

NapoliSana

# Campania

ORGANO UFFICIALE ORDINE DEGLI INFERMIERI DI NAPOLI  
Anno XXVII - n° 2 - Giugno 2021

**IVSC**  
Nursing  
Inserito di ricerca infermieristica  
pp. 30-96

***Più Infermieri.  
Più Territorio***



**WORLD  
HEALTH  
DAY**

— APRIL 7 —

## Policlinico Federico II nella rete delle emergenze



Diventerà famoso come il Policlinico, unico in Italia, senza pronto soccorso. Un ben triste primato, visto che a breve, l'altro policlinico cittadino, quello della Vanvitelli, entrerà nella rete delle emergenze tempo un mese. Stiamo parlando del Policlinico Federiciano, una delle Università statali più antiche d'Italia, con una lunga, consolidata e autorevole storia in ambito medico scientifico.

Chi è che frena? - Per anni il Policlinico della Federico II è stato bersaglio di aspre e ingiuste critiche, anche di qualche interrogazione parlamentare, perché mai dotato di un servizio di emergenza urgenza. Come se a bocciare l'idea fossero i dirigenti stessi della cittadella universitaria, impegnati, secondo questa favola, a conservare rendite di posizione e privilegi inesistenti. Ora che proprio dai vertici dell'Ateneo, segnatamente dalla presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia, la professoressa Maria Triassi si preme perché ciò avvenga quanto prima, il progetto improvvisamente si arena. Dunque, chi è che frena? A chi dà fastidio un Policlinico universitario forte anche di un efficiente e efficace servizio di pronto soccorso? Come Presidente degli oltre 22 mila infermieri di Napoli, che qualche parola pure potranno dire in termini di qualità dell'assistenza, formazione e programmazione sanitaria in Campania, ritengo doveroso intervenire sull'argomento, chiedendo chiarezza e tempi rapidi perché si metta finalmente fine a questo tira e molla insopportabile. Ci sono un'infinità di motivi validi perché si metta urgentemente mano ai lavori. Io ne individuo alcuni che, come infermieri, cioè professionisti dell'assistenza sanitaria, riteniamo dirimenti, avendo soprattutto a cuore la migliore offerta di salute al cittadino.

Offerta assistenziale - Tutte le attività sanitarie, dalla formazione di medici e infermieri, fino alla cura e all'assistenza, hanno un solo obiettivo: il benessere psicofisico del cittadino. Fissato questo parametro di riferimento è facile considerare non solo utile, ma indispensabile che si vada verso l'apertura del Pronto Soccorso presso i due Policlinici Universitari. Soprattutto nei mesi invernali e senza contare l'emergenza dovuta al Covid-19 che ha amplificato ogni carenza, succede che il pronto soccorso cittadini, soprattutto quello dell'Ospedale Cardarelli, spesso siano talmente intasati da dover ricorrere a ricoveri anche su barelle e letti tecnici ospitati nei corridoi. Condizioni da terzo mondo. Uno scenario che denuncia la grave carenza di servizi di emergenza nell'area urbana di Napoli. In questo contesto, medici e infermieri sono sottoposti a carichi di lavoro insopportabili. In Campania registriamo anche 18 assistiti per ciascun operatore, quando le evidenze scientifiche disponibili in letteratura raccomandano massimo sei per ciascun infermiere. Oltre questi numeri la qualità assistenziale scema. Fino a intervenire in termini di esiti negativi per i pazienti. I due Policlinici possono dare una grande mano nell'adeguare la qualità della sanità campana agli standard europei, perché dispongono di tutte le professionalità per farlo. Quindi dotare il Policlinico federiciano del servizio di emergenza urgenza è oggi

una questione di civiltà, di qualità assistenziale e di attenzione verso i cittadini campani.

Formazione - La pandemia ci ha insegnato come tutti i professionisti della sanità debbano essere preparati ad affrontare l'emergenza. Questo rappresenta il primo obiettivo per tutti coloro che gestiscono formazione in medicina e nelle professioni sanitarie. In questa partita dai contorni oscuri è in gioco la formazione dei futuri medici, dei futuri infermieri e dei futuri professionisti della sanità. Il Consiglio della Scuola di Medicina e Chirurgia della Federico II ha deliberato la necessità dell'attivazione del pronto soccorso presso il Policlinico per rispondere alle esigenze di formazione indispensabili per la sostenibilità dei corsi di laurea di area sanitaria, di medici e infermieri in particolare, e per le scuole di specializzazione. E noi infermieri sosterremo fino in fondo questa posizione. Perché una formazione di alto profilo è dirimente per una alta qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria. Negli ultimi anni la Scuola ha visto ridursi i corsi di specializzazione accreditati perdendo interi settori disciplinari che fino a pochi anni addietro erano autentiche eccellenze. Lo stesso Piano Regionale Ospedaliero vigente prevede non a caso la partecipazione dei Policlinici a tutte le reti emergenziali. A via Pansini sono pronti a far partire la partecipazione a tutte le reti, compreso il trauma, che è importante per alleggerire di molto il vicino Cardarelli e decisivo ai fini squisitamente didattici e di ricerca. Purché però la casistica arrivi attraverso le ambulanze, e non mediante convenzioni e trasferimenti da altre Aziende. E' necessario formare i futuri professionisti della salute avendo nello zaino un importante bagaglio di pratica nei reparti di emergenza urgenza.

Occupazione - Prima ancora che scoppiasse la pandemia da Covid-19 abbiamo segnalato come Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli ai vertici della Regione Campania l'insostenibilità di un sistema sanitario regionale dimagrito di oltre novemila infermieri a causa del decennale blocco del turn over. Con l'apertura del pronto soccorso in entrambi i Policlinici cittadini si potrebbe dare un ulteriore impulso all'occupazione di medici e infermieri che oggi ingolfano le graduatorie del precariato o sono costretti ad emigrare. La Regione Campania ha riservato già i fondi nell'ambito dell'emergenza Covid. La lezione della pandemia è stata chiara, le strutture di ricovero avranno senso se sapranno rispondere all'emergenza con una dotazione organica all'altezza. Non è possibile concepire per gli anni a venire un Policlinico Universitario senza pronto soccorso. In passato la Scuola di Medicina della Federico II è stata criticata per la mancata partecipazione all'emergenza con il vicino Cardarelli che scoppia. Adesso è chiaro a tutti che la volontà degli Universitari è invece quella della piena partecipazione alla rete delle emergenze urgenze. Spetta ora alla politica fare i passi necessari.

# NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli

ANNO XXVII - N. 2 - giugno 2021

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

Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale

**Teresa Rea**

Direttore responsabile

**Pino de Martino**

Caporedattore Comitato Scientifico

**Ph. D. Teresa Rea**

Comitato Scientifico

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

Hanno collaborato a questo numero

**Anna Arnone, Giulia Bindi, Antonio Brusini, F. De Marco, Dario de Martino, Salvatore Errico, Gabriele Giacomelli.**

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 Teresa Rea**

**3**



*Policlinico Federico II  
nella rete  
delle emergenze*

**Politica e salute**

**6-7**

**Documento Opi al Governatore De Luca:  
"Più infermieri. Più territorio"**

**6**

**Infermieri di famiglia: la Corte dei conti  
certifica il mancato utilizzo**

**7**

**Speciale Pnrr - "Missione 6"****8-11****Infermieri protagonisti del cambiamento****8****Pnrr, tutti i punti della "Missione 6":  
poco meno di 21 miliardi alla Sanità****9****Speciale Congresso Fnopi****12-13****Barbara Mangiacavalli  
confermata Presidente Fnopi****12****«Non siamo operatori sanitari,  
siamo infermieri»****13****Politica e Salute****14-17****Immunità di gregge,  
Campania prima regione d'Italia****14****Speranza di vita, più forte il divario Nord/Sud****15****Edilizia Sanitaria, via alle gare per 170 milioni****16****OpiNapoli informa****18-21****Identità professionale, governo  
dei processi e conti in regola****18****Giornata Infermiere e Contest fotografico  
Premiato lo scatto "Finalmente l'abbraccio"****20****Un grazie speciale dal Presidente De Luca****21****Premio al merito civico agli infermieri  
Carbone: «Attenzione alle persone fragili»****21****Revisioni e aggiornamenti****22-24****Appendicectomia Videoassistita  
(ONE - TROCARS - Appendicectomy)****22****Ospedali & territori****25-31****Fials Cardarelli dedica  
la sede a Roberto Maraniello****25****Pascale: alcuni virus possono proteggere dai tumori****26****L'App e-Covid Sinfonia prima in classifica in Italia****26****Sclerosi multipla, premio Roche  
al Cardarelli****27****Papilloma virus, Ascalesi:  
un ambulatorio oncologico dedicato****27****Ceinge: "Anticorpi umani anti-spike contro le infezioni"****28****Un anno di «Buona Eredità»: salvate 300 vite  
con il decreto 100****28****Ospedale Acerra, spalla ricostruita in titanio****28****Policlinico Vanvitelli: un ambulatorio pediatrico  
post Covid****29****Federico II: «Ecco la proteina che blocca  
la sclerosi multipla»****29****NSC - Supplemento di ricerca infermieristica****30-96****Il rooming in e il contatto pelle a pelle madre-bambino  
prima e dopo il Covid-19: una riflessione****Il calo delle prestazioni assistenziali durante il lockdown  
da Covid-19 in Italia: revisione da Pubmed****La paura nell'anziano: una ricerca intervento  
basata sull'osservazione partecipe**

## Politica e salute

# Documento Opi al Governatore De Luca

Con il Decreto Rilancio in un anno assunti pochissimi infermieri di famiglia (meno del 20 per cento). L'Opi Napoli chiede spiegazioni alle Case di Comunità, distretti e Cot (Centrali operative territoriali). Con il Recovery plan nelle casse delle 21 regioni arriveranno circa dieci miliardi

di PINO DE LUCA

I soldi non sono tutto, ma aiutano. La saggezza popolare funziona anche in sanità. E il Recovery fund sarà come la manna per le dissestate casse della sanità nazionale. Porterà soldi alle Regioni per una totale revisione del sistema salute. Un sistema che fa acqua da tutte le parti, anche nelle regioni benchmark, come la pandemia ha ampiamente dimostrato. Per la verità un bel gruzzolo ai governatori è stato già inviato. Il Decreto Rilancio ne ha previsti 9.600. Era maggio 2020. Fu pensato per l'implementazione dell'infermiere di famiglia: per il primo anno erano previste assunzioni con contratti flessibili e dal 2021 tutti assunti a tempo indeterminato. Finora, lo dice la Corte dei conti, sono stati chiamati in servizio solo 1.132 infermieri, l'11,9% delle previsioni. Al Sud ancora peggio: l'8,4 (fa meglio la Campania 18,9). Dunque, nonostante ci fosse un bisogno urgente di professionisti per fronteggiare la pandemia in corso e risorse economiche disponibili, le Regioni non hanno speso. Lo spieghiamo meglio nell'altro articolo in questa pagina. Ma la notizia è di quelle da far saltare sulla sedia. Soprattutto a quanti operano negli ospedali, nelle case di cura, nelle rsa, infermieri soprattutto, in condizioni di scarsità d'organici. In Campania, lo dice lo stesso Presidente De Luca, manca personale in corsia per oltre 13 mila unità.

**La lettera** - Così, l'Opi Napoli, ha preso carta e penna (si fa per dire) e ha spedito una nota al Governatore Vincenzo De Luca per chiedere spiegazioni e per far conoscere il proprio punto di vista in chiave di totale revisione del modello assistenziale vigente. *"Bisogna puntare forte su una sanità incentrata sul territorio, sull'infermiere di famiglia o di quartiere, sugli ospedali di comunità e su tutto quanto riguarda le cure di prossimità. In perfetta armonia con la visione del Governo"*, si dice nella missiva. La parola d'ordine è *"più infermieri, più territorio"*. Su questa visione di grande

trasformazione si sviluppa il contributo di programmazione sanitaria messo a punto dall'Opi Napoli. Non è il primo documento programmatico inviato a Santa Lucia. Nelle precedenti occasioni la risposta è sempre stata la stessa: siamo in regime di commissariamento, non possiamo spendere soldi per assunzioni e per il territorio. Lo ha ricordato di recente l'assessore al Bilancio e al finanziamento del servizio sanitario regionale Ettore Cinque.

**La strategia** - Oggi però il commissario non c'è più. E soprattutto, con il Recovery plan nelle casse delle regioni arriveranno dieci miliardi per potenziare la sanità territoriale. E' la strategia del dopo covid scelta dal Governo. Lo stesso Presidente del Consiglio, Mario Draghi, ha da tempo indicato la strada: *"La casa deve diventare il principale luogo di cura"*. Secondo il Premier, bisogna puntare sul territorio *"per rendere realmente esigibili i Livelli essenziali di assistenza e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative"*. La casa come principale luogo di cura è oggi possibile con la telemedicina e con l'assistenza domiciliare integrata. Ma per realizzare quest'ambizioso obiettivo è necessario che la Regione Campania metta a punto un programma e un piano d'intervento post covid. Un totale ridisegno strategico dei servizi sanitari. *"Ci sono fondi e strategie per assumere infermieri, persino per sviluppare nuove competenze. Oggi - si ricorda nella lettera dell'Opi - tutti concordano che dopo il Covid-19 nulla sarà come prima e che non si potrà più organizzare l'offerta di servizi sanitari soltanto intorno alle strutture ospedaliere. La lezione della pandemia è servita. Più complicato sarà stabilire come si debba cambiare modello. Il primo passo è condividere una visione e il Piano nazionale di ripresa e resilienza è un'occasione unica per far fare un salto di dieci anni ai sistemi sanitari che sono in ritardo"*.



**Il progetto** - La sanità del futuro firmata Opi Napoli cammina in perfetta armonia con la visione nazionale. Essa prevede un modello di territorio basato sulle Case e sugli ospedali di Comunità, sull'infermiere di famiglia o di quartiere, sui distretti. **Case di Comunità:** la "missione" sei del Recovery plan, quella dedicata alla sanità, ne prevede 1 ogni 20000 abitanti. Serviranno a riunire in un'unica struttura di quartiere i medici di famiglia, gli specialisti, gli infermieri e gli assistenti sociali per offrire assistenza dalle 8 alle 20. Saranno attrezzate di punto prelievi, macchinari diagnostici e infrastrutture informatiche. Il servizio notturno sarà garantito dalla guardia medica. Con i fondi del Recovery fund ne saranno aperte 1.288 in tutta Italia. Nel documento degli infermieri figurano ai primi posti, subito dopo l'infermiere di famiglia. Dove già introdotte, le case della salute hanno ridotto accessi al pronto soccorso del 21%, hanno ridotto del 3,6% i ricoveri per le patologie trattabili in ambulatorio e hanno intensificato del 9% l'assistenza domiciliare. **Ospedali di comunità:** nel progetto scritto dal governo rappresenteranno una struttura intermedia tra le Case di Comunità e gli ospedali. Si eseguiranno interventi a medio-bassa intensità con degenze brevi. Ne sono previsti 381 su tutto il territorio. E anche su questo gli infermieri concordano. La funzione di coordinamento e collegamento dei vari servizi sanitari territoriali è affidata alle «Centrali operative territoriali» (Cot) che assicurerà lo scambio di informazioni tra gli

# Luca: “Più infermieri. Più territorio”

oni al Governatore De Luca e rilancia inviando un proprio documento di programmazione sanitaria. Si parla di Case e Ospedali diardi per la sanità territoriale. Opi Napoli: “Ci sono fondi e strategie per assumere infermieri, persino per sviluppare nuove competenze”.

MARTINO



operatori sanitari e sarà un punto di riferimento per i familiari care giver. È prevista una Cot ogni 100.000 abitanti, in corrispondenza delle aree geografiche in cui verrà suddiviso il territorio (**distretti**). Saranno in totale 602. Previsto il potenziamento delle cure domiciliari per le malattie croniche. “La necessità di potenziare la medicina del territorio, ci guidano verso nuovi modelli di assistenza e di presa in carico

del paziente o della persona non autosufficiente in cui l’infermiere di famiglia può davvero esaltare la sua professionalità”, si dice nel documento inviato al Governatore. “La sempre maggior professionalizzazione della figura infermieristica da un lato e i diversi modelli organizzativi di assistenza che si stanno delineando come necessari dall’altro comportano un diverso e più alto fabbisogno di infermieri”

## Infermieri di famiglia: la Corte dei conti certifica il mancato utilizzo

Procede decisamente a rilento l’immissione degli infermieri di famiglia e di comunità nel sistema sanitario nazionale. Il decreto Rilancio ne ha previsti 9.600 a maggio 2020, per il primo anno con contratti flessibili e dal 2021 assunti a tempo indeterminato. Bisognava implementare un nuovo modello di assistenza domiciliare anche durante la pandemia per pazienti covid e non covid. Una missione importante per fronteggiare in maniera adeguata la seconda ondata della pandemia. Ma finora sono in servizio sono entrati solo in 1.132, l’11,9% delle previsioni. A certificarlo è la Corte dei conti nel suo Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, dove tra l’altro si dice chiaramente che “limitato è il grado di attuazione di misure, quali l’utilizzo degli infermieri di comunità” e “incerti anche i risultati sul fronte del potenziamento dell’assistenza domiciliare o del recupero dell’attività ordinaria sacrificata nei mesi dell’emergenza, che rappresenta forse il maggior onere che la pandemia ci obbliga ora ad affrontare”. La Corte dei conti parla chiaro: 747mila ricoveri in meno e 145 milioni di prestazioni ambulatoriali per i pazienti non Covid saltati per la pandemia e non ancora recuperati, visto che delle risorse stanziare per farlo è stato utilizzato solo il 62% (in alcune Regioni anche meno del 20%). E dei 32mila infermieri impegnati nell’emergenza (soprattutto in ospedale), la maggior parte sono a tempo determinato: il 27,4% hanno avuto un contratto stabile.

Sopra alla media delle nuove assunzioni ci sono solo 6 regioni: l’Emilia-Romagna e la Campania (rispettivamente con il 19,9 e il 18,9 per cento), la Puglia (al 17,7 per cento), l’Abruzzo (16,2 per cento), il Lazio (14,8 per cento) e la Toscana (14,2 per cento). Significative sono le differenze tra aree territoriali. Nel Nord-ovest risulta sopra la media la quota dei medici e soprattutto di quelli abilitati ma non specializzati (che rappresentano il 38,2 per cento di questi operatori). Sono molto limitate le assunzioni a tempo indeterminato (circa il 3,1 per cento del

L'attuazione delle misure per il rafforzamento dell'assistenza territoriale: l'infermiere di famiglia e comunità			
Area	Infermieri di famiglia e comunità secondo il decreto Rilancio		
	Limite massimo 8 ogni 50.000 abitanti**	Infermieri di famiglia e comunità in servizio	% infermieri di famiglia e comunità attivi sul totale previsto
Nord-ovest	2.560	465	18,2
Nord-est	1.848	154	8,3
Centro	1.888	241	12,8
Sud e isole	3.256	272	8,4
<b>Totale</b>	<b>9.552</b>	<b>1.132</b>	<b>11,9</b>

\* Infermiere di famiglia e comunità  
 \*\* La popolazione italiana 2020 è quantificata in 59.700.000 unità  
 Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica

totale). Nel Nord-est e nel Centro cresce in misura rilevante il peso degli infermieri sul totale degli operatori a cui le regioni hanno fatto ricorso (rispettivamente il 41,8 e il 42,2 per cento del personale). Aumenta nel Centro, ben al di sopra della media nazionale, la quota dei medici con contratto a tempo indeterminato (il 10,4 per cento) ma sale soprattutto, seppur con una qualche variabilità tra regioni, la quota media di quello infermieristico che nelle due aree è stato assorbito stabilmente (rispettivamente al 44,5 e al 52,5 per cento). Nelle regioni del Sud si riduce il peso dei medici (poco più del 18,8 per cento), ma cresce di molto la quota di quelli con un contratto a tempo indeterminato (il 16 per cento). Nonostante invece il forte rilievo del personale infermieristico tra quello su cui si è basato il potenziamento delle risorse umane impiegate per rispondere alla crisi (il 42,6 per cento del totale), solo per l’8,5 per cento il rapporto instaurato è a tempo indeterminato.

Nelle Isole la quota di incremento maggiore ha riguardato le altre professioni sanitarie (il 43,3 per cento) mentre medici ed infermieri presentano quote simili. In tutti i casi tuttavia limitatissimo è il rilievo dei rapporti a tempo indeterminato.

## Speciale Pnrr - "Missione 6"

## PROSSIMITÀ ASSISTENZIALE

# Infermieri protagonisti del cambiamento

La sanità del futuro disegnata nel Recovery plan era già scritta nel documento della Fnopi presentato la scorsa primavera al Governo e al Parlamento. I bisogni del cittadino e lo sviluppo dell'Home care al centro del nuovo processo assistenziale. Speciale Pnrr, tutti i punti della "Missione 6": 20,7 miliardi alla Sanità.

di **DARIO DE MARTINO**

Sembra disegnata per loro, per la loro mission professionale e per la loro crescita. La Missione 6 del Recovery Plan piace molto agli infermieri. Non solo perché raddoppia la disponibilità di risorse per l'assistenza sul territorio, ma perché parla la loro lingua: reti di prossimità, Casa della Comunità, domicilio, Ospedali di comunità. Sono i presidi sanitari per i quali gli infermieri si battono da tempo perché ritenuti più vicini alle esigenze dei cittadini e per una sanità veramente universalistica e sostenibile. Sono gli stessi strumenti individuati dal governo per dare gambe all'assistenza territoriale del Recovery. Presidi giudicati in grado di dare, da un lato assistenza senza lasciare mai solo nessuno, e dall'altro prevenzione per i cittadini. Partendo dai 26 milioni con cronicità semplici o complesse che troveranno il loro riferimento nelle Case di comunità, negli Ospedali di comunità e nell'assistenza domiciliare integrata (Adi), nelle cure domiciliari di II e III livello, nelle cure palliative, negli hospice, fino ai 34,4 milioni di "sani" per i quali le Case della comunità faranno prevenzione primaria e secondaria.

Un progetto già disegnato dalla Fnopi nel documento presentato a Governo e Parlamento lo scorso marzo, con alcune richieste principali: sviluppare e ampliare le competenze infermieristiche (anche in riferimento alla possibilità di prescrizione per adeguarle alle esigenze, identificare meglio il ruolo nei vari setting assistenziali anche in relazione agli standard di esiti di cura attesi sulla popolazione); risolvere il fabbisogno di personale infermieristico (sia in termini di programmazione degli accessi ai percorsi di studio, sia migliorando le prospettive di carriera), anche rispetto al trattamento economico sia ancora riorganizzando gli organici oggi

**Garantire ai cittadini assistenza e prevenzione**

- Una **CASA DI COMUNITÀ** ogni 20.000 abitanti
- Almeno il **10%** di over 65 assistiti a casa
- **Coordinamento della presa in carico dei pazienti da parte di Infermieri di Famiglia e Comunità**
- Almeno un **OSPEDALE DI COMUNITÀ** a gestione infermieristica ogni 50.000 abitanti

**OBIETTIVI 2026 RECOVERY PLAN**

assolutamente carenti; migliorare i modelli organizzativi della rete ospedaliera e territoriale, valutandone un'adeguata programmazione dei bisogni, valorizzando il contributo del sapere infermieristico, stabilendo tra i professionisti un livello di integrazione multidisciplinare (team) e un livello di differenziazione dei rispettivi ruoli e competenze, anche attraverso nuovi strumenti per potenziare l'assistenza territoriale come la teleassistenza. Le Case di comunità oggi non raggiungono le 500 unità (489), ma la previsione è che ce ne sia una ogni 20mila abitanti (quindi circa 3mila) e grazie ai fondi del Recovery ne potranno essere attivate quasi altre 1.300 e per il 2026 (anno di termine per il PNRR) quando si arriverà a 1.777. E avranno un team multidisciplinare di medici di medicina generale, specialisti, infermieri di famiglia e di comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali. Per le cure domiciliari, tutte da potenziare, già oggi nell'Adi gli infermieri impegnano circa il quadruplo delle ore per paziente delle altre

professioni. Infermieri di famiglia e comunità che saranno anche nelle centrali operative territoriali destinate a coordinare la presa in carico del cittadino/paziente e raccordare i servizi e i soggetti coinvolti nel processo assistenziale: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza. L'ospedale di comunità è già previsto che sia a gestione infermieristica e ce ne dovranno essere almeno 1.205 (1 ogni 50mila abitanti) con oltre 10mila posti letto: si punta al 2026 (ultimo anno del PNRR) per realizzare i quasi 400 che mancano con oltre 7.600 posti letto. Per fare tutto questo è necessaria una rete sanitaria territoriale capillare con un approccio proattivo che assicuri anche un minor rischio di sviluppo, di riacutizzazione e di progressione delle condizioni croniche, una riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, quali ad esempio diabete, scompenso cardiaco, malattia polmonare cronica ostruttiva e ipertensione.

# Pnrr, tutti i punti della "Missione 6": poco meno di 21 miliardi alla Sanità

**L**e risorse complessivamente allocate nelle sei missioni del Piano nazionale ripresa e resilienza (Pnrr) sono pari a circa 210 miliardi di euro. Di questi, 144,2 miliardi finanziano "nuovi progetti", mentre i restanti 65,7 miliardi sono destinati a "progetti in essere". Ai 210 miliardi di euro del Pnrr si dovrebbero aggiungere i 13 miliardi del React-Eu per un totale che arriverebbe a 222,9 miliardi per il Next Generation Eu. «Il Piano dovrà dare attuazione, nel



nostro Paese, al programma Next Generation Eu varato dall'Unione europea per integrare il Quadro finanziario pluriennale (Qfp) 2021-2027 alla luce delle conseguenze economiche e sociali della pandemia da Covid-19» rende noto Palazzo Chigi in un comunicato. «Il Piano consente di affrontare, in modo radicale, le profonde trasformazioni imposte dalla duplice transizione, ecologica e digitale, – prosegue – una sfida che richiede una forte collaborazione fra pubblico e privato. Inoltre, attraverso un approccio integrato e orizzontale, si mira al rafforzamento del ruolo della donna e al contrasto alle discriminazioni di genere, all'accrescimento delle competenze, della capacità e delle prospettive occupazionali dei giovani, al riequilibrio territoriale e allo sviluppo del Mezzogiorno. Tali priorità non sono affidate a singoli interventi circoscritti in specifiche componenti, ma perseguite in modo trasversale». Il Piano si articola in sei missioni, che rappresentano "aree tematiche" strutturali di intervento: digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute.

**Per la sanità 20,7 miliardi** - Alla "salute" sono riservati 20,7 miliardi di euro, con una cifra che quasi raddoppia quella della prima bozza. Così divisi: 7,90 miliardi per assistenza di prossimità e telemedicina e 12,82 miliardi per innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria. Tra gli obiettivi del piano campeggia per primo quello di rafforzare il sistema ospedaliero e garantire equità di accesso e omogeneità nelle cure. Nonché il digitale e le soluzioni multi-professionali per cura e assistenza. Al centro anche la capacità di rafforzare la ricerca scientifica e incrementarne le risorse, seguita dalla necessità di rendere gli ospedali sicuri e sostenibili con importanti innovazioni tecnologiche. Infine, la necessità di rafforzare il personale sanitario, anche nell'aspetto formativo, per ridurre le carenze rilevate di alcune figure specialistiche.

## 1. Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale

### 1.1 Case di comunità

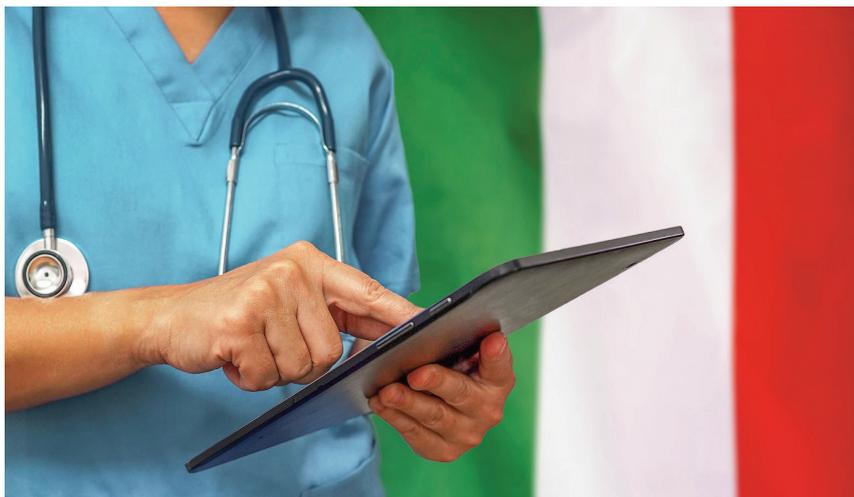
Implementazione di strutture assistenziali di prossimità per le comunità, collocando nello stesso spazio fisico un insieme di

prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e sfruttando la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, consentendo anche percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per ogni persona con un approccio basato sulle differenze di genere, in tutte le fasi e gli ambienti della vita. Il Progetto nasce pertanto per potenziare **l'integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari** per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte

le persone, siano esse sane o in presenza di patologie (una o più patologie) e/o cronicità. Si intende realizzare entro il 2026 una **Casa della Comunità ogni 24.500 abitanti**: si punta a realizzare 2.564 nuove Case della Comunità con l'obiettivo di prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multi-patologici. Per realizzare tale integrazione, il progetto prevede la realizzazione di strutture fisicamente identificabili ("Casa della Comunità"), che si qualificano quale punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari) che operano secondo programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali. Promuovere e rafforzare **l'assistenza domiciliare**, incrementarne la diffusione e la qualità dell'offerta su tutto il territorio nazionale attraverso la riorganizzazione della gestione dei servizi di cure domiciliari integrate e lo sviluppo e implementazione locale di un modello digitale dell'ADI, che renda fruibile soluzioni e strumenti di telemedicina e connected care, fondamentali per la presa in carico al domicilio, il monitoraggio e la diagnosi a distanza dei pazienti. L'obiettivo è quello di definire a livello nazionale indicazioni per l'erogazione di prestazioni in telemedicina entro il 2022 e di implementare e mettere a regime un nuovo modello di ADI entro il 2026, con 575 Centrali di coordinamento attivate, 51.750 medici e altri professionisti nonché 282.425 pazienti con kit technical package attivo. Implementazione di **presidi sanitari a degenza breve** (Ospedali di comunità) che, interconnesse con il sistema dei servizi sanitari e sociali, svolgono una funzione "intermedia" tra il domicilio e il ricovero ospedaliero al fine di sgravare l'ospedale da prestazioni di bassa complessità che non necessitano di un elevato carico assistenziale e contribuire in modo sostanziale alla riduzione degli accessi impropri alle strutture di ricovero e al pronto soccorso. Il progetto si traduce nella realizzazione di posti letto in strutture di ricovero di breve durata (15-20 giorni), secondo uno standard uniforme 150 su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è quello di



## Speciale Pnrr - "Missione 6"



realizzare e/o adeguare **1 ospedale di comunità ogni 80.000 abitanti**, quindi 753 ospedali, entro il 2026.

### 1.2 Salute ambiente e clima. Sanità pubblica ecologica

Il progetto è finalizzato a rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese di fronte agli impatti sulla salute, attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici, in una **visione "One-Health"**, e nella evoluzione di "Planetary health", attraverso un piano di riforme e investimenti che istituisce, sul piano normativo e di dotazioni di infrastrutture e risorse, la rete del "Sistema Nazionale di Prevenzione Salute-ambiente e clima, SNPS", articolata a livello centrale regionale e territoriale, per la piena integrazione con l'esistente Sistema Nazionale per la Protezione ambientale (SNPA). Si prevede di definire entro il 2022 un action plan per l'istituzione/rafforzamento di poli di eccellenza e riferimento nazionale della rete SNPS e di poli regionali e istituzioni territoriali della rete SNPS-SNPA; la digitalizzazione della rete SNPS e SNPA; la creazione e il rafforzamento di strutture territoriali della rete SNPS-SNPA e eventuali enti pubblici di ricerca; il rafforzamento di strutture sanitarie territoriali e ospedaliere, IRCSS e altri enti di ricerca, per interventi integrati di promozione della salute, sorveglianza attiva e assistenza sanitaria e sistemi di comunicazione partecipativa delle comunità, in specifici siti contaminati di interesse nazionale. Si prevede **entro il 2026 di riqualificare in infrastrutture**, risorse strumentali e umane **il 100%** delle strutture di riferimento nazionale SNPS e il 50 % delle strutture SNPS-SNPA (circa. 190). Si prevede altresì di finanziare 8 borse di studio universitarie in Salute-Ambiente-Clima per 3 cicli.

## 2. Innovazione, digitalizzazione e ricerca dell'assistenza sanitaria

### 2.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero

Il progetto è finalizzato all'**ammodernamento tecnologico degli ospedali** in riferimento alle attrezzature di alta tecnologia e ad altri interventi orientati alla digitalizzazione delle strutture sanitarie (sia in termini di processi che di infrastruttura tecnologica e asset informatici). In particolare, l'intervento è orientato a: ammodernare

gli asset tecnologici in dotazione presso le strutture ospedaliere, sostituendo tutto il parco delle grandi apparecchiature sanitarie vetuste (anzianità maggiore di 5 anni); digitalizzare tutti i processi clinico-assistenziali ospedalieri delle strutture sede di DEA, con particolare riferimento ai sistemi di blocco operatorio, Laboratory Information System, risonanze, servizi di farmacia, pronto soccorso, sistemi di accettazione/dimissione/trasferimento, prescrizione e somministrazione farmaci, diagnostica per immagini, repository e order entry. Entro marzo 2021 è prevista la produzione di report con la rilevazione del fabbisogno delle grandi apparecchiature; sarà adottato entro il **2023 un action plan** per la progettazione e pianificazione degli interventi sulle grandi apparecchiature, ivi ricomprendendo la definizione delle procedure di appalto, la stipula di contratti con il fornitore del

servizio e la realizzazione degli interventi. L'obiettivo è acquistare e collaudare 2.648 grandi apparecchiature sanitarie e digitalizzare 184 strutture sanitarie sede di DEA.

### 2.2 Ospedali

Il progetto intende delineare un percorso di miglioramento strutturale in materia di **sicurezza delle strutture ospedaliere**, che rivestono un ruolo cruciale e strategico nelle situazioni di emergenza, con l'obiettivo di allinearle alle più moderne normative sismiche a livello internazionale, tenuto anche conto che l'Italia è uno dei Paesi a **maggiore rischio sismico** del Mediterraneo. All'ospedale, sede tra le più esposte e sensibili in quanto affollata da migliaia di persone aventi capacità reattive diversissime, viene quindi richiesto non solo di resistere senza danni eccessivi alla forza d'urto del sisma, ma anche di continuare a offrire sufficienti livelli di assistenza sanitaria. A tal fine, il Ministero della Salute ha rilevato nel 2020 un fabbisogno complessivo di interventi in materia di antisismica ospedaliera nelle diverse Regioni e ha individuato in particolare **675 interventi**. Il periodo di esecuzione previsto è 2021-2026. Sarà elaborato entro il 2022 un action plan per l'avvio delle procedure e dei cantieri di lavoro al fine di completare 675 interventi di antisismica entro il 2026.

### 2.3 Fascicolo Sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale

Il progetto è finalizzato a realizzare interventi regionali per l'evoluzione, il completamento e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), anche ampliandone gli strumenti (es. IoT, app) che abilitino la raccolta di nuove informazioni su base volontaria da parte del cittadino (es. abitudini e stili di vita). È prevista entro il 2021 la predisposizione di piani regionali e della pubblica amministrazione centrale per il rafforzamento del FSE ed entro il 2022 il completamento di studi di fattibilità per la realizzazione dei nuovi flussi a livello nazionale e regionale. **Entro il 2026 si prevede 1 miliardo di documenti digitalizzati**. L'obiettivo è anche quello di implementare entro il 2024 due nuovi flussi informativi a livello nazionale e regionale; di implementare entro il 2026 l'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della salute ed attivare la

piattaforma e portale Open Data; di realizzare ed integrare, sempre entro il 2026, un modello predittivo su dati di real world.

#### 2.4 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Ssn

Il progetto è finalizzato a realizzare due tipologie di interventi: finanziamento di **progetti di PoC (Proof of Concept)**, per complessivi 100 milioni, attraverso cui ridurre il gap fra risultati della ricerca e applicazione industriale e sostenere lo sviluppo di tecnologie con un basso grado di maturità tecnologica, nonché favorirne il trasferimento tecnologico verso l'industria; finanziamento di programmi/progetti di ricerca finalizzata in materia di **malattie rare e tumori rari**. Queste patologie, ad alta complessità biomedica e spesso ad espressione multiorgano, necessitano della convergenza di elevata competenza clinica e di avanzate attività diagnostiche e di ricerca e richiedono tecnologie di eccellenza e il coordinamento di reti collaborative a livello nazionale ed europeo. Al fine di rafforzare la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia, si intende lanciare un programma di ricerca con un finanziamento dedicato per complessivi 100 milioni, al fine di sviluppare terapie mirate in grado di fornire risposte concrete ai bisogni di salute dei cittadini affetti da patologie rare. È prevista entro il 2023 la definizione di una procedura selettiva biennale per l'assegnazione dei voucher per il sostegno al trasferimento tecnologico ed entro il 2026 la procedura ad evidenza pubblica per la ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari. Si prevede di effettuare **2 bandi da 50 milioni** per assegnare voucher per progetti di PoC (Proof of Concept) entro il 2023 per un valore complessivo di 100 milioni e, sempre entro il 2023, con due bandi da 50 milioni, l'assegnazione di finanziamenti per programmi/progetti di ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari per un valore complessivo di 100 milioni.

#### 2.5 Ecosistema innovativo della salute

L'intervento si propone di sviluppare un ecosistema per l'innovazione nell'Area "Salute" così come individuata dal **Programma Nazionale per la Ricerca (PNR)** e dalla Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente (SNSI). L'elemento innovativo nel metodo di approccio risiede nella funzione strutturata di "regia" e

condivisione per determinare le priorità di intervento, le Traiettorie Tecnologiche e dei Domini cui orientare l'azione, nello specifico contestuale e di fase attuativa. Il programma coglie la necessità di valorizzare la specificità e **la complessità dell'innovazione nelle scienze della vita** in ordine ai temi della proprietà intellettuale, alla dilatazione dei tempi della ricerca, alla complessità regolatoria e alle implicazioni etiche. Si svilupperà comunque in coerenza e collaborazione con i programmi di ecosistema della ricerca proposti dal MUR e di trasferimento tecnologico proposti dal MISE, anche attraverso iniziative congiunte. Prevede la realizzazione di Hub Lifescience, ovvero infrastrutture dedicate alla ricerca pubblica-privata, all'attrazione di iniziative imprenditoriali innovative, al trasferimento tecnologico e allo sviluppo di servizi e attività per l'open innovation, anche grazie ad iniziative di partnership pubblico-private. Le risorse messe a disposizione, pertanto, saranno rese disponibili a ciascun Hub per la realizzazione di un progetto finalizzato su una linea specifica di ricerca e trasferimento tecnologico.

È programmata l'elaborazione **entro il 2023** di un action plan per la realizzazione di **una rete di centri per il trasferimento tecnologico** dedicata alle scienze della vita e alla salute con i soggetti attivi nel campo a livello regionale e territoriale, negli IRCCS, in partnership pubblico/privato, in ambito universitario o di iniziativa privata e sempre entro il 2023 l'elaborazione di un action plan per il rafforzamento della rete nazionale di infrastrutture innovative specializzate – HUB Scienze della Vita avviata dal Ministero della Salute nell'ambito del POS.

#### 2.6 Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità

Il progetto è finalizzato a rafforzare l'attività formativa lungo tre direttrici: **aumentare le borse di studio** del corso di formazione specifica in **medicina generale**, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali; avviare un **piano di formazione straordinario** di tutto il personale ospedaliero della dirigenza medica e non medica ed il personale infermieristico e tecnico del SSN in materia di infezioni ospedaliere; attivare un **percorso di formazione dei ruoli apicali** degli Enti del SSN e delle sue macro-articolazioni organizzative (Direttori generali, sanitario, amministrativo delle aziende, direttore dei distretti, dei dipartimenti, dei presidi ospedalieri, nonché collegio sindacale e Organismo di Vigilanza), ai fini dell'acquisizione delle necessarie competenze e capacità manageriali per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in un'ottica integrata, sostenibile, innovativa, flessibile ed orientata al risultato. È programmata l'adozione entro il 2023 di un action plan per la realizzazione dei percorsi formativi per i ruoli apicali e per il personale del SSN. L'obiettivo è erogare e completare 900 borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026; erogare corsi di formazione tecnico-manageriale entro il 2025 a almeno 5.000 operatori dei ruoli apicali ed erogare corsi di formazione straordinaria in materia di infezioni ospedaliere entro il 2026 ad almeno 200.000 dipendenti del SSN.



Speciale Congresso Fnopi

# Barbara Mangiacavalli confermata Presidente Fnopi

Sarà alla guida della Federazione nazionale degli infermieri fino al 2024. Il Congresso, che per la prima volta si svolge in forma itinerante nel rispetto della normativa anti covid, ha eletto il nuovo Comitato centrale. Per l'Opi Napoli sono presenti nel gruppo dirigente la presidente Teresa Rea, nella Commissione d'albo degli infermieri. E la consigliera Angela Capuano, eletta segretaria nella Commissione d'Albo degli infermieri pediatrici.

di PINO DE MARTINO

**S**pecificità infermieristica, ridefinizione dei percorsi formativi, azione di rete con istituzioni e cittadini. Sono alcuni dei punti cardine su cui lavorerà la dirigenza della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) che ha confermato alla presidenza Barbara Mangiacavalli. Guiderà gli infermieri e gli infermieri pediatrici fino al 2024. E' stata rieletta nella massima carica all'unanimità dal nuovo Comitato centrale, eletto a sua volta dal Congresso Nazionale che, per la prima volta nella storia degli infermieri, si svolge (il tour durerà fino a dicembre) in maniera itinerante.



**Comitato centrale** - L'assemblea degli ordini provinciali ha eletto i quindici consiglieri componenti il nuovo gruppo dirigente: **Cosimo Cicia** (vice presidente), **Beatrice Mazzoleni**, (segretaria), **Pierpaolo Pateri** (tesoriere). E poi i presidenti di Ordine: **Giancarlo Cicolini** (Chieti), **Nicola Draoli** (Grosseto), **Carmelo Gagliano** (Genova), **Pietro Giurdanella** (Bologna), **Maria Cristina Magnocavallo** (Campobasso-Isernia), **Stefano Moscato** (Vibo Valentia), **Luigi Pais Dei Mori** (Belluno), **Antonio Scarpa** (Brindisi), **Massimiliano Sciretti** (Torino), **Carmelo Spica** (Catania) e **Maurizio Zega** (Roma). Sono Revisori dei conti i presidenti: **Salvatore Occhipinti** (Agrigento), **Gennaro Scialò** (Frosinone) e **Raffaele Secci** (Oristano, revisore supplente). Per l'Opi Napoli sono presenti la presidente Teresa Rea, eletta nella Commissione d'albo degli infermieri. E la consigliera Angela Capuano eletta segretaria nella Commissione d'Albo degli infermieri pediatrici.



**IL PROGRAMMA** - Sei i punti cardine indicati dal nuovo Comitato centrale Fnopi su cui si lavorerà nel prossimo quadriennio: rendere stabile e attuale il concetto di specificità infermieristica; realizzare una revisione e sviluppo qualitativo e quantitativo dei programmi dei percorsi di base e post base; valorizzata l'identità professionale con interventi sugli studi per il dimensionamento degli organici di personale infermieristico nel medio periodo; consolidare l'azione politica professionale a tutti i livelli per la prosecuzione dell'impegno nei tavoli istituzionali; rafforzare la rete di collaborazione con le forme di associazione comunitaria quali Osservatori e le Consulte dei pazienti e dei cittadini e delle Associazioni e Società Scientifiche; sostenere e accompagnare gli Ordini Provinciali e le Commissioni di albo infermieri e infermieri pediatrici nella piena applicazione della legge 3/2018 e nel ruolo di rappresentanza politico. *“I valori della professione infermieristica in cui questa squadra si riconosce – ha commentato Barbara Mangiacavalli – sono gli stessi che animano il nostro SSN e che insieme costituiscono la cornice etica, deontologica e sociale da perseguire. L'unicità, l'universalità ed il solidarismo prima di tutto. In questi valori dobbiamo riconoscerci e farci riconoscere, in quanto essenziali e prioritari per risposte eque ed appropriate ai nostri cittadini, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Ma i nostri valori sono anche l'inclusività, l'ascolto, la partecipazione e la resilienza. Resilienza intesa come capacità di gestire i cambiamenti, lo sviluppo e le incertezze”.* *“Questi valori – ha concluso – devono trovare realizzazione secondo i principi che la normativa ordinistica ben riconosce: autonomia, responsabilità, indipendenza, ma anche coerenza e profilo istituzionale nel nostro essere sussidiari allo Stato italiano. Un'azione che può realizzarsi solo con evidenze e studio senza recriminazioni sterili e non supportate”.*

# «Non siamo operatori sanitari, siamo infermieri»

La presidente Mangiacavalli spiega i punti del programma 2021/2024



**(pdm)** E' al primo punto del programma del nuovo gruppo dirigente. Ed è un punto cardine. La Presidente Barbara Mangiacavalli ne fa una questione dirimente: rendere stabile e attuale il concetto di specificità infermieristica. «È un obiettivo sia normativo regolamentare, sia formativo – spiega la presidente Mangiacavalli – Vorremmo rafforzare il riconoscimento legislativo che gli infermieri sono qualcosa di distinto e specifico all'interno delle professioni sanitarie: non esistono i medici e gli altri operatori sanitari, come talvolta accade di leggere sulla stampa. E credo che l'emergenza Covid abbia aiutato a distinguere la nostra figura. La Finanziaria 2020 ha riconosciuto la specificità infermieristica, meritevole anche di riconoscimento giuridico ed economico. Significa anche riconoscere che ci sono attività protette, proprie, che devono essere svolte da infermieri». Altro obiettivo è la ridefinizione dei percorsi formativi: «Abbiamo un tavolo dedicato presso i ministeri coinvolti: dobbiamo rendere il nostro biennio di formazione sempre più di tipo specialistico clinico

(per esempio area urgenza/emergenza, area territorio e domicilio, area pediatrica/neonatale). L'infermiere nel Servizio sanitario nazionale deve essere incardinato in modo diverso da ora, differenziando più livelli e più funzioni, perché sono differenziate le responsabilità e i compiti». Tra i punti centrali del programma 2021/2024 non poteva mancare quello del potenziamento degli organici.

«Gli infermieri rappresentano il 60% della forza lavoro del Ssn: vi lavorano ben 270mila infermieri sui 450mila iscritti agli Ordini provinciali. Con la pandemia è emerso quello che dicevamo da tempo: manca qualche decina di migliaia di infermieri. E lo sblocco delle assunzioni ha evidenziato che di infermieri sul mercato non se ne trovano. Gli infermieri sono uno dei profili scelti nel progetto Joint Action dell'Unione Europea, a cui stiamo collaborando presso il Ministero della Salute, per ridefinire i fabbisogni formativi e la disponibilità di professionisti, tenendo conto anche di indicatori come l'invecchiamento e la fragilità della popolazione. Anche con il

nostro centro studi stiamo lavorando su questo tema». Tutte queste azioni vanno perseguite, seguendo il programma stilato dal Comitato centrale, attraverso un'azione politica mirata. «Abbiamo interlocuzioni costanti non solo con il Ministero della Salute, ma anche con quello dell'Università, con la Conferenza StatoRegioni e con le commissioni parlamentari. Abbiamo già avviato alcuni osservatori, come sulla formazione e sull'esercizio libero professionale (che riguarda circa 60mila colleghi), nonché una consulta delle associazioni dei pazienti e una consulta delle società scientifiche. Vogliamo migliorare il lavoro di rete». Infine la piena applicazione della legge 3/2018: «Come ente sussidiario dello Stato siamo regolati da questa legge – conclude Mangiacavalli –, che però manca ancora di alcuni decreti ministeriali attuativi. Quindi tutte le federazioni nazionali di professioni sanitarie non stanno viaggiando a pieno regime: con le altre federazioni lavoriamo al Ministero perché siano emanati i decreti che mancano».

## Politica e Salute



# Immunità di gregge, Campania prima regione d'Italia

Le previsioni stimano che entro il 20 agosto il 70% dei residenti sarà stato vaccinato

**L**a Campania sarà la prima regione d'Italia a raggiungere l'immunità di gregge. La previsione è firmata Corriere della Sera. I dati sono stati elaborati sulla base dei numeri comunicati dalle regioni. Il giornale stima infatti che entro il 20 agosto il 70 per cento dei residenti in Campania sarà stato vaccinato contro il Covid, con un anticipo di dieci giorni rispetto alla media nazionale. Virtuose anche Abruzzo, Lombardia, Puglia, Molise e Lazio, che potrebbero centrare l'obiettivo nei giorni immediatamente successivi e comunque prima della fine di agosto, mentre le altre slitterebbero a

settembre. Le proiezioni cambiano di giorno in giorno, però denotano una tendenza. Tendenza che darebbe ragione al governatore campano Vincenzo De Luca che in più occasioni ha affermato che la Campania era "prima nel Paese per risultati anti Covid, citando, tra gli altri dati, anche la velocità della campagna di vaccinazione. "Agli attuali ritmi, se verranno confermate le forniture di vaccini previste, le elaborazioni dicono che entro il prossimo 20 agosto il 70% dei nostri concittadini sarà immunizzato, 11 giorni prima della media nazionale», ha scritto su Facebook il presidente della Regione

Campania, Vincenzo De Luca. «Nessun rilassamento, massima concentrazione, avanti con il Piano Campania Sicura». «Non ci dobbiamo distrarre neanche per un attimo - aggiunge De Luca -. Adesso cominciamo la vaccinazione dei bambini al di sopra dei 12 anni, dobbiamo mettere in sicurezza le nostre scuole per quando apre l'anno scolastico. Dobbiamo dunque mantenere la massima concentrazione rispetto alla battaglia contro il Covid, poi dobbiamo continuare nell'organizzazione ordinaria del sistema sanitario. Dobbiamo fare un lavoro di avanguardia».

# Speranza di vita, più forte il divario Nord/Sud

Lo dice il Cnel: Con la pandemia nel Mezzogiorno fino a 10 anni in meno. Elevata è la spesa sanitaria di tasca propria da parte dei cittadini italiani rispetto a quelli degli altri paesi europei

di PINO DE MARTINO

**I**l risultato più drammatico del Covid è l'accentuazione del divario Nord-Sud nella speranza di vita. Mentre a livello nazionale continua ad essere la seconda più alta d'Europa, presenta difformità significative tra le Regioni. Un esempio: tra le città di Milano e Napoli c'è una differenza nell'aspettativa di vita fino a 3 anni, che aumentano a 10 se si considerano le fasce sociali più povere del Mezzogiorno e quelle più ricche dell'Italia settentrionale. Lo dice il Cnel nella Relazione al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi offerti dalle Amministrazioni pubbliche centrali e locali alle imprese e i cittadini, che è stata realizzata con il contributo di 30 enti e presentata dal presidente Tiziano Treu, con l'intervento del ministro per la Pubblica Amministrazione Renato Brunetta.

Nell'analisi si segnala come la pandemia ha accelerato il gap con una spesa sanitaria pubblica pro capite, per esempio, pari nella media nazionale a 1.838 euro annui, ma molto più elevata al Nord rispetto al Sud (2.255 euro a Bolzano e 1.725 euro in Calabria). Elevata è anche la spesa di tasca propria da parte dei cittadini italiani rispetto a quelli degli altri paesi europei sia in termini di incidenza sul PIL, pari al 2,3% in Italia - superiore dunque a quella della Germania (1,7%) ed a quella della Francia (1,9%), e inferiore a quelle di Spagna e Portogallo - sia in termini di valore assoluto (39,7 miliardi in totale e 656 euro pro-capite). Inoltre, il Cnel evidenzia come restano notevoli, sulla base di tutte le analisi disponibili, le differenze tra territori e categorie sociali in termini di offerta sanitaria e di sua qualità, nonché quelle relative al rispetto del diritto universale di accesso alle cure. L'emergenza Covid ha prodotto una pressione sulle strutture sanitarie ma anche sui carichi di lavoro del personale, sulla tutela delle categorie di utenza più fragili, sulla continuità assistenziale per i pazienti cronici e disabili, sui programmi di screening, nonché in termini di benessere psicologico e di prevenzione del disagio psico-sociale, molto pesante.

A farne le spese soprattutto i pazienti affetti da patologie pregresse diverse dal Covid. I dati dei sistemi di sorveglianza, infatti, segnalano sin dall'inizio della pandemia la maggiore gravità ed il maggior numero di morti tra i pazienti affetti da pregresse patologie, ed in particolare da malattie polmonari, cardiache, diabete e patologie del sistema immunitario. Questo - secondo il Cnel - è il risultato del cronico sottodimensionamento degli organici rispetto alla dinamica della domanda di prestazioni, in particolare per quanto riguarda le professioni sanitarie non mediche, di cui soffre il Servizio sanitario nazionale da almeno 12 anni. A ciò si aggiunge, segnala l'analisi, in termini di aggravamento, il recente dato relativo ai nuovi pensionamenti anticipati a seguito della norma che porta il nome di "Quota 100" dal 1° gennaio 2019 al 1° ottobre 2020, che secondo le fonti governative sono stati in sanità pari a 11.897 unità, di cui 1.676 medici.

Le criticità emerse sono riconducibili al de-finanziamento che la sanità pubblica italiana ha subito nel corso degli ultimi anni, e che ha riguardato in particolare il personale e gli investimenti per l'ammodernamento delle strutture e delle tecnologie.





# Alle gare per 170 milioni

strutture sanitarie campane e per l'acquisto di attrezzature. Presentati quarantasette progetti per 170 milioni di euro e comprende tra l'altro le progettazioni dei nuovi ospedali di Sessa Aurunca, dove sono previsti lavori per un ammontare di 9.045.645,5; importo vicino a quello fissato per il nuovo ospedale di Sessa Aurunca per un importo di 31.100.000. A Napoli, infine, saranno spesi 101.214.000 euro

MARTINO



ammmodernamento e messa norma dell'ala posteriore sinistra): 6.000.000,00 €; Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, (Nuova Utic e centro ipertensione progetto cicogna): 15.714.000,00 €.

**SALERNO** - Asl Salerno, Presidio Ospedaliero di Olivetto Citra, (Lavori di adeguamento funzionale ed impiantistico al fine di ospitare le destinazioni d'uso previste dalla programmazione sanitaria regionale): 1.980.000,00 €; Asl Salerno, Presidio Ospedaliero di Vallo della Lucania, (Lavori adeguamento funzionale ed impiantistico al fine di ospitare le destinazioni d'uso previste dalla programmazione sanitaria regionale): 5.000.000,00 €; Asl Salerno, Presidio Ospedaliero di Battipaglia, (Lavori di adeguamento funzionale ed impiantistico al fine di ospitare le destinazioni sanitarie previste dalla programmazione sanitaria regionale): 3.520.000,00 €; Asl Salerno, Presidio Ospedaliero di Nocera Inferiore, (Lavori di adeguamento funzionale, impiantistico e strutturale al fine di ospitare le destinazioni previste dalla programmazione sanitaria regionale): 7.000.000,00 €; Asl Salerno, Presidio Ospedaliero di Roccadaspide, (Lavori di adeguamento funzionale, impiantistico e strutturale al fine di ospitare le destinazioni sanitarie dell'ospedale di comunità): 1.000.000,00 €; Asl Salerno, Presidio Ospedaliero di Eboli, (Lavori di adeguamento funzionale, impiantistico e strutturale al fine di ospitare le destinazioni sanitarie previste dalla programmazione sanitaria regionale): 2.000.000,00 €; Azienda Ospedaliera Universitaria «S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona», (Adeguamento di n.1 sala operatoria a sala operatoria ibrida +adeguamento della Uoc rianimazione +adeguamento della terapia intensiva post operatoria del plesso ospedaliero): 2.600.000,00 €; Azienda Ospedaliera Universitaria «S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona», (Lavori di adeguamento normativo e funzionale del blocco operatorio): 8.000.000,00 €.

Pascale (Adeguamento impianti elettrici e realizzazione nuove cabine mt/bt): 800.000,00 €; Asl Napoli 1 Centro, Presidio Ospedaliero San Paolo, (Lavori di adeguamento normativo) 5.000.000,00 €; Asl Napoli 1 Centro, Presidio Ospedaliero Annunziata, (Ristrutturazione per riconversione attività territorialità dell'area riabilitativa pediatrica uccp) 3.000.000,00 €; Asl Napoli 1 Centro, Presidio Ospedaliero San Giovanni Bosco, (Lavori di adeguamento normativo): 1.000.000,00 €; Asl Napoli 1 Centro, Presidio Ospedaliero Loreto Mare -Capilupi, (Lavori di adeguamento normativo): 1.000.000,00 €; Asl Napoli 1 Centro, Presidio Ospedaliero Pellegrini-Incurabili, (Lavori di adeguamento normativo): 1.500.000,00 €; Asl Napoli 1 Centro, Ex Presidio Ospedaliero San Gennaro, (Lavori di adeguamento normativo): 2.500.000,00 €; Asl Napoli 1 Centro, Presidio Sanitario Polifunzionale Elena d'Aosta, (Lavori di adeguamento normativo): 1.000.000,00 €; Ircs Pascale-Ascalesi (Ristrutturazione dei reparti di oncologia 1.000.000,00 €; Asl Napoli 2 Nord Presidio Ospedaliero Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli, (Ampliamento del p.o. per adeguamento alla programmazione sanitaria regionale): 12.500.000,00 €; Asl Napoli 2 Nord,

Presidio Ospedaliero Rizzoli di Ischia, (Realizzazione di nuovi posti letto ospedalieri): 3.000.000,00 €; Asl Napoli 2 Nord, Presidio Ospedaliero di Procida, (Ristrutturazione del p.o.): 1.000.000,00 €; Asl Napoli 2 Nord, Presidio Ospedaliero San Giuliano di Giugliano in Campania, (Ristrutturazione del p.o. per adeguamento alla programmazione sanitaria regionale): 3.500.000,00 €; Asl Napoli 3 Sud, Presidio Ospedaliero di Nola, (Progetto lavori di ampliamento, ristrutturazione e adeguamento): 5.500.000,00 €; Asl Napoli 3 Sud, Presidio Ospedaliero di Torre del Greco, (Progetto lavori di adeguamento e completamento): 6.000.000,00 €; Asl Napoli 3 Sud, Presidio Ospedaliero di Boscotrecase, (Progetto lavori di ristrutturazione e adeguamento 5.500.000,00 €; Aorn Cardarelli, (Adeguamento funzionale ed impiantistico edificio d.e.a. padiglione I): 3.500.000,00 €; Aorn Cardarelli di Napoli, (Realizzazione banca del tessuto muscolo scheletrico (pad. h) 2.500.000,00 €; Aorn Cardarelli, (Adeguamento ai requisiti antincendio padiglioni b, f, h, i, m, n, t, x): 4.000.000,00 €; Aorn Cardarelli, (Aggiornamento del parco apparecchiature biomedicali): 2.000.000,00 €; Azienda Ospedaliera dei Colli-Monaldi, (Lavori di ristrutturazione,

OpiNapoli informa

# Identità professionale, governo dei processi e conti in regola

Sono i punti principali emersi nel corso di un Seminario formativo di due giorni promosso dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli. "Ma l'Opi che fa"? Relatori i consiglieri Fnopi Nicola Draoli e Luigi Pais dei Mori; Aurelio Filippini, Presidente Opi Varese e Paolo Longoni, Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Opi Napoli. A presiedere l'incontro la Presidente Teresa Rea: "Vogliamo rappresentare al meglio i nostri 21mila iscritti. Essere per loro un punto di riferimento qualificato e aggiornato"

di PINO DE MARTINO

**U**n **Ordine professionale** è un Ente Pubblico non economico posto sotto l'alta vigilanza del Ministero della Giustizia, la cui funzione principale consiste nel garantire il cittadino circa la professionalità e la competenza dei professionisti che svolgono attività dedicate nel campo della tecnica, della salute, della legge. E' questa la definizione che troviamo sul web quando ci chiediamo cos'è e cosa fa un ordine professionale.

**L'Opi che fa?** - Ma questa definizione vale per quasi tutte le professioni. Molti infermieri si domandano: ma il mio ordine che fa? Quali sono i compiti? E quali le funzioni? Del resto solo nel 2018 con l'entrata in vigore della legge 3/2018 (legge "Lorenzin") gli infermieri abbandonano la vecchia organizzazione in collegi per trasformarsi in ordine professionale, alla stregua delle altre professioni intellettuali. Con l'avvento dell'Ordine si cancella anche l'uso del nome "infermieri professionali" e vigilatrici di infanzia: gli infermieri

sono infermieri e basta e le ex vigilatrici di infanzia sono gli infermieri pediatrici. Quindi più che logico domandarsi: ma ora che siamo ordine che succede? Cosa bisogna fare? E sul piano dei conti tutto resta come prima? Ecco perché l'Opi Napoli ha sentito il bisogno di organizzare un Seminario formativo di due giorni dedicato ai consiglieri e ai revisori, diretti interlocutori dei 21mila infermieri napoletani: "Ma l'Opi che fa?". Per meglio rispondere a questo quesito, l'Opi Napoli ha chiesto a tre autorevoli esponenti nazionali della professione di portare il loro contributo e le loro esperienze: i consiglieri Fnopi Nicola Draoli e Luigi Pais dei Mori; Aurelio Filippini, Presidente Opi Varese e Paolo Longoni, Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Opi Napoli. A presiedere l'incontro la Presidente Teresa Rea: "Abbiamo chiesto ai nostri ospiti, che rappresentano l'infermieristica italiana ai massimi livelli, di aggiornarci e di illustrarci bene il ruolo, le funzioni e la missione che un consigliere dell'Ordine esplica durante il suo mandato.

*Vogliamo rappresentare al meglio i nostri 21mila iscritti. Essere per loro un punto di riferimento qualificato e aggiornato".*

**Il sondaggio** - L'elenco delle funzioni e dei compiti di un Ordine professionale potrebbe essere lungo. Con un piccolo sondaggio tra i presenti promosso dal Consigliere nazionale Luigi Pais dei Mori si scopre che l'ordine professionale deve occuparsi e deve: garantire la formazione degli iscritti; deve tutelare la professionalità; deve svolgere una politica professionale; deve tutelare gli infermieri e la professione; deve occuparsi della disciplina e dell'etica. E via dicendo. Risposte tutte



Aurelio Filippini



Nicola Draoli



Paolo Longoni



Luigi Pais dei Mori

## OpiNapoli informa

opportune, coerenti e di merito, ma da mettere a sistema. Perché ognuna corrisponde ad una funzione propria di ogni ordine professionale. Compreso quello delle professioni infermieristiche.

**Identità professionale** – Così il seminario a più voci prende forma seguendo una modalità di comunicazione interattiva e dinamica, nel tentativo di individuare seguendo il ragionamento le specificità proprie

dell'Ordine degli infermieri. *“Per capire e spiegare ruolo e funzioni dell'Opi bisogna partire dalle identità professionale e personale di ciascuno”*, dice in apertura Aurelio Filippini. Poi, citando Aristotele, affronta il tema alla radice. *“E' come se ciascuno di noi possedesse due anime. Due identità che un professionista deve far convivere. L'articolo 1 del nostro codice deontologico – aggiunge il Presidente dell'Opi Varese – definisce i concetti di consapevolezza, autonomia e responsabilità. Pensieri logici sostenuti dai valori e dai saperi scientifici della professione infermieristica. Ebbene, l'aderenza al codice deontologico mi dice chi devo essere come infermiere, cioè la mia identità professionale, che non sempre collima con quella personale. Ma che si forma nel periodo della formazione universitaria, che deve puntare tutto sulla competenza e sulla conoscenza”*. Il concetto di identità professionale è dunque alla base delle scelte che il professionista infermiere, così come a maggior ragione il dirigente infermiere, deve compiere. Scelte che devono essere sempre in armonia, aderire perfettamente, con quella identità professionale ben delineata e specificata al primo punto del Codice deontologico.

**Governo dei processi** – A volte capita però che discernere quale comportamento professionale sia il più adeguato diventi difficile. Succede che identità professionale e identità personale non trovano coerenza. Allora può capitare che per evitare una crisi identitaria ci si accontenta di svolgere il compito, senza mettere in discussione nulla. *“Il mansionario esiste ancora, lo abbiamo in testa”*, dice provocatoriamente (ma nemmeno troppo) il consigliere Pais dei Mori. E aggiunge: *“Bisogna che noi si vada oltre l'eseguire con professionalità quanto ci chiedono. Cosa è giusto e cosa è sbagliato lo sappiamo grazie ai saperi scientifici e grazie al nostro codice deontologico. Per il resto bisogna operare puntando verso la managerialità. Professionalità non è tanto esercitare direttamente la prestazione sanitaria e magari difendere l'esistente. Bisogna piuttosto lavorare per governare i processi. Questo almeno è l'orizzonte verso il quale dobbiamo tendere per immaginare l'infermiere del futuro”*.



**Politica professionale** – Ma quale direzione devono prendere le politiche per la professione? Cosa bisogna fare per far crescere la professione infermieristica sui territori, nelle aziende sanitarie e ospedaliere? Quali attività mettere in campo per la tutela degli iscritti e della professione? A queste domande Nicola Draoli risponde secco. *“Non ci sono linee guida, né bastano le norme e le regole del nostro ordine per sapere*

*come accrescere il ruolo e il peso degli infermieri nella sanità”*. La parola d'ordine allora è “partecipazione”.

**Conti in Ordine** – Anche sul piano dei conti bisogna aggiornarsi quando si parla di ordini professionali. *“Con l'avvento dell'Opi e con la legge 3/2018 siete diventati un ente pubblico non economico, cioè una persona giuridica che persegue un interesse pubblico”*. Così Paolo Longoni, Presidente del Collegio dei Revisori dei conti dell'Opi Napoli, definisce in maniera molto asciutta e stringata la nuova posizione giuridica della casa degli infermieri.

Il Collegio dei revisori dei conti è l'organo preposto alla vigilanza sulla gestione contabile dell'Ordine. In particolare, il suo compito principale è il controllo del bilancio preventivo, la regolarità degli atti che comportano spese, l'esattezza del bilancio consuntivo e la corrispondenza con le scritture contabili. Esso è composto di tre membri effettivi e di un supplente, eletti dall'assemblea tra gli Iscritti all'albo non facenti parte del Consiglio Direttivo. Le attività sono disciplinate anche dal Regolamento di contabilità approvato dal Ministero della Salute, sia per gli Ordini che per la Federazione e resta in carica per il periodo previsto per i Consigli direttivi.



OpiNapoli informa

# Giornata Infermiere e Contest fotografico Premiato lo scatto “Finalmente l’abbraccio”

**C**on la foto “Finalmente l’abbraccio”, l’infermiera del Cardarelli Vincenza Giordano si è aggiudicata il concorso fotografico “Ovunque per il bene di tutti”. Il contest è stato promosso dall’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli in occasione della Giornata internazionale dell’Infermiere 2021. Infermiera presso il Dipartimento Emergenza ed Accettazione – Osservazione Breve Intensiva (OBI) dell’AORN Antonio Cardarelli di Napoli, Vincenza Giordano ha ottenuto una valanga di like. Il suo è un’autentico amore per la fotografia. *“Sì, anche la stessa partecipazione al contest - dice la giovane vincitrice del concorso - nasce dalla mia recente passione per la fotografia e dalla volontà di esprimere, attraverso essa, un messaggio di speranza rivolto alla popolazione ed a tutti i professionisti sanitari, in qualsiasi luogo in cui l’assistenza è svolta. Contribuire con uno scatto alla Giornata internazionale dell’infermiere promosso dall’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli, è l’occasione per ringraziare tutti i colleghi in prima linea e su ogni fronte, perché se il nostro sistema sanitario ha retto è grazie ai suoi professionisti che si sono mostrati nella loro straordinarietà”*. La foto è naturalmente ispirata alla fine della pandemia, o quantomeno a quando sarà possibile ritornare alla normalità, quando anche un abbraccio rappresenterà la fine di un incubo. *“Sì, con quella foto ho inteso rappresentare l’emergenza pandemica che ha visto uniti, ora più che mai, il Servizio Territoriale e l’Ospedale”*, dice ancora Vincenza Giordano. *“La crescente complessità dei pazienti, in particolare nel futuro mondo del post COVID-19 - aggiunge - richiederà ancora una maggiore sinergia tra medicina ospedaliera e territoriale per garantire una gestione sanitaria ottimale e la presa in carico del*



*paziente in un’ottica di continuità assistenziale. Il titolo “Finalmente l’abbraccio” vuole essere così un augurio alla fine della pandemia, nella speranza che tutti, proprio come nello scatto, potremmo ritornare al più presto ad abbracciarci. I Dispositivi di Protezione Individuale da sfondo, rappresentano la*

*speranza di lasciarci il virus alle spalle ma allo stesso tempo di fare tesoro di quanto accaduto”. La foto vincitrice, che pubblichiamo in formato ridotto anche in questo servizio, è stata pubblicata sul quotidiano Roma e la pubblichiamo anche nella controcopertina di questo numero di NapoliSana.*

## Un grazie speciale dal Presidente De Luca

Un post significativo e un manifesto dal forte valore simbolico. Sono l'omaggio alla professione infermieristica da parte del Presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca. Foto e testo sono stati pubblicati sulla sua personale pagina facebook. Il Governatore ha voluto dedicare uno speciale ringraziamento agli oltre 42 mila infermieri campani in occasione della giornata internazionale dell'infermiere. Il Presidente conosce bene l'impegno, la professionalità e la dedizione con cui i professionisti dell'assistenza sanitaria stanno affrontando questa difficile prova della pandemia. Conosce le gravi

carenze d'organici che la professione denuncia già prima che il covid-19 scoppiasse. Oltre dieci anni di blocco del turn over vogliono dire il deserto nelle corsie e sul territorio. Ecco perchè, in questa giornata speciale usa parole d'elogio che comunque sono state apprezzate. «Nella Giornata Internazionale dell'Infermiere un ringraziamento a tutto il personale sanitario che da quattordici mesi combatte contro la pandemia e, mi sia consentito, un grazie speciale al personale sanitario della Regione Campania, che sta combattendo questa guerra, in prima linea, con 13mila dipendenti in meno».



## Premio al merito civico agli infermieri Carbone: «Attenzione alle persone fragili»

«A nome di tutti gli infermieri di Napoli e della Campania, nonché della Presidente Teresa Rea che qui rappresento e dell'intero consiglio direttivo dell'Opi Napoli, ringrazio tutti per questo prestigioso riconoscimento alla professione infermieristica». Così il past President Opi Napoli, **Ciro Carbone** in occasione della cerimonia di consegna dei riconoscimenti al merito civico e per «la solidarietà e l'inclusione nei confronti delle persone con disabilità». La cerimonia si è tenuta presso l'Aula del Consiglio regionale della Campania, alla presenza del garante regionale dei diritti delle persone con disabilità, **Paolo Colombo** e del presidente del Consiglio regionale della Campania, **Gennaro Oliviero**. «Carbone ha sottolineato l'importanza e il ruolo degli infermieri nella tutela e assistenza alle persone fragili». Poi rivolgendo l'appello al Presidente del Consiglio regionale **Gennaro Oliviero** ha sollecitato «il varo definitivo, ad un anno dal Decreto Rilancio, dell'infermiere di famiglia e dei presidi sanitari territoriali, vero baluardo di difesa del diritto alla salute soprattutto per le persone con disabilità, per anziani e fra-



gili. Nel corso della cerimonia sono stati assegnati diversi premi: al Cardinale **Crescenzo Sepe**, già arcivescovo metropolitano di Napoli; all'Ordine dei Medici e all'Ordine delle professioni infermieristiche; all'Istituto Comprensivo Statale «Regina Margherita - Leonardo da Vinci» di Avellino; all'Azienda **Sagres s.r.l.** di Santa Maria Capua Vetere (Caserta); al Comune di **Monteverde** (Avellino), definito «il borgo più accessibile d'Italia grazie alla progettazione e creazione di un percorso tattile-plantare riservato a

persone ipovedenti». «Un premio che ritengo estremamente importante perché dà la possibilità di far comprendere che la disabilità non è un problema a parte, ma è una parte del mondo. In una realtà dove vivono meglio le persone disabili, vivono meglio anche tutte le altre» ha detto il garante delle persone con disabilità della regione Campania, **Paolo Colombo**. Tra i premiati anche il cardinale **Crescenzo Sepe**, per il quale il premio significa «che certe sensibilità, a dimensione umana, sono sensibilità che ormai fanno parte del vivere civile della nostra comunità e della nostra società».

## Revisioni e aggiornamenti

# Appendicectomia Videoassistita (ONE - TROCARS - Appendicectomy)

di SALVATORE ERRICO

**Background:**

Nel 1982 Semm introdusse l'uso della tecnica laparoscopica per l'appendicectomia, ma nonostante siano passati quasi 20anni dai primi interventi l'accettabilità della metodica laparoscopica è stata lenta.

Secondo una recente stima effettuata negli USA evidenzia come solo una appendicectomia su quattro venga effettuata in laparoscopia.

Esso è legato non solo all'efficacia, alla sicurezza e alla rapida dimissione associata alla tecnica chirurgica tradizionale ma anche ad un maggiore costo della tecnica laparoscopica dimostrato da numerosi studi che fa passare in secondo piano i benefici della tecnica laparoscopica, in termini di più rapida ripresa funzionale, esplorazione più accurata della cavità addominale con l'evidenziazione di patologie associate o più facile riscontro della patologia in causa in caso di errore nella diagnosi di appendicite, con soluzione immediata del problema.

La tecnica classica dell'intervento per via laparoscopica prevede la presenza di tre trocars (n°2 da 5mm - n°1 da 10mm) l'utilizzo di un loop, clip o di una suturatrice lineare tagli e cucì nel corso dell'intervento e l'uso di questi materiali aggiunto alla maggiore durata dell'intervento è responsabile dei maggiori costi dell'approccio laparoscopico.

In base a questa considerazione presso il nostro centro (U.O.C. Chirurgia Generale

dell'ospedale Monaldi di Napoli diretto dal prof. Diego Cuccurullo) utilizziamo una tecnica alternativa proposta da un chirurgo Francese di fama internazionale di nome Begin che prevede l'uso di un solo trocar introdotto in sede ombelicale (One Trocar Appendicectomy).

La tecnica operatoria "One Trocar Appendicectomy" prevede l'esteriorizzazione dell'appendice attraverso l'ombelico fig. 1.

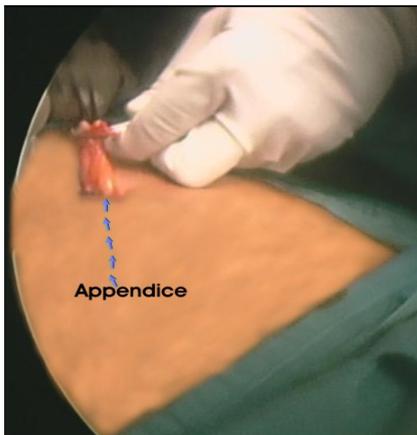


Fig. 1

Successivamente l'intervento chirurgico si tramuta in open coniugando i vantaggi legati all'intervento laparoscopico alla rapidità e risparmio economico associato alla tecnica chirurgica classica fig. 2

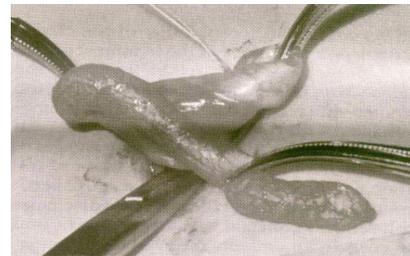


Fig. 2

In effetti i costi sono quelli di uno strumento poliuso (un trocar di Hasson 10-11mm fig. 3, una pinza da presa di Begin 5mm di diametro e stelo lungo 45 cm fig. 4 e una ottica operativa da 10mm fig. 5) associati a quelli della chirurgia tradizionale.



Fig. 3

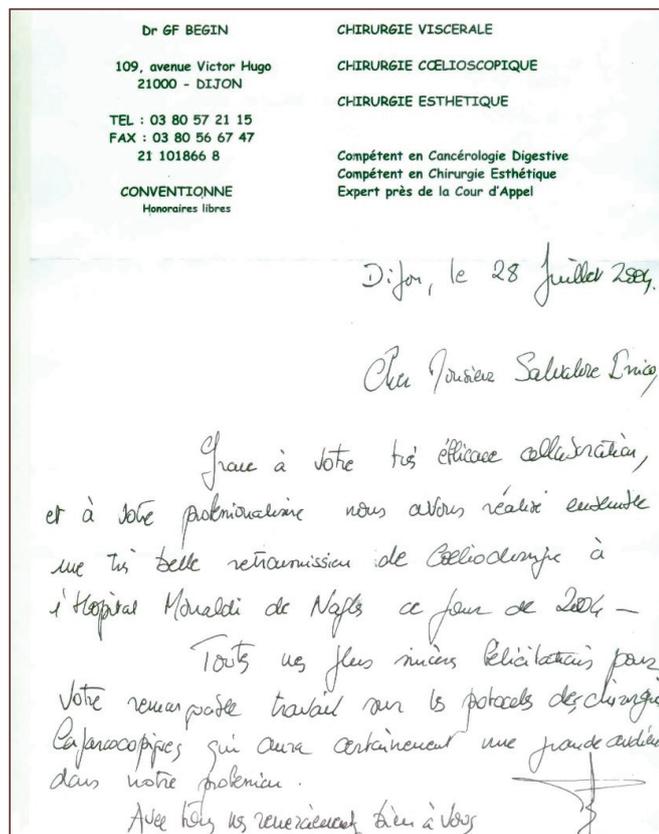


Fig. 4



Fig. 5

## Revisioni e aggiornamenti



NELLA FOTO: La recensione che il professor Begin, noto chirurgo francese, inviò a Salvatore Errico, Coordinatore sale operatorie di Chirurgia Generale Sistema Endoalpha 3D, Azienda ospedaliera dei Colli, in occasione della pubblicazione del suo libro "Protocolli in chirurgia laparoscopica"

Un vantaggio fondamentale rispetto alla tecnica chirurgica classica è dato dalla possibilità di poter esplorare la cavità addominale e alla individualizzazione della sede dell'appendice qualunque essa sia.

Traendo le conclusioni si può dedurre che tale metodica rappresenta una valida alternativa sia all'approccio laparoscopico con i tre trocar che alla semplice chirurgia tradizionale open, per sicurezza, efficacia ed economicità comprendendo i vantaggi dell'una e dell'altra.

### Materiali & Metodi:

Il protocollo in uso presso il nostro centro prevede:

#### Preparazione preoperatoria:

Controllo tricotomia: Xifo-ombelico sovra-pubica.

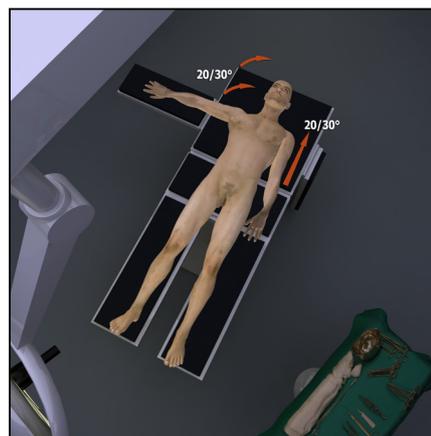
Profilassi antibiotica: Cefalosporina.

Catetere vescicale e sondino nasogastrico solo nelle appendicopatie acute o peritoniti.

#### Posizione del paziente:

Il paziente è posto in decubito dorsale, con il bracciolo posizionato

a destra e le gambe congiunte. Il tavolo viene posto in posizione trendelenburg 20° -30° e viene ruotato verso destra con una lateralità di 20°-30°.



#### Posizione dei chirurghi e dello strumentario di sala operatoria:

Il chirurgo operatore si posiziona a sinistra del paziente con l'aiuto alla sua destra e lo strumentista alla sua sinistra.

La colonna video è posta di fronte all'operatore, alla destra del paziente.



#### Tecnica chirurgica:

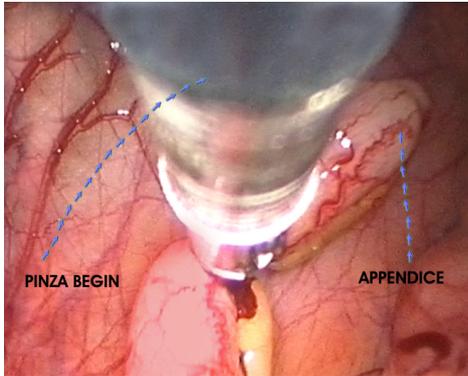
La tecnica chirurgica prevede un tempo intra addominale di esplorazione e mobilizzazione dell'appendice, ed un tempo extra addominale, previa estrazione della appendice stessa attraverso il trocar e la breccia ombelicale, con exeresi dell'organo all'esterno della cavità addominale.

Attraverso l'ombelico, dove introduciamo l'ottica operativa, si esegue un'esplorazione della cavità addominale.

**Revisioni e aggiornamenti**

S'introduce la pinza di Begin da 5 mm, con lo stelo lungo 45 cm attraverso il canale operativo, si individua l'appendice a partire dall'ultima ansa ileale.

Successivamente la pinza afferra l'estremità distale dell'appendice, le eventuali aderenze verranno lisate anche con l'aiuto delle forbici nel canale operativo e, previa desufflazione, l'organo viene esteriorizzato per via trans ombelicale.



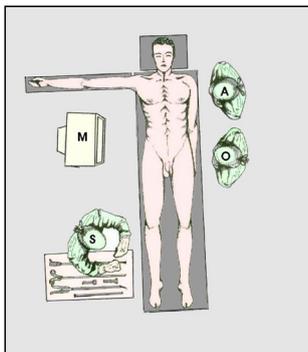
Si realizza, quindi, l'appendicectomia con tecnica tradizionale. In caso di difficoltà per l'esteriorizzazione dell'appendice grazie ad un quadro aderenziale, si possono aggiungere uno o più trocar come l'appendicectomia convenzionale.

**Risultati & Conclusioni:**

Ciò detto diventa interessante monitorizzare il percorso anche dal punto infermieristico per fare una corretta valutazione sul decorso post-operatorio, sull'impatto psicologico nel paziente, sulla funzionalità di gestione della continuità assistenziale. In conclusione l'appendicectomia one-trocar presenta sicuramente vantaggi ottimali in termini di risultati estetici, dolore post-operatorio e ripresa post-operatoria in tempi brevi però come tutta le tecniche chirurgiche anche essa non è esente da limitazioni di tipo ergonomico e funzionale come la minore libertà di movimento degli strumenti, con frequenti incroci e fighting degli stessi, tempi operatori più lunghi, maggior impegno da parte del chirurgo e costi più elevati nel caso si usino strumenti dedicati. Risulta essere per tali motivi ancora una procedura in fase di miglioramento che non va applicata a tutti i casi di appendicite acuta. L'attività di ricerca valuterà, nei prossimi mesi, i dati raccolti.

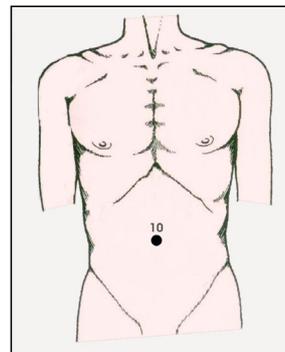
<b>Strumentario laparoscopico:</b>			<b>Presidi:</b>
	Diametro	Quantità	
Hasson	10-12mm	n°1	Cavo luce
Ottica Operativa	10mm	n°1	Cavo x elettrobisturi
Pinza di Begin	5mm	n°1	Cavo x telecamera e copricavo sterile
Forbice laparoscopica - lunga -curva	5mm	n°1	Tubo x insufflazione
			Soluzione fisiologica sterile calda
			Materiale sanitario:
			-Garze
<b>N.B. (Tenere pronti in caso di necessità):</b>			
Trocar	5mm	n°1 o 2	Tubo x irrigazione e aspirazione
Johann	5mm	n°1 o 2	Soluzione fisiologica a sufficienza
Cannula x aspirazione e irrigazione	5mm	n°1	

**Tabella strumenti Laparoscopici**



**Appendicectomia**

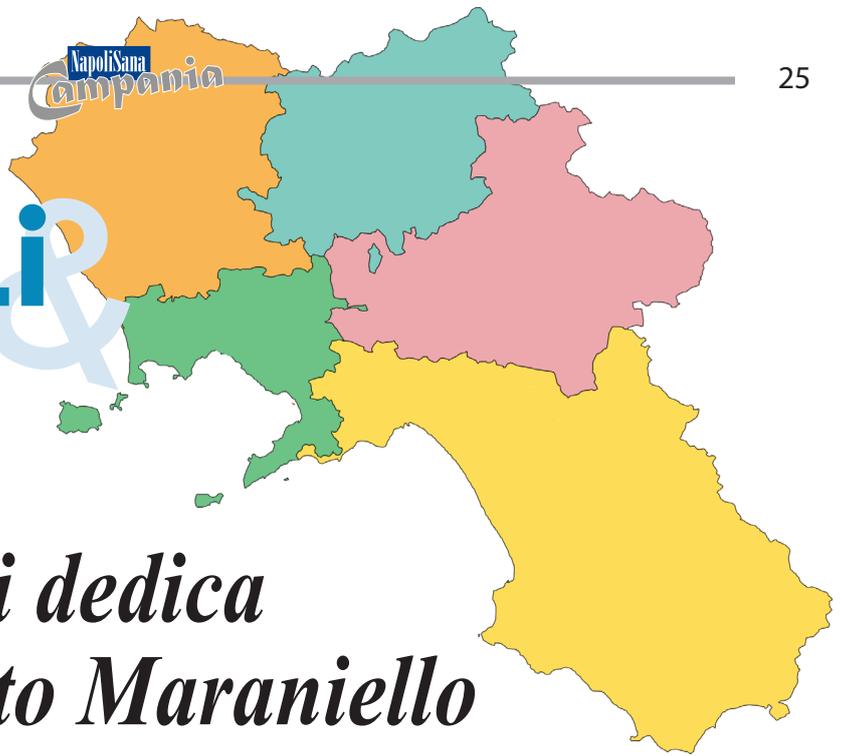
Posizione paziente, operatori e monitor



**Appendicectomia**

Sito d'ingresso del trocar

# Ospedali & territorio



## *Fials Cardarelli dedica la sede a Roberto Maraniello*

NAPOLI - A un anno dalla morte, avvenuta il 24 aprile 2020, il sindacato Fials dedica la sua sede presso l'Aorn Antonio Cardarelli alla memoria di **Roberto Maraniello**, infermiere e segretario provinciale della Fials di Napoli, strappato agli affetti più cari dal Covid a 58 anni. La sua è stata "una carriera esemplare, piena di soddisfazioni e riconoscimenti - ricorda il figlio **Ciro Maraniello** - fino alla segreteria provinciale Fials. Punto di riferimento per i colleghi, ma anche per le altre organizzazioni sindacali e per le stesse Direzioni generali. Qualsiasi tipo di criticità lo trovava pronto". **La sua ultima battaglia è stata quella per far avere i Dispositivi di protezione individuale** a tutti gli operatori sanitari. Era soltanto il 16 marzo 2020, l'inizio della pandemia in Campania, quando Roberto scrisse sul suo profilo Facebook: "Siamo eroi, non siamo kamikaze". "Mio padre - prosegue **Ciro Maraniello**, anche lui infermiere - non sopportava l'ingiustizia di vedere il per-

sonale sanitario in quei mesi difficili quasi disarmato di fronte al nemico". Un nemico che lo colpì senza lasciargli scampo. "Dopo un mese e mezzo in ospedale, sembrava che andasse meglio - racconta - quando all'improvviso un arresto cardiaco ce l'ha portato via. Ho avuto appena il tempo di salutarlo". Per rendere omaggio al suo valore, la Fials gli ha intitolato la sede sindacale del Cardarelli in una piccola cerimonia, in considerazione delle misure antiCovid, organizzata da Antonio Grimaldi, segretario generale provinciale Fials Napoli, e da Alessandro Olivieri, segretario aziendale Fials Cardarelli.



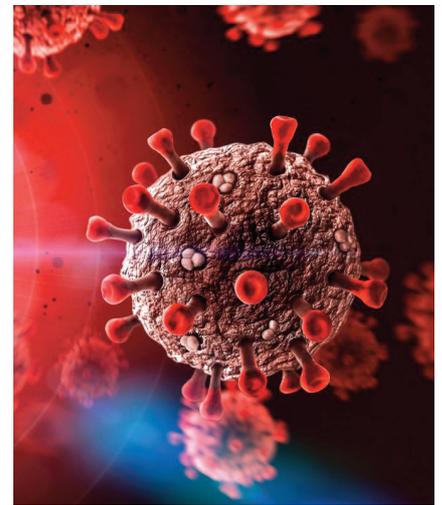
## Ospedali &amp; territorio

# Pascale: alcuni virus possono proteggere dai tumori

NAPOLI - Se si è stati esposti a un virus nel corso della vita, che sia una semplice influenza o il coronavirus, si può stabilire una memoria immunitaria ed essere protetti da un tumore o si può controllarne la crescita molto più efficacemente. Lo indica la ricerca condotta in Italia, dall'Istituto dei tumori Pascale di Napoli, pubblicata sul **Journal for Immunotherapy of Cancer**. Per la prima volta, osservano gli autori della ricerca, in letteratura si definisce l'omologia tra antigeni tumorali umani ed antigeni virali. Lo studio è stato condotto nel laboratorio di Modelli Immunologici Innovativi del Pascale, diretto da **Luigi Buonaguro**, da due giovanissime ricercatrici: **Concetta Ragone**, specializzanda di 30 anni e **Carmen Manolio**, laureata di primo livello di appena 23 anni. Quello che hanno evidenziato le ricercatrici «è che la memoria immunitaria indotta dalle infezioni virali o batteriche (microrganismi) nel corso della vita di ogni singolo individuo, inclusi i batteri presenti nel nostro apparato gastroenterico, può rappresentare una vaccinazione natu-

rale antitumorale. Le ricercatrici spiegano che «se un tumore si sviluppa nel corso della vita in un individuo, esprimendo antigeni simili o identici ai microrganismi, le cellule della memoria immunitaria già presenti nell'organismo di tale individuo possono reagire in maniera rapida ed efficace contro il tumore. Di conseguenza - proseguono - maggiore è il numero di microrganismi a cui ognuno è esposto nel corso della propria vita, maggiore è lo spettro di antigeni contro cui viene indotta una memoria immunitaria, e maggiore è la probabilità che il sistema immunitario possa riconoscere antigeni tumorali eliminando le cellule tumorali nelle fasi iniziali e prevenendo così la progressione del tumore». Tra i virus con cui è stata identificata tale omologia di sequenza ci sono il virus influenzale, i virus dell'herpes e il papillomavirus. «Tale scoperta è stata confermata - spiega Buonaguro - dalla dimostrazione che linfociti umani sono in grado di cross-reagire nei confronti dell'antigene tumorale e del suo omologo virale. Ovviamente tutto ciò apre anche un nuovo

orizzonte per lo sviluppo di vaccini preventivi e terapeutici anti-cancro di prossima generazione. Infatti, l'uso degli antigeni virali omologhi ad antigeni tumorali non solo può indurre una risposta preventiva anti-tumorale ma può essere più efficace nell'indurre una risposta terapeutica contro il tumore».



## L'App e-Covid Sinfonia prima in classifica in Italia

NAPOLI - Oltre 700mila utenti, 200mila familiari registrati e superati i 2 milioni e mezzo di attestati visualizzati. Sono i numeri dell'App e-Covid Sinfonia, realizzata da Soresa spa per la Regione Campania per fronteggiare l'emergenza Covid, a un anno dal suo lancio. L'App e-Covid Sinfonia, si sottolinea in una nota, «oggi è al primo posto nelle classifiche ufficiali delle App più scaricate in Italia per la categoria medicina sulle due principali piattaforme online: App Store e Google Play». Inoltre, l'App campana è sul podio nella classifica italiana globale, non solo dunque la categoria medicina, delle «App in evidenza» di Google Play piazzandosi subito dopo Poste Italiane.

Nelle ultime settimane, si nota ancora, «si sono aggiunte nuove funzionalità che hanno reso l'App e-Covid Sinfonia sempre più innovativa» come la preno-



tazione per gli Open Day Vaccinali.

«I numeri raggiunti e la presenza nella classifica delle App più utilizzate - dice Corrado Cucurullo, presidente di Soresa spa - premiano gli sforzi fatti da Regione Campania sul tema della innovazione digitale applicata alla Sanità regionale. La nostra sfida è immaginare anche i prossimi scenari post pandemia, infatti, le soluzioni tecnologiche che abbiamo progettato in questi mesi di emergenza potranno essere estese a tendere su tutti gli ambiti di interesse del sistema sanitario regionale rappresentando il nuovo paradigma digitale di interazione con gli enti del sistema e i cittadini».

## Sclerosi multipla, premio Roche al Cardarelli

NAPOLI - L'ospedale **Cardarelli** di Napoli ha vinto il bando 'Roche per i servizi a supporto di soluzioni innovativi per la Sclerosi Multipla'. L'azienda ospedaliera si è aggiudicata un finanziamento di 25mila euro per la creazione di un'app che migliorerà l'assistenza ai pazienti. Il progetto del **Cardarelli** si chiama 'Farmaco Vigilanza per la Sclerosi Multipla App-VIGI-SAPP' e prevede la realizzazione di una applicazione mobile rivolta ai pazienti con sclerosi multipla e mirata alla segnalazione di ADR (Adverse Drug Reaction) di farmaci al fine di consentire una immediata segnalazione a distanza e ridurre così gli spostamenti al Centro di Sclerosi Multipla e, quindi, i rischi di contagio da Covid. L'idea di realizzare un'app dedicata è stata di Giorgia Teresa Maniscalco, specializzata in Neurologia e dal 2019 responsabile del Centro Regionale di Diagnosi e Terapia della Sclerosi Multipla e delle Malattie Neuroimmunologiche, oltre che coordinatore scientifico del progetto regionale di Farmacovigilanza (FASM). Il Centro Regionale per la Diagnosi e Terapia della Sclerosi Multipla del **Cardarelli** rappresenta un'area di Alta Specialità dell'Azienda ospedaliera con il compito di coordinare le attività nei settori della diagnosi, cura e follow-up dei pazienti affetti sclerosi multipla. Attualmente afferiscono circa 1000 pazienti. Il Centro garantisce una presa in carico globale del paziente durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico: diagnosi tempestiva di malattia e un'adeguata comunicazione diagnostica, scelta terapeutica per un trattamento «individualizzato» (trattamento attacchi acuti, DMD, terapie sintomatiche), monitoraggio clinico-strumentale e ricerca clinica.

## Papilloma virus, Ascalesi: un ambulatorio oncologico dedicato



NAPOLI – Tra i tumori spesso identificati solo in fase avanzata, quando cioè è già troppo tardi, una posizione particolare la occupa il papilloma virus. Contro questo nemico spesso sottovalutato, l'Istituto dei tumori Pascale ha lanciato una nuova sfida aprendo un ambulatorio nel polo oncologico associato all'Ascalesi per dare maggior peso alla prevenzione. L'obiettivo è quello di contribuire alla lotta contro neoplasie in entrambi i generi attraverso l'incremento della soglia vaccinale. Ad oggi, essa è inferiore al 60 per cento della popolazione annualmente vaccinabile. Nell'ambulatorio verranno trattate tutte le patologie oro-faringee volte all'identificazione precoce di lesioni pre-neoplastiche. Attualmente la vaccinazione anti-Hpv è offerta attivamente e gratuitamente a femmine e maschi al compimento degli 11 anni e consigliata fino ai 25 anni di età. Nei ragazzi, purtroppo, però, dove la prevalenza dell'Hpv è più elevata rispetto

alle femmine rimane costante durante il corso della vita, non esistono test standardizzati per la diagnosi di routine delle infezioni. Nell'ultimo rapporto dell'American Association for Cancer Research, l'Hpv è stato classificato come il secondo agente patogeno responsabile di cancro nel mondo. Il virus Hpv si trasmette con i contatti sessuali e, quindi, si associa nel 71 per cento ai casi di cancro della vagina, ma nell'87 per cento ai casi di cancro dell'ano, nel 35 per cento a quelli dell'orofaringe, nel 40 per cento a quelli del pene e della quasi totalità dei condilomi genitali. In occasione della prima giornata internazionale dell'Hpv, l'Istituto dei tumori Pascale ha aperto nei locali del **presidio dell'Ascalesi** l'ambulatorio di prevenzione delle neoplasie del cavo orale associate all'infezione da Hpv. Tumori spesso sottovalutati, proprio per mancanza di prevenzione, identificati, dunque, in una fase avanzata.

## Ospedali &amp; territorio

## Ceinge: “Anticorpi umani anti-spike contro le infezioni



NAPOLI - Riconoscono la proteina Spike e sono capaci di interferire nella sua interazione con il recettore Ace2 sulle cellule delle vie respiratorie: anticorpi umani in grado di inibire l'infezione da SARS-CoV2 sono stati generati nei laboratori del **Ceinge-Biotecnologie avanzate di Napoli** ad opera dei ricercatori della **Task Force Covid-19** (progetto finanziato dalla Regione Campania). Un traguardo importante nella diagnostica e nella terapia del COVID 19, raggiunto, in particolare, dal team guidato da Claudia De Lorenzo, ordinario di Biochimica presso il Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche dell'**Università Federico II** e Principal Investigator del Ceinge. Gli studiosi hanno utilizzato una tecnologia innovativa, basata sulla selezione dei frammenti anticorpali sulla regione RBD di Spike mediante «competizione» con il recettore (ACE2 nel caso specifico). Tale metodologia potrebbe consentire in futuro di isolare altri anticorpi «funzionali», vale a dire specifici per determinate regioni dei bersagli molecolari con ruolo chiave nella patologia che si intende combattere. E non è tutto: i ricercatori hanno generato tali anticorpi con un isotipo che non induce processi infiammatori, e che pertanto non dovrebbero provocare effetti collaterali indesiderati. Gli anticorpi generati nei laboratori del Ceinge (per i quali è stata depositata la domanda di brevetto) riconoscono anche la proteina Spike di altri coronavirus e suggeriscono un loro potenziale impiego sia in campo diagnostico che terapeutico. Il lavoro è stato pubblicato dall'autorevole rivista Scientific Reports (Nature Group) e ha visto la collaborazione, dei teams di ricerca diretti rispettivamente da Massimo Zollo e da Nicola Zambrano, professori dell'Università Federico II e Principal Investigators Ceinge, con il contributo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno.

## Ospedale Acerra, spalla ricostruita in titanio

NAPOLI – L'equipe di Ortopedia di Villa dei Fiori ad Acerra ha effettuato un reimpianto di protesi inversa di spalla con la ricostruzione su misura della parte articolare mancante della scapola in un paziente anziano. La spalla è stata ricostruita interamente in titanio. La protesi in titanio, materiale adoperato anche per le strutture aeronautiche, è stata costruita con stampanti tridimensionali. “Alla Clinica Villa dei

Fiori interventi di questo genere se ne effettuano almeno dieci al mese”, dicono orgogliosi i componenti della speciale equipe medico/infermieristica. Una casistica che rappresenta un punto di forza per interventi di questa portata. Soprattutto se si considera che l'articolazione della spalla è molto mobile e complessa e spesso rende difficile il buon funzionamento dell'impianto protesico.

## Un anno di «Buona Eredità»: salvate 300 vite con il decreto 100

NAPOLI - Nasce un anno fa dalla tenacia di una donna. Una paziente del Pascale che con forza, dal 2016, anno in cui ha scoperto di essere affetta da un tumore ovarico di natura genetica, si batte perché quello che è accaduto a lei non capiti ad altri. E' il decreto 100, quello della **Buona Eredità**, approvato a inizio anno 2020 dalla Giunta De Luca. Un decreto che finora ha salvato 300 vite; sono tante le persone che sono risultate positive allo screening gratuito dei tumori ereditari, potenziali pazienti oncologici che pazienti per fortuna, grazie a un prelievo di sangue, non saranno mai. E grazie anche alla sensibilizzazione di **Mirosa Magnotti**, presidente dell'associazione Acto Campania, se in tutta la regione le famiglie portatrici di mutazioni possono intervenire preventivamente sulla malattia.

## Policlinico Vanvitelli: un ambulatorio pediatrico post Covid

NAPOLI - L'Azienda Ospedaliera Universitaria «Luigi Vanvitelli» di Napoli attiva il primo Ambulatorio pediatrico per monitorare i piccoli pazienti che hanno contratto Covid. Il Reparto di Alta Specializzazione Malattie Respiratorie Pediatriche, coordinato dal professore Michele Miraglia del Giudice, ha realizzato un percorso di follow-up per il bambino con manifestazioni respiratorie post Covid. Per accedere all'Ambulatorio basterà prenotare presso il Cup una visita pneumologica pediatrica. La visita (team composto dal professore Fabio Decimo e dalla dottoressa Cristiana Indolfi) si effettuerà seguendo tre diversi step: test spirometrico

(test della funzionalità respiratoria); test del cammino (6 minuti per valutare la frequenza cardiaca e la saturazione dell'ossigeno); ecografia polmonare (eseguito presso il Reparto di Radiologia). «Il 5% dei bambini ha contratto il virus e di questi il 6% ha rivelato complicanze respiratorie anche dopo la negativizzazione mostrano, per lungo tempo, tosse, dispnea e cefalea», spiega il professore Michele Miraglia del Giudice. «L'attivazione di questo Ambulatorio dimostra la costante attenzione che l'Azienda Ospedaliera Universitaria ha verso i bambini contagiati dal virus; grazie al fondamentale gioco di squadra Policlinico-Territorio è stato atti-



vato un preciso follow up che consentirà un completo monitoraggio», spiega Antonio Giordano, Direttore generale del Policlinico Vanvitelli.

## Federico II: «Ecco la proteina che blocca la sclerosi multipla»

NAPOLI - Uno studio ha recentemente dimostrato il ruolo chiave del canale che trasporta gli amminoacidi cistina/glutammato nella funzione delle cellule T regolatorie (Treg) che bloccano l'infiammazione. Alterazioni in questa via di trasporto sono alla base della ridotta crescita di queste cellule nella sclerosi multipla

Lo studio finanziato principalmente da Fondazione Italiana sclerosi Multipla (FISM), dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) e dal Ministero della Salute, è stato pubblicato sulla rivista scientifica Immunity (Cell Press). Il team di ricerca ha dimostrato che la crescita e la funzione delle cellule T regolatorie (Treg), le cellule che agiscono da sentinelle per il mantenimento della «tolleranza immunitaria» e che bloccano l'infiammazione, dipende dalla capacità di produrre una proteina, chiamata SLC7A11, un «canale di trasporto» sulla membrana delle Treg che permette l'ingresso dell'amminoacido cistina e l'uscita del glutammato. Il trasporto di questo amminoacido nelle Treg regola l'equilibrio dei radicali



liberi, dannosi per la funzione e la crescita di queste stesse cellule. I ricercatori hanno evidenziato che le cellule Treg nei malati di sclerosi multipla (SM) hanno perso la capacità di produrre quantità sufficienti di SLC7A11 e quindi di difendersi dai radicali liberi in eccesso, con conseguente incapacità delle stesse di crescere e mantenere la «tolleranza immunologica» nei confronti della mielina nel sistema nervoso centrale, condizione tipica della sclerosi multipla. Lo studio ha anche suggerito

che la produzione di SLC7A11 può essere potenziata da condizioni di riduzione dell'apporto calorico (restrizione calorica), capace di ridurre «l'iperlavoro metabolico» della cellula presente in condizioni di sovrappeso e obesità, che si associano ad un peggiore decorso della SM. Infine la ricerca ha dimostrato che le cellule Treg dei pazienti con SM possono recuperare la capacità di produrre l'SLC7A11 dopo terapia con un farmaco di prima linea per la SM, il «dimetil fumarato - DMF», che permetterebbe conseguentemente anche il ristabilirsi della loro capacità di crescita.

***Il rooming in e il contatto  
pelle a pelle madre-bambino  
prima e dopo il Covid-19:  
una riflessione***



***Il calo delle prestazioni assistenziali  
durante il lockdown  
da Covid-19 in Italia:  
revisione da Pubmed***



***La paura nell'anziano:  
una ricerca intervento  
basata sull'osservazione  
partecipe***



## Il rooming in e il contatto pelle a pelle madre-bambino prima e dopo il

### Covid-19: una riflessione

Anna Arnone<sup>1\*</sup>

1. Dipartimento Emergenza e Accettazione, A.O.R.N. "Antonio Cardarelli", Napoli (Italia)

\* *Corresponding Author*: Anna Arnone, A&E Department, A.O.R.N. "Antonio Cardarelli", Naples (Italy). E-mail: [anna.arnone93@live.it](mailto:anna.arnone93@live.it)

*Articolo di commento*

**DOI:** [10.32549/OPI-NSC-47](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-47)

*Sottomesso il 14 Febbraio, 2021*

*Revisionato il 16 Marzo, 2021*

*Accettato il 19 Marzo, 2021*

*Questo articolo è concesso con licenza internazionale Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0).*

**ABSTRACT**

Un neonato sano a termine dovrebbe essere tenuto a contatto pelle a pelle con la propria madre che ha avuto un parto vaginale o un taglio cesareo con anestesia epidurale subito dopo la nascita o non appena possibile. Si definisce *rooming in* la permanenza del neonato e della madre nella stessa stanza in un tempo più lungo possibile durante le 24 ore. Lo scopo di questo articolo di commento è quello di discutere e generare riflessioni sulle conseguenze che il Covid-19 sta generando in quanto sta cambiando la vita e l'esperienza pre- e post-natale di molte madri e neonati nonché delle loro famiglie condizionando il contatto precoce, la diade madre-bambino, l'allattamento.

**Parole Chiave:** Rooming in, allattamento, benessere materno-neonatale, pandemia, Covid-19, infermieri.

**Rooming in and mother-infant skin-to-skin contact: A reflection****ABSTRACT**

A healthy full-term newborn should be kept in skin-to-skin contact with their mother who has had a vaginal delivery or caesarean section with epidural anesthesia soon after birth or as soon as possible. Rooming in is defined as the stay of the newborn and the mother in the same room for as long as possible during the 24 hours. The purpose of this commentary article is to discuss and generate reflections on the consequences that Covid-19 is generating and it is changing the life and pre and postnatal experience of many mothers and babies as well as their families by affecting the early contact, the mother-infant dyad, the breastfeeding.

**Keywords:** Rooming in, Breastfeeding, Maternal-neonatal well-being, Pandemic, Covid-19, Nurses

*Commentary article*

**DOI:** [10.32549/OPI-NSC-47](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-47)

*Submitted February 14<sup>th</sup>, 2021*

*Revised March 16<sup>th</sup>, 2021*

*Accepted March 19<sup>th</sup>, 2021*

*This article is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0 International License (CC BYNC ND 4.0).*

## INTRODUZIONE

Secondo le Linee Guida del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) del 2012, si afferma che un neonato sano a termine dovrebbe essere tenuto a contatto pelle a pelle con la propria madre che ha avuto un parto vaginale o un taglio cesareo con anestesia epidurale subito dopo la nascita o non appena possibile. [1] A sostegno di quanto detto l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'UNICEF hanno promosso il modello del *rooming in*, che si definisce come la permanenza del neonato e della madre nella stessa stanza in un tempo più lungo possibile durante le 24 ore, eccetto quello dedicato alle cure assistenziali. Il modello è stato incentivato a partire dal 1992 attraverso l'iniziativa "Baby Friendly Hospital" al fine di garantire l'assistenza più efficiente ai neonati in tutti gli ospedali e di promuovere l'allattamento al seno [2].

Il modello organizzativo del *rooming in* viene suggerito in quanto propone alla madre una formazione sulle cure da dedicare al neonato per poter affrontare al meglio le difficoltà e per rilevare in maniera tempestiva eventuali segni patologici, includendo anche il padre e gli altri componenti della famiglia per condividere le cure del neonato [2,4,5]. Il neonato subito dopo la nascita viene asciugato, coperto con un telo e messo a contatto pelle a pelle con la madre per circa un paio d'ore o fino al momento della prima poppata; durante il primo contatto il neonato cerca il capezzolo grazie all'odore percepito della madre dando il via alla prima poppata [5]. Vari studi hanno dimostrato che il contatto con la madre subito dopo la nascita calma il neonato, favorisce il corretto attacco al seno, stabilizza il suo metabolismo e la temperatura corporea, regola la sua respirazione e il battito cardiaco [1,4] e fortifica il legame madre-neonato [4,6,7]. Inoltre, anche sulla salute materna determina notevoli benefici in quanto si sono riscontrati una diminuzione delle perdite di sangue post-partum, una ridotta incidenza di depressione post-partum [8] e la riduzione del cancro al seno e all'ovaio [2,7]. Se il contatto pelle a pelle non avviene in maniera corretta è necessario che gli operatori aiutino la madre attraverso delle indicazioni verbali affinché siano raggiunte la posizione e l'attacco attraverso la tecnica hands-off.

Il contatto pelle a pelle, considerati i vantaggi, può essere protratto anche dopo il periodo postnatale [9] ed è praticato ormai sia nei Paesi industrializzati che nei Paesi in via di sviluppo, assumendo anche il nome di Kangaroo Mother Care per la somiglianza con i marsupiali [10] per favorire anche la salute e il benessere del neonato di basso peso alla nascita o pretermine, che per definizione è il neonato nato prima della 37a settimana completa di gestazione [11] che ha già superato i problemi iniziali e non necessita di cure intensive [12]. Con la diffusione nel 2020 del Covid-19, l'intera salute mondiale è gravemente compromessa [13], ma non le cure rivolte a sostegno della salute materno-neonatale che sono state offerte con nuove modalità di intervento per ridurre le criticità causate dalle nuove misure di sicurezza attivate negli enti ospedalieri e territoriali. L'obiettivo di questo articolo è rivolto a far riflettere sulle conseguenze che inevitabilmente gli obblighi di distanziamento hanno generato anche nel *rooming in* e nel legame madre-bambino prima e dopo il parto.

### **Discussione**

Molto dibattuta durante la pandemia da Covid-19 è stata la gestione della diade madre-bambino dopo il parto così come l'allattamento: è necessario precisare infatti, che il neonato è la categoria più a rischio di infezioni polmonari clinicamente non rilevanti ed è necessario proteggerlo nel caso in cui la madre sia positiva sia prima che dopo il parto [14,15]. Dati incoraggianti sostengono che il virus non sia stato ritrovato nel latte materno, nel liquido amniotico e nella placenta, sebbene alcuni report [16] abbiano riportato tre casistiche di neonati con IgM positive, pertanto andrebbe dimostrata la trasmissione verticale con dati più solidi. Gli altri pochissimi casi, che sono stati descritti in Cina così come nelle principali città italiane colpite dal virus, hanno contratto l'infezione dopo la nascita a domicilio e sono stati poi riospedalizzati [17]. I dati a disposizione attualmente non sono ancora sufficienti e si basano soprattutto su casistiche cinesi, anche se qualche caso è riportato anche in Italia. La Società Italiana di Neonatologia aveva pubblicato le prime indicazioni

ad interim il 22 marzo 2020 [17] in accordo con le raccomandazioni di OMS, ISS, UNICEF e CDC, che da subito hanno differito, in base al quadro clinico della madre: se quest'ultima risulta positiva o sospetta ma asintomatica o con sintomi lievi sono raccomandati il *rooming in* e l'allattamento al seno con l'uso di mascherina, il lavaggio delle mani e la distanza di sicurezza dal neonato per prevenire la trasmissione del virus attraverso la via respiratoria sia durante l'ospedalizzazione che dopo la dimissione precoce, protetta e concordata a domicilio. Qualora, invece, la madre presentasse sintomi respiratori o compromissione della situazione clinica generale [17], sono raccomandate la separazione temporanea dal neonato e la somministrazione di latte estratto con il tiralatte. Occorre in quest'ultimo caso, valutare gli effetti negativi che condizionano il contatto precoce e determinano un fallimento dell'allattamento al seno esclusivo, di una migliore diade madre-bambino e di un calo ponderale significativo nel neonato nonché effetti negativi sulla madre: a prova di quanto detto, i risultati di un recente studio sono confortanti in quanto indicano che la trasmissione del virus da madre a neonato non è frequente e le percentuali di contagio si dimostrano variabili e inferiori rispetto ai benefici del *rooming in* [18], purché siano rispettati i protocolli per il contatto. Appare quindi necessario garantire la massima attenzione per valutare gli effetti del Covid-19 sulla vita e sull'esperienza pre e post-natale di molte madri, dei loro neonati e delle loro famiglie suggerendo un *rooming in* "in sicurezza" quale efficace modello di assistenza materno-neonatale per facilitare l'allattamento al seno, la relazione madre-bambino e un migliore adattamento dei principali sistemi del neonato.

### **Eventuali Finanziamenti**

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento.

### **Conflitti di interesse**

L'autore dichiara di non avere conflitti di interesse associati a questo studio.

**BIBLIOGRAFIA**

1. UNICEF. (2012). Guida all'applicazione dei passi. Retrieved on May, 2015, from [http://www.unicef.it/Allegati/Guida\\_applicazione\\_Passi\\_16mag12.pdf](http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_Passi_16mag12.pdf).
2. OMS & UNICEF. (2009). Manuale del partecipante. Retrieved on May 2015, from [http://www.unicef.it/Allegati/Manuale\\_partecipante\\_Corso\\_20\\_ore1\\_7ott10.pdf](http://www.unicef.it/Allegati/Manuale_partecipante_Corso_20_ore1_7ott10.pdf).
3. Società Italiana di Neonatologia. (2001). Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani. Retrieved on December, 2020, from <http://allattamento.sip.it/linee-guida/raccomandazioni-sullallattamento-materno-per-i-nati-a-termine-di-peso-appropriato-sani/>.
4. ILCA. (2005). Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo. Retrieved on May 2015, from [http://www.aicpam.org/wpcontent/uploads/2011/02/Linee\\_Guida\\_ILCA\\_ITA.pdf](http://www.aicpam.org/wpcontent/uploads/2011/02/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf).
5. Mahmood, I., Jamal, M., & Khan, N. (2011). Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 21(10), 601-605.
6. Lutter, C.K., & Chaparro, C.M. (2009). Neonatal period: linking best nutrition practices at birth to optimize maternal and infant health and survival. *Food and Nutrition Bulletin*, 30(2), 215-224.
7. Zuppa, A.A., Sindico, P., Antichi, E., Carducci, C., Alighieri, G., Cardiello, V., Cota, F. & Romagnoli, C. (2009). Weight loss and jaundice in healthy term newborns in partial and full rooming-in. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(9), 801-805.
8. Soldi A., Tonetto P., Varalda A. & Bertino E., 2011, Neonatal jaundice and human milk. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 85-87.
9. Vasquez, M.J., & Berg, O.R. (2012). The baby-friendly journey in a US public hospital. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 37-46.

10. Doyle LW., Kangaroo mother care. *Lancet* 1997, Dec 13;350(9093):1721-2.
11. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Kangaroo mother care: a practical guide. 1st ed. Geneva: WHO, 2003.
12. Als H, Lester BM, Tronick E and Brazelton TB. (1982) Manual for the assessment of preterm infants' behaviour (APIB). In: Fitzgerald H, Lester BM, Yogman MW eds. *Theory and Research in Behavioural Pediatrics*, vol. 1. New York: Plenum Press, 65-132.
13. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of Covid-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9): e475-e483.
14. Zeng L et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With Covid-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr*. 2020 Mar 26. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0878.
15. Wang S et al. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. *Clin Infect Dis*. 2020 Mar 12. pii: ciaa225. doi: 10.1093/cid/ciaa225.
16. Huijun Chen PhD ac et al., Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet* 395, Issue 10226, 7-13 March 2020, Pages 809-815.
17. Società Italiana di Neonatologia, 22 marzo 2020. Allattamento e infezione da SARS-CoV-2. Indicazioni ad Interim della Società Italiana di Neonatologia (SIN).
18. Ronchi A et al., Evaluation of rooming-in practice for neonates born to mothers with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection in Italy, *JAMA Pediatr*. 2021;175(3):260-266. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.5086

**Il calo delle prestazioni assistenziali durante il lockdown da Covid-19 in Italia: revisione da Pubmed**Brusini A.<sup>1\*</sup>, De Marco F.<sup>2</sup>

- 1 Infermiere in Medicina dello Sport, Ausl Modena
- 2 Dottore magistrale in “Management Pubblico e dei Sistemi Socio Sanitari”

*Corresponding author:* Brusini A., infermiere in Medicina dello Sport presso Ausl di Modena, laureato magistrale in “Management dello Sport e delle Attività Motorie”

E-mail: [antoniobrusini87@outlook.it](mailto:antoniobrusini87@outlook.it).

***Articolo di revisione***

***DOI: [10.32549/OPI-NSC-48](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-48)***

***Sottomesso il 10 Febbraio, 2021***

***Revisionato il 15 Marzo, 2021***

***Accettato il 19 Marzo, 2021***

***Questo articolo è concesso con licenza internazionale Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0).***

**ABSTRACT**

**Introduzione:** La pandemia da Covid-19 ha inevitabilmente avuto un impatto significativo sul nostro stile di vita, stravolgendo e mutando modalità di lavoro, tempo libero e abitudini quotidiane. La più grande e grave pandemia degli ultimi 100 anni ha messo in luce la fragilità dei sistemi sanitari di tutto il mondo. Questo in Italia ha determinato, oltre alle migliaia di morti causate dal virus, anche i “danni collaterali” dovuti al fermo dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali per tutti gli altri malati.

**Materiali e Metodi:** Attraverso il motore di ricerca Pubmed, con filtro di ricerca la parola “lockdown” AND “Italy” e considerando il periodo di tempo tra l’01/02/2020 e il 6/11/2020, compaiono 591 risultati. Sono stati presi in considerazione esclusivamente gli articoli e le citazioni che contenessero dati ospedalieri riferiti al periodo gennaio - maggio 2020, per un confronto con lo stesso periodo del 2019

**Analisi dei dati:** Gli studi selezionati mostrano uniformemente in tutto il territorio italiano un calo di ingressi e di ricoveri per patologie diverse dal Covid-19. Su 40 studi presi in considerazione, solo una voce ha mostrato un aumento delle prestazioni rispetto all’anno precedente. Le prestazioni sono calate poiché, durante l’era del Coronavirus, si sono ridotte le risorse per tante patologie croniche e di urgenza e per la loro prevenzione, risorse che sono state invece destinate alla lotta al Coronavirus; inoltre sono calati gli accessi al Pronto Soccorso.

**Conclusioni:** per evitare eventuali future riduzioni di prestazioni ospedaliere causa pandemia occorre trovare soluzioni alternative all’ospedale, come il potenziamento della prevenzione e della medicina nel territorio. Inoltre è indispensabile l’informazione alla cittadinanza su un uso adatto del Pronto Soccorso, anche se il calo di ricoveri per patologie a rischio vita è un chiaro segno di paura al servirsi di tale servizio in caso di emergenza.

**Parole Chiave:** Covid-19, Care, Lockdown

**The reduction in welfare benefits during the lockdown from Covid-19: review by Pubmed****ABSTRACT**

**Introduction:** The pandemic from Covid-19 has had a significant impact on our lifestyle, overwhelming and changing work modes, leisure and daily habits. The largest and most serious pandemic in the last 100 years has highlighted the health systems's fragility around the world. In Italy, this has determined, in addition to the thousands of deaths caused by the virus, also the "collateral damage" due to the cessation of hospital admissions and outpatient services for all other patients.

**Materials and Methods:** Through the search engine Pubmed, with search filter the word "lockdown" AND "Italy", and considering all the articles published from 01/02/2020 to 6/11/2020, have appeared 591 results. The articles and quotations that have been taken into account refer to the period January 2020 - May 2020 with data in the same period of 2019.

**Discussion:** The selected studies show uniformly throughout the Italian territory a decline in admissions and hospitalizations for diseases other than Covid-19. During the Coronavirus era not just performance has dropped, but also resources that have been reduced for many chronic and urgent diseases and for their prevention for being allocated to the fight against the Coronavirus; furthermore access to emergency room are decreased.

**Conclusion:** it is important to find alternative solutions to hospital to avoid any reductions in hospital services, it is necessary to strengthen preventive medicine and territorial medicine, with greater participation of general practitioners in the management of the chronic patient to avoid further relapses.

**Keywords:** Covid-19, Care, Lockdown

*Review article*

*DOI: [10.32549/OPI-NSC-48](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-48)*

*Submitted February 10<sup>th</sup>, 2021*

*Revised March 15<sup>th</sup>, 2021*

*Accepted March 19<sup>th</sup>, 2021*

*This article is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0 International License (CC BYNC ND 4.0).*

## Introduzione

Al 24 gennaio 2021, la sindrome Sars Covid 2019 ha provocato 98280844 contagi e 2112750 morti accertati [1]. La pandemia ha avuto origine dalla regione di Wuhan, Cina, e si sparsa in tutto il mondo. Il virus provoca in alcuni soggetti sintomi lievi come mialgia e tosse, ma in soggetti a rischio può portare a una sindrome respiratoria acuta, fino alla morte [2]. Per questo salute ed economia sono legate a doppio filo. La pandemia da Covid-19 ha provocato 85418 morti in Italia al 27/01/2021 [3], con età media dei morti sopra gli 80 anni e con una stima del 66.3 % di tre o più gravi patologie preesistenti, ed ha inevitabilmente avuto un impatto significativo sullo stile di vita occidentale, travolgendo e mutando, sebbene solo temporaneamente, gli stili di vita, il lavoro, il tempo libero e le abitudini del mondo in cui viviamo. Il lockdown dovuto all'emergenza COVID è stato un momento critico a forte impatto, rappresentando un vero e proprio evento traumatico per il tessuto sociale e la salute mentale [4]. Il sistema sanitario ha dovuto affrontare cambiamenti importanti come la trasformazione del lavoro con pressioni e stress fortemente aumentati, cambiamenti di procedure e rischi amplificati [5]. Il Covid-19 è diventato il principale nemico, assorbendo gran parte delle risorse destinate alla cura, alla prevenzione e alla ricerca. Fondamentale per ridurre l'impatto della pandemia è stata la fornitura adeguata di equipaggiamento sanitario, per cui sono state messe in campo politiche di coordinamento internazionale, pianificazione e controllo della *supply chain*, nonché incentivi pubblici per la produzione. Nonostante gli sforzi effettuati, permangono tuttora delle difficoltà. Bisogna considerare che Martinez-Perez et al (2020), prendendo in esame il periodo tra gennaio e luglio 2020, aveva evidenziato 14335 pubblicazioni e 42374 citazioni che avessero come oggetto di studio il Covid-19, indipendentemente dal tipo di pubblicazione, con lo scopo di evidenziare quanto la ricerca e la medicina si siano quasi completamente indirizzate verso la battaglia contro il Covid-19 [6].

### **Razionale dello studio**

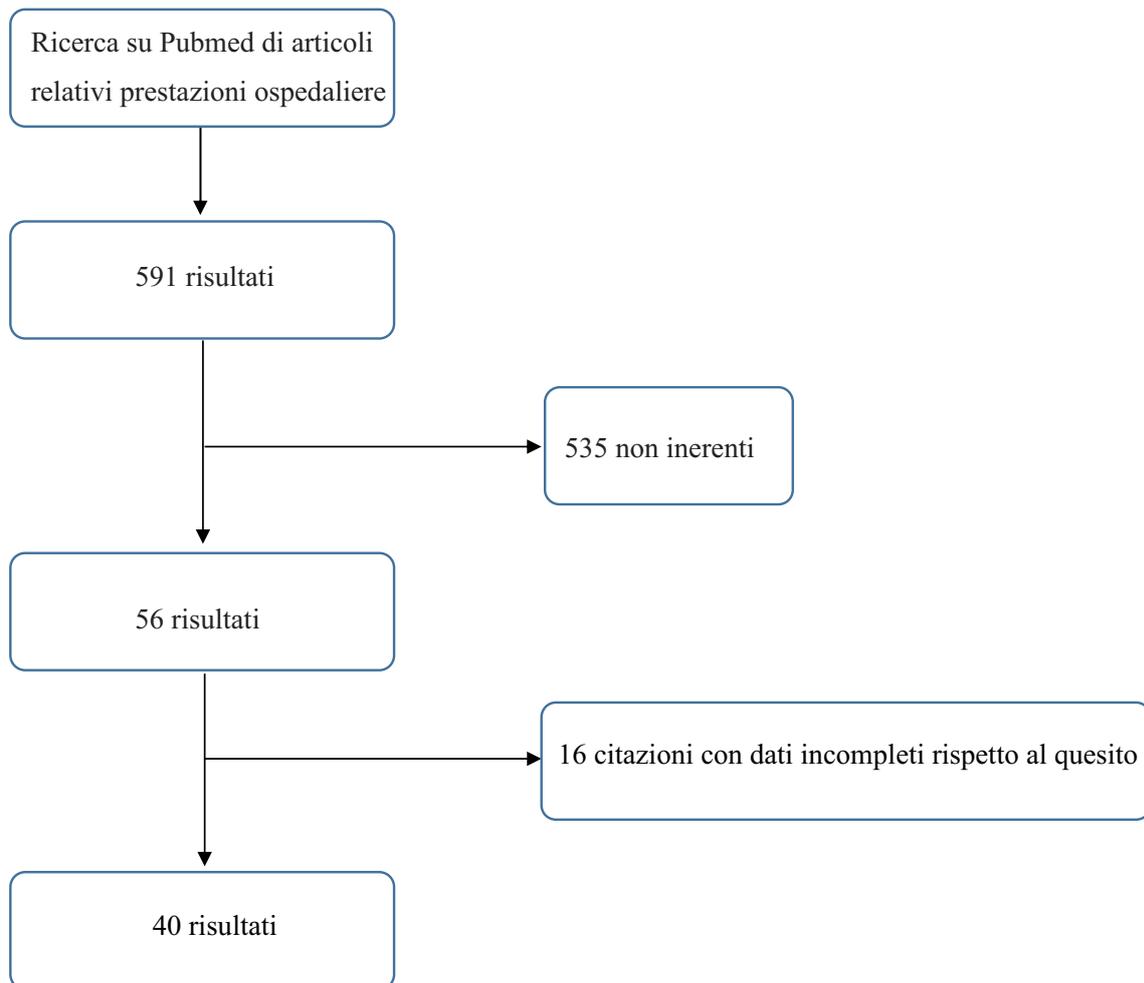
Lo scopo di questo studio è quello di accertare, attraverso una revisione della letteratura, se effettivamente dai dati pubblicati nella letteratura scientifica da colleghi in strutture ospedaliere del territorio italiano, emerga un calo delle prestazioni sanitarie generale durante il primo periodo di lockdown (dal 09/03/2020 al 04/05/2020). In questo modo sarà possibile dimostrare il disagio subito dai pazienti non affetti da Covid-19, comprenderne i possibili motivi ed individuarne le possibili soluzioni.

### **Materiali e metodi**

Attraverso la Banca Dati Pubmed si è ricercata la parola “lockdown” e la parola “Italy”, unite dall’operatore booleano “AND”, mettendo come unico filtro di ricerca tutti gli articoli pubblicati a partire dall’01/02/2020. Al 6/11/2020 comparivano 591 risultati.

Sono stati presi in considerazione esclusivamente i risultati comparse sulla banca dati Pubmed (indifferentemente dal tipo di studio, escludendo altri database di ricerca), che contenessero dati riferiti al periodo di lockdown esaminato (gennaio 2020 - maggio 2020) e si rivolgessero verso prestazioni ospedaliere. Nello studio proposto non sono stati esclusi risultati presenti in altre fonti della bibliografia. Ove è stato possibile si è fatto più preciso riferimento al periodo 09/03/2020-04/05/2020; sono stati comunque considerati periodi di studio che in parte coincidessero con il periodo di lockdown o con parte di esso. Nella Tabella 1 è stato indicato il periodo di studio di ogni singola citazione, il campione citato nel 2019 e nel 2020 e la riduzione in percentuale (arrotondata per difetto). Dopo la lettura del titolo sono stati presi in considerazione 137 risultati. Dopo la lettura dell’abstract sono rimaste 56 risultati. 5 articoli riportavano dati parziali o riferiti solo all’anno 2020 (con paragoni con i primi mesi del 2020, tra cui 1 pubblicazione che paragonava i dati dei primi mesi del 2020 con i mesi finali del 2019, oppure medie calcolate tra il 2019 e altri anni ma senza

dati singoli), 1 revisione, il restante non riportava dati sull'argomento. Sono state infine considerate un totale di 40 risultati.



**Figura 1.** Diagramma che mostra le fasi del processo di revisione

Sono stati individuati seguenti studi afferenti a queste discipline mediche:

- 1- 2 studi mostrano i dati relativi ad accessi al PS (pronto soccorso), di cui 1 mostra anche i dati relativi ai ricoveri
- 2- 8 studi relativi all'ambito cerebro-cardio vascolare;

- 3- 2 riguardo chirurgia e terapia oncologica;
- 4- 4 riguardo la chirurgia d'urgenza;
- 5- 1 riguardo le visite e i controlli diabetologici;
- 6- 8 riguardo l'accesso al PS e a visite e ricoveri per pazienti pediatrici;
- 7- 1 riguardo i ricoveri di tipo ginecologico e ostetrico;
- 8- 2 riguardo la chirurgia e la diagnostica ortopedica;
- 9- 2 riguardo l'urologia;
- 10- 6 riguardo la diagnostica e l'interventistica dermatologica;
- 11- 3 riguardanti le visite e i controlli d'urgenza in ambito psichiatrico;
- 12- 1 riguardo la diagnostica radiologica.

## **Risultati**

Nel periodo del lockdown italiano, si è riscontrato una diminuzione del numero di accessi e di screening. L'ospedale di Trieste, valutando il periodo 10/03-30/04 del 2019 e del 2020, ha avuto rispettivamente 10424 e 4664 ingressi in pronto soccorso, con una riduzione del 55.5 % [7]. Un altro studio, con dati dell'ASST degli "Spedali Civili" di Brescia, prendendo in esame il periodo dal 23/02/2020 all'01/03/2020 e il periodo 02/03/2020-03/05/2020, mostra la riduzione di accessi al pronto soccorso dagli stessi periodi del 2019 rispettivamente di 67.36 unità giornaliere, il 31.8%, e di 93.17 unità, il 44.7%; i ricoveri invece hanno avuto una riduzione rispettivamente di 6.27, il 12.7%, e di 2.89 unità, il 5.6%) [8]. Si è scelto di dividere l'analisi per tipo di prestazione, e i valori riportati nelle citazioni sono stati elencati nella Tabella 1. Gli studi sono stati inseriti indicando il primo autore, il tipo di prestazione, il tempo di studio per gli anni 2019 e 2020, la percentuale di riduzione delle prestazioni arrotondate per difetto. Per ricoveri o prestazioni di natura cardiovascolare, si sono considerati otto studi. Tarantini [9] mostra la cardiologia interventistica strutturale in Italia dal 16 marzo al 12 aprile: sostituzioni transcateretere transfemorale della valvola

aortica, riparazioni percutanea della valvola mitrale, occlusioni dell'auricola sinistra, chiusure del forame ovale pervio; gli interventi totali di queste procedure nel periodo considerato del 2020 sono stati 185 (909 nello stesso periodo 2019). Due studi hanno riguardato l'infarto acuto, e mostrano entrambi una riduzione in termini numerici dei ricoveri; Severino [10] mostra i ricoveri per infarto nel 2020 in otto ospedali italiani e li confronta con lo stesso periodo del 2019; Colivicchi [11] mostra anche i dati relativi agli accessi totali al dipartimento di emergenza del "San Filippo Neri" del 2019 e del 2020; uno studio con i dati di due ospedali di Ravenna e di Rimini confronta i ricoveri per sindrome coronarica acuta [12]; un altro dell'ospedale universitario di Udine [13] mostra i ricoverati per patologie cardiovascolari severe; in Campania, valutando i dati di quattordici ospedali, tra il 10/03/2020 e il 04/05/2020, si è manifestato un calo delle ospedalizzazioni per pazienti con bisogno di impianti per aritmie (367 nel 2020, 584 nel 2019), con un aumento in proporzioni di sincopi aritmogene trattate rispetto ai ricoveri (107 ricoveri trattati nel 2019, 97 nel 2020) [14]. Nappi [15] mostra che anche esami come le scintigrafie miocardiche (eseguite al "Federico II" di Napoli nel periodo febbraio-maggio 2020) sono state meno del 30 % rispetto all'anno precedente. All'ospedale universitario di Trieste, nell'unità adibita agli stroke, tra il 9 marzo e il 9 aprile 2020 hanno avuto una riduzione dei ricoveri del 44.8 % rispetto al 2019 [16].

Per quanto riguarda l'accesso a cure oncologiche, sono stati presi in considerazione due studi.: nella tabella sono mostrati i dati dell'ospedale "Città della Salute e della Scienza" di Torino (gli accessi alla chirurgia oncologica, con trend simili rispetto ai tre anni precedenti nel periodo marzo-maggio 2020, tranne un calo significativo nelle operazioni al seno del 31.9%, 109 nel 2020 e 160 nel 2019, e nelle operazioni non oncologiche come la colecistectomia) [17] e dell'ICS "Maugeri" di Pavia (i pazienti che hanno avuto accesso a cure per tumori sono stati circa il 77% rispetto alla media dei quattro anni precedenti nello stesso periodo di studio) [18].

Riguardo la chirurgia d'urgenza, sono state considerate quattro citazioni: i dati del Policlinico "Tor Vergata" di Roma parlano di una riduzione di ingressi dell'84.45% nel periodo di lockdown rispetto

allo stesso periodo dell'anno precedente [19]; una corrispondenza mostra i dati durante l'intero periodo di lockdown del dipartimento di Chirurgia dell'Ospedale Universitario "La Sapienza" di Roma [20]; Rosa [21] mostra gli accessi al PS al Policlinico Gemelli di Roma seguiti da trattamento chirurgico tra il 20 febbraio e il 3 maggio, 120, e li compara al 2018, 226, e al 2019, 229; uno studio mostra i ricoveri in chirurgia d'urgenza all'ospedale di Ferrara tra il 9 marzo del 9 aprile rispettivamente del 2019 (46) e del 2020 (27) [22].

Un solo studio nel distretto municipale di Padova mostra un calo a 660 visite diabetologiche tra il 15/03/2020 e il 14/04/2020, rispetto alle 1208 e 1316 dello stesso periodo negli anni 2018 e 2019 [23].

Otto studi riguardano gli accessi al PS pediatrico e ai ricoveri: uno eseguito al Gaetano Pini di Milano[24], uno studio di due ospedali universitari di Torino (Regina Margherita) e Roma (Policlinico Umberto I) [25]; uno in due ospedali della Campania (San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno e l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon di Napoli) [26]; una corrispondenza mostra i dati della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, evidenziando un calo delle visite in pronto soccorso del 72 %, con solo gli interventi da trauma aumentati dal 2019 [27]; un'altra citazione annota di dati di un ospedale lombardo, con una diminuzione di ingressi per malattie infettive infantili [28]; le ultime fonti evidenziano un calo di ingressi al PS comparando i mesi di marzo 2019 e 2020 negli ospedali "Cesare Arrigo" di Alessandria [29], all'IRCCS materno infantile "Burlo Garofolo" di Trieste [30], e uno dell'ospedale "Degli Infermi" di Biella e del ASL "San Paolo" di Bari [31].

Un solo articolo studia gli accessi al PS di natura ginecologica e ostetrica (compresi parti e complicanze post partum, ed includendo anche i ricoveri per violenza sessuale o domestica), nel periodo 24/02-31/05, nella Clinica "Mangiagalli" del Policlinico di Milano [32].

La chirurgia ortopedica è rappresentata da due fonti: in due ospedali delle Marche è stata ritardata il più possibile la chirurgia ortopedica d'urgenza durante il lockdown, pressochè sospesi tutti gli

interventi programmati, e ritardati di notevoli mesi (tra il 09/03/2020 al 09/04/2020 si è riscontrato un calo del 46% da interventi per traumi, del 19% da urgenze e del 100% da interventi programmati rispetto allo stesso periodo del 2019) [33]; in uno studio all' IRCCS Istituto Ortopedico "Galeazzi" di Milano le ossidensometrie sono state dimezzate nel 2020 tra il 24/01 e il 27/05 rispetto l'anno precedente, con 0 esami fatti nell'aprile 2020 [34].

Due citazioni sono state considerate per mostrare le prestazioni di natura urologica: alla Fondazione IRCCS "Ca' Granda Ospedale Maggiore" Policlinico di Milano, tra 11/03 e il 09/04 del 2019 e 2020 gli ingressi al pronto soccorso di natura urologica sono stati rispettivamente 195 e 45, con 23 e 8 ricoveri [35]; all'ospedale universitario Padova hanno riscontrato dati simili [36].

Riguardo la branca dermatologica, sono stati considerati tre studi: una lettera che cita dati dell' IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia mostra una riduzione degli interventi per melanoma (durante il lockdown 163 rispetto alle 246 dell'anno prima) e delle diagnosi [37], e un altro studio nello stesso ospedale mostra un minore numero di consulenze dermatologiche al PS [38]; un articolo con i numeri dell' ospedale Maggiore della Carità a Novara mostra le operazioni fatte tra marzo e aprile del 2019 e del 2020, con anche il confronto con le prenotazioni. Le operazioni eseguite nel 2019 sono 95 (su 97 prenotate) contro le 46 del 2020 (su 87 prenotate) [39]; due studi riguardano invece l'oftalmologia: all'AOU di Pisa le visite per emergenze oftalmiche sono state 246 nel periodo 10/03/2020-04/05/2020, 959 nello stesso periodo 2019, con un calo del 74.3 % [40]; in uno studio di sei ospedali dislocati in tutta Italia ("Spedali Civili" Brescia; l'Istituto Clinico "Humanitas" di Bergamo; l'Ospedale "Sant'Anna" di Ferrara; l'Ospedale "Careggi" di Firenze; l'Ospedale Cardarelli di Campobasso; l'Ospedale Generale Vittorio Emanuele di Catania) comparando il periodo 10/03-09/04 del 2019 e 2020, ci sono state rispettivamente 3624 e 844 interventi di chirurgia oculistica [41]; per quanto riguarda la chirurgia otorinolaringoiatrica, uno studio al Policlinico "Umberto I" di Roma mostra un calo tra il 10 marzo e il 28 aprile 2020 rispetto

all'anno prima, tuttavia si attestano su valori molto simili le prestazioni per patologie oncologiche [42].

Sono stati considerati anche tre studi relativi agli accessi psichiatrici: al Dipartimento di Salute Mentale dell'ASST di Monza, tra il 21/02 e il 3/05/2020, si sono riscontrati 225 controlli di natura psichiatrica, il 58 % del periodo 22/02-05/05/2019 (388) [43]; anche l'ospedale universitario San Paolo di Milano ha presentato accessi psichiatrici in calo durante il lockdown rispetto all'anno precedente [44]; un ulteriore studio relativo a 7 reparti psichiatrici di quattro aree italiane (Brescia, Cremona, Melegnano, Monza) mostra i dati relativi ai ricoveri psichiatrici d'urgenza nel periodo di marzo 2019 e 2020, con particolare risalto nella diminuzione dei ricoveri volontari (mentre quelli non voluti rimangono simili, 20 del 2019 contro i 18 del 2020) [45].

Infine, anche la diagnostica per immagini è diminuita: uno studio di Roma comparando le prestazioni radiologiche nel periodo tra il 11/03 e l'08/04 degli anni 2019 e 2020 mostra un calo del 48.2%[46].

**Tabella 1.** Articoli selezionati da Pubmed per il nostro studio.

Autore	Tipo di ricovero/diagnosi/esame	Periodo di tempo di studio	Anno 2019 Numero di accessi	Anno 2020	Riduzione in %
Tarantini et al <sup>9</sup>	Interventistica Strutturale Cardiologica	16/3-12/4	909	185	79.6
Severino et al <sup>10</sup>	Ricoveri per infarto	21/2-31/3	192	112	41.6
Colivicchi et al <sup>11</sup>	-Ricoveri per infarto acuto - Accessi totali al dipartimento d'emergenza	20/2-20/4	127	64	49.6
			6060	2711	55.2
Fileti et al <sup>12</sup>	Ricoveri per sindrome coronarica acuta	10/3-10/4	61	47	22.9
Toniolo et al <sup>13</sup>	Ammessi per patologie cardiovascolari severe	1/3-31/3	117	57	51.2
Russo et al <sup>14</sup>	impianti per aritmie	Covid Lockdown (9/3-4/5)	584	367	37.1

Nappi et al <sup>15</sup>	Scintigrafia miocardica	Febbraio-Maggio	418	103	75.3
Naccarato et al <sup>16</sup>	Ricoveri alla Stroke Unit	9/3-9/4	29	16	44.8
Vissio et al <sup>17</sup>	- Chirurgia oncologica - Chirurgia non oncologica	9/3-8/5	420 245	372 41	11.4 83.2
Quaquarini et al <sup>18</sup>	Accessi a trattamento per tumori	Covid Lockdown	636	469	26.2
Vanni et al <sup>19</sup>	- Ingressi in pronto soccorso chirurgico - ospedalizzazioni	Covid Lockdown	2044 404	318 88	84.4 78.2
Castagneto-Gissey et al <sup>20</sup>	Accessi al ricovero chirurgico	Covid Lockdown	1603	189	88.2
Rosa et al <sup>21</sup>	Accessi al PS chirurgico	20/2-3/5	229	120	47.5
D'Urbano et al <sup>22</sup>	Ricoveri in chirurgia d'urgenza	9/3-9/4	46	27	41.3
Bonora et al <sup>23</sup>	Visite diabetologiche	15/3-14/4	1316	660	49.8
Memeo et al <sup>24</sup>	- Accessi al PS - Accessi al PS pediatrico	23/2-15/4	5486 1124	2094 256	61.8 77.2
Davico et al <sup>25</sup>	Accessi al Ps Pediatrico	6/1-19/4	23016	14239	38.1
Valitutti et al <sup>26</sup>	Accessi al PS pediatrico	Marzo-Maggio	2812	1455	48.2
Iozzi et al <sup>27</sup>	- Visite pediatriche in pronto soccorso - per trauma - otiti - nasofaringiti - dolore addominale - varicella/scarlattina	Covid Lockdown	2310 77 100 278 220 23	646 124 4 42 41 0	72.0 -62 96 84.8 79.5 100
Belinghieri et al <sup>28</sup>	Entrate in pronto soccorso per: - varicella - parotite - pertosse - scarlattina - morbillo	Primo semestre	35 3 2 2 8	6 1 0 0 0	82.8 66.6 100 100 100
Ciacchini et al <sup>29</sup>	Ricoveri PS pediatrico	Marzo	1934	461	76.1
Cozzi et al <sup>30</sup>	- Accessi PS pediatrico - Ricoverati	9/3-13/4	2866 80	646 48	77.4 40
Manzoni et al <sup>31</sup>	- Accessi PS pediatrico - Ricoverati (media giornaliera)	Marzo-Aprile	1428 1.2	226 0.3	84.1 75
Dell'Utri et al <sup>32</sup>	Accessi al PS per natura ginecologica e ostetrica	24/2-31/5	5275	3426	35.0
Battiato et al <sup>33</sup>	- Chirurgia per trauma	9/3-9/4	73	63	13.6

	- Urgenze dovute ad altre cause		31	11	64.5
	- Chirurgia ortopedica d'elezione		55	0	100
Messina et al <sup>34</sup>	Densometrie Ossee	24/1-27/5	1247	623	50.0
Gallioli et al <sup>35</sup>	- Accessi al PS per motivi urologici	11/3-9/4	195	45	76.9
	- Ospedalizzazioni		23	8	65.2
Motterle et al <sup>36</sup>	- Consultazioni urologiche	22/2-30/3	287	109	62.0
	- Accessi PS totali		14964	10278	31.3
	- Procedure invasive		76	35	53.9
	- Ricoveri		15	12	20
Barruscotti et al <sup>37</sup>	Interventi per melanoma	Covid Lockdown	246	163	33.7
Isoletta et al <sup>38</sup>	Ingressi al PS di natura dermatologica	22/2-3/5	164	33	79.8
Gironi et al <sup>39</sup>	Interventi chirurgici	5/3-3/4	95	46	51.5
Posarelli et al <sup>40</sup>	Visite per emergenze oftalmiche	Covid Lockdown	959	246	74.3
Dell'Omo et al <sup>41</sup>	- Interventi di chirurgia oculare	10/3-9/4	3624	844	76.7
	- Interventi urgenti		320	106	66.8
Ralli et al <sup>42</sup>	Interventi di chirurgia otorinolaringoiatrica	10/3-28/4	195	96	50.7
Capuzzi et al <sup>43</sup>	Visite psichiatriche al PS	21/2-3/5/2020 22/2-5/5/2019	388	225	42.0
Stein et al <sup>44</sup>	Accessi al pronto soccorso psichiatrico	Covid Lockdown	426	227	46.7
Clerici et al <sup>45</sup>	- Accessi psichiatrici	Marzo	265	182	31.3
	- Accessi psichiatrici volontari		245	164	38.1
Iezzi et al <sup>46</sup>	Procedure radiologiche	11/3-8/4	363	188	48.2

## Discussione

Gli studi selezionati mostrano uniformemente in tutto il territorio italiano un calo di ingressi al pronto soccorso e di ricoveri per patologie diverse dal Covid-19. Roscigno M (2020) [47] spiega il calo di prestazioni poiché, durante l'era del Coronavirus, si sono ridotte le risorse per tante

patologie croniche e di urgenza e per la loro prevenzione; risorse che sono state invece destinate alla lotta al Coronavirus. È infatti accettabile il fatto che nel breve periodo di lockdown si siano ridotti i controlli di screening, almeno sulla popolazione non a rischio; tuttavia dopo il primo mese di incertezza sarebbe stato opportuno cercare di riprendere in mano la situazione, riportandola ad una normalità assistenziale, considerando le complicazioni di un'ondata successiva senza aver recuperato gli strascichi assistenziali mancati nella prima. E' inoltre necessario quindi individuare nuove strategie assistenziali, per proteggere il personale sanitario e non esporre il paziente al contagio del virus, e allo stesso tempo non trascurare i malati non Covid-19. Questo discorso è già stato citato in notevoli studi [48].

Anche Grande R (2020) [49] parla delle difficoltà avute dai diabetici di tipo 2 ad avere cure adeguate durante il lockdown; Vanni parla infatti nella sua discussione dello stop degli screening, come quello per il cancro al seno, mostrando i dati delle diagnosi (approssimativamente 53500) effettuate nel corso dell'anno 2019 [50].

Per quanti riguarda gli ingressi in PS, anche questi sono calati notevolmente: la paura del virus potrebbe essere stato un deterrente efficace. Se da un lato è stato utile per diminuire gli ingressi non necessari in PS (gli studi citati mostrano un aumento notevole della percentuale di ingressi in PS seguiti da ricovero, ciò vale soprattutto per quelli di natura pediatrica [30-31], dove si può ritenere che la paura del virus abbia fatto in modo di gestire molte delle patologie infettive dell'infanzia a casa senza necessità di accesso al PS e, in alcuni casi, del ricovero), dall'altro lato si nota comunque anche un calo dei ricoveri in termini assoluti. Ciò significa che anche chi poteva aver necessità dell'ospedalizzazione ha preferito evitare e gestire la propria situazione domiciliariamente. E ciò vale per molte patologie anche gravi a rischio vita. Il fatto che ricoveri per infarto [9,10] e stroke [16] in alcune zone d'Italia siano calati è indice che anche gravi patologie non abbiano avuto la normale assistenza; lo stesso discorso si può fare anche per la chirurgia oncologica [17,18], che ha presentato meno accessi e interventi. Le prestazioni ambulatoriali o non urgenti sono calate

drasticamente, addirittura in alcune situazioni azzerate [33-42]. Anche le emergenze di natura psichiatrica sono calate [43-47].

Perciò si può dimostrare che il Covid-19 ha penalizzato, come detto precedentemente, la prevenzione e la cura di tutte le altre patologie. Per invece ridurre gli ingressi con codice verde e bianco al PS, rimuovendo gli ingressi “inutili” (cioè curabili anche con risorse non ospedaliere), e cercare di arrivare a una percentuale migliore di quella precedente al Covid.19, occorre potenziare la medicina nel territorio, con partecipazione maggiore dei medici di medicina generale nella gestione del paziente cronico per evitare ulteriori ricadute, e nel paziente con codice verde e bianco. Le prestazioni ambulatoriali o non urgenti sono calate drasticamente, addirittura in alcune situazioni azzerate.

È perciò necessario pensare a nuove possibilità per garantire il percorso assistenziale dei malati cronici e di quelli urgenti non Covid, cercando di tutelare il paziente dal contagio, ma senza scoraggiarlo per la presenza del virus.

E' inoltre importante iniziare a pensare al periodo pandemico come un'opportunità per sperimentare le nuove tecnologie: Ceriello [51] esprime parere positivo sull'uso della telemedicina durante la pandemia da Coronavirus; altri studi concordano sull'efficacia della telemedicina, per lo più positivi [52,53,54]; la telemedicina infatti è stata utile nel controllo dei pazienti diabetici e di alcune patologie cardiache [55,56]. Ciò dimostra quanto possa essere utile favorire questo metodo d'approccio, dove possibile, per tutelare al meglio gli operatori sanitari, e cercare di garantire una continuità assistenziale in molte branche della medicina anche a casa, e, con la diffusione delle tecnologie tra la popolazione di oggi, bisogna implementare la tecnologia e potenziarla, come mezzo anche di prima diagnosi, e come mezzo per un consulto rapido al paziente che si autogestisce.

## Conclusione

I dati dimostrano un calo delle prestazioni per il paziente non covid-19, anche quelli gravi, e una diminuzione dei servizi di prevenzione, soprattutto per patologie che, se diagnosticate in ritardo, possono diminuire notevolmente l'aspettativa di vita. A tal proposito si evince la necessità di una maggiore consapevolezza da parte delle istituzioni di maggiori investimenti in ambito sanitario, sia in risorse umane, strutturali e strumentali, sia in ambito preventivo [57]. D'altro canto, si denota come sia anche aumentata considerevolmente la percentuale di ricoveri diretti dopo ingresso da PS per i pazienti non covid, causata da un minor ingresso di persone in PS. Ciò a dimostrazione della meticolosità nella scelta di un eventuale ricovero da parte dei pazienti stessi, cosa che ha portato ad una diminuzione dei cosiddetti ingressi inutili in pronto soccorso, riducendo file e liste di attesa. Tuttavia a questo aspetto positivo è seguita anche una diminuzione in termini assoluti dei ricoverati successivi all'ingresso in Pronto Soccorso, anche per patologie severe, denotando perciò una minor ospedalizzazione anche per patologie a rischio vita. Si evince conseguenzialmente che un aspetto che potrebbe essere sicuramente migliorato è quello informativo, attraverso l'utilizzo di diversi mezzi di comunicazione, quali ad esempio pubblicità o brochure, atte sia a dare maggiore visibilità all'operato dei sanitari, troppo spesso oberati di lavoro, che per fornire informazioni sanitarie in linea con quelle che sono le esigenze sanitarie dichiarate, in base alla fascia d'età e all'area territoriale presa in considerazione. La pandemia ha esasperato i contrasti tra Stato nazionale e Regioni. È necessario quindi intervenire per riequilibrare l'assetto istituzionale all'origine di questo scontro. Il principio di eguaglianza richiede una tutela uniforme dei diritti e delle prestazioni sociali su tutto il territorio nazionale. È necessario ridefinire una nuova strategia che punti sulla sanità territoriale e che garantisca a tutti l'accesso ai servizi di cura, prevenzione e riabilitazione, che potenzi le strutture ospedaliere pubbliche, che assuma nuovi medici e infermieri, che utilizzi le nuove tecnologie offerte dalla telemedicina, che promuova un'adeguata integrazione dei servizi sociosanitari e che si prenda carico delle persone non autosufficienti.

### **Limiti dello Studio**

I limiti dello studio sono rappresentati dalla selezione dei campioni di notevole eterogeneità per le patologie proposte: una ricerca più approfondita su argomenti precisi, ad esempio una determinata tipologia di prestazioni ospedaliere, avrebbe affinato la ricerca, insieme all'uso di altre banche dati e con l'ausilio di letteratura grigia. I dati possono essere soggetti a bias non avendo avuto riscontro da canali istituzionali, e basandosi su dati in database da medici e operatori sanitari diversi; inoltre bisogna considerare la possibilità di ricoveri per diagnosi errata o solo parzialmente corretta. Anche una selezione geografica (come lo studio in una singola Regione) avrebbe migliorato la ricerca. Infine la mancanza di linee guida e protocolli da attuare immediatamente nelle strutture ospedaliere avrebbe potuto cambiare parzialmente i risultati.

### **Conflitto di interessi**

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse.

### **Finanziamenti**

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

**BIBLIOGRAFIA**

1. WHO, Weekly Epidemiological Update – 27 January 2021, <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---27-january-2021>
2. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, et al, Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19), Postgrad Med J. 2020 Dec;96(1142):753-758
3. Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia, Dati al 27 gennaio 2021, Istituto Superiore di Sanità, [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_27\\_gennaio\\_2021.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_27_gennaio_2021.pdf)
4. Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G, Bert F, Siliquini R, Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy, Int J Environ Res Public Health. 2020 Jul 2;17(13):4779
5. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, et al, Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy, JAMA Netw Open. 2020 May 1;3(5):e2010185. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
6. Martinez-Perez C, Alvarez-Peregrina C, Villa-Collar C, Sánchez-Tena MA, Citation Network Analysis of the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Int J Environ Res Public Health. 2020 Oct 21;17(20):E7690. doi: 10.3390/ijerph17207690
7. Cheli M, Dinoto A, Olivo S, Tomaselli M, Stokelj D, et al, SARS-CoV-2 pandemic and epilepsy: The impact on emergency department attendances for seizures, Seizure. 2020 Aug 22;82:23-26
8. Garrafa E, Levaggi R, Miniaci R, Paolillo C, When fear backfires: Emergency department accesses during the Covid-19 pandemic, Health Policy. 2020 Oct 24;S0168-8510(20)30261-X

9. Tarantini G, Fovino LN, Scotti A, Marchese A, Berti S, et al, [Impact of COVID-19 pandemic on structural heart interventions in Italy], *G Ital Cardiol (Rome)*. 2020 Nov;21(11):45-47
10. Severino P, D'Amato A, Saglietto A, et al, Reduction in heart failure hospitalization rate during coronavirus disease 19 pandemic outbreak, *ESC Heart Fail*. 2020 Oct 23. doi: 10.1002/ehf2.1304
11. Colivicchi F, Di Fusco SA, Magnanti M, et al, The Impact of the Coronavirus Disease-2019 Pandemic and Italian Lockdown Measures on Clinical Presentation and Management of Acute Heart Failure, *J Card Fail*. 2020 Jun;26(6):464- 465
12. Fileti L, Vecchio S, Moretti C, Impact of the COVID-19 pandemic on coronary invasive procedures at two Italian high-volume referral centers, *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2020 Nov;21(11):869-873
13. Toniolo M, Negri F, Antonutti M, Masè M, Facchin D, Unpredictable Fall of Severe Emergent Cardiovascular Diseases Hospital Admissions During the COVID-19 Pandemic: Experience of a Single Large Center in Northern Italy, *J Am Heart Assoc*. 2020 Jul 7;9(13):e017122
14. Russo V, Pafundi PC, Rapacciuolo A, D'Andrea A, de Devitiis M, et al, Arrhythmogenic syncope leading to cardiac rhythm management procedures during COVID-19 lockdown, *Expert Rev Med Devices*. 2020 Oct 22. doi: 10.1080/17434440.2020.1841632
15. Nappi C, Megna R, Acampa W, Assante R, Zampella E, et al, Effects of the COVID-19 pandemic on myocardial perfusion imaging for ischemic heart disease, *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2020 Aug 11;1-7
16. Naccarato M, Scali I, Olivo S, Ajcevic M, Stella AB, et al, Has COVID-19 played an unexpected "stroke" on the chain of survival?, *J Neurol Sci*. 2020 Jul 15;414:116889
17. Vissio E, Falco EC, Collelli G, Borella F, Papotti M, et al, Impact of COVID-19 lockdown measures on oncological surgical activity: Analysis of the surgical pathology caseload of a

- tertiary referral hospital in Northwestern Italy, *J Surg Oncol.* 2020 Oct 20. doi: 10.1002/jso.26256
18. Qua Quarini E, Saltalamacchia G, Presti D, Caldana G, Tibollo V, et al, Impact of COVID-19 Outbreak on Cancer Patient Care and Treatment: Data from an Outpatient Oncology Clinic in Lombardy (Italy), *Cancers (Basel).* 2020 Oct 12;12(10):E2941
  19. Vanni G, Legramante JM, Pellicciaro M, DE Carolis G, Cotesta M, et al, Effect of Lockdown in Surgical Emergency Accesses: Experience of a COVID-19 Hospital, *In Vivo.* Sep-Oct 2020;34(5):3033-3038
  20. Castagneto-Gissey L, Casella G, Russo MF, Del Corpo G, Iodice A, et al, Impact of COVID-19 outbreak on emergency surgery and emergency department admissions: an Italian level 2 emergency department experience, *Br J Surg.* 2020 Jul 20;10.1002/bjs.11813
  21. Rosa F, Covino M, Sabia L, Quero G, Fiorillo C, et al, Surgical emergencies during SARS-CoV-2 pandemic lockdown: what happened?, *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2020 Nov;24(22):11919-11925
  22. D'Urbano F, Fabbri N, Radica MK, Rossin E, Calcoforo P, Emergency surgery in COVID-19 outbreak: Has anything changed? Single center experience, *World J Clin Cases.* 2020 Sep 6;8(17):3691-3696
  23. Bonora BM, Morieri LM, Avogaro A, Fadini GP, The Toll of Lockdown Against COVID-19 on Diabetes Outpatient Care: Analysis From an Outbreak Area in Northeast Italy, *Diabetes Care.* 2020 Oct 30;dc201872
  24. Memeo A, Priano D, Caldarini C, et al, How the pandemic spread of COVID-19 affected children's traumatology in Italy: changes of numbers, anatomical locations, and severity, *Minerva Pediatr.* 2020 Oct 5. doi: 10.23736/S0026-4946.20.05910-1

25. Davico C, Marcotulli D, Lux C, et al, Where have the children with epilepsy gone? An observational study of seizure-related accesses to emergency department at the time of COVID-19, *Seizure*. 2020 Oct 5;83:38-40
26. Valitutti F, Zenzeri L, Mauro A, Pacifico R, Borrelli M, et al, Effect of Population Lockdown on Pediatric Emergency Room Demands in the Era of COVID-19, *Front Pediatr*. 2020 Sep 18;8:521
27. Iozzi L, Brambilla I, Foadelli T, Marseglia GL, Ciprandi G, Paediatric emergency department visits fell by more than 70% during the COVID-19 lockdown in Northern Italy, *Acta Paediatr*. 2020 Jul 4 : 10.1111/apa.15458
28. Belingheri M, Paladino ME, Piacenti S, Riva MA, Effects of COVID-19 lockdown on epidemic diseases of childhood, *J Med Virol*. 2020 Jul 3;10.1002/jmv.26253. doi: 10.1002/jmv.26253
29. Ciacchini B, Tonioli F, Marciano C, et al, Reluctance to seek pediatric care during the COVID-19 pandemic and the risks of delayed diagnosis, *Ital J Pediatr*. 2020 Jun 29;46(1):87
30. Cozzi G, Zanchi C, Giangreco M, Rabach I, Calligaris L, et al, The impact of the COVID-19 lockdown in Italy on a paediatric emergency setting, *Acta Paediatr*. 2020 Jun 29;10.1111/apa.15454
31. Manzoni P, Militello MA, Fiorica L, et al, Impact of COVID-19 epidemics in paediatric morbidity and utilisation of Hospital Paediatric Services in Italy, *Acta Paediatr*. 2020 Jun 22;10.1111/apa.15435. doi: 10.1111/apa.15435
32. Dell'Utri C, Manzoni E, Cipriani S, et al, Effects of SARS Cov-2 epidemic on the obstetrical and gynecological emergency service accesses. What happened and what shall we expect now?, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Nov;254:64-68

33. Battiato C, Berdini M, Luciani P, Gigante A, Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on the epidemiology of orthopedics trauma in a region of central italy, *Injury* . 2020 Oct 2;S0020-1383(20)30778-6
34. Messina C, Buzzoni AC, Gitto S, Disruption of bone densitometry practice in a Northern Italy Orthopedic Hospital during the COVID-19 pandemic, *Osteoporos Int*. 2020 Aug 10;1-5
35. Gallioli A, Albo G, Lievore E, Boeri L, Longo F, et al, How the COVID-19 Wave Changed Emergency Urology: Results From an Academic Tertiary Referral Hospital in the Epicentre of the Italian Red Zone, *Urology*. 2020 Oct 1;S0090-4295(20)31186-9
36. Motterle G, Morlacco A, Iafrate M, Bianco M, Federa G, et al, The impact of COVID-19 pandemic on urological emergencies: a single-center experience, *World J Urol*. 2020 May 23;1-5
37. Barruscotti S, Giorgini C, Brazzelli V, Vassallo C, Michelerio A, et al, A significant reduction in the diagnosis of melanoma during the COVID-19 lockdown in a third-level center in the Northern Italy, *Dermatol Ther*. 2020 Jul 26;e14074
38. Isoletta R, Vassallo C, Brazzelli V, Giorgini C, Tomasini CF, et al, Emergency accesses in Dermatology Department during the Covid-19 pandemic in a referral third level center in the north of Italy, *Dermatol Ther*. 2020 Nov;33(6):e14027. doi: 10.1111/dth.14027
39. Gironi LC, Boggio P, Giorgione R, Esposito E, Tarantino T, et al, The impact of COVID-19 pandemics on dermatologic surgery: real-life data from the Italian Red-Zone, *J Dermatolog Treat* . 2020 Jul 7;1-7
40. Posarelli C, Maglionico MN, Covello G, Logiudice P, Cipriano A, et al, Ophthalmological emergencies and the SARS-CoV-2 outbreak, *Observational Study PLoS One* . 2020 Oct 1;15(10):e0239796

41. dell'Omo R, Filippelli M, Semeraro F, Avitabile T, Giansanti F et al, Effects of the first month of lockdown for COVID-19 in Italy: A preliminary analysis on the eyecare system from six centers, *Eur J Ophthalmol.* 2020 Aug 24;1120672120953074
42. Ralli M, Minni A, Candelori F, Cialente F, Greco A, de Vincentiis M, Effects of COVID-19 Pandemic on Otolaryngology Surgery in Italy: The Experience of Our University Hospital, *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020 Jul;163(1):86-88
43. Capuzzi E, Di Brita C, Caldiroli A, Colmegna F, Nava R, et al, Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy, *Psychiatry Res.* 2020 Sep 18;293:113463
44. Stein H-C, Giordano B, Del Giudice R, Basi C, Gambini O, D'Agostino A, Pre/post comparison study of emergency mental health visits during the COVID-19 lockdown in Lombardy, Italy, *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 Nov;74(11):605-607
45. Clerici M, Durbanò F, Spinogatti F, et al, Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during COVID-19: did they change? An analysis of register data, *Ir J Psychol Med.* 2020 May 5;1-8
46. Iezzi R, Valente I, Cina A, et al, Longitudinal study of interventional radiology activity in a large metropolitan Italian tertiary care hospital: how the COVID-19 pandemic emergency has changed our activity, *Eur Radiol.* 2020 Dec;30(12):6940-6949
47. Roscigno M, Naspro R, Picciché A, Muttin F, Angiolilli D, et al, A Snapshot from the Department of Urology in Bergamo Evaluating the Timeline of the SARS-CoV-2 Outbreak: Which Patients Are We Missing?, *Eur Urol Focus.* 2020 Sep 15;6(5):1120-1123
48. Viganò M, Mantovani M, Cozzolino P, Harari S, Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases, *Intern Emerg Med.* 2020 Jun 9 : 1–4

49. Grande R, Fiori G, Russo G, Filamonti P, Campagnol M, di Marzo L, A multistage combined approach to promote diabetic wound healing in COVID-19 era, *Int Wound J.* 2020 Aug 21;10.1111/iwj.13476. doi: 10.1111/iwj.13476
50. Vanni G, Pellicciaro M, Materazzo M, Bruno V, Oldani C, et al, Lockdown of Breast Cancer Screening for COVID-19: Possible Scenario, *In Vivo .* Sep-Oct 2020;34(5):3047-3053
51. Ceriello A, Lessons from COVID-19: How human behaviour may influence the science, *Diabetes Res Clin Pract.* 2020 Oct 2;169:108491
52. Santonicola A, Zingone F, Camera S, Siniscalchi M, Ciacci C, Telemedicine in the COVID-19 era for Liver Transplant Recipients: an Italian lockdown area experience, *Clin Res Hepatol Gastroenterol .* 2020 Aug 4;S2210-7401(20)30203-5
53. Di Carlo F, Sociali A, Picutti E, Pettorusso M, Vellante F, et al, Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance, *Int J Clin Pract .* 2020 Sep 18;e13716
54. De Santis G, Palladino T, Acciaro AL, Starnoni M, The Telematic solutions in plastic surgery during COVID-19 pandemic, *Acta Biomed.* 2020 Jul 28;91(3)
55. Petrelli F, Cangelosi G, Scuri S, Diabetes and technology: A pilot study on the management of patients with insulin pumps during the COVID-19 pandemic, *Diabetes Res Clin Pract.* 2020 Sep 28;169:108481
56. Tini G, Vianello PF, Rizzola G, et al, Telehealth monitoring for hypertrophic cardiomyopathy and amyloid cardiomyopathy patients: lessons from the coronavirus disease 2019 lockdown in Italy, *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2020 Aug;21(8):622-623
57. Brusini A, An interpretation of preventive care spent in Italy and a new opportunity after COVID-19 pandemia, *J Infect DisPrev Med,* 2020, 9:2010

## La paura nell'anziano: una ricerca intervento basata sull'osservazione partecipe.

Giulia Bindi<sup>1</sup> and Gabriele Giacomelli\*<sup>2</sup>

1. Dipartimento di infermieristica ospedaliera, A. O. U. Careggi, Firenze
2. Dipartimento di infermieristica territoriale, USL Toscana Centro

\* *Corresponding Author*: Gabriele Giacomelli, Assistenza Infermieristica Territoriale USL Toscana Centro & Scuola di Scienze della Salute, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Firenze (Italia). E-mail: gabriele@relazioniesalute.it

*Articolo originale*

*DOI: [10.32549/OPI-NSC-49](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-49)*

*Sottomesso il 18 Gennaio, 2021*

*Revisionato il 03 Aprile, 2021*

*Accettato il 05 Aprile, 2021*

*Questo articolo è concesso con licenza internazionale Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0).*

## ABSTRACT

**Introduzione:** La fragilità dell'anziano è fisica e psichica e su di entrambe vi è influenza degli eventi stressanti della vita. Le paure che insorgono possono essere determinate da stereotipi che spesso egli tende ad accettare e che lo portano a ritenersi incapace fino ad un lento declino intellettuale. Questa ricerca ha l'obiettivo di approfondire le conoscenze sulle paure dell'anziano ricoverato e sperimentare la “presenza dell'infermiere” come possibile intervento.

**Materiali e Metodi:** All'interno di un Reparto “Cure Intermedie” è stata svolta una ricerca qualitativa con osservazione partecipante (studio osservazionale descrittivo tipo “serie di casi”). I dati raccolti sono stati analizzati attraverso il metodo l'analisi del contenuto.

**Risultati:** Dalle osservazioni di 13 pazienti (9 donne e 4 uomini; età media 71 anni), sono emersi principalmente contenuti positivi come “Gioia (47)”, “Attesa (35)” e “Offerta-ricordo (33)”. Il contenuto “Paura (16)” diversamente dalla bibliografia consultata è risultato presente ma non preponderante.

**Discussione:** Dall'analisi approfondita del materiale pare emergere che gli aspetti negativi comprendenti la “Paura” sono tra loro molto collegati ma il grosso nucleo di sofferenza viene destabilizzato dagli aspetti affettivi (speranza, aspettativa, amore) che arriva ad una prospettiva positiva (gioia, piacere, gratitudine). “Ascolto” e “disponibilità” sono stati i principali interventi attuati durante l'osservazione e coerentemente a quanto descritto in letteratura hanno permesso di registrare un impatto positivo sui pazienti. Un approfondimento è stato dedicato al concetto di “Offrire-dono” inteso come atto di riconoscimento attivo da parte del paziente verso l'operatore, con le sue implicazioni simboliche e psicologiche. Nell'analisi del materiale sono anche stati presi in considerazione aspetti legati alla psicologia positiva e allo “human caring”, come l'importanza e l'effetto del sorriso, della presenza fisica, dell'empatia nella condivisione e i risvolti nell'ambito di cura.

In base agli indicatori della *Diagnosi Infermieristica di Paura* di Lynda Juall Carpenito-Moyet, la valutazione iniziale durante la fase di accertamento degli stati di paura del paziente, permette un'assistenza basata anche sulla pratica dell'ascolto, competenza fondamentale dell'infermiere. Nei pazienti valutati si è assistito ad una riduzione dello stato di paura nelle osservazioni successive e nelle stesse, ipotizzando un effetto efficace della “presenza”.

**Parole Chiave:** anziano; paura; presenza; gratitudine; human caring.

## Fear in the Elderly

### ABSTRACT

**Introduction:** Frailty in elderly is physical and psychological conditions which could negatively influence their life events. The fears that arise can be determined by stereotypes that the elderly often tend to accept and that lead them to consider themselves unable up to a slow intellectual decline. This research aims to deepen the description of the manifestations of fear in the elderly and “the presence of nurses” as a possible intervention.

**Materials and Methods:** A qualitative research with participant observation (descriptive study with case series) was carried out within an “Intermediate Care” Department. Data collected was analyzed using the content analysis method.

**Results:** From content analysis of the collected material, during the participatory observation of the 13 patients enrolled in this research (9 women and 4 men; mean age 71 years), mainly positive contents emerged: "*Joy (47)*", "*Waiting (35)*" and "*Offer-memory (33)*". The content "*Fear (16)*", unlike the bibliography consulted, was present but not preponderant.

**Discussion:** From the in-depth analysis of the material it seems to emerge that negative aspects including "Fear" are very closely linked but the large core of suffering is destabilized by the affective aspects (hope, expectation, love) that reaches a positive perspective (joy, pleasure, gratitude). "Listening" and "availability" were main interventions implemented during observation and consistently with what is described in the literature, they made it possible to record a positive impact on patients. An in-depth study was dedicated to the concept of "*Offering-gift*" understood as an act of active recognition by the patient towards the operator, with its symbolic and psychological implications. In the analysis of the material, aspects related to positive psychology and "*human caring*" were also taken into consideration, such as the importance and effect of smiling, physical presence, empathy in sharing and the implications in the area of care.

Based on the indicators of Lynda Juall Carpenito-Moyet's *Nursing Diagnosis of Fear*, the initial assessment during the assessment phase of the patient's states of fear, allows assistance based also on the practice of listening, a fundamental nursing competence. In the patients evaluated there was a reduction in the fear, in the subsequent observations and in the same, hypothesizing an effective effect of "presence".

**Keywords:** elderly; fear; presence; gratitude; human caring.

*Original article*

*DOI:* [10.32549/OPI-NSC-49](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-49)

*Submitted January 18<sup>th</sup>, 2021*

*Revised April 3<sup>rd</sup>, 2021*

*Accepted April 5<sup>th</sup>, 2021*

*This article is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0 International License (CC BY NC ND 4.0).*

**INTRODUZIONE**

*“Uscendo dalla stanza ripenso alla sua risposta, al fatto di aver dichiarato di aver avuto paura e di averlo negato in un secondo momento quando gli è stato chiesto in maniera diretta.” (Paziente 3, osservazione 1)*

*“Saluto S. e lo ringrazio per le sue parole. Mi sento piccola davanti a tanta sofferenza che ha provato S. e che continua a provare. Credo che dovremmo amare la vita ed ogni singolo giorno perché purtroppo c'è chi ha avuto la sfortuna di avere meno di noi e che soffre in silenzio. Questa chiacchierata con S. mi ha lasciato un mix di emozioni, inizialmente un po' di distacco davanti ad una persona molto espansiva ed io molto più chiusa, poi interesse nelle sue parole, dispiacere, gioia allo stesso tempo nel vedere tanta vita in una persona che soffre così tanto. Incontrare persone con un grande bagaglio così, ci fa sentire tanto piccoli.” (Paziente 4, osservazione 1)*

La dichiarazione e poi la negazione della paura da parte del paziente fanno pensare ad una sopraffazione della realtà. Molte volte avvertendo un sentimento forte, come la paura, è l'imbarazzo del proprio giudizio che può portare alla negazione.

Gli eventi negativi nella vita dell'anziano, come la presenza di malattie, morte del partner o dei familiari, povertà, rappresentano un peso sul piano dell'esperienza affettiva e sono inevitabili solitudine, dolore e paura della morte [1–3]. Le conseguenze a livello psicologico delle patologie che possono affliggere la persona anziana, diventano evidenti durante il ricovero nell'ambiente estraneo – ospedaliero [4]. Le capacità intellettuali subiscono dei cambiamenti nell'età senile le quali possono impedire di adattarsi velocemente a situazioni nuove [5]. Molte situazioni provocano sentimenti di paura e spesso tali sentimenti causano conseguenze negli esiti della cura delle patologie con le quali interagiscono [6], il sentimento di sicurezza è un aspetto che necessita di essere curato nell'assistenza [7,8].

Le persone anziane si avvicinano al concetto della paura di morire, data anche dalla presenza di patologie che tendono ad aumentare questo sentimento e spesso rimane difficile per loro affrontare questo argomento [9]. La paura è amplificata anche dall'ambiente ospedaliero, diverso rispetto a quello nel quale la persona solitamente vive, poiché nel nuovo ambiente mancano gli oggetti personali, tutti possono entrare senza bussare ed essa si sente privata della sua libertà. “Il trasferimento di abitazione è considerato un evento stressante a tutte le età e lo è a maggior ragione per i soggetti anziani” [1,4,10]. La comparsa della paura può influire sul benessere psicologico dell'intera persona. Molte volte l'anziano teme di essere inadeguato al contesto e l'operatore che lo percepisce, tende ad allontanarsi creando un distacco o sviluppando ostacoli per una buona relazione. Così facendo si creano degli ostacoli nella relazione che possono incidere sulla qualità dell'assistenza erogata [6].

### **Obiettivo dello studio**

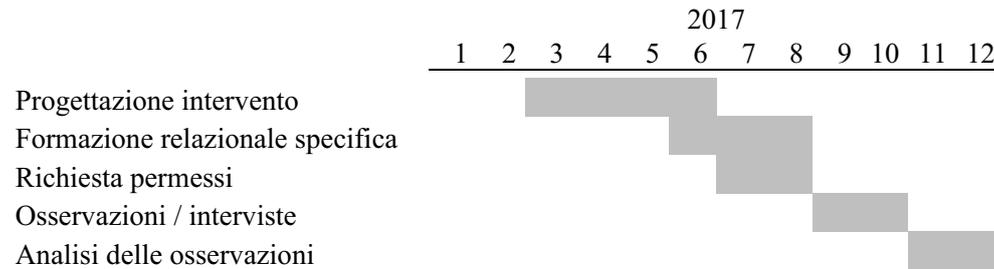
Lo scopo di questa ricerca è stato dunque di approfondire alcuni aspetti della paura nell'anziano e verificare se la “presenza” dell'infermiere è un intervento efficace a ridurre la sensazione di paura.

## **MATERIALI E METODI**

### **Procedure**

Lo studio è iniziato a fine settembre 2017 ed è durato un mese con una cadenza di due/tre sessioni di osservazioni a settimana. Le osservazioni sono state svolte da una studente di infermieristica dopo una preparazione di base alle relazioni di cura infermieristica [11] e sotto la supervisione di due infermieri esperti. Nella Figura 1 è riportata la successione cronologica delle fasi della ricerca. Su richiesta del personale sono state inserite nel campione di studio anche tre persone con età inferiore a 65 anni, identificati come portatori di “problemi relazionali”. I pazienti che hanno manifestato rifiuto alla partecipazione nello studio o alla firma del consenso dati sono stati esclusi

dallo studio. Prima di iniziare la ricerca è stato richiesto e ottenuto il parere favorevole della “S.O.S. Etica e cura” della Azienda USL Toscana Centro (rilasciato in data 14.09.2017) e tutti i dati sono stati resi anonimi per garantire la privacy.



**Figura 1.** *Rappresentazione fasi della ricerca.*

Nella seconda fase sono stati svolti due o tre incontri di osservazione partecipante dei pazienti: sono stati riportati su un diario anche gli indicatori relativi alla diagnosi di paura in collaborazione col personale di reparto. Ad ogni incontro l’osservatore entrava nella stanza dei pazienti selezionati, accompagnato da un operatore del reparto (oss / infermiere) o in modo autonomo; dopo la presentazione veniva spiegato il motivo della ricerca e chiesto la firma per il consenso. Successivamente l’osservatore si tratteneva nella stanza del paziente per compiere le osservazioni che venivano riportate su un diario per un periodo di osservazione di circa 30 minuti: in tale situazione di osservazione partecipa l’osservatore se interrogato o coinvolto dava il suo contributo per evitare una situazione asettica di osservazione. Nel limite del possibile sono state riportate frasi o parole che in seguito sono state sottoposte al processo di analisi; nei casi in cui la redazione delle osservazioni avrebbe compromesso la serenità del setting la trascrizione è avvenuto dopo il periodo di osservazione.

Nella terza fase è stata svolta l’analisi dei dati raccolti assegnando dei codici ad ogni frase o gesto espresso e/o manifestato dai pazienti. Dopo una razionalizzazione dei codici emersi, l’analisi è proseguita attraverso un raggruppamento dei codici tramite “categorie” e lo studio di tabelle e grafici [12].

### **Popolazione di studio**

Lo studio condotto è stato rivolto alla popolazione anziana, ricoverata in strutture sanitarie. La ricerca è stata svolta su un campione di pazienti anziani (età media 71 anni) provenienti da reparti di medicina e ricoverati in una unità di “Cure intermedie”. L’inclusione dei pazienti nello studio è stata svolta da parte del personale infermieristico del reparto, sulla base di una *diagnosi infermieristica di “Paura”* [13] secondo una modalità di comodo compatibile con le attività istituzionali della struttura ospitante. Nella ricerca sono stati inclusi 13 pazienti, 9 donne e 4 uomini con età superiore o uguale ai 65 anni, con l’eccezione di 3 pazienti che hanno costituito un nucleo di confronto sui dati rilevati (considerando il gruppo di confronto, il gruppo di ricerca ha avuto un’età media di 75 anni). Tutti i pazienti che sono inclusi in questo studio avevano letto, capito e firmato il consenso informato, per coloro che non erano in grado è stato fatto riferimento ai rispettivi caregiver; tutti i dati sono stati resi anonimi; per la partecipazione allo studio non sono stati distribuiti incentivi.

### **Criteri di inclusione**

- età uguale o superiore ai 65 anni;
- Comprensione e firma del consenso informato.
- Un eventuale stato di confusione è stato considerato inseparabile dalla situazione complessa correlata alla paura (per le persone in stato di confusione è stato richiesto il consenso ai propri caregiver).

### **Criteri di esclusione**

- Volontà a non voler partecipare allo studio.
- Impossibilità di far comprendere all’assistito o ai familiari i motivi dello studio.

## **Strumenti**

Per esplorare gli aspetti legati alla paura è stata ideata una ricerca-intervento [14], basata su osservazione partecipante. La rilevazione dei dati è avvenuta attraverso un diario nel quale sono stati descritti gli incontri con frasi dette dai pazienti, dall'osservatore, dai familiari, dagli operatori, anche decifrando le espressioni sul volto dei pazienti stessi. Il report delle osservazioni e interazioni ha costituito il testo base su cui sono state svolte le analisi.

Per la valutazione del livello di paura invece è stata effettuata attraverso le caratteristiche definenti la diagnosi infermieristica di "Paura" [13] e l'attribuzione di un punteggio (0-nessuna, 1-lieve, 2-moderata o 3-elevata). Con la collaborazione del personale di reparto è stato riportato lo stato del paziente rispetto al primo incontro (vedere Tabella 1).

La modalità di osservazione, che prevedeva una disponibilità al colloquio durante i momenti di osservazione sul campo ha reso sicuramente meno obiettiva l'osservazione ma è stata scelta per rendere l'ambiente maggiormente confidenziale e garantire l'agiatezza ai partecipanti.

## **Analisi qualitativa**

La prospettiva teoria considerata alla base dell'analisi svolta si ispira al modello di "grounded theory" [15]; l'analisi sul testo prodotto attraverso i diari delle osservazioni è stata una analisi del contenuto quantitativa [12]. Per l'analisi qualitativa è stata utilizzata una Analisi Qualitativa Computer Assistita (CAQDAS - computer assisted qualitative data analysis software) tramite "R" (16) ed in particolare il modulo "RQDA" [17]. I dati sono presentati tramite una condensazione in tabella e una rappresentazione tramite diagramma network (basato sulla teoria dei grafi). L'analisi qualitativa non si è posta l'obiettivo della completa saturazione dei dati a favore di una maggiore realizzabilità in tempi relativamente brevi della ricerca, comprendendo che una semplificazione del

genere non orienta verso dati certi ma almeno la dichiarazione di dati fondati, sui quali confrontare alcuni aspetti dell'assistenza (in particolare l'effetto della presenza).

## RISULTATI

Nella tabella 1 sono riportate le caratteristiche del campione analizzato: 9 partecipanti di sesso femminile e 4 di sesso maschile; l'età media del campione è stata 71 anni. Sono state svolte 3 sessioni di osservazione per 2 partecipanti, 2 sessioni per 5 partecipanti e una unica sessione per i rimanenti 6 partecipanti. Nella stessa tabella è riportata la riduzione dello stato di paura avvenuto in 6 casi, ovvero il suo mantenimento in altri 6 casi (di cui 2 risultavano già al grado minimo quando è stata svolta l'osservazione) e l'unico caso in cui si è assistito ad una comparsa dove era assente.

ID	Anni	Sesso	Sessioni	Stato di paura	Andamento
4*	55	M	1	2-medio --> 1-lieve	+
5	84	F	1	2-medio --> 1-lieve	+
7	84	F	3	3-alto --> 1-lieve	+
10	66	F	1	3-alto --> 2-medio	+
11*	50	M	2	2-medio --> 1-lieve	+
13	68	F	2	3-alto --> 1-lieve	+
1	71	F	3	1-lieve --> 1-lieve	=
3	71	M	1	1-lieve --> 1-lieve	=
6*	64	M	2	1-lieve --> 1-lieve	=
8	68	F	1	0-nessuno --> 0-nessuno	=
9	82	F	2	1-lieve --> 1-lieve	=
12	72	F	1	0-nessuno --> 0-nessuno	=
14	85	F	2	0-nessuno --> 1-lieve	-
2				no consenso	

**Tabella 1.** *Caratteristiche del campione e evoluzione diagnosi di "paura" (\* pazienti non considerati nel campione). "Stato di paura": 0 = assente, 1 = lieve, 2 = media, 3 = alto.*

Nella Tabella 2 e nella Figura 2 sono riportati codici e frequenze. "Gioia-felicità" è il codice che appare più volte rispetto a tutti gli altri (47 volte). Seguono: "Attesa" (35 volte), "Offerta-ricordo"

(33 volte), “Preoccupazione” (29 volte), “Gratitudine” (23 volte). Il codice “Paura” compare solo 16 volte.

	Sessioni	1.1	1.2	1.3	3.1	4.1	4.1	6.1	6.2	7.1	7.2	7.3	8.1	9.1	9.2	10.1	11.1	11.2	12.1	13.1	13.2	14.1	14.2	T
1 Gioia-felicità		2	4	3			2			2	4	2	1	3	2	2	2	3	5	1	2	3	4	47
2 Attesa		4	1				1	3	1			2	3	1	2	3	4	4	3	1		2		35
3 Offerta-ricordo		5	1	1	1	1	2	4			1	1		3	3	1		2	2		1	2	2	33
4 Preoccupazione		1	1	5	1		2			2	1		1			3	1	3	1		2	2	3	29
5 Gratitudine				1		1		1		1		2	1		1	3	3	4	1	1	1	1	1	23
6 Commozione		1		1			1				2					4	4	1	1	2	5			22
7 Delusione-tristezza		1	1	1	1	4	2						1				2			2	4	1	1	21
7 Patologia-salute		1	1	2		4		1		1		1	3	1	1		1				2	1	1	21
8 Stanchezza		1					1			1		1	1	1		3	1	2		2	3		2	19
9 Dolore				1	1	2	1			1		1			1	1	2	1		2	1		4	18
Affetto		1	1	2	1			1				1	1	1	2	1					1	1	2	16
10 Desideri		3	1		1	1		2							2	1	1		1	1	1	1	1	16
<b>Paura</b>		<b>1</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>										<b>4</b>			<b>3</b>	<b>2</b>		<b>1</b>	<b>16</b>
11 Imbarazzo			1				3					1		2			4			2				13
12 Piacere		2		1		1		1	1				1	1	1			1	2					12
13 Senso di morte						3						1				2		2			2		1	11
Turbamento-tensione		1	1	1		2	1									2	1			1	1			11
14 Prendersi cura						2		1							2		2		1			1	1	10
Tranquillità		2								2	4								2					10
Disponibilità		1			1	1		2					1	1		1			1					9
15 Fastidio			1	1				1		2					1	2							1	9
Senso di colpa								5							1			1		1	1			9
16 Consapevolezza		1	1	1		1		2					1					1						8
17 Nostalgia																2		2				1	2	7
Distogliere lo						1	1							1						2	1			6
18 Rabbia						2											2	1			1			6
Solitudine						3										1	2							6
Supporto		1				1										1	2				1			6
Complimenti						1														1		1	2	5
19 Confusione										2				2	1									5
Fragilità (indifeso)						2						2		1										5
Obiettivo			2	1		1												1						5
20 Igiene-procedure				1		1						1							1					4
Responsabilità			1			1		1					1											4
Ingiustizia						1		1									1							3
Interesse					3																			3
21 Motivazione-stimolo			2	1																				3
Noia						1	1						1											3
Pulizie		1					1																1	3
Rifiuto																1				2				3
Cambiamento						1		1																2
Gentilezza						1								1										2
22 Identificare -											2													2
Tenacia			1		1																			2
Umiltà						2																		2
Bellezza															1									1
23 Delega																					1			1
Egocentrismo						1																		1
Sintonia		1																						1

**Tabella 2.** Codici suddivisi per pazienti ed incontri.



La parte centrale del grafico riporta i codici con molte interazioni quindi più coinvolti nell'oggetto di studio; possono essere notati codici quali: "Offerta-ricordo", "Fragilità(indifeso)", "Supporto", "Attesa", "Desiderio", "Cambiamento", "Patologia", "Salute", "Consapevolezza".

Il grafico è una chiara illustrazione del conflitto *paura-stati-correlati* versus *speranza-amore-piacere*, i costrutti sui quali agisce sono in rapporto maggiormente con "Patologia – salute", "Igiene", "procedure", "Fragilità(indifeso)", "offerta ricordo", "Comunicazione", "desideri" e "Affetto".

### **Ulteriori temi emersi**

Oltre a quelli riportati nella descrizione del diagramma, alcuni temi hanno richiamato una particolare attenzione e sono stati particolarmente stimolanti durante l'analisi del materiale.

### **Dono e Gratitudine**

Questo tema ha messo in luce che pensare la cura come qualcosa che dal sanitario va verso il paziente ha un carattere limitato.

*«Vuoi un budino?» Colpisce la semplicità del gesto: dovremmo essere noi a "dare" assistenza al paziente e invece è lei ad "offrire" qualcosa. (Paziente 06, osservazione 1)*

*«Sì, ho letto altre pagine, poco per volta. Poi te lo passo e lo leggi anche te!» (Paziente 09, osservazione 2)*

Nella parte centrale del Grafico Network (Figura 3), emerge come centrale il codice "Offerta-ricordo". Durante le sessioni di osservazione in quasi tutti i pazienti è emersa l'azione di offrire qualcosa: budini, caramelle, poesie, ricordi.

## **Paura**

*“Era la morte all’inizio la mia più grande paura...” (Paziente 13, osservazione 2)*

Le emozioni sono strettamente correlate all’ambiente circostante o a quello che è interno alla persona. James dichiara che l’uomo non scappa perché ha paura, ma perché si accorge di averla ed ha già messo in atto il tentativo di fuga [1].

Alcune emozioni mostrano una connessione con *paura* (Figura 3): *sfiducia* per la paura dell’abbandono, *rabbia* per paura di non essere considerato, *pregiudizio* per paura del confronto, *impotenza* per la paura di fare, *giudizio* per paura dell’altro, *senso di colpa* per paura di aver sbagliato. *Infelicità, tristezza e dolore* richiamano emozioni negative che possono sovrapporsi con la paura. Tale vicinanza di concetti richiama anche il costrutto di “sindrome migratoria”, che si manifesta quando una persona si trova in un ambiente di vita estraneo [4]. Così potrebbe essere interpretata la sovrapposizione dei concetti negativi osservabile nel Diagramma Network (Figura 3). La paura di non essere amati risale alle cure parentali insieme alle quali veniva trasmesso l’amore. “Amore” è una categoria della parte positiva del Diagramma Network (si veda Figura 3).

## **Depersonalizzazione**

*“Ho durato fatica ad accettarlo, lì per lì ho sdrammatizzato con una delle mie solite battute, poi una volta da solo, ci ho riflettuto ... non mi riconoscevo più all’inizio ... è stata dura da digerire” (Paziente 4, osservazione 1).*

La depersonalizzazione si caratterizza dal fatto che il paziente non si sente più la stessa persona che era prima del ricovero.

## Contatto

In molte occasioni l'aspetto fisico è risultato centrale, una comunicazione oltre le parole.

*“Le accarezzo la mano, mi sorride, le sorrido. Rimaniamo per un po' in silenzio”*

*(Paziente 7, osservazione 2)*

*“Grazie tesoro, vieni qua, dammi la mano” è stato sufficiente stringere loro la mano, sorridendo in silenzio. Quella stretta ha permesso di comunicare oltre alle parole, l'emozione della “presenza”. (Paziente 14, osservazione 2)*

## Speranza

Dall'analisi dei dati emerge una categoria centrale nella parte positiva del Diagramma Network (Figura 3), la “Speranza”. Essa è correlata a *ottimismo*, in quanto si presenta come l'attesa di un esito gradito o al contrario come rimozione di un esito sgradito riguardo un evento futuro [5].

## Emozioni Positive

*“Mi ripete più volte che sta aspettando la nuora e non sa se avvertire il figlio che si è sentita male ma mi dice «non voglio dargli pensiero»” (Paziente 7, osservazione 1-Stato di paura: 3-elevato)*

*“Chiude nuovamente gli occhi e noto che respira a bocca aperta, le sue mani sono meno tese e la respirazione è meno accelerata rispetto a prima, forse inizia a rilassarsi un po'” (Paziente 7, osservazione 1-Stato di paura: 1-lieve) [...] “Lei guarda davanti a sé in maniera fissa con la bocca leggermente aperta. E' tranquilla, ha una respirazione normale rispetto all'altro giorno” [...] “Chiude gli occhi come se si stesse addormentando. Le braccia sempre distese lungo i fianchi, il respiro più profondo e lento. Dorme.” (Paziente 7, osservazione 2-Stato paura: 1-lieve)*

Il codice più frequente è stato *Gioia-felicità* (47 volte). *Attesa* (N=35), *Offerta-ricordo* (N=33), *Preoccupazione* (N=29) e *Gratitudine* (N=23) sono termini che si evidenziano con maggior frequenza (Tabella 2).

### **Identificazione ed Empatia**

*"Sono stata con lei più del previsto, un po' perché ho dato modo alla nipote di stare con lei, un po' perché era piacevole parlare della sua vita, dei suoi ricordi, decido di salutarla per dare spazio anche ad un altro paziente. Sono contenta di questo incontro, di essere entrata in sintonia con lei, il fatto che mi abbia chiamata con un soprannome, credo che ciò sia positivo." (Paziente 1, osservazione 1)*

*"Sono stati 20 minuti passati molto velocemente e mi ha fatto piacere aver rivisto R., mi interessa ascoltarla e sono contenta dei progressi che ha fatto in questi giorni. R. ha tanto bisogno di avere qualcuno vicino col quale poter parlare." (Paziente 1, osservazione 2)*

*"Sono contenta di aver passato tre giorni con R., di averla ascoltata, delle belle parole ricevute. Nonostante come da lei riferito, qui in reparto abbia trovato dei bravi operatori, lontani dalla famiglia avvertiamo sempre qualcosa che ci manca; sono contenta che R. ritorni a casa con la figlia." (Paziente 1, osservazione 3)*

Durante le interviste si sono manifestate nell'osservatore emozioni, soprattutto legate alla gioia, ma anche di tristezza e di nostalgia alle quali si è sentito il bisogno di rispondere con un sorriso. Il sorriso è risultato essere fondamentale per entrare in sintonia con l'altra persona, guardarla negli occhi per cercare di lasciare un ricordo piacevole. Al "sorriso" la paziente rispondeva con un ulteriore sorriso che ha alimentato una spirale positiva.

## DISCUSSIONE

Il ricovero sembra effettivamente costituire un evento che mette a rischio l'equilibrio della persona anziana, costituisce quindi, di per sé, una causa di paura:

*“Mi dice di continuo di non farcela più e piange” (Paziente 10, osservazione 1)*

*“Ho tanta paura ... non ne posso più ...” (Paziente 12, osservazione 1)*

Naturalmente la paura della morte è una delle più importanti anche se nel materiale raccolto non sembra essere l'unica; altre paure espresse riguardavano: perdere un arto, di sentirsi male e fare male ad altri, di essere a carico familiare, l'incertezza, di non essere più la solita persona, l'ambiente ospedaliero, gli operatori e le loro divise, le procedure di routine, di essere truffata. Tutte paure connesse con lo stato di fragilità.

Il modello espresso dal diagramma network (Figura 3), condensato del lavoro di ricerca svolto, mostra una struttura che vede da un lato la paura collegata ad altri concetti quasi del tutto sovrapponibili dal punto di vista delle connessioni (*sconforto, dispiacere, vergogna, tristezza, rinuncia e agitazione*) come a formare un costrutto che sembra richiamare la “sindrome migratoria” [4]; dall'altro lato le reazioni di *speranza, aspettativa* che arrivano fino ad *amore e piacere*. Le reazioni che hanno sorpreso maggiormente e attratto l'attenzione dei ricercatori sono state appunto quelle relative al piacere, uno stato d'animo sicuramente inatteso, soprattutto perché la selezione dei pazienti è avvenuta sulla base della diagnosi di paura. La sindrome migratoria accennata può facilmente trovare spiegazione nella situazione “estranea” rappresentata dall'ambiente ospedaliero, ma per la parte orientata alla salute (fino al piacere) sembra necessario il ricorso ad una teoria infermieristica che permetta di includere la crescita personale del paziente all'interno degli obiettivi di cura, intendendo l'assistenza infermieristica come strumento per lo sviluppo e il benessere [18,19] e non solo come mezzo assistenziale di supporto. La funzione della assistenza

infermieristica in questo senso è quella di “contenere” sia le categorie collegate alla *paura* sia quelle collegate alla *speranza* tramite aspetti tipici della professione quali *patologia-salute*, *igiene*, *procedure*.

Partendo dalla rilevazione della maggiore frequenza riscontrata dai codici *gioia-felicità*, *attesa* e *offerta-ricordo*, che riflettono un clima sorprendentemente positivo, i contenuti riportati sotto il codice *offerta-ricordo* costringono, anche per la loro posizione di centralità nel modello, ad una riflessione. Una possibile spiegazione che è stata posta riguardo a tale risultato di emotività positiva è in relazione con lo “stile” utilizzato per la ricerca: l’intervistatore-osservatore ha svolto delle osservazioni utilizzando una modalità improntata alla gentilezza [19], all’ascolto non direttivo [20] e non in modo asettico (non interagire avrebbe introdotto una variabile “spersonalizzante”).

La diagnosi di “paura” si è ridotta in tutte le diagnosi di paura media / alta e rimasta stabile nei casi lievi / assente (Tabella 1). Solo in un caso è aumentata da assente a lieve durante l’osservazione. La sintesi è che nel campione osservato prevalgono sentimenti di *gioia*, *attesa* e la *volontà di offrire* qualcosa all’operatore, mentre *paura* compare solo al decimo posto in ordine di frequenza, almeno questo è accaduto nell’ambiente di osservazione attenta realizzato dal dispositivo della ricerca-intervento [14] attuata. Il tema del *dono* ha portato il coinvolgimento al centro dell’attenzione: accettare o rifiutare? Ovviamente accettare o rifiutare si estende dal dono al paziente e in questo ambito anche un gentile rifiuto costituisce comunque un rifiuto, ma accettare significa diventare “debitori” verso il paziente: il dono è un elemento fondamentale per la nascita dei rapporti sociali e delle comunità umane, in quanto esprime la volontà degli uomini di “creare relazioni”, le quali hanno come conseguenza l’obbligo della restituzione [21]: ad anche l’operatore che si ferma al letto di un paziente per ascoltarlo, gli “dona” il suo tempo e non lo fa in modo gratuito poiché in un certo senso spera di avere in cambio, come restituzione del suo ascolto, un appagamento personale per aver fatto confidare e liberare il paziente dalle preoccupazioni che lo turbavano [22]. Il ricevente si sente obbligato a restituire qualcosa che ha ricevuto.

*“Mi ha fatto piacere conoscerti, ti ringrazio tanto tanto!” (Paziente 13, osservazione 2) la frase del paziente, in questo caso, ha trasmesso all’osservatore il senso di gratitudine per l’ascolto che le era stato dedicato.*

Donando e ricevendo si innesca una spirale di riconoscenza e in effetti la maggior parte dei pazienti del presente studio ha manifestato la gratitudine.

*«Grazie tesoro, vieni qua, dammi la mano!» (Paziente 14, osservazione 2)*

*«Grazie...», Mi prende la mano e la stringe portandola verso la sua guancia... (Paziente 13, osservazione 2)*

In questa frase è possibile notare la manifestazione di emozioni controverse: gratitudine verso chi dona, ma anche imbarazzo poiché a questo punto la persona è debitrice nei suoi confronti, si crea dunque uno squilibrio, uno stato di debito, definito da Hochschild “economia della gratitudine” nella quale ogni ricevente è grato al donatore [9].

*“Mi avvicino, l’abbraccio e piange” (Paziente 13, osservazione 2)*

E’ proprio dalla gratitudine verso il dono ricevuto che può scaturire il pianto nel momento degli abbracci e dei saluti [23]. A proposito di “Gratitudine”, Esopo riteneva: “la gratitudine come segno di anime nobili”, mentre per Cicerone serviva per mantenere l’amicizia ed una giusta società, per Adam Smith rappresenta una delle emozioni di base nella società [22]. Secondo Klein la gratitudine nasce nell’infanzia [1,24], già nei primi scambi relazionali madre-bambino attraverso l’allattamento al seno. Se quest’ultimo viene sottoposto a frustrazioni, proietta sul seno della madre degli impulsi

aggressivi e sarà più difficile provare gioia e gratitudine: frustrazione, gioia e gratitudine sono temi sicuramente presenti nei luoghi di degenza. Determinati atti di gratitudine sono in grado di trasmettere a chi li riceve la capacità di offrirne a sua volta, poiché la presenza di feedback positivi da parte di chi riceve, come un abbraccio, un sorriso, permette di rinforzare le motivazioni del donatore. Durante l'osservazione si è creata una spirale di "gentilezza amorevole" [19]: è possibile fare l'ipotesi che questa sia responsabile dei contenuti di gioia, molto frequenti, che sono stati rilevati.

Naturalmente le osservazioni di fenomeni ansiosi e di sofferenza non sono state poche: il codice preoccupazione al 4° posto, delusione-tristezza al 7°, stanchezza 8°, dolore al 9° e paura al 10° (Tabella 2) ne danno piena testimonianza.

La persona sofferente, tende a fuggire:

*"Mi dice di continuo di non farcela più e piange" (Paziente 10, osservazione 1)*

Ascoltare la persona che soffre, si è dimostrato un intervento utile ad alleviare il suo dolore.

*"Dice di non sapere, poi si convince a parlare. Dal colloquio è emersa tutta la sua sofferenza, una sofferenza che, in un primo momento, era stata mascherata [...] è bastato sedersi vicino, ed essa si è liberata di un peso che si portava dentro da molto tempo: una serie di lutti di persone a lei care, il marito, la figlia, si sente sola e trova difficoltà nel pensare al futuro, poiché ha dubbi sulla sua guarigione. «è dura [...] sono sola»; mi dice di continuo di non farcela più e piange. Agli operatori si era presentata come la più sorridente del reparto (Paziente 10, osservazione 1. Scala paura iniziale = 3, post intervento = 2).*

“I drammi più commoventi e più strani non si svolgono a teatro, ma nel cuore di uomini e donne comuni. Questi vivono senza attirare l’attenzione e non tradiscono minimamente i conflitti che imperversano nel loro animo” [25].

Secondo Nhat Hanh, lo scopo della pratica dell’ascolto compassionevole consiste nel permettere alla persona di esprimersi, senza interromperlo o correggerlo, diminuendo così il suo dolore [26].

*“Ma, tornerò a casa?” (Paziente 10, osservazione 1)*

Il dolore a volte accresce per paura dell’ignoto, ma l’uomo finge di stare bene perché non ama provare solitudine, rabbia o paura. Spesso sono i forti desideri che egli ha ad ostacolare la sua felicità, permettendo così alle emozioni negative di accumularsi. Quando una persona è malata, essa desidera che sia fatto qualcosa per lei e la sensazione di essere curata aumenta le aspettative di guarigione riducendo ansia e depressione connesse all’essere malati [27]. Molte volte viene applicato l’effetto placebo per diminuire uno stato di dolore, di ansia, ma anche la capacità di trasformare la sofferenza in emozioni positive è di grande aiuto.

La guarigione non è solo un placebo, essa condensa l’effetto dell’ambiente, della fiducia e della cura, gli “atti sacri infermieristici”, un contatto profondo dell’essere che avviene alla presenza di un infermiere, supporto e testimone [8,19].

Senza la sofferenza non ci sarebbe la felicità; se la persona è in grado di riconoscere il dolore, allora sarà in grado di riconoscere anche la gioia. La sofferenza del corpo è determinata dal dolore, dalla fame, dalla malattia e dalle lesioni fisiche, invece il tormento della mente è caratterizzato dalla presenza di ansia, gelosia, disperazione, paura e rabbia [26]. Possono coesistere entrambi i due tipi di sofferenza provocando tensione e stress ed è grazie alla consapevolezza che l’uomo è in grado di riconoscerla: «Appena apriamo la bocca per dire sofferenza, sappiamo che nello stesso momento è già presente anche l’opposto della sofferenza. Dove c’è sofferenza, c’è felicità» [28].

“Inspirando, so che la sofferenza è presente. Espirando, saluto la mia sofferenza” [26], un paziente agitato, per essere calmato, viene invitato a respirare lentamente e pian piano il suo turbamento, la sua sofferenza in quel momento si placa lentamente.

L’atteggiamento positivo è sempre benefico e per superare la paura è necessario informarsi sulla malattia, ottimismo e speranza inoltre possono essere trasmesse al paziente dalle persone che lo circondano. “L’ottimismo è la fede che porta al risultato. Senza speranza né fiducia, non si può fare niente.” (Helen Keller), fattori fondamentali per la guarigione e la sopravvivenza del paziente, che non possono essere misurati scientificamente, ma nemmeno ignorati [29], “l’ottimismo sembra avere effetti positivi sulla salute anche in situazioni particolarmente delicate” [30].

*“Anche se nella stanza c’è il buio, tu mi porti la luce col tuo sorriso” (Paziente 1, osservazione 3)*

*“Proprio una bella persona, complimenti per il sorriso” (Paziente 4, osservazione 1)*

*In queste frasi comuni, troppo poco considerate, si manifestano le indicazioni per comportamenti che il paziente sente di accudimento.*

Se la persona pensa di non essere amata abbastanza, è esposta maggiormente alla paura della mancanza di amore. “Il riso, è in alcuni casi, una risorsa vitale che cura, previene, riabilita, educa e libera dalla paura restituendoci una consapevolezza più ampia della nostra esistenza” [23] oltre ad avere documentati effetti terapeutici [31].

In ultimo, si vogliono riportare gli aspetti emotivi di coinvolgimento che seguendo le prospettive teoriche legate alla presenza autentica [19] rappresentano un importante fattore curativo:

*“Anche se ripete le solite cose, mi fa piacere stare con lei, provo tanta tenerezza ad ascoltarla. Quei capelli grigi e bianchi sono il segno del tempo che passa, così come la sua memoria è segno del tempo che scorre.” (Paziente 9, osservazione 1)*

La tristezza spesso sembra essere l’aspetto più intenso nella comunicazione del paziente, il perdere le cose importanti e dare importanza a cose inutili che spinge a riflettere sulle cose veramente importanti della vita: il grande tema del significato. Ascoltare, anche il silenzio, ha fatto emergere emozioni e riflessioni che potrebbero essere utili alla crescita di ogni operatore.

*“Rimango commossa uscendo dalla stanza. È incredibile come un piccolo gesto, una piccola parola di conforto possa far sentire meno sola una persona. È brutto pensare a quanta solitudine e sofferenza possano esistere in una persona.” (Paziente 10, osservazione 1)*

*“Mi sono sentita in imbarazzo a sentire parlare così suo figlio...mi viene da pensare che quell’inizio di depressione, forse non sia dovuto soltanto alle patologie della signora N., ma anche ad un suo stato emotivo determinato dalle circostanze nelle quali si ritrova. Sono rimasta un po' turbata da questa scena...magari è soltanto un'impressione, ma sembra che N. dipenda molto dal figlio, non tanto per spostarsi dal letto alla sedia, bensì nelle parole.” (Paziente 13, osservazione 1)*

Tenerezza, senso di protezione che diventa rabbia per la ridotta considerazione nel paziente hanno caratterizzato molti momenti dell’osservazione. La tenerezza, legata allo stato di fragilità ha anche sostenuto la gran parte degli interventi di ascolto e presenza-vicinanza che sono stati attuati durante l’osservazione.

## CONCLUSIONI

Le paure che insorgono nell'anziano possono essere determinate da stereotipi come ad esempio che esso diventi dipendente da un'altra persona. Questi pregiudizi possono portare la persona anziana a ritenersi inutile, malato, priva d'idee e di interessi. A volte gli anziani tendono ad accettare questi stereotipi negativi che li portano a ritenersi incapaci fino ad un lento declino intellettuale. Per invecchiare bene è necessario seguire una buona alimentazione ed esercizio fisico, ma è fondamentale anche mantenere delle relazioni sociali basate su amicizia ed amore per evitare la comparsa di solitudine.

La domanda di ricerca iniziale si proponeva di individuare se l'infermiere durante la fase di accertamento, individuando la paura nell'anziano, può aiutarlo a superarla appena si manifesta; se la "presenza" in particolare potesse essere un intervento efficace a garantire un buon percorso di assistenza. La "presenza" è un fattore di cura capace di produrre cambiamenti di per sé. Le categorie SPERANZA, AMORE, PIACERE, sono risultate l'antidoto.

Differentemente da quanto atteso, in questo studio, il codice *paura* non è risultato frequente quanto ipotizzato, ma è addirittura stato superato dal codice *gioia-felicità*. Sulla base dei dati raccolti e delle riflessioni presentate nel capitolo precedente è possibile ipotizzare che per una parte sia stata proprio la sua presenza dell'osservatore, come figura esterna al reparto nel quale si è presentato senza indossare la divisa, proprio per evitare un distacco col paziente dato dalla "paura del camice bianco" e che, per la parte partecipe, si è coinvolto emotivamente e deliberatamente nelle relazioni con i pazienti. Relativamente agli interventi, quelli codificati come modalità di osservazione partecipe, cioè ascolto attento, riformulazione, presenza emotiva espressa anche con gesti di contatto fisico, così come descritti dalla letteratura consultata, si sono dimostrati utili e coerenti con la riduzione della sensazione di paura o di preoccupazione. Come affiora dall'analisi dei dati nella popolazione osservata, sono presenti aspetti negativi quali paure e preoccupazioni, ma la relazione efficace di ascolto ha permesso ai pazienti di far emergere maggiormente le loro emozioni positive,

poiché è stato permesso loro di esprimersi, senza interruzioni o correzioni, diminuendo così le loro ansie.

Rispetto agli indicatori forniti dalla diagnosi infermieristica di “paura”, l’osservazione partecipe, utilizzando le tecniche descritte è risultata efficace nella riduzione della paura in tutti i pazienti gli stati iniziali nei quali era presente anche una minima paura, quest’ultima è migliorata con , con diagnosi di paura media o alta, senza effetto nei casi di paura lieve o assente e solo in un caso ha registrato il passaggio da assente a lieve.

Anche l’atteggiamento ottimistico è stato preso in considerazione come strumento terapeutico: “Essere ottimisti non vuol dire essere rassegnati o negare che esistano le malattie, ma ricercare e inseguire il lato buono di tutte le situazioni convinti che esiste”, per affrontare meglio l’età senile, l’accettazione di quest’ultima, non deve arrestare la vita della persona, ma bensì indirizzarla verso nuove aspettative [32].

### **Tipi Di Paure**

Benché non rientrasse negli scopi di questa ricerca l’esplorazione dei differenti tipi di paura manifestati dai partecipanti durante l’osservazione, le paure più frequentemente espresse riguardavano: la paura di perdere un arto, di sentirsi male e fare male ad altri, “di essere a carico familiare ... di avere un futuro incerto, paura di non essere più la solita persona”, “dall’ambiente ospedaliero, dagli operatori e le loro divise, dalle procedure di routine”, di non trovare più lavoro, di morire, di essere stata truffata. L’alterazione del concetto di sé, l’ambiente ospedaliero, la perdita di autonomia, sembrano le diagnosi infermieristiche [4] che si correlano maggiormente con l’esperienza di paura dei pazienti osservati.

## **Human Caring E Relazione D'aiuto**

Per la spiegazione degli effetti registrati di riduzione della paura, ma anche di sviluppo di un senso di piacere all'interno dell'esperienza di ricovero, è stato necessario ricorrere ad una teoria infermieristica che consideri la possibilità di facilitare ed attivare il processo di guarigione attraverso la "presenza": «spostare l'attenzione dalla malattia, dalla diagnosi e dal trattamento al prendersi cura umano, alla guarigione e alla promozione della salute spirituale potenzia la salute stessa, la guarigione e la trascendenza (...). La relazione umana transpersonale ha una dimensione spirituale... che può sfociare nella guarigione». La presa in carico della persona rappresenta un momento delicato, fatto di amore e di una visione globale dell'esistenza umana. Infermiere e paziente determinano insieme la relazione scegliendo quale uso fare di quel momento nel tempo e nello spazio. Il modo in cui l'infermiere si relaziona avrà un impatto significativo sulle opportunità immediate e sui risultati finali [11,19,29]. SPERANZA, PRESENZA e GRATITUDINE sono i contenuti emersi in opposizione a PAURA, nelle sue varie forme.

## **LIMITI DELLO STUDIO**

Questa ricerca qualitativa è basata sull'osservazione partecipante di un gruppo ristretto di pazienti, 13 in tutto, ricoverati nel Reparto Cure Intermedie, nei quali il metodo applicato è risultato efficace nella riduzione dell'intensità del livello di paura (Tabella 1), ma non vi è la certezza che esso sia applicabile a tutta la popolazione. Soprattutto non è stato possibile raggiungere la saturazione delle osservazioni, proseguendo l'attività di ricerca, le definizioni delle categorie in particolare avrebbero necessitato di ulteriori osservazioni per verificarne la saturazione. Un limite è dato dal fatto che non è stato possibile seguire tutti i pazienti più di una volta, poiché spesso la dimissione avveniva prima del tempo previsto. Un altro limite è dato dalla difficoltà di reperire l'argomento *paura*, nella produzione scientifica a fronte della facilità di reperimento nella bibliografia umanistica ed esistenziale: la maggior parte degli studi riporta la "paura di cadere", la "paura di morire" o la

“paura nel bambino”; minori quelli sugli aspetti esistenziali della paura o di un senso di paura diffuso nell’esperienza di ricovero dell’anziano.

Una limitazione non prevista è stata creata dal non aver misurato in modo preventivo tutte le emozioni ma solo l’intensità della paura perché non previsto dall’ipotesi iniziale: mentre la presenza e la prevalenza sugli altri costrutti è emersa dall’analisi del contenuto delle frasi raccolte, l’aumento di *gioia-felicità* è stato inferito sulla base dei resoconti del ricercatore.

### **Analisi riflessiva**

Questa ricerca testimonia il valore della tecnica dell’osservazione partecipe, tramite l’ascolto attento, la riformulazione e la presenza emotiva per ridurre la sensazione di paura o di preoccupazione e tramite la relazione efficace di ascolto, per permettere ai pazienti di far emergere maggiormente le loro emozioni positive. Anche la variabile legata al colore delle divise potrebbe essere oggetto di sperimentazione per valutare se possa contribuire ad un miglioramento dell’umore anche nelle persone anziane [33]. Le competenze ontologiche, nella. Parte relazionale dell’assistenza, sono state il fondamento dell’approccio utilizzato con i pazienti [19].

Un approfondimento dello studio potrebbe essere svolto sull’effetto della divisa (o di una divisa colorata) sulla risposta emotiva che si otterrebbe dai pazienti. L’osservatore avrebbe inoltre cercato di accettare maggiormente ed approfondire gli “*Offerta-dono*” materiali dei pazienti.

*“Apprensione, incertezza, attesa, aspettative, paura delle novità, fanno a un paziente più male di ogni fatica”. (Florence Nightingale)*

### **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

**BIBLIOGRAFIA**

1. Baroni MR. I processi psicologici dell'invecchiamento. Carocci editore; 2003.
2. Mishra N, Mishra AK, Bidija M. A study on correlation between depression, fear of fall and quality of life in elderly individuals. *Int J Res Med Sci.* 2017;5(4):1456.
3. Moreno RP, De La Fuente Solana EI, Rico MA, Fernández LML. Death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elderly people in Spain. *Omega J Death Dying.* 2008;58(1):61–76.
4. Bianucci R, Charlier P, Perciaccante A, Lippi D, Appenzeller O. The “Ulysses syndrome”: An eponym identifies a psychosomatic disorder in modern migrants. *Eur J Intern Med [Internet].* 2017;41:30–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020>
5. Iandolo C. L'approccio umano al malato. Armando Editore; 1979.
6. Lowey SE, Norton SA, Quinn JR, Quill TE. A Place to Get Worse: Perspectives on Avoiding Hospitalization from Patients with End-Stage Cardiopulmonary Disease. *J Hosp Palliat Nurs.* 2014;16(6):338–45.
7. Wassenaar A, Schouten J, Schoonhoven L. Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(2):261–73.
8. Mottola A, Cefalo MG, Di Martino M, Continisio I. La percezione della Qualità di vita del paziente con scompenso cardiaco: indagine sul campo. *NapoliSana Camp.* 2018;3(2):13–24.
9. Murdaca F. Paura d'invecchiare. Sovera edizioni; 2014.
10. Besser A, Priel B. Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Pers Individ Dif.* 2008;44(8):1711–25.
11. Giacomelli G, Bacherini S. La relazione con il paziente. Roma: Carocci; 2006.
12. Losito G. L'analisi del contenuto nella ricerca sociale. FrancoAngeli; 1996.
13. Carpenito Moyet LJ. Diagnosi Infermieristiche. Casa Editrice Ambrosiana; 2015.
14. Lewin K. Teoria e sperimentazione in psicologia sociale. Bologna: Il Mulino; 1972.

15. Glaser BG, Strauss AL. *La Scoperta della Grounded Theory*. Roma: Armando Editore; 2009.
16. R-Core-Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing* [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2011. Available from: <http://www.r-project.org/>
17. Ronggui H. *R-based Qualitative Data Analysis (R package)* [Internet]. 2012. Available from: <http://rqda.r-forge.r-project.org/>
18. Peplau H. *Rapporti Interpersonali nell'assistenza infermieristica*. Padova: Summa; 1994.
19. Watson J. *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring*. Torino: Casa editrice ambrosiana; 2013.
20. Rogers C. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli; 1994.
21. Mauss M. *Saggio sul dono*. Piccola Biblioteca Einaudi; 1950.
22. Farnetti P. *Gratitudine, dono, perdono, spiritualità*. Franco Angeli; 2016.
23. Fioravanti S, Spina L. *Anime con il naso rosso*. Armando Editore; 2006.
24. Klein M. *Invidia e gratitudine*. Psicoanalisi. Firenze: Martinelli; 1969.
25. Bacchetta R. *Effetti del sorriso e della gratitudine con l'applicazione della tecnica del campo GIA in pazienti operati in regime di one day surgery*. Prof Inferm Umbria. 2013;21-5.
26. Nhat Hanh T. *Trasformare la sofferenza*. Terranuova Edizioni; 2014.
27. Bellani M. *Psicologia medica*. Armando Editore, editor. 1991.
28. Monbourquette J. *I lati nascosti della personalità. Come riconoscerli e accettarli*. Edizioni Paoline; 2001.
29. Pellegrini W. *Le radici del futuro: Human caring*. Edizioni Medico Scientifiche; 2010.
30. Tenzin G, Goleman D. *Le emozioni che fanno guarire*. Oscar Mondadori; 2009.
31. Behrouz S, Mazloom SR, Asgharipour N, Aghebati N, Reza H, Vashani B. *The Effect of Humor Therapy on Relieving Quality and Fear of Pain in Elderly Residing Nursing Homes: A Randomized Clinical Trial*. *Adv Nurs Midwifery*. 2019;28(3):53-61.

32. De Angelis R. Paura d'invecchiare. Todi Saggistica; 1990.

33. Meyer, Le divise colorate degli infermieri giovane ai piccoli malati. 2009; Available from:

<http://firenze.repubblica.it/dettaglio/meyer-le-divise-colorate-degli-infermierigiovano-ai-piccoli-malati/1612461>

# 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 modo; se si devono citare due o più fonti, riportare i numeri consecutivi seguiti dalla virgola 3,4, più di due rimandi alla bibliografia, riportare il primo e l'ultimo numero delle citazioni corrispondenti 5-8. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

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

## MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

# Giornata Mondiale Contro la Meningite



