai percorsi clinico-assistenziali: quali ospedali di comunità, ambulatori infermieristici, infermiere di famiglia e di comunità. Tante strade per creare anche occupazione migliorando l'assistenza negli ospedali e sul territorio.



**La nuova sede** - Infine, possiamo annunciare ufficialmente che l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli ha ormai una nuova sede, già operativa dallo scorso 15 marzo. L'epidemia da Covid-19 e i divieti di assembramento, ne hanno impedito l'inaugurazione. Nella nuova sede, moderna non solo negli arredi, ma anche nelle tecnologie e dei sistemi ambientali ecocompatibili, ci sarà spazio abbondante per ospitare gruppi di lavoro, team di ricerca, convegni, dibattiti, incontri e manifestazione. Una casa nuova significa dare dignità ad una professione e ad una famiglia professionale quale siamo noi che rappresentiamo il 3° ordine più grande d'Italia.





## Asl Napoli 1 Centro, nuovi incarichi nei Distretti sanitari di base

**S**ono stati affidati gli incarichi di direzione dei Distretti Sanitari di base della Asl Napoli 1 Centro. «Per la prima volta negli ultimi 15 anni l'Asl Napoli 1 Centro provvede tramite procedure trasparenti e meritocratiche - ha affermato **Ciro Verdoliva**, direttore generale della Asl Napoli - e non con nomine dirette e traballanti, all'affidamento degli incarichi per le direzioni sanitarie dei Distretti Sanitari di base. Un ulteriore passo avanti nel nostro impegno di restituire dignità a questa Azienda sanitaria nell'interesse dei cittadini».

I distretti sanitari di base sono articolazioni organizzative aziendali, finalizzate tra l'altro a garantire il governo di tutte le attività della medicina territoriale incluse quelle dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e della specialistica ambulatoriale e la promozione dell'integrazione tra ospedale e territorio. «Trasparenza e meritocrazia - ha evidenziato ancora il direttore Verdoliva - sono le parole chiave che stanno ispirando il nostro lavoro, che spazza via le cattive abitudini del passato. Tutti gli incarichi sono infatti stati assegnati nel rispetto della trasparenza e della meritocrazia al termine dei procedimenti di selezione avviati nel marzo 2019 a valle del mio insediamento da commissario straordinario».

Una parte importante di un poderoso programma di affidamento incarichi che riguarda moltissime unità operative che da anni erano prive di vertice. Un impegno che la direzione strategica ha scelto di perseguire sin da subito nella consapevolezza che l'acefalia delle strutture oltre a non conferire formali responsabilità ha esposto per anni e anni l'Azienda a cause di servizio per il riconoscimento di mansioni superiori.

**Sono sette gli incarichi di Direzione dei Distretti Sanitari di base:** Distretto Sanitario di base n°25: dr.ssa **Tiziana Spinosa**; Distretto Sanitario di base n°26: dr.ssa **Anna Manna**; Distretto Sanitario di base n°27: dr. **Raffaele Iandolo**; Distretto Sanitario di base n°28: dr. **Beniamino Picciano**; Distretto Sanitario di base n°29: dr. **Giuseppe Monaco**; Distretto Sanitario di base n°32: dr. **Giuseppe Papaccioli**; Distretto Sanitario di base n°33: dr. **Giuseppe Guadagno**. **Le Direzioni dei Distretti Sanitari di base n°30 e n°31** sono state affidate rispettivamente al dr. **Sergio Pasquucci** e al dr. **Angelo Mengano** già titolari di incarico, mentre per il Distretto Sanitario di base n°24 è in fase di pubblicazione il procedimento concorsuale.

### ELENCO DEGLI INCARICHI AFFIDATI

Distretto Sanitario di Base 25	<b>TIZIANA SPINOSA</b>
Distretto Sanitario di Base 26	<b>ANNA MANNA</b>
Distretto Sanitario di Base 27	<b>RAFFAELE IANDOLO</b>
Distretto Sanitario di Base 28	<b>BENIAMINO PICCIANO</b>
Distretto Sanitario di Base 29	<b>GIUSEPPE MONACO</b>

Distretto Sanitario di Base 32	<b>GIUSEPPE PAPACCIOLI</b>
Distretto Sanitario di Base 33	<b>GIUSEPPE GUADAGNO</b>
Distretto Sanitario di Base 30	<b>SERGIO PASQUINUCCI *</b>
Distretto Sanitario di Base 31	<b>ANGELO MENGANO *</b>
Distretto Sanitario di Base 24	procedimento concorsuale in via di pubblicazione

\* GIÀ TITOLARE DI INCARICO

# Ospedali & territorio

## Epatite C, in Campania 1.800 decessi l'anno Obiettivo eradicarla entro il 2030

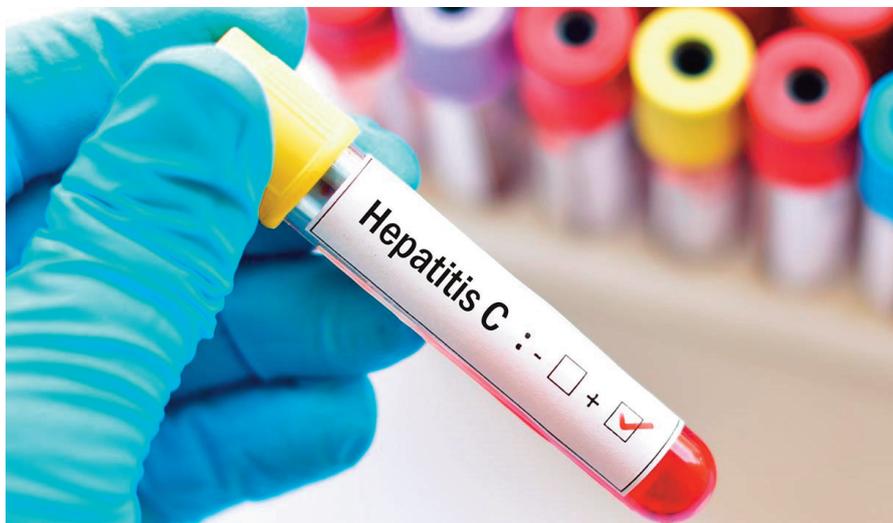
NAPOLI - Con 1.800 decessi l'anno per cirrosi epatica o epatocarcinoma, le malattie del fegato determinano in Campania una strage silenziosa; un problema storico per la Regione. Basta guardare all'analisi dei dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera nel periodo 2012-2015, con 21.500 ricoveri per cirrosi epatica e 2mila ricoveri per epatocarcinoma. Un enorme problema di salute ma anche un dramma rispetto ai costi dell'assistenza. I costi relativi alla gestione della cirrosi epatica è stimato, solo per la Campania, in 108 milioni di euro. Che si traduce in un costo medio annuo per paziente di circa 5mila euro.

La complessità dell'assistenza sia domiciliare, sia ospedaliera, nonché i costi sanitari, crescono con l'aggravarsi della patologia quando non intercettata tempestivamente, si evidenzia. La principale causa delle cronicità legate al fegato è rappresentata in Campania dall'infezione da HCV. Si stima che oggi, in Campania, i soggetti portatori di infezione da HCV siano più di 100mila e che l'infezione da HCV rappresenti la causa più

importante di epatopatia. La si riscontra nel 62% delle epatiti croniche e nel 73% degli epatocarcinomi, nonostante la Regione risulti tra quelle che ha messo in campo le migliori strategie assistenziali tra tutte le Regioni di Italia. Ciò nonostante, l'Osservatorio Nazionale Buone Pratiche sulla sicurezza in Sanità, pubblicato nel 2019, vede la Campania, tra i donatori di sangue alla prima esperienza (nel triennio 2014-2016), come la Regione tra quelle con il maggior numero



di positività ai marcatori delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione (virus dell'epatite B in primis, virus dell'epatite C, virus dell'immunodeficienza acquisita e *Treponema pallidum*). Per debellare il fenomeno, si pensa ad un applicare in maniera più stringente i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) e a potenziare le attività di reclutamento dei pazienti infetti, anche inconsapevoli, grazie alla sinergia tra i Medici di Medicina Generale e i Medici Specialisti della Regione Campania. Ecco perché, Medici di Medicina Generale, specialisti e istituzioni stanno realizzando, attraverso la semplificazione dei percorsi, un modello organizzativo innovativo, con l'obiettivo di eradicare entro il 2030 l'infezione da HCV".



## Leucemia linfatica cronica, in Campania il farmaco che evita la chemioterapia



NAPOLI - Sarà prescrivibile anche in Campania la nuova combinazione di medicinali, approvati dall'Agenzia Italiana del Farmaco, che eviterà la chemioterapia a centinaia di campani affetti da **leucemia linfatica cronica**, uno dei tumori del sangue più diffusi. A spiegarlo, in un comunicato diffuso dalla casa farmaceutica AbbVie, il prof **Fabrizio Pane**, direttore unità operativa Ematologia e Trapianti di Midollo del Policlinico di Napoli. «La combinazione di Venetoclax e Rituximab, nuovi farmaci biologici - scrive il prof Pane - è in grado di aumentare il numero di remissioni complete nei pazienti che non hanno risposto alle terapie precedenti. La nuova terapia, inoltre, per la prima volta può essere prescritta per una durata limitata e non a vita: ovvero dopo 24 mesi i pazienti potranno interrompere l'assunzione del farmaco». Ogni anno - si legge nel comunicato - in Italia circa 1.200 persone ricevono una diagnosi di Leucemia linfatica cronica, la forma di leucemia dell'adulto più frequente nel modo occidentale. Si tratta di una malattia tumorale cronica del sistema linfatico che colpisce il midollo osseo, il sangue e le strutture linfatiche, caratterizzata da un'incidenza in ascesa vertiginosa nella terza età. In questi pazienti la prognosi è spesso particolarmente sfavorevole. «Sono più di 300 i pazienti che afferiscono alla nostra struttura qui al Policlinico - spiega il prof Pane - che è un centro di riferimento nazionale: a loro, la nuova terapia garantirà una aspettativa di vita più lunga. Inoltre, poter contare su un trattamento che produce il suo effetto sulla malattia entro un tempo predefinito di durata di due anni ed un costo prestabilito garantirà, oltre ad un impatto positivo sulla qualità di vita del paziente che non deve sottoporsi al trattamento di chemioterapia, potenziali risparmi per il Sistema sanitario regionale».

## A Napoli la prima ambulanza con le telecamere

Basta spingere un bottone sul cruscotto e si accendono quattro occhi elettronici che riprendono la strada o la scena del soccorso. Le immagini sono registrate e inviate a un archivio remoto (Cloud) im-



modificabile e da qui alla centrale operativa del 118 e delle forze dell'ordine. Nella simulazione sembra un film d'azione. Nella realtà sulla prima ambulanza del 118 a Napoli ci sono 4 telecamere fisse esterne, schermate e protette. È l'attesa svolta per la sicurezza del personale sanitario impegnato nei soccorsi, spesso vittima di violenze e aggressioni. Il sistema andrà a regime nell'arco di alcune settimane al ritmo di un'ambulanza attrezzata ogni 48 ore. Da marzo sarà esteso a tutte le 39 autoambulanze della Asl, 19 del 118 e le altre per i trasporti secondari, sia in urgenza (3 mezzi rianimativi) sia per particolari necessità assistenziali (5 per il trasferimento da un ospedale all'altro, 6 per la dialisi, 2 a disposizione della medicina penitenziaria). La rete di controllo si avvale di un'altra telecamera con tasto Sos

collegata a un microfono (autonomia di 13 ore). Una bodycam integrata nella giacca indossata da uno degli operatori che gli permetterà di riprendere tutto quello che accade attorno a sé registrando anche voci, parole e dialoghi. Quando scatta l'allarme un bip risuona nella centrale del 118 e della Questura che ricevono le immagini. Tramite il segnale Gps viene tracciato il percorso e la posizione del mezzo. La volante più vicina accorre in pochi minuti. All'arrivo in ospedale tramite rete wi-fi, i frame sono trasferiti sui server centrale a disposizione dell'autorità giudiziaria. Un grande Var sanitario concepito contro le aggressioni quello presentato ieri all'Ospedale del mare dal manager della Asl **Ciro Verdoliva**, dal responsabile della centrale del 118 **Giuseppe Galano** e dal governatore **Vincenzo De Luca**.

## Ospedali &amp; territorio

# Tumori, due studi del Pascale ai vertici della ricerca mondiale



NAPOLI – Sono due le ricerche al respiro internazionale partite dall'istituto Pascale di Napoli. Una su "Nuove combinazioni immunoterapeutiche in grado di indurre contemporaneamente un'efficace risposta antitumorale e controbilanciare il microambiente tumorale immunosoppressivo", di **Mariella Tagliamonte**, e l'altra su "L'individuazione di nuovi bersagli molecolari, in particolare neo-antigeni mutati tumore-associati", di **Angela Mauriello**. Entrambi sono stati pubblicati su *Cancers* e *Cancer Letters*, due riviste oncologiche mondiali con un impatto molto alto. "Tali contributi aggiungono un tassello significativo alle conoscenze per lo sviluppo di terapie più efficaci per i pazienti affetti da HCC - dice il direttore scientifico Gerardo Botti - Inoltre forniscono al gruppo di Luigi Buonaguro informazioni fondamentali per continuare gli studi sul vaccino HEPAVAC, primo vaccino al mondo sul tumore al fegato, di cui saranno resi noti i risultati nei primi mesi del 2020, e per sviluppare nuove strategie terapeutiche vaccinali nell'ambito del programma regionale di lotta alle patologie oncologiche". "Siamo molto confidenti - aggiunge il direttore generale, Attilio Bianchi - di essere sulla strada giusta nella patologia oncologica epatica. Anche i recenti investimenti in ricerca oncologica decisi dalla regione Campania ci fanno ben sperare in questo senso. Complimenti al gruppo di Buonaguro e in particolare a queste due giovani donne, orgoglio come tutti i nostri ricercatori, del Pascale".

## Gastroenterite. È possibile inibirne l'infezione

NAPOLI – Di gastroenterite si può anche morire? Sì, se sei un bambino e se ripetutamente sei soggetto a questo virus. Ma adesso una porta si apre grazie ai ricercatori del Ceinge che hanno scoperto che esiste la possibilità di inibire l'infezione. «Abbiamo dimostrato la contemporanea modulazione di meccanismi protettivi immunologici e non immunologici con conseguente riduzione della risposta infiammatoria e della azione ossidativa prodotta dai virus a Rna all'interno delle cellule umane».

Lo afferma Roberto Berni Canani, professore associato di Pediatria dell'Università Federico II, coordinatore del team che al Ceinge- Biotecnologie avanzate ha condotto uno studio

che dimostra l'efficacia di un alimento funzionale derivante dalla fermentazione di latte vaccino con il probiotico *L. paracasei* Cba L74 nel proteggere le cellule epiteliali umane dall'infezione da virus a Rna. Con questo studio, che verrà presentato al prossimo congresso mondiale di Gastroenterologia e Nutrizione pediatrica a Copenaghen, i ricercatori hanno scoperto che esiste la possibilità di inibire l'infezione in-



dotta da Rota virus, un genere di virus a Rna appartenenti alla famiglia Reoviridae, che è la causa più importante nel mondo di gastroenterite acuta in età pediatrica.

# Torre del Greco e Boscotrecase Via libera alla riorganizzazione

NAPOLI – Migliorare l'utilizzo delle risorse umane, strumentali e tecnologiche. È da questo presupposto che prende spunto il programma di riorganizzazione e potenziamento delle attività operatorie presso gli ospedali di **Torre del Greco** e **Boscotrecase**, nel Napoletano, messo a punto dalla direzione dell'Asl Napoli 3 Sud, in collaborazione con il responsabile aziendale del dipartimento chirurgico, **Gaetano Sannino**. In particolare, come fanno sapere dall'azienda sanitaria, al Maresca di Torre del Greco saranno concentrate le prestazioni ambulatoriali complesse coordinate (Pacc), i day surgery otorinolaringoiatri, urologici e tutta l'oculistica, fermo restante l'em-



genza chirurgica. Al Sant'Anna e Maria Santissima della Neve di Boscotrecase sarà, invece, potenziata l'urgenza chirurgica per le attività che necessitano di interventi entro le 6 ore.

«Una scelta - si apprende da una nota della Napoli 3 Sud - dettata anche dai dati di operatività della chirurgia di Torre del Greco: nel 2019 su un totale di 296 inter-

venti, ben 237 (24 di chirurgia d'urgenza e solo sei di chirurgia d'urgenza notturna) sono stati di chirurgia ambulatoriale. Ben oltre il 60 per cento del totale; un dato di gran lunga superiore al limite previsto dal ministero». «Gli sforzi dell'azienda - spiega il direttore sanitario Asl Napoli 3 Sud **Gaetano D'Onofrio** - sono rivolti all'utilizzo intensivo ed appropriato delle strutture e degli operatori disponibili in rispondenza ai Lea e in osservanza del piano salute nazionale 2020-2022 che punta ad utilizzare un setting assistenziale con l'implementazione del day surgery e dei Pacc. È con queste iniziative che l'ospedale Maresca viene messo in sicurezza ai fini degli obiettivi di rilancio».

NAPOLI – Si tratta di una totale riforma del modello organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale. Una ristrutturazione completa dettata dall'esigenza di garantire da una parte una maggiore continuità assistenziale tra ospedale e territorio, dall'altra di abbandonare una volta per tutte quella visione ospedalocentrica dura a morire e che ingolfa pronto soccorso e strutture ospedaliere, penalizzando terza età e cronicità. La prima novità è l'avvio delle Aft, consiste nel fatto che i medici e infermieri di famiglia della Campania faranno parte di reti di comunicazioni (una rete ogni 20 medici) che permetteranno la condivisione delle cartelle cliniche dei pazienti. Questo si tradurrà nella possibilità di garantire un servizio h12 (dalle 8 alle 20) alla cittadinanza. Un paziente iscritto con un determinato medico, infatti, nel momento in cui questi abbia terminato l'orario di lavoro, potrà rivolgersi ad un medico di famiglia facente parte della stessa ag-

## Sanità territoriale. In Campania parte la rivoluzione



gregazione, il quale conoscerà già la sua situazione clinica grazie alla messa in rete della sua cartella. Tra gli obiettivi di risultato si inseriscono come centrali le vaccinazioni e l'attività di prevenzione e screening.

Le aggregazioni di studi medici, così come la presenza di collaboratori e infermieri, sono già una realtà in parte del nostro sistema. La novità consiste nel portare queste aggregazioni e questa presenza di personale di supporto a coprire il 100% degli studi medici. Terzo e ultimo punto fondamentale, l'introduzione della diagnostica di primo livello negli studi dei medici di famiglia: dei 235 milioni stanziati dal Ministero della Salute, 23 milioni di euro saranno a disposizione della Regione Campania e saranno utilizzati per l'acquisto di queste attrezzature, che con tutta probabilità saranno: nevoscopi, elettrocardiografi digitali, ecografi e holter pressori, oltre agli spirometri già acquistati.

## Ospedali &amp; territorio

## Ospedale San Pio, un servizio dedicato ai pazienti sordi

BENEVENTO – Innovazione tecnologica e servizi più accessibili per i pazienti sordi. E' quanto previsto, prima in Campania, dall'azienda ospedaliera San Pio che mette a disposizione un video-interpretariato da remoto in lingua dei segni, per facilitare la comunicazione tra personale dell'azienda ospedaliera e pazienti sordi che usano la lingua dei segni italiana (LIS).

Il servizio, (Veasyt live), permette a medici, infermieri e amministrativi di essere supportati durante i colloqui da un interprete di LIS in videochiamata, tutti i giorni (festivi inclusi) dalle 8.00 alle 18.00. Visite mediche, controlli, esami, colloqui con specialisti e pronto soccorso saranno più accessibili. Veasyt live è attivabile da qualsiasi tablet, computer o smartphone a disposizione dell'Azienda "San Pio"; il personale preme un pulsante e in meno di 30 secondi l'interprete risponde in videochiamata dal proprio ufficio, pronto a tradurre simultaneamente tutto quello che viene detto tra personale dell'AO "San Pio" e paziente sordo. Il servizio mette a disposizione del personale dell'AO anche interpreti di lingue vocali (inglese, francese, arabo, cinese, ecc) per comunicare con pazienti di lingua straniera che afferiscono alla struttura. I cittadini sordi o stranieri, che volessero avere informazioni sul servizio, potranno scrivere all'indirizzo email [info@veasyt.com](mailto:info@veasyt.com) o inviare un video in LIS al 392 9633074.



## Nasce in Campania la prima Rete Cardioncologica con 10 ospedali



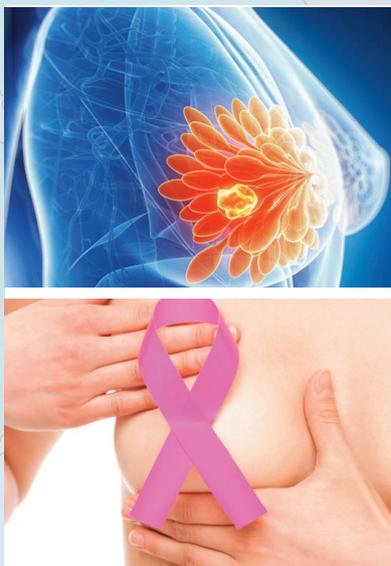
NAPOLI - Parte da Napoli il primo progetto di **Rete Cardioncologica** che mette in collegamento 10 ospedali della Campania per garantire un rapido accesso alle cure e un trattamento evidence-based. La Rete Cardioncologica in Campania mira ad inserirsi sulla rete oncologica campana coordinata dall'Istituto Pascale. L'obiettivo della cardioncologia è diagnosticare, prevenire e trattare le eventuali complicanze cardiovascolari nei pazienti che seguono terapie antitumorali. Per cui lo sforzo di creare una Rete Cardioncologica campana coordinata dal Pascale e volta a gestire tempestivamente queste complicanze assume un valore sociosanitario fondamentale. Gli ospedali in rete sono il Pascale, AOU Fe-

derico II, AOU L. Vanvitelli, AOU Salerno, Ospedale dei Colli, Cardarelli, Ospedale del Mare, ospedale Rummo di Benevento, il Moscati di Avellino e l'ospedale San Sebastiano di Caserta. Ma oltre al confronto continuo tra cardiologo ed oncologo sulle terapie prescritte ai pazienti, è fondamentale, è stato rilevato, l'interazione con il territorio, con i cardiologi ambulatoriali e i medici di medicina generale. Lavorando in sinergia (cardiologi, oncologi, ospedali in rete cardioncologica regionale) si spera di abbattere ulteriormente i tempi per la presa in carico del paziente; ed essendo in campo cardiologico il fattore tempo una variabile decisiva, il risultato si tradurrà in un maggior numero di vite salvate.

NAPOLI - Parte da Napoli la rivoluzione nel percorso di cura oncologico. Le pazienti con tumore Her2 positivo potranno ricevere la terapia biologica antitumorale sottocutanea a casa, anziché in ospedale, assistite da un medico. Selezionate le prime due pazienti. Il progetto "HERHOME" è stato realizzato in memoria di Stefania Pisani. Si chiamano Rita Maria e Marisa, hanno rispettivamente 55 e 59 anni, la prima è di Marano, l'altra di San Giuseppe Vesuviano. Saranno le prime due donne in Italia che effettueranno la terapia biologica antitumorale sottocutanea nel salotto di casa. In cura all'Istituto nazionale dei tumori Pascale di Napoli per un cancro al seno, Rita Maria e Marisa, hanno già completato i cicli di chemioterapia e ora sono state selezionate insieme ad altre 100 donne per un progetto targato Pascale e Roche, destinato a rivoluzionare i percorsi della cura oncologica.

Per la prima volta in Italia, infatti, le donne con tumore alla mammella Her2positivo potranno ricevere a domicilio, gratuitamente, il trattamento

## *Tumore al seno. Al Pascale la terapia arriva al domicilio*



biologico sottocutaneo e in assoluta sicurezza visto che saranno assistite da un medico opportunamente addestrato.

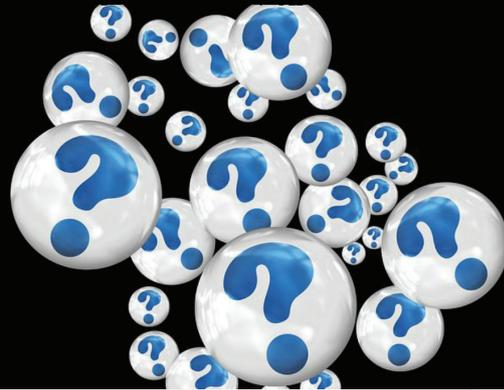
Si chiama "HERHOME" il programma voluto dall'Istituto nazionale tumori Irccs Pascale di Napoli e reso possibile grazie al supporto di Roche Italia. Un programma per rendere più confortevole la terapia biologica antitumorale alle donne già costrette ad affrontare un momento difficile e senza stravolgere la vita di un'intera famiglia.

L'adesione al programma è volontaria, gratuita e revocabile in qualsiasi momento. Si prevede che almeno le prime due somministrazioni di terapia sottocutanea con il principio attivo Trastuzumab avvengano in Day Hospital per poi effettuarle al proprio domicilio. Un medico opportunamente addestrato segue la paziente sia durante la somministrazione che nelle due ore successive. Il programma è destinato alle pazienti con carcinoma mammario Her2 positivo sottoposte a trattamento con Trastuzumab in formulazione sottocutanea.



## Ospedali &amp; territorio

# Dalla Conferenza delle Regioni progetti per le persone con demenza



ROMA – “Abbiamo approvato definitivamente le **Linee di indirizzo nazionali per la costruzione di ‘Comunità amiche’** delle persone con demenza, lavorando su tutti gli aspetti che favoriscano la messa in rete e le sinergie sul territorio per la loro realizzazione”. È quanto ha annunciato il presidente della Conferenza delle Regioni, **Stefano Bonaccini**. Un documento, *anticipato nei mesi scorsi* e approvato in via definitiva dalla Conferenza Unificata. Il documento punta ad aumentare la consapevolezza della comunità e la comprensione verso la demenza per ridurre lo stigma sociale associato alla demenza; rendere partecipi del processo di mutamento sociale le persone con demenza e i loro familiari in tutte le fasi di attuazione; favorire il supporto e una presa in cura appropriata della persona con demenza; favorire un contesto comunitario vivibile e fruibile ovvero attività ricreative, culturali, sociali facilmente accessibili ed appropriate; promuovere un ambiente urbano familiare ed accogliente; rendere i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali maggiormente attenti e sensibili

**Questo accordo – spiega Bonaccini – permette infatti di valorizzare la fondamentale sinergia tra le associazioni, gli enti locali, il terzo settore e il sistema socio-sanitario e assistenziale.** L’obiettivo è di realizzare la loro indispensabile collaborazione, ma serve anche il supporto di una efficiente rete di servizi territoriali. Va anche attivato un processo di cambiamento culturale e sociale, che consenta di promuovere e comunicare la realizzazione di queste Comunità amiche a sostegno dei malati e dei loro familiari. Nessuno si deve sentire solo e abbandonato. Ricordo che solo in Italia si parla di oltre un milione di persone colpite dalla malattia – ha aggiunto Bonaccini – e che in futuro si preveda un continuo aumento del fenomeno e del numero delle persone interessate. Senza parlare dei costi, che non sono solo quelli sociali, stimati in decine di miliardi. Le ‘Comunità amiche’ possono essere una risposta concreta, che attiva le migliori energie che abbiamo all’interno della società, sia dal punto di vista del sostegno ai familiari che sotto l’aspetto socio-sanitario e ambientale, migliorando qualità della vita, partecipazione e la riduzione della disabilità”.

## Rinascita Incurabili: 470mila euro Ospedale, museo e sale concerti

NAPOLI - L’ospedale degli Incurabili è pronto per la rinascita. E’ stato lanciato il bando per la progettazione degli interventi di recupero: 470mila euro a disposizione per ridisegnare quel luogo storico. È Invitalia, centrale di committenza, a gestire il percorso di un progetto della Asl per il quale la Regione Campania ha individuato cento milioni di finanziamenti. La metà del complesso resterà a disposizione dei malati con cento posti letto in totale, l’altra metà sarà trasformata e aperta alla città: musei, spazi espositivi, sale per convegni e concerti, un bistrot, un ristorante e un po’ di spazi alla zona direzionale per gli uffici. I malati troveranno accoglienza in strutture dedicate. Sono previsti tre moduli da dodici posti letto ciascuno per la riabilitazione (cardiologica, neurologica, fisico-motoria), ci saranno 20 letti per lungodegenti dimessi da altre strutture dopo fasi acute di malattie, 20 posti destinati ad ospedale di comunità, per accogliere le emergenze del territorio circostante. Altri venti letti saranno destinati al centro semiresidenziale diurno Alzheimer e Demenze con attività di riabilitazione cognitiva. Resteranno gli ambulatori polispecialistici, ci sarà sempre spazio destinato a diagnostica per immagini e laboratori per i prelievi. Sarà allestito anche un giardino terapeutico a disposizione dei pazienti. Ovviamente sono previste nette separazioni fra la parte ospedaliera e quella turistico/museale degli Incurabili: non avverrà mai che un visitatore possa trovarsi, per errore, fra le corsie del nosocomio.



FNOPI

Mostra Che ci Sei  
al Fianco di Chi è RARO

#RareDiseaseDay  
[rarediseaseday.org](http://rarediseaseday.org)



WE ARE THE  
300 MILLION



RARE DISEASE DAY®  
29 FEBRUARY 2020



**Stop**

**TB**