

NapoliSana Campania



L'annuncio del Presidente De Luca

Si sblocca il lavoro 7600 posti nella sanità

IL SSN COMPIE 40 ANNI
**Il Sistema sanitario nazionale
all'esame della sostenibilità**

Margherita Ascione a pag. 10



JEAN WATSON WORKSHOP
**Human Caring,
al Policlinico Federico II**

Florinda Carcarino a pag. 14



52^a GIORNATA
MONDIALE DELLA PACE



1° GENNAIO 2019



L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Sistema salute a rischio default Più investimenti e più lavoro

L'ultimo convegno organizzato da Opi Napoli sui 40 anni del Sistema sanitario nazionale si è concluso con un evidente messaggio. Il sistema salute nazionale rischia seriamente di naufragare. E con esso i principi ispiratori che l'hanno caratterizzato: universalità, solidarietà e equità delle cure. Criteri e valori che hanno guidato in questi ultimi 40 anni la nostra sanità, facendone una delle più solide, funzionali e socialmente apprezzate al mondo. Da qualche tempo non è più così. Squilibri territoriali la rendono poco equa, carenze di risorse finanziarie e umane allungano le liste d'attesa, depauperano il territorio, allontanano il cittadino dalle cure, oppure lo avvicinano al privato (per lui se lo può permettere).

L'ultimo rapporto della Corte dei Conti è amaro. Ci dice che i "tagli in sanità hanno comportato una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure". Dopo oltre 10 anni di tagli drastici, le risorse disponibili non sono più sufficienti a mantenere in equilibrio il sistema. Non lo dicono solo gli infermieri. Il rapporto Ocse 2018 dice ad esempio che "in Italia è sempre più a rischio il diritto ad una sanità universalistica". I dati disponibili sul sito della Commissione Europea confermano che il progressivo depauperamento del Sistema sanitario nazionale sta aprendo una strada iniqua verso quello che già viene definito Secondo Pilastro e cioè la sanità integrativa. Cioè un sistema salute non a portata di tutti. Già adesso gli italiani pagano di tasca propria circa un quarto delle spese totali per stare in salute, ovvero poco meno di 40 miliardi di euro.

Un dato significativo visto che sposta il finanziamento del sistema sempre più a carico dei cittadini. E allora, o non si capisce, oppure qualcuno ha già deciso diversamente: l'emergenza delle emergenze è, senza ombra di dubbio, il mancato finanziamento.

Il costante defianziamento del sistema sanitario nazionale porta con sé da oltre un decennio un progressivo esodo del personale sanitario. Infermieri prima di tutto. L'Italia figura in fondo alla classifica Ocse (cioè dei paesi sviluppati) per numero di infermieri occupati per 1000 abitanti (5,4 vs 9) e per rapporto infermieri/medici (1,4 vs 2,8). In estrema sintesi, abbiamo pochi infermieri in attività e con un'età media molto avanzata. Difficilmente la programmazione del fabbi-

sogno formativo a breve termine permetterà di colmare questi gap. Relativamente alla spesa, è bene precisare che tra blocco del turnover e mancati rinnovi contrattuali dal 2004 al 2016 la spesa per il personale dipendente e per quello convenzionato di fatto è rimasta invariata. In altre parole, buona parte dei tagli alla sanità l'ha pagata il personale, sia in termini di riduzione delle assunzioni, sia in termini di mancato riconoscimento economico.

Visto lo scenario, accogliamo come un felice cambio di passo quanto annunciato dal Governatore della Campania per un'imminente apertura a 7600 nuovi posti di lavoro nella sanità campana.

Il programma di occupazione promosso da De Luca lo accogliamo come una buona notizia per tutta la sanità campana e per i cittadini in primo luogo. Ma non dimentichiamo, naturalmente, i tanti giovani infermieri in attesa da anni di una stabilizzazione. Sarebbe anche il giusto coronamento ad una vertenza occupazionale che la professione porta avanti da anni per favorire il rientro dei tanti colleghi infermieri e infermiere pediatriche che lavorano fuori regione, per ottenere l'apertura di concorsi e la stabilizzazione dei precari, ove ancora esistenti. E l'esaurimento di tutte le forme di lavoro atipico. Penso ai tanti colleghi interinali ed ai colleghi che lavorano su progetti regionali e/o aziendali. Abbiamo bisogno di tutti per restituire ai cittadini napoletani e della Campania quell'offerta di salute che meritano. Sulla scrivania del Presidente De Luca c'è ancora il documento inviato dall'Opi Napoli nel quale si parla di attivazione di nuovi modelli organizzativi e adeguati percorsi clinico-assistenziali: ospedali di comunità, ambulatori infermieristici, infermiere di famiglia e di comunità.

Tante strade per creare occupazione migliorando l'assistenza. Mettendo insieme tutto questo, recuperando i posti persi per il blocco del turn over, l'applicazione della normativa comunitaria sull'orario di lavoro e quanto prevede la programmazione sulla sanità territoriale, si potrebbero creare abbastanza posti di lavoro. I numeri diffusi dalla Ragioneria dello Stato dicono che in Campania mancano all'incirca 9mila infermieri. Quindi saremo attenti a che gli infermieri siano giustamente considerati. Ma siamo fiduciosi.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli

ANNO XXIV- N. 4 - DICEMBRE 2018

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

Spedizione in abb. pos. /art. 2, comma 20/c, L. 662/96 Filiale di Napoli

Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Coordinamento Comitato Scientifico

Teresa Rea

Comitato Scientifico

Margherita Ascione, Florinda Carcarino, Maria Rosaria Esposito, Giampaolo Gargiulo, Assunta Guillari, Antonella Mottola, Nicola Serra, Silvio Simeone.

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Alessia Adorno, Guido Amato, Margherita Ascione, Florinda Carcarino, Dario De Martino, Luigi Esposito, Jean Watson, Aniello Lanzuise, Peppe Papa Francesco Petrosino, Pippo Trio.

Editore, direzione e redazione: **Opi - Napoli**

Via Santa Maria di Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,

Tel. 081 440140, Fax 081 0107708

e-mail: info@opinapoli.it - web: www.opinapoli.it

pec: napoli@cert.ordine-opi.it

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - GALLERIA UMBERTO I, 50 - 80132 NAPOLI

La riproduzione e la ristampa anche parziali di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.



In questo numero:



3 L'Editoriale

Sistema salute a rischio default. Più investimenti e più lavoro

di **Ciro Carbone**

6 Politica sanitaria

“In tre anni assumeremo 7600 lavoratori nella sanità”



Il Governatore della Campania lancia un super piano di assunzioni. In prima fila medici, infermieri, personale sanitario e amministrativo.

di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Politica sanitaria 7

Turn over, precari e territorio: "Un potenziale di 5mila occupati"

Carbone: "Siamo fiduciosi. Confidiamo, ma vigileremo per una giusta considerazione del ruolo centrale che gli infermieri occupano nella sanità".

di Dario De Martino

8 Politica sanitaria

Ora anche l'Europa: "In Italia pochi infermieri"

Secondo i dati Eurostat, in Italia mancano tra i 50 e i 60mila infermieri.

di Peppe Papa



Il Ssn compie 40 anni 10

Il Sistema sanitario nazionale all'esame della sostenibilità

Con una moderatrice d'eccezione, la Senatrice e past President Annalisa Silvestro, L'Opi Napoli ha messo Pubblico & Privato a confronto. Ricercatori, analisti e manager di rilievo nazionale tracciano un bilancio tra luci e ombre dei primi quarant'anni di sanità pubblica.

di Margherita Ascione

12 Il Ssn compie 40 anni

Eccellenze sul territorio, dove il servizio pubblico arretra

La seconda sessione del convegno Opi Napoli sul rapporto tra strutture pubbliche e private ha evidenziato le buone pratiche professionali e manageriali messe in campo dalle strutture *accreditate*.

di Aniello Lanzuise



14 Jean Watson Workshop

Human Caring, Jean Watson al Policlinico Federico II

La professoressa d'infermieristica dell'Università del Colorado a Napoli, ha incantato la platea parlando di personalizzazione dell'assistenza e centralità della persona.

di Florinda Carcarino



Politica sanitaria 16

La Regione chiede lo sblocco dei fondi

di Pino De Martino



19 NSC Nursing

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 19/31



Notizie dall'Ordine 33

Responsabilità professionale. L'assicurazione ad hoc per gli infermieri

di Pippo Trio



36 Notizie dall'Ordine

Al Cardarelli la Scuola nazionale per la gestione del rischio clinico

di Luigi Esposito



Notizie dall'Ordine 38

L'Asl Napoli 2 Nord premia i "colleghi esemplari"

di Guido Amato



48 Ospedali e territorio



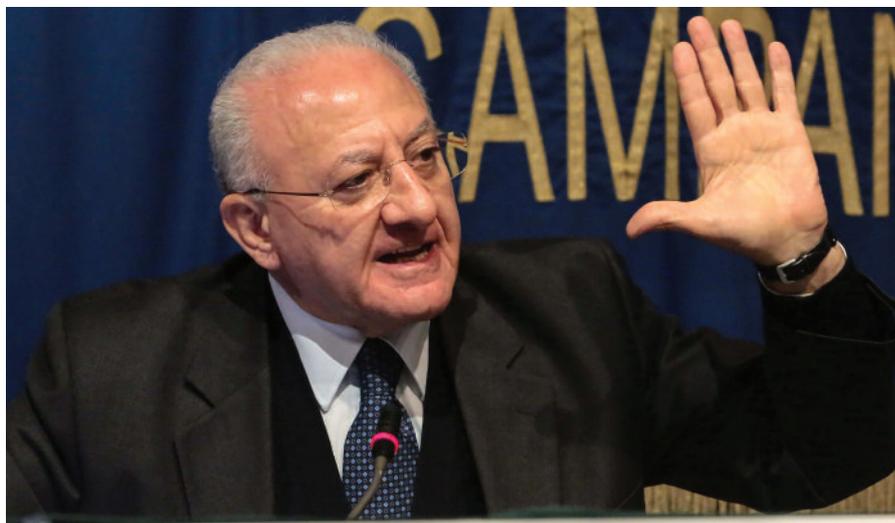
Politica Sanitaria

“In tre anni assumeremo 7600 lavoratori nella sanità”

Il Governatore della Campania lancia un super piano di assunzioni. In prima fila medici, infermieri, personale sanitario e amministrativo. Dopo 10 anni di blocco del turn over si torna a parlare di nuovi posti di lavoro in maniera cospicua. Secondo quanto annunciato dallo stesso Presidente Vincenzo De Luca saranno stabilizzati circa 900 precari atipici. Fino al 50 per cento dei posti dovranno essere riservati al personale precario.

di Pino De Martino

È stato lo stesso Governatore della Campania, Vincenzo De Luca a comunicarlo. “C’è il Via libera della Regione Campania alla stabilizzazione di circa 1300 precari atipici e semaforo verde, della struttura commissariale, allo sblocco del piano triennale del personale di Asl e ospedali”. Il presidente della Regione Campania **Vincenzo De Luca** ha firmato i decreti (uno per ogni azienda sanitaria) per 7.600 assunzioni da condurre in porto nei prossimi 3 anni. “Ho firmato i decreti per il piano – ha annunciato De Luca a margine di una conferenza stampa a Santa Lucia - approvando l’assunzione di 7600 dipendenti nel settore sanità in Campania”. Il governatore ha spiegato di aver approvato “tutti i piani per il personale presentati dalle Asl e dalle aziende ospedaliere della Campania. Parliamo di 7600 nuovi posti, di cui una quota, entro il 50%, sarà destinato con riserva di posti nell’ambito dei concorsi da istituire alla stabilizza-



zione dei precari di lungo corso. Che saranno credo - aggiunge De Luca - non più di 1500. Stabilizziamo i precari e abbiamo la possibilità di assumere nuovi medici, infermieri, amministrativi, tecnici per oltre 5500-6000 unità. In ogni caso, chiosa De Luca “Mi pare davvero un risultato storico per la nostra Regione che ci consentirà di affrontare meglio anche tante emergenze che abbiamo. In questo periodo si fa fatica anche nei concorsi per medici al pronto soccorso. Medici che sono pochi e quei pochi non partecipano. C’è penuria di medici in alcuni campi. Queste nuove assunzioni ci permetteranno di affrontare positivamente questi problemi”.

DIECI ANNI DI SACRIFICI

Un piano generale di assunzioni in sanità così come annunciato dal Presidente De Luca non si vedeva da tempo. Tutto fermo da oltre dieci anni a causa del blocco del turn over giunto da Mef e Ministero della Salute per lo sfioramento dei conti. Dopo di ché, commissariamento e stop a qualsiasi piano

di assunzioni, anche se necessarie. Ora giunge l’annuncio del via libera al programma di occupazione che se realizzato consentirà alla sanità campana di avviarsi su un consolidamento dei livelli di assistenza e di un progressivo ritorno alla normalità.

Nei dieci anni di astinenza, sono andati persi nel settore all’incirca 15 mila posti di lavoro. Personale mai rimpiazzato, con grave nocumento per i livelli di assistenza in tutte le branche mediche e infermieristiche. Le nuove assunzioni andranno a rimpiazzare il personale che va in pensione, a sostituire chi, negli anni di blocco del turn-over, ha lasciato dei vuoti.

Serviranno a stabilizzare l’ultima fetta di precari, i cosiddetti flessibili, rimasti al palo delle proroghe. Anche se rispetto ai piani per il personale presentati dalle Asl e dalle aziende ospedaliere della Campania una qualche forma di rimodulazione c’è stata. Nelle proposte di fine dicembre, infatti, il totale del fabbisogno ammontava a oltre 12 mila unità nel triennio.

Politica Sanitaria



Turn over, precari e territorio: “Un potenziale di 5mila occupati”

Carbone: “Siamo fiduciosi. Confidiamo, ma vigileremo per una giusta considerazione del ruolo centrale che gli infermieri occupano nella sanità”.

“Apprendiamo con soddisfazione e con tanta fiducia il programma di occupazione promesso dal Governatore. Sarebbe una buona notizia per tutta la sanità campana e per i cittadini in primo luogo. Senza contare i tanti giovani infermieri in attesa da anni di una stabilizzazione. Sarebbe anche il giusto coronamento ad una vertenza occupazionale che la professione porta avanti da anni per favorire il rientro dei tanti colleghi che lavorano fuori regione, per ottenere l'apertura di concorsi per infermieri e infermiere pediatriche e la stabilizzazione dei precari, ove ancora esistenti, e l'esaurimento di tutte le forme di lavoro atipico. Penso ai tanti colleghi interinali ed ai colleghi che lavorano su progetti regionali e/o aziendali. Abbiamo bisogno di tutti per restituire ai cittadini napoletani e della Campania quell'offerta di salute che altre regioni riescono a dare e che la Costituzione sancisce per diritto”.

Così il Presidente degli infermieri di Napoli, **Ciro Carbone** all'indomani dell'annuncio del piano d'assunzioni. Un programma occupazionale del quale non si conoscono ancora i dettagli. Quanti infermieri saranno assunti? Entro quando? Di certo però, con i numeri annunciati difficilmente saranno accolte tutte le richieste avanzate.

Sulla scrivania del Presidente De Luca c'è ancora il documento inviato dall'Opi Napoli nel quale si parla di attivazione di nuovi modelli organizzativi e adeguati percorsi clinico-assistenziali. Ospedali di comunità, Ambulatori infermieristici, infermiere di famiglia e di comunità. Tante le strade per creare occupazione migliorando l'assistenza. *“Mettendo insieme tutto questo –sintetizza Carbone - e considerando la copertura dei posti persi per il blocco del turn over negli ultimi dieci anni; l'applicazione della normativa comunitaria sull'orario di lavoro e quanto prevede la programmazione sulla sanità territoriale, si potrebbero creare abbastanza posti di lavoro. Abbiamo da recuperare almeno cinquemila posti persi negli ultimi dieci anni. Siamo fiduciosi”.* A corredo di queste richieste, una dettagliata analisi sui nuovi fabbisogni assistenziali, (infermiere di famiglia) che pure in Campania si dovranno attuare per crescere sui Lea, per liberare il pronto soccorso, per organizzare il territorio e risparmiare sui ricoveri impropri. In questo quadro agli infermieri potrebbero aprirsi varie possibilità occupazionali, considerando la società che invecchia e i crescenti bisogni di interventi a lungo termine: promozione della salute, prevenzione, assistenza al paziente cronico e con più patologie, come consulente individuale e familiare, senza contare gli interventi di assistenza infermieristica diretta. Gli stessi ambulatori potrebbero essere una risposta sul territorio ai codici bianchi o alle richieste di consulenza per monitoraggio parametri, sicurezza ambientale, aderenza alle terapie, corretti stili di vita, con riduzione accessi impropri al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri inutili. I Pot, (presidi ospedalieri territoriali) ad esempio, sono strutture multiservizi deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e socio sanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici. Nulla di nuovo, sia chiaro. Toscana, Veneto ed Emilia da tempo puntano su realtà diversamente chiamate "casa della salute", "ospedali di comunità" o "ospedali di prossimità" che dir si voglia. Tutte accumulate da una base pressappoco comune: medicina generale, medicina specialistica, servizi sociali e servizio amministrativo. Target di circa 20.000 abitanti come popolazione di riferimento. Orario di apertura: da un minimo di 8 ore al giorno, fino all'h.24. *“Come abbiamo sempre fatto in questi anni di grave carenza di posti di lavoro, e come detto anche alla vigilia di questo mandato – ricorda Carbone - dedicheremo tutte le nostre energie come Ordine degli infermieri di Napoli al tema dell'occupazione. Non ci sono le condizioni per recuperare tutto e subito i 9mila posti di lavoro che la Ragioneria dello Stato dichiara manchino in Campania. Ma sapremo far valere le nostre ragioni ai tavoli che contano”.*

Ma sapremo far valere le nostre ragioni ai tavoli che contano”.

Politica Sanitaria

Ora anche l'Europa: "In Italia pochi

Secondo i dati Eurostat, in Italia mancano tra i 50 e i 60mila infermieri. Lo dice anche il Rapporto "Oasi 2018": "In Italia il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania" (5,6 infermieri ogni mille abitanti, contro 12,9) e a soffrire di più sono sempre le regioni del Sud: al 2016 la Lombardia registrava 9,6 dipendenti Ssn ogni mille abitanti, la Campania 7,3".

di Peppe Papa

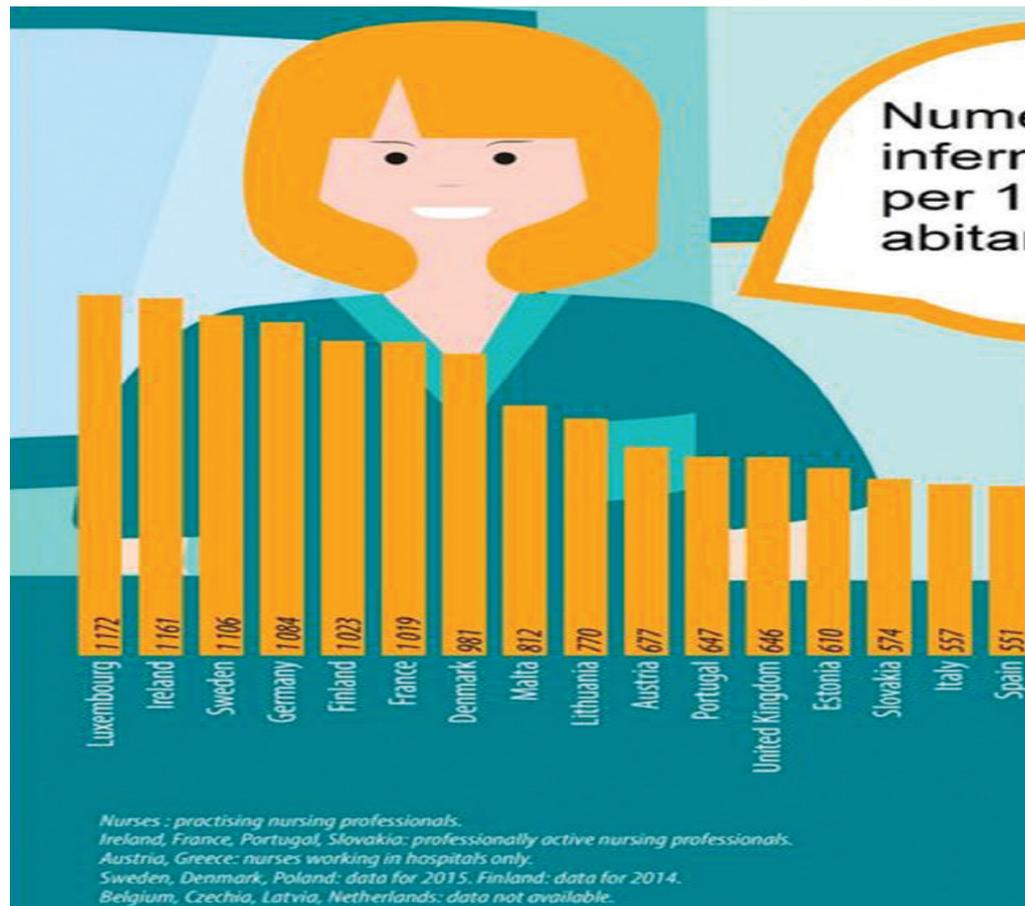
Secundo i dati Eurostat, l'Ufficio Statistico dell'Unione Europea, l'Italia nel 2016 aveva 557 infermieri ogni 100.000 abitanti (negli anni successivi sono diminuiti), mentre sei Paesi dell'Ue 28 tra cui i maggiori partner come Germania e Francia, superavano i mille (dai 1.172 del Lussemburgo ai 1.019 della Francia) e altre sette, tra cui anche il Regno Unito, erano comunque tra i 981 infermieri per 100.000 abitanti della Danimarca e i 610 dell'Estonia. Anche volendo solo raggiungere il livello medio di questi Paesi, in Italia mancherebbero tra i 50 e i 60mila infermieri.

Una preoccupazione presente anche nel Rapporto "Oasi 2018", Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano, presentato alla Bocconi dal Cergas, il Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale: "In Italia il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania" (5,6 infermieri ogni mille abitanti, contro 12,9) e a soffrire di più sono sempre le regioni del Sud: al 2016 la Lombardia registrava 9,6 dipendenti Ssn ogni

mille abitanti, la Campania 7,3 e il Lazio 7,1". Eurostat raccomanda "più infermieri in formazione e occupazione, con evidenti progressi nell'eliminazione della carenza globale entro il 2030".

La Commissione europea sottolinea il trend in Europa di sviluppo del ruolo degli infermieri come professionisti della salute più vicini alla comunità: almeno il 75% dei paesi ha un infermiere con responsabilità di alta gestione in materia di salute. Quel che serve è una rete globale di leadership infermieristica. Peggio dell'Italia vanno secondo i dati Eurostat solo nove Paesi Ue, con la

Spagna che segue l'Italia a stretto giro con 551 infermieri ogni 100.000 abitanti e poi Polonia, Cipro, Ungheria, Bulgaria, Slovenia, Grecia, Croazia e Romania. La direzione generale per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea sottolinea, commentando i dati Eurostat, le preoccupazioni per la carenza di professionisti dell'assistenza infermieristica che potrebbero diventare ancora più gravi dal momento che la popolazione continua a invecchiare e una percentuale relativamente alta di infermieri andare in pensione. La Commissione Ue dà un dato preciso sull'I-



infermieri”

talia, anche se riferito al 2010 – ma la situazione negli anni, anche in questo caso, è peggiorata: in Italia, nel 2010, si sono ritirati 13.400 infermieri, ma ne sono rientrati in servizio solo 8.500. Una conseguenza dei futuri sviluppi demografici, sottolinea ancora la Commissione, è che il numero di persone anziane (di età pari o superiore a 65 anni) nell'Ue 28 dovrebbe aumentare del 57% tra il 2015 e il 2080 (previsioni Eurostat). Durante questo periodo si prevede che la quota degli anziani nella popolazione totale aumenti dal 18,9% nel 2015 al 29,1% entro il 2080.



In Campania un buco di 9mila unità

Secondo i dati del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, elaborati dal Centro Studi Fnopi, in Italia ne mancano oltre 50mila. Sicilia e Campania le peggiori. Gli studi internazionali: rischio servizi in calo e mortalità in aumento.

Pdm NAPOLI - Napoli come capitale della disoccupazione infermieristica è un dato che fa saltare dalla sedia. Certo, la Campania è in buona compagnia. Anche le regioni del Nord soffrono. Ma qui è un dramma. Secondo i dati che emergono dall'ultimo Conto annuale pubblicato dalla Ragioneria generale dello Stato e che il Centro Studi Fnopi ha elaborato, in Italia ne mancano oltre 50mila. Nelle Regioni più tartassate dai piani di rientro ne mancano oltre 9.700 (Sicilia), 8.900 (Campania).

Gli studi - Se ogni infermiere assistesse al massimo 6 pazienti, sarebbero evitabili almeno 3.500 morti l'anno. E' quanto riportano gli studi pubblicati su riviste internazionali (JAMA e British Medical Journal). Ricerche che parlano chiaro: a un incremento del 10% di infermieri, corrisponde una diminuzione della mortalità del 7 per cento. In Italia ogni infermiere assiste invece in media 11 pazienti, nelle Regioni migliori scendono a 8-9, ma nelle regioni più tartassate dai piani di rientro, vedi la Campania, salgono fino a 17-18 con un rischio di mortalità in più quindi che raggiunge in media il 30-35% circa.

Altri studi internazionali evidenziano che: ogni volta che si assegna 1 assistito in più a un infermiere, aumenta del 23% l'indice di burnout, del 7% la mortalità dei pazienti, del 7% il rischio che l'infermiere non si renda conto delle complicanze a cui il paziente va incontro. E ancora. Secondo uno studio francese nelle Unità di terapia intensiva, sotto la soglia di 2 infermieri ogni 5 pazienti e di un medico ogni 14 pazienti (in sostanza qui il rapporto è di 5-6 infermieri per medico), si assiste a un aumento significativo del rischio di mortalità. E lo stesso studio ha dimostrato che in caso di aumento dei carichi di lavoro, con aumento del turnover dei letti o in caso di aumento delle manovre salvavita da parte del team di guardia, il rischio di mortalità aumenta di 5,6 e 5,9 volte rispettivamente. E un recente studio inglese su pazienti post chirurgici andati incontro a complicanze trattabili, ha rilevato che il rischio di morte da complicanza era inversamente correlato al numero di infermieri e medici per paziente. Sempre dall'Inghilterra e ancora nelle Unità di terapia intensiva, è stato dimostrato che pazienti trattati e gestiti nel momento in cui l'intensità del lavoro in reparto era maggiore, avevano un rischio di decesso raddoppiato rispetto a quelli ricoverati in periodi di maggiore tranquillità.

Tre misure del carico di lavoro erano risultate correlate col rischio di mortalità: tasso di occupazione, il fabbisogno medio di personale infermieristico per letto per ogni turno lavorativo (definito dalla Uk Intensive care society) e il rapporto tra letti occupati e personale medico e infermieristico necessario.

Dunque, la situazione è intollerabile e richiede un intervento urgente a tutela dei cittadini. Per questo la Fnopi, la Federazione nazionale delle professioni infermieristiche, il maggior Ordine italiano con suoi oltre 440mila iscritti, ha chiesto ufficialmente un tavolo di confronto sulle carenze di personale infermieristico al ministro, Giulia Grillo per studiare come modificare la composizione del personale nel quadro di invarianza delle risorse.

Il Ssn compie
40 anni

Il Sistema sanitario nazionale

Con una moderatrice d'eccezione, la Senatrice e past President Annalisa Silvestro, L'Opi Napoli ha messo Pubblico & Privato a confronto. Ricercatori, analisti e manager di rilievo nazionale tracciano un bilancio tra luci e ombre dei primi quarant'anni di sanità pubblica. Carbone (Opi Napoli): *"Faremo formazione anche nelle strutture accreditate"*. Cartabellotta (Gimbe): *"Ssn stretto tra definanziamento cronico e secondo pilastro"*. Schiavone (Confindustria): *"Troppa burocrazia in Asl e distretti, valorizzare gli infermieri"*. Collicelli (Cnr/Itb): *"Ripensare il sistema partendo dai nuovi bisogni"*. Crispino (Aiop) *"Troppi cittadini senza cure a causa dei costi"*. Leonardi (Mondo in cammino): *"Sul territorio pubblico assente"*.

di Margherita Ascione

Le classifiche internazionali danno il Sistema sanitario nazionale italiano ancora tra i primi. Ma i distinguo sono tanti e anche le perplessità. **Antonino Cartabellotta**, voce fuori dal coro del tutto va bene, dice chiaro e tondo: "Il Ssn è un paziente cronico con multimorbilità, con un precario stato di salute. La diagnosi principale è l'insufficienza respiratoria cronica restrittiva, Ovvero un imponente definanziamento pubblico che dal 2010 al 2019 ha lasciato per strada circa 37 miliardi di euro con un incremento percentuale medio annuo del finanziamento pubblico (1%) nello stesso periodo inferiore all'inflazione media annua (+1,18%)". Il presidente della Fondazione Gimbe è stato lungamente applaudito in sala alla fine dell'intervento in video conferenza. Una relazione molto attesa. Soprattutto perché, più che un convegno, quello organizzato dall'Opi Napoli per celebrare i 40 anni dalla nascita del Sistema sanitario nazionale, voleva essere un confronto a più voci, tutte autorevoli, tra sanità pubblica e privata. Una riflessione sulla sostenibilità, l'equità, e l'universalità della sanità pubblica e sulla convivenza con le strutture sanitarie private, impegnate ad integrare un'offerta sanitaria che al Sud appare sempre più in affanno. Moderati dalla senatrice **Annalisa Silvestro**, (già presidente FNOPI, senatrice della Repubblica nella XVII legislatura e presidente dell'Associazione Gruppo 27 Aprile) sono intervenuti il presidente **Ciro Carbone**, Presidente OPI Napoli; **Antonino Cartabel-**



lotta, appunto; **Carla Collicelli**, ricercatrice Cnr-Itb; **Vincenzo Schiavone**, Responsabile Sanità Unione Industriali Napoli; **Sergio Crispino**, Presidente AIOP e **Giovanni Leonardi**, Presidente Coop. sociale "Mondo in Cammino".

Dopo i saluti, il Presidente Carbone ha illustrato alcune iniziative intraprese dall'Ordine professionale di Napoli proprio nel merito del rapporto pubblico/privato: *"Abbiamo fortemente voluto quest'anno sviluppare e approfondire il rapporto con la componente privata in sanità perché contribuisce a nostro avviso in maniera significativa al raggiungimento degli obiettivi di garanzia di una buona salute a tutti. E la creazione della commissione lavoro in seno al direttivo provinciale Opi Napoli sul comparto privato ne è una riprova. Pensiamo di implementare in futuro questo rapporto promuovendo, incontri e eventi formativi anche nelle strutture private accreditate."*

Se il definanziamento della sanità pubblica rappresenta ormai una costante irreversibile e vani sono stati fin qui gli sforzi per ridurre gli sprechi, per il Presidente della Fondazione Gimbe, *"l'idea di ridare ossigeno al sistema potenziando il 'secondo pilastro', ovvero attingere a risorse da 'terzi paganti' è una cura peggiore della malattia stessa"*. *"La sanità integrativa"*, ha detto ancora Cartabellotta, rischia di diventare gradualmente *"sostitutiva"*: *"Lo Stato investe sempre meno in sanità e di conseguenza la spesa out-of-pocket aumenta, quindi cresce il numero dei cittadini con difficoltà di accesso a servizi e prestazioni sanitarie, sino a rinunciare alle cure per problemi economici"*.

Un tema, quello delle nuove povertà e dell'out of pocket affrontato in precedenza anche dalla dottoressa Carla Collicelli. Ricercatore associato presso il CNR-ITB di Roma, la dottoressa Collicelli ha affrontato il tema da un'ottica che mette insieme *"bisogni, domanda e prospettive delle cure"*, anche alla luce dei nuovi scenari

Il Ssn compie
40 anni

all'esame della sostenibilità

sociali e dei bisogni di cura emergenti. Una relazione appassionata, ampiamente centrata sui costi sociali della disabilità (diretti, indiretti e intangibili), costi che non sono sempre monetizzabili ma fanno riferimento alle sofferenze psichiche e psicologiche dei caregiver dei disabili: "E' necessario - ha detto - ripensare a strategie e politiche in tutti i contesti, non creare danni, né "scarti" nel nostro paese ma anche nei paesi stranieri, quindi dare un respiro più ampio alla sostenibilità". Interessante è stato l'intervento del dottor Vincenzo Schiavone, presidente Unione Industriali Napoli-sezione Sanità. Schiavone è intervenuto sulle prospettive per i cittadini e per i professionisti sanitari dell'area socio-sanitaria campana. L'esponente di Confindustria ha analizzato l'offerta sanitaria della Campania e il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera. "La regione Campania purtroppo ha un'insufficiente offerta di servizi socio-sanitari che penalizzano la popolazione in termini di qualità. Ci sono aree geografiche in cui il pubblico è totalmente assente e se non ci fosse il provato accreditato i cittadini di quello specifico territorio sarebbero costretti a spostarsi per molti chilometri prima di trovare una struttura sanitaria che soddisfi i loro bisogni di salute. Per garantire un'offerta sanitaria adeguata si deve puntare sull'eliminazione dell'eccessiva burocratizzazione delle procedure da parte di ASL e Distretti Sanitari e sulla valorizzazione del professionista infermiere che ha un contatto diretto con il paziente/utente".

Il dott. Sergio Crispino, presidente AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) ha presentato, invece, la risposta delle strutture private e convenzionate ai bisogni sanitari e socio-sanitari nella provincia di Napoli. Una fotografia relativa alla presenza delle strutture sanitarie private e all'erogazione delle prestazioni offerte degli operatori sanitari che lavorano nel privato sul territorio Campano, ma soprattutto della Provincia di Napoli. "Il punto dolente - dice - è la fetta di popolazione (>160.000) che non arriva a nessuna possibilità di cure per motivi economici".

Appassionato è stato l'intervento del dott. Giovanni Leonardi, pre-

sidente della cooperativa sociale 'Mondo in Cammino'. Leonardi, infermiere, imprenditore del terzo settore (cooperative sociali e assistenza domiciliare), con la sua relazione "L'esternalizzazione dei Servizi Sanitari: risultati e criticità professionali", ha illustrato i dati relativi ai servizi offerti dalle cooperative sociali, centri di riabilitazioni sui territori, settore in cui il servizio sanitario pubblico è pressoché assente ed è solo grazie alla presenza degli operatori sanitari operanti nel privato che i cittadini possono vedere soddisfatta la propria richiesta di salute".

Per Leonardi, i vantaggi nell'esternalizzazione dei servizi riguardano: la riduzione dei costi ed il vantaggio economico conseguibile a fronte dell'affidamento ad un soggetto esterno caratterizzato da



una maggiore specializzazione; l'innalzamento della qualità dei servizi, che può indurre, anche a parità di costo, a preferire l'attribuzione di segmenti di attività a ditte private che garantiscano più elevati standard di performance; il superamento di alcune rigidità dovute al "blocco delle assunzioni" attraverso il reimpiego e la riqualificazione del personale; l'opportunità di concentrare attenzione e risorse su attività ritenute strategiche, liberando risorse umane e investimenti dalle attività meno rilevanti; la possibilità di forme contrattuali più flessibili. Alla fine della prima sessione è intervenuta per un breve saluto il consigliere regionale Antonella Ciaramella, che ha sottolineato l'importanza del ruolo sanitario come punto di riferimento per il cittadino.

Il Ssn compie
40 anni

Eccellenze sul territorio, dove il servizio pubblico arretra

La seconda sessione del convegno Opi Napoli sul rapporto tra strutture pubbliche e private ha evidenziato le buone pratiche professionali e manageriali messe in campo dalle strutture accreditate. **D'Aloia (Opi Milano):** "Esperienza Lombardia rafforza il diritto di libera scelta del luogo di cura". **Mazzitelli (Villa dei Fiori):** "Eroghiamo prestazione di eccellenza e colmiamo i vuoti della sanità pubblica". **Mastropaolo e Falso (Fatebenefratelli Napoli):** "Blud Mammanapoli, ovvero la banca del latte aperta alla città".

di Aniello Lanzuise

A moderare la seconda sessione del convegno su "Strutture e servizi pubblici, privati, convenzionati ed esternalizzati", il Consigliere Opi Napoli **Aniello Lanzuise**, Dirigente Professioni Sanitarie presso l'Ospedale S. M. della Pietà Camilliani e il Revisore Opi Napoli, **Luigi Trimarco**, Presidente Commissione Sanità privata e/o accreditata Opi di Napoli. Una sessione fortemente voluta dal Presidente Opi Napoli **Ciro Carbone**, dall'intero Consiglio direttivo e soprattutto dalla Commissione Sanità Privata istituita presso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli. All'evento hanno partecipato tantissimi infermieri e infermieri pediatrici delle strutture sanitarie private accreditate di Napoli e Provincia, a testimonianza del forte interesse che la professione per iniziative di confronto e dibattito sui livelli di assistenza offerti in Campania anche dal privato accreditato.

Una sessione tutta centrata sul ruolo degli infermieri e delle prestazioni sanitarie offerte nelle strutture sanitarie private accreditate. Prestazioni che non hanno nulla da invidiare a quelle offerte dal pubblico. Anzi, considerando i tantissimi cittadini che scelgono le strutture private anche in Campania, c'è da ipotizzare che lo facciano perché ne apprezzano la professionalità, la competenza e la disponibilità.

Un concetto evidenziato in quasi tutte le relazioni che hanno tenuto la platea attenta fino all'ultimo. E' toccato per primo al Dott. **Pasqualino D'Aloia** – Direttore SITRA dell'IRRCS San Raffaele di Milano, nonché Presidente dell'OPI di Milano, tessere le lodi dell'impresa privata nel comparto sanità. Con la sua relazione "Il Sistema Socio Sanitario Lombardo, dalla legge 31/97 alla Legge 23/15", ha descritto la riforma del sistema sociosanitario in Lombardia, regione in cui la presenza della sanità privata è molto diffusa. "La Lombardia è la regione italiana con la più alta offerta di servizi privati con il 57% del totale. Con i decreti legislativi 502 e 517 si afferma "il diritto di libera scelta del luogo di cura" su tutto il territorio nazionale e in tutte le strutture pubbliche e private convenzionate che potranno entrare a far parte del servizio pubblico tramite il percorso dell'accREDITAMENTO istituzionale".

La Dott.ssa **Annunziata Mazzitelli**, Dirigente dei Servizi Infermieristici della Casa di Cura Villa dei Fiori srl di Acerra, eccellenza della sanità Campana, con la sua relazione "La qualità, oltre l'efficienza ed i numeri, della sanità privata accreditata: esempi virtuosi e di eccellenza in Campania", ha evidenziato alcune delle eccellenze della Sanità Campana, in cui gli infermieri erogano prestazioni di altissimo livello assistenziale.

Nella maggior parte dei casi il privato ac-



creditato eroga prestazione di eccellenza che vanno a colmare interamente l'assenza o la carenza della sanità pubblica in territori molto vasti e popolosi.

L'ultima relazione del convegno ha riguardato la presentazione di un progetto unico in regione Campania, attuato dal Fatebenefratelli di Napoli e gestito dalle Infermiere Pediatriche della struttura sanitaria, "La banca del latte umano: la gestione di una scelta ed un bisogno", relazione presentata dalla Coordinatrice Infermieristica della TIN Dott.ssa **Valentina Mastropaolo**, presso Ospedale del Buonconsiglio Fatebenefratelli di Napoli e dalla Dott.ssa **Silvana Falso**, progetto che vede l'Ospedale Classificato Fatebenefratelli promotore di questa iniziativa della "banca del Latte" e le strutture pubbliche campane che attingono dalla banca del latte del Fatebenefratelli per far fronte alle esigenze delle mamme che non





riescono immediatamente a poter allattare i propri figli. Nasce così il progetto BLUD MAMMANAPOLI dell'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli, che prende vita su dei concetti basilari della nostra vita quotidiana: Mamma. Dio non poteva essere ovunque: è per questo che ha creato le mamme (Leopold Kompert); Mammana. Levatrice (Devoto-Oli) "Tra le donne che si avvicendavano intorno alla partoriente un ruolo particolare era svolto dalla "donna esperta" o empirica, detta a livello popolare, mammana..." (Gianfranca Ranisio, Venire al mondo, credenze, pratiche, rituali del parto, 1998 Meltemi editore, Roma). Mammanapoli. Da questo gioco di bellissime parole, nasce il nome di un atto d'amore che si è fatto progetto e, grazie all'impegno di donne e uomini di buona volontà, è diventato realtà: la Banca del latte materno di Napoli.

Sanità privata

L'Opi Napoli vara una Commissione ad hoc

La Commissione sanità privata dell'Opi Napoli deve la sua nascita da un'idea del Presidente OPI Napoli, Dott. **Ciro Carbone**. Essa si è costituita il 23 Luglio 2018, anche in considerazione della notevole presenza di infermieri impegnati (operanti in regime libero professionale o in strutture private e/o convenzionate, in cooperative, o associazioni). La Commissione dovrà lavorare e impegnarsi per dare voce a tutti coloro operano in strutture ed organizzazioni non pubbliche e che ogni giorno sono impegnati a completare l'offerta di servizi sanitari sul territorio cittadino. La commissione sanità Privata punta a centrare inoltre i seguenti obiettivi: far conoscere alle istituzioni e dare evidenza nel tempo delle difficoltà degli infermieri della sanità privata, nonché della qualità del loro lavoro; creare una unità di intenti con i datori di lavoro affinché sia riconosciuta e valorizzata l'importanza e la centralità del lavoro infermieristico nelle loro organizzazioni.

L'OPI di Napoli con la costituzione di una Commissione i cui componenti sono infermieri della sanità privata, conta di creare un'ulteriore opportunità di comunicazione ed integrazione per tutti coloro che nella sanità operano a diverso titolo. Si pensa inoltre di offrire un valido supporto agli iscritti che lavorano nella sanità privata, con un utile servizio totalmente dedicato alle problematiche delle loro attività e delle organizzazioni in cui operano. È possibile contattare la commissione scrivendo all'indirizzo email:

sanitaprivata@opinapoli.it

La Commissione Sanità Privata dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli è composta da: Dott. **Luigi Trimarco**, Presidente di Commissione, Infermiere presso la Clinic Center di Napoli, consigliere Tesoriere OPI Napoli; Dott. **Francesco Ivone**, Dirigente Servizio Infermieristico Casa di Cura Mediterranea di Napoli; Dott. **Aniello Lanzuise**, Dirigente Professioni Sanitarie del Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà dei Religiosi Camilliani di Casoria, consigliere OPI Napoli; Dott.ssa **Annunziata Mazzitelli** – PhD Healthcare Economy & Management Villa dei Fiori di Acerra – Direzione Servizi Infermieristici; Dott. **Francesco Miele**, Infermiere presso il Presidio Ospedaliero Villa Betania di Napoli; Dott.ssa **Giovanna Pentella**, Dirigente Servizio Infermieristico Ospedale del Buonconsiglio Fatebenefratelli di Napoli.



Jean Watson workshop



Human Caring, Jean Watson al Policlinico Federico II

La professoressa d'infermieristica dell'Università del Colorado a Napoli, ha incantato la platea parlando di personalizzazione dell'assistenza e centralità della persona. Un evento per la sanità Campana organizzato dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, insieme con la Scuola di Medicina e Chirurgia e all'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli. Tra i presenti: **Ciro Carbone** (Opi Napoli); **Luigi Califano**, (Presidente Scuola di Medicina e Chirurgia Universitaria Federico II); **Vincenzo Viggiani** (Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II); **Barbara Mangiacavalli** (Presidente Fnopi). Le conclusioni del Presidente della Regione, **Vincenzo De Luca**.

di **Florinda Carcarino**

Alla fine, Jean Watson, la professoressa di infermieristica dell'Università del Colorado, famosa nel mondo per le sue teorie sull'human caring, non ha deluso le aspettative: tutti in piedi ad applaudire chi con tanto seguito va in giro per il mondo per portare il cuore nell'assistenza, mentre tutti predicano l'adesione alle evidenze scientifiche. Un plauso che va condiviso con chi ha reso possibile tutto questo. "La scienza del caring, la teoria dello human caring e la salute della persona nella sua interezza".

Questo il titolo del workshop tenuto nell'Aula Magna "Gaetano Salvatore" del Policlinico Federico II. Un'aula strapiena, di persone e di interesse. Un avvenimento importante per la sanità campana, organizzato dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, insieme con la Scuola di Medicina e Chirurgia e all'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli. Folto e importante il par-

terre: **Barbara Mangiacavalli**, presidente Fnopi, **Luigi Califano**, Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia e **Vincenzo Viggiani**, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II. La conclusione dei lavori affidata al Presidente della Regione Campania, **Vincenzo De Luca**.

Ma cos'è lo "human caring"? Cosa predica la filosofia dell'assistenza? Essa si fonda sulla centralità della persona. E pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni il cui elemento fonda-



mentale è la personalizzazione dell'assistenza. Ma meglio di tutte le definizioni è stata la **Watson** in persona a spiegare di cosa si tratta.

Campana tibetana – Secondo la Watson "Il caring è localizzato nel nostro cuore e non nelle nostre teste". "Si sente l'emozione del prendersi cura". E i nostri luoghi di cura (ospedali, presidi sanitari) "sono ancora troppo strutturati secondo un modello industriale, dove i pazienti sono trattati come prodotti". Mentre "la cura deve trarre le sue radici in un discorso e in un mondo etico". In questo senso, "le cure infermieristiche sono cruciali per creare l'alleanza con l'umanità".

E gli infermieri devono essere i professionisti del caring. Devono mettere in discussione le strutture e i paradigmi esistenti per costruire il nuovo, devono dare valore aggiunto alla persona". "E' un obbligo mo-

De Luca: *“Gli infermieri saranno protagonisti del futuro”*

Un ruolo centrale nella riorganizzazione dei servizi sanitari regionali. Questo l'importante impegno che **Vincenzo De Luca**, presidente della Regione Campania, ha preso nei confronti degli infermieri nel corso del suo intervento al workshop

organizzato da Ordine degli infermieri di Napoli, Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II e azienda ospedaliera universitaria Federico II. Il governatore della Campania ha dato ampi segnali di apertura al riconoscimento della professione infermieristica. In risposta alla richiesta della vicepresidente Opi Napoli, **Teresa Rea**, di un riconoscimento istituzionale per gli infermieri con la loro presenza ai tavoli regionali sulla riorganizzazione del sistema sanitario della Regione Campania, De Luca ha aperto alla possibilità, dopo essersi soffermato

sulla situazione della sanità campana, che” sconta decenni di disastro sanitario e sociosanitario” *“L'ospedale - ha detto - è un sistema complesso e serve il contributo di tutti, anche di voi infermieri e di altri professionisti sanitari*

rale e etico garantire le cure nella loro completezza”. Oggi, secondo la Watson, *“siamo ad un punto di grande progresso tecnologico, ma lo Human Caring è indispensabile per la sopravvivenza. Bisogna centrare l'esperienza umana nella pratica infermieristica. Negli Stati Uniti è stato pubblicato un articolo dove si dice che il prossimo passo nelle cure è “la cura dell'anima”.*

Modello dell'usignolo - Cura infermieristica quale cura umana. Human care, dice la Watson, è un comportamento epistemico (cioè che indica una presa di posizione conoscitiva) e filosofico. “Non dobbiamo utilizzare un approccio basato solo sulle evidenze. La visione occidentale è basata



che, fino ad oggi, sono stati lasciati ingiustamente ai margini”. Un De Luca che non butta via l'ipotesi di far collaborare maggiormente gli infermieri anche a livelli decisionali, dunque, ma che conclude il suo intervento al workshop lanciando un monito per il mantenimento di rigore e serietà, per un salto culturale. *“Da un lato la vostra professione - ha detto - deve essere costruita intorno alla verità scientifica, che dev'essere il presupposto di tutto. Dall'altro, il riferimento è ai numerosi fatti di cronaca che, nel corso del tempo, hanno minato la reputazione della sanità campana, che diventerà la più importante d'Italia”*, assicura lo stesso governatore. Quanto agli organici di settore, poi, De Luca ha ribadito che sono già in corso diverse procedure concorsuali per infermieri e operatori socio sanitari per far fronte a una carenza drammatica. *“Siamo ancora indietro sulla medicina territoriale. Abbiamo puntato tutto sugli ospedali e sui pronto soccorso, dobbiamo rivedere tutto il modello, non sarà facile”.* “Per farlo - ha aggiunto De Luca - abbiamo bisogno della collaborazione dei medici di base. In più abbiamo avuto una carenza drammatica negli ultimi anni di personale infermieristico, oltre che di medici e anestesisti. Stiamo facendo i concorsi”. Agli studenti di medicina e agli aspiranti infermieri, De Luca ha detto: *“Siamo travolti dalle emergenze ma non dobbiamo farci spaventare. Viviamo un tempo che è la negazione della professione e dei doveri di cura. Si vivono forme di nuova alienazione come cittadini e operatori sanitari”.*



sulla separazione, invece bisogna avere una visione basata sull'appartenenza”. Dignità e ambiente aiutano la cura. *“Agli studenti d'infermieristica - raccomanda la Watson - bisogna insegnare i protocolli, ma anche di saper criticare gli approcci anacronistici: non bisogna ridurre il corpo ad una macchina. Solo ascoltando il paziente si può arrivare alla guarigione. Stiamo parlando di*

una nuova sfida per l'assistenza infermieristica: bisogna partire da una visione del mondo unitaria basata sull'etica dell'appartenenza”.

I processi di caritas – Secondo la professoressa del Colorado, *“ciò che è strano è che già oggi gli infermieri stanno attuando i processi di caritas propri dello human caring, ma non lo sanno”.*

Quindi bisogna sistematizzare e valorizzare aspetti come gentilezza, essere presenti, sensibilità, relazione, dignità, ascolto, prendersi cura, già propri dell'assistenza infermieristica ma considerati a volte a torto marginali rispetto a tutto il processo di presa in carico.

Politica
Sanitaria

Edilizia sanitaria La Regione chiede lo sblocco dei fondi

Destinate alla Campania risorse finanziarie per oltre 1 miliardo di euro. Nuove tecnologie e ristrutturazioni: tutti gli interventi previsti nelle 61 strutture sanitarie della Campania

di Pino De Martino

Lo scandalo formiche all'Ospedale San Paolo prima, al San Giovanni Bosco poi ha fatto il giro del web. Forse c'è una manina nascosta che fa sabotaggio. Forse no. Questo lo stabilirà la magistratura. Forse si tratta semplicemente di strutture vecchie da ammodernare. La pioggia che filtra nelle sale operatorie del San Paolo a Fuorigrotta dipende da mancata manutenzione. E allora, polemiche a parte, **Vincenzo De Luca**, Governatore della Campania e commissario alla sanità regionale, ha preso carta e penna e ha scritto al Ministro della Salute **Giulia Grillo** lo sblocco dei fondi ex articolo 20 per l'ammodernamento strutturale e tecnologico degli edifici. Si tratta di fondi necessari per ristrutturare 61 strutture sanitarie della Campania. Del resto, è quanto prevede la terza fase del programma degli interventi di edilizia sanitaria in Campania con un investimento da 1 miliardo e 83 milioni di euro: di cui 1 miliardo e 29 milioni provenienti da fondi statali (per cui si attende lo sblocco del governo) e un cofinanziamento regionale del 5 per cento, pari a 54 milioni di euro.

Una quota di queste risorse, più del 24%, è destinata alle tecnologie: con un finanziamento di 267 milioni di euro la Regione sostituirà le apparecchiature più vecchie e ormai desuete e acquisterà anche nuovi macchinari all'avanguardia. Nel dettaglio, si prevedono interventi per 91 milioni in strutture dell'Asl Napoli 1 Centro: 17 milioni per realizzare un nuovo blocco tecnologie-area ricoveri all'ospedale Incurabili, interessato anche da un adeguamento funzionale e tecnologico, e 74 milioni di euro per realizzare il nuovo ospedale di Napoli Ovest, che avrà sede in via caduti di Nassiriya a Fuorigrotta. All'Asl Napoli 2 Nord vanno 84,5 milioni destinati alla realizzazione del nuovo ospedale di Giugliano e per le strutture di Pozzuoli, Quarto e Frattaminore.



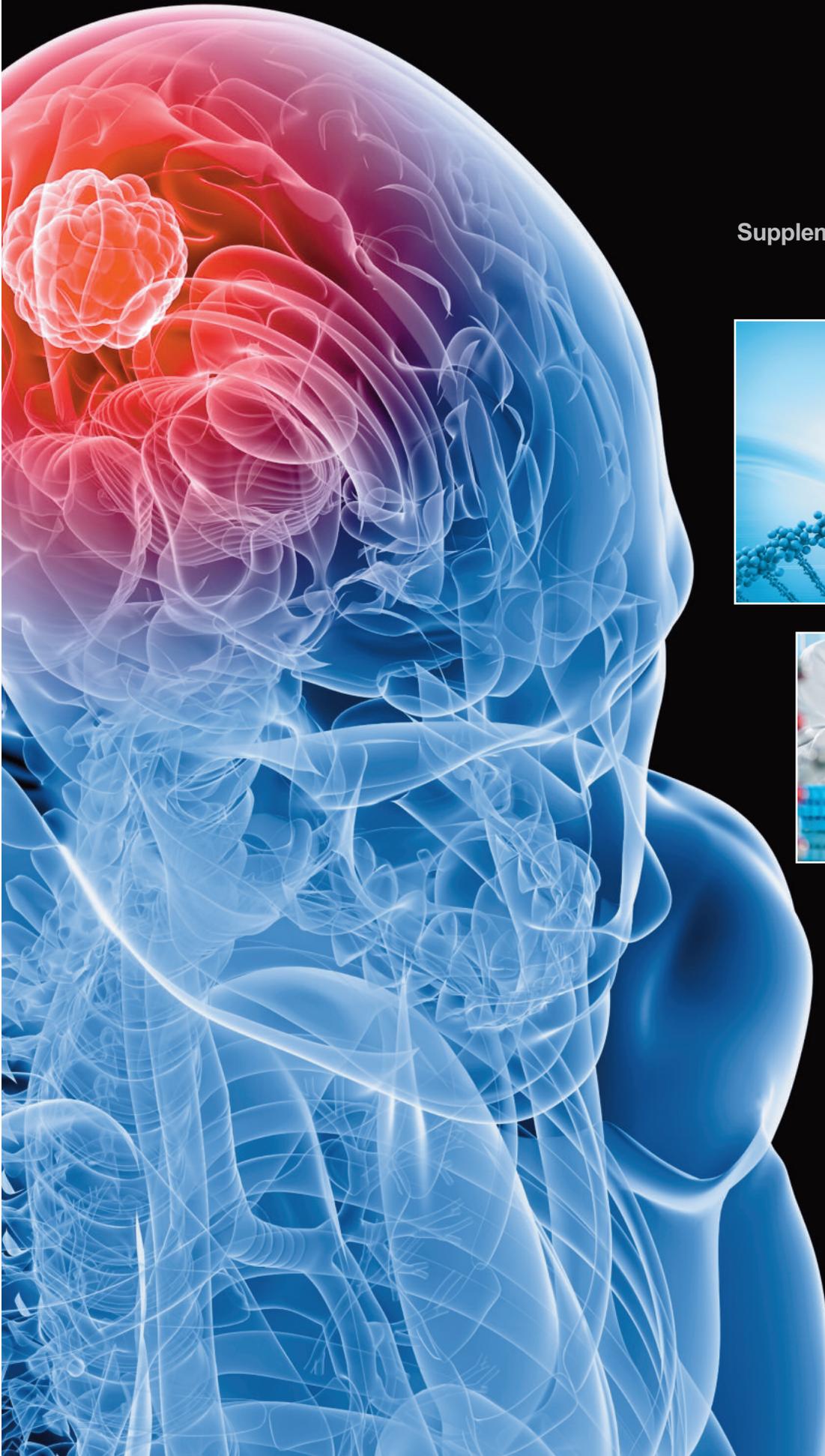
Nuovi reparti all'ospedale di Nola che sarà ampliato come quello di Boscotrecase. Restyling per i presidi San Leonardo di Castellammare di Stabia e di Gragnano e un nuovo ospedale a Sant'Angelo, che servirà tutti i comuni della penisola sorrentina e della costiera amalfitana, con un finanziamento totale di 107,8 milioni destinato all'Asl Napoli 3 Sud.

Una quota consistente di finanziamenti per le strutture di Napoli andrà anche all'ospedale Cardarelli (54, 8 milioni), che sarà ammodernato anche grazie alla realizzazione di una logistica integrata. E poi all'ospedale pediatrico Santobono Pausillipo; al Cto e al Monaldi; all'Istituto per i tumori Pascale per attivare la prontoterapia; alle aziende universitarie Federico II e Vanvitelli.

La quota più consistente di finanziamenti, oltre 330 milioni di euro, è destinata all'ospedale di Salerno, per costruire la nuova sede dell'azienda ospedaliera Ruggi. Per l'Asl di Salerno ci sono altri 70 milioni di euro per i presidi di Pagani, Scafati, Roccadaspide, Eboli, Vallo della Lucania, Eboli, Sapri, Capaccio e Mercato San Severino. Per l'Asl di Avellino e Benevento ci sono rispettivamente 14,4 e 15,6 milioni, a cui si aggiungono i 30 milioni previsti per l'ammodernamento dell'azienda ospedaliera Moscati di Avellino e i 20 milioni che finanzieranno l'adeguamento funzionale e l'ampliamento del Rummo di Benevento.

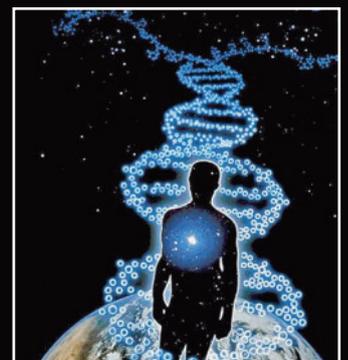
A Caserta ci sono due nuovi ospedali da realizzare: il presidio di Sessa Aurunca, con uno stanziamento di 60 milioni; e il nuovo Policlinico di Caserta, con 25 milioni per l'acquisto del nuovo parco tecnologico. In totale, per il territorio casertano ci sono 118 milioni di euro.

Infine, stanziamenti previsti anche per i privati convenzionati ed equiparati al pubblico: 2 milioni per il Fatebenefratelli di Napoli e Benevento, 1 milione per il Santa Maria della Pietà di Casoria (Napoli) e 2,1 milioni per l'ospedale Betania di Napoli Est.



NSC nursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento
Ricerca infermieristica

OVERVIEW Unitary Caring Science -Universals of Human Caring and Global Micro practices of Caritas

ABSTRACT

This manuscript offers a reflective pause to consider an overview of Unitary Caring Science as a philosophical-theoretical discipline-specific, professional nursing practice/praxis model for human caring nursing.

It provides the background of the 10 Caritas Processes?, considered universals of human caring phenomena and practices. The underlying starting point for unitary caring science is informed by an 'Ethic of Belonging' - that is, we all belong to the infinite field and sacred circle of life itself. - belonging to the cosmic energy of universal Love.

Thus our 'Belonging' becomes before our separate 'Being'.

So, in this foundational unitary starting point - 'ethics comes before ontology'. With this philosophical-ethical foundation nursing practice moves from technical industrial forms of practice to Praxis, that is discipline specific, value guided, informed, knowledgeable, moral practice (praxis). This shift transcends technology and objective task- focused-physical care, to critiquing, repatterning practices from tasks and skills to Caring -Healing Arts and micro-practices that allow for human face- to-face, heart- to- heart - energetic human caring touch and transpersonal caring moments that unite.

Key words: Unitary Caring Science, Praxis, Caritas Processes, Disciplinary

By Jean Watson *

INTRODUCTION

This manuscript offers a reflective pause to consider an overview of Unitary Caring Science as a philosophical-theoretical discipline-specific, professional nursing practice/praxis model for human caring nursing. It provides the background of the 10 Caritas Processes?, considered universals of human caring phenomena and practices.

The underlying starting point for unitary caring science is informed by an 'Ethic of Belonging' - that is, we all belong to the infinite field and sacred circle of life itself. - belonging to the cosmic energy of universal Love.

Thus our 'Belonging' becomes before our separate 'Being'. So, in this foundational unitary starting point - 'ethics comes before ontology'.^{1,2}

With this philosophical-ethical foundation nursing practice moves from technical industrial forms of practice to Praxis, that is discipline specific, value guided, informed, knowledgeable, moral practice (praxis).

This shift transcends technology and objective task- focused- physical care, to critiquing, repatterning practices from tasks and skills to Caring -Healing Arts and micro-practices that allow for human face- to- face, heart- to- heart - energetic human caring touch and transpersonal caring moments that unite.

This disciplinary focus for Nursing science serves as a guide toward an evolved quantum worldview for Unitary Caring Science.

This evolved unitary caring science

worldview (quantum universe) is in sharp contrast to the industrial -fragmented, dominant, separatist worldview of Western science and the current 'modern' hospital, product- line system of care delivery. This conventional, outdated industrial worldview is informed by a separatist ontological worldview, whereby everything is separated out from the whole.

Whereas within a quantum universe, and a unitary caring science lens, everything is connected; all humans are connected with reality of a shared globe, which unites, transcending differences.

METHOD

This is a theoretical exposition manuscript using a descriptive exploratory method to highlight the evolving disciplinary scientific development of nursing, from conventional technical physical, objective mindsets to theory guided moral, philosophically guided praxis, informed by Watson's Theory of Human Caring and universals of human caring: The 10 Caritas Processes ?; and new criteria of Caritas literacy evidenced through micro-practices.

UNITARY CARING SCIENCE

The underlying starting point for unitary caring science is informed by an 'Ethic of Belonging' - that is, we all belong to the infinite field and sacred circle of life itself. - belonging to the cosmic energy of universal Love.

Thus our 'Belonging' becomes before our separate 'Being'. So, in this foundational unitary starting point- 'ethics

Supplemento Ricerca infermieristica

comes before ontology^{1,2}.

With this philosophical-ethical foundation nursing practice moves from technical industrial forms of practice to Praxis, that is discipline specific, value guided, informed, knowledgeable, moral practice (praxis).

Unitary Caring science moves from dominate empirical objectivist, epistemological methods to expanding, emancipatory forms of inquiry; asking new questions about what counts as knowledge.

With this philosophical-ethical foundation nursing practice moves from technical industrial forms of practice to Praxis, that is discipline specific, value guided, informed, knowledgeable, moral practice (praxis).

This shift transcends technology and objective task- focused-physical care, to critiquing, repatterning practices from tasks and skills to Caring -Healing Arts and micro-practices that allow for human face- to- face, heart- to- heart - energetic human caring touch and transpersonal caring moments that unite.

It takes 100 years for a profession to mature as a distinct discipline; nursing is at a critical turning point in its history as it reached the centenary of Nightingale in 2010. Either nursing advances as a distinct discipline, with its distinct values, phenomena, theories, and worldview to honor its covenant with humanity to address the whole person/whole system needs for all, or it succumbs to being a very fine technological practice, within an evolved, totally transformed world of caring, health and healing.

Within our Western system of health-care, we have yet to actualize the Nightingale model of Nursing - calling upon nature and natural caring processes for healing, beyond treatment and curing.

As nursing engages in its own advancement as a distinct discipline for caring-healing/health, we create a circle of knowledge development; moving from theory, to informed conscious, intentional caring/healing practices to research and forms of inquiry and new forms of caring healing evidence and person- po-

pulation- specific outcomes.

RESULTS

Unitary Caring Science an evolved model of Nursing Praxis

Caring science (and now unitary caring science (Watson, 2018) has been evolving over the past 30 years, based upon the advancement of Watson's Theory of Human Caring and developments of Human Caring Science, beyond Western medical science^{3,8}.

Whereby Western medical science focuses on objective, distant empirical, physical phenomenon, separating wholes into parts for study and for diagnosing and treatment plans and program, caring science focuses on human caring -healing, wholeness, health, including subjective, inter-subjective, non-physical, energy patterns and processes, as well as physical phenomena, with focus on whole person, whole health, personal meaning, context, relations and vicissitudes of human complexity.

DISCUSSION

The next section identifies and discusses commonalities of unitary caring science praxis. For example, Universal Values; Shared Language of human caring; Global Premises; Caritas Literacy, Micro-practices as evidence of new criteria of authentic human caring practice/praxis.

Unitary Caring Science is based upon Universal Values of Humanistic-Altruism - as a sacred calling since Nightingale, nursing exists for purpose of offering compassionate caring, healing and health care for all.

This foundational value system guides the expanded worldview for caring science, a consciousness beyond physical Western worldview - emphasizing the reality of a relational worldview whereby everything is connected, acknowledging we are now living in a quantum universe. Thus Caring Science theory can be approached, studied and practiced, as a phi-

losophy, an ethic, a theory and/or an evolved model of unitary science.

UNIVERSAL SHARED LANGUAGE-NURSING

If one is to study the Theory of Human Caring formally, then the language of the theory becomes important to use to capture the phenomenon of human caring.

Without language to capture the caring phenomenon of what nurses are practicing every day, nursing becomes invisible.

As part of a postmodern world it is acknowledged if you do not have your language, you do not exist.

The language of human caring has been named and described through the 10 Caritas Processes(tm), which provide the structure and language of the Caring Science Theory of Human Caring.

These Caritas Processes have been validated as reflecting universals of human caring, in that they apply to our shared humanity and all cultures and beliefs around the world.

They have been validated for patient care relevance in countries and continents globally, for example, in the Middle East, Asia Pacific, China, South American, South Africa, Europe, Thailand, Japan and Latin American countries.

MEANING OF CARITAS

Caritas comes from the Latin word meaning to cherish, to appreciate, to give special, if not loving attention to. It represents charity and compassion, generosity of spirit.

It connotes something very fine. Indeed, something precious that needs to be cultivated and sustained.⁷

Watson's theory of Transpersonal caring and the 10 Caritas Processes is one theory that can help to advance, discipline specific theory-guided nursing practice.

The 10 Caritas Processes (tm) serve as the basis for 'universals of human caring, whereby our Being is connected and we all Belong to nature and our shared hu-

continua da pagina 19

manity around the globe. In other words we all Belong to the infinite field of Universal Cosmic Love ^{1,6,8}.

An ethic and relational ontology and Ethic of Belonging, is in direct contrast to the dominant Western science ethic and ontology of separation.

Thus, when nursing acknowledges and acts from a consciousness of the ethic of 'Belonging', the whole human and all the vicissitudes of shared humanity are honored. When the nurse and embraces concepts such as Caritas and Love, combined with universals of human caring, we have to acknowledge that we have an evolved model of science.

Unitary Caring Science is the scientific context the 10 Caritas Processes(tm) as 'universals of human caring' - universals that unite humankind, transcending differences across cultures, religions, customs, borders, boundaries and geographic locations in the world.

The Ten Caritas Processes(tm) - (From Jean Watson - used with permission)

The Ten Caritas Processes provide a common language for nursing to discover, 'see', explore, further develop and authentically live out through practice, using these processes as a guide to personal/professional life practices.

They include the following:

1. Sustaining Humanistic -altruistic values by practice of loving kindness, compassion and equanimity with self/other.

2. Being Authentically present, enabling faith/ hope/belief system; honoring subjective, inner life-world of self/other.

3. Being sensitive to self and others by cultivating own spiritual practices; beyond ego-self to transpersonal presence.

4. Developing and sustaining loving-trusting-caring relationships.

5. Allowing for expression of positive and negative feelings - authentically listening to another person's story.

6. Creatively problem-solving - 'solution-seeking' through caring process; full use of self and artistry of caring-healing practices via use of all ways of knowing/Being/Doing/Becoming = Caritas Praxis.

7. Engaging in transpersonal teaching-learning within context of caring relationship; staying within other's frame of reference - shift toward coaching model for expanded health/wellness.

8. Creating a healing environment at all levels; subtle environment for energetic authentic caring-healing presence.

9. Reverentially assisting with basic needs as sacred acts; touching unity of mind-body-spirit of other; sustaining human dignity.

10. Opening to spiritual mystery, unknowns - Allowing for miracles.

No matter what country; what culture; what customs; what religion; what borders and boundaries - geographic, political or otherwise, these 10 Caritas Processes(tm) hold across the globe as common denominators for humanity and their need for human caring for health and healing.

These Caritas Processes have been philosophically and theoretically validated in diverse countries and cultures worldwide, including, for example Islamic -Muslim Middle East Cultures - Iran and Saudi Arabia, Turkey, Jordan, Palestine, Israel, Lebanon; European Countries - Italy, Spain, France, Portugal, Poland, Switzerland, United Kingdom, Greece, Germany; Africa - South Africa; Latin& South America - Spanish-Speaking, countries, such as Mexico, Venezuela, Colombia, Costa Rico, Panama, Peru, Chile, Bogota., Cuba; In Asia Pacific countries such as Thailand, Japan, China, Taiwan, Korea, Singapore, Macau, Hong Kong, Philippines, among others; States throughout USA and North America - Canada, Quebec.

These processes are universal because

they represent a professional covenant nursing has with humanity worldwide. These processes are built upon Global Human Caring Values.

*- Universals Premises human caring worldwide:

* reprinted with permission University Press of Colorado ⁷.

1. Human caring and Love are the most universal, the most tremendous and the most mysterious of cosmic forces. They comprise the primal and universal psychic energy for survival ⁹.

2. Often, this wisdom and these needs are overlooked. Although we know people need each other in loving and caring ways, often we do not behave well toward each other. If our humanness and humanity is to survive and if we are to evolve toward a more loving, moral community and civilization, we need to become more caring and loving to nourish our humanity and evolve as a civilization and live together on Planet Earth. ⁹.

3. Because nursing is a caring profession, its ability to sustain its caring ideals, ethics and philosophy for professional practices affect the human development of civilizations and nursing's mission to society. Sustaining a caring ethical ideal affect the human development of civilization and determines nursing's contribution to society.

4. As a beginning we have to learn how to offer caring, love, forgiveness, compassion, and mercy to ourselves before we can offer authentic caring, tenderness, compassion, love, and dignity to others. ^{8,9}

5. Nursing has always held a human care and caring stance with respect to people and their health-illness-healing concerns.

6. Knowledgeable, informed, ethical human caring is the essence of professional nursing values, commitments and competent actions. It is the most central and unifying source to sustain its covenant

Supplemento Ricerca infermieristica

with society and ensure its survival ¹⁰.

7. Human caring at the individual and group/community level has received less and less emphasis in the healthcare delivery system, but now has to be restored if systems are to survive as ethically and scientifically responsible and accountable to society, and if nursing is to survive as a distinct profession and discipline to fulfill its social mandate.

8. Caring values of nurses and nursing have been submerged. Nursing and society are therefore in a critical situation today in sustaining human caring ideals and a caring ethic and ideology in practice. The human caring role is threatened by increased medical technological-economic-bureaucratic and managerial institutional constraints in this post-post-modern era of dramatic and chaotic, unprecedented change in human history. At the same time there has a proliferation of radical treatments and cure techniques to save lives, often without regard to costs or loss of meaning to human existence.

9. Human caring can be most effectively demonstrated and practiced only interpersonally. The inter-subjective human processes keep alive a common sense of shared humanity.

It teaches us how to be human by identifying ourselves with others, whereby the humanity of one is reflected in the other.

However, paradoxically, caring consciousness transcends time, space, and physicality and affects the evolving consciousness of humanity at large. ^{8,12}.

10. The caring moment is where the Caritas processes are lived out. The moment is transpersonal in that it has a field of its own which is greater than the occasion itself.

As such the process also becomes transcendent because it goes beyond itself and of each person and becomes part of some larger, deeper complex pattern of life ⁸.

CARITAS LITERACY

These universals of human caring and values, which support them, also raise the notion of Caritas Literacy.

For example, some of the current social-system and political structures in health care and in our world, governance can be considered 'illiterate' with respect to human caring and universals of shared humanity as one world, one humanity. "Illiteracy consists of task-conscious practices; use of lower vibration objectifying language, 'scientizing' of human emotions and expressions and repressive, insensitive dehumanizing, dividing - separating actions and policies, crafting a commodification of caring and people" ^{11,12}.

The opposite of Illiteracy is Caritas Literacy which is based upon the evolved consciousness and intentionality of nurses and nursing to shift from medical science/technology to caring-healing for self/other. Caritas literacy is based upon

A special way of Being - Ontology as to how to Be a loving, caring, compassionate human being. Literacy involved wisdom and dimensions of the art and artistry of our being, not just dominant science dimensions of objectivity, where humans get reduced to moral status of objects. Literacy and Caritas evokes heart intelligence, of level of moral efficacy and a lifelong journey of self-healing, self-growth and deliberate spiritual evolving practices.

The Caritas Processes serve as ontological and ethically guided Caring Praxis - Praxis conveys informed practice, an oneness of Knowing/Being/Doing/Becoming Caritas - bringing compassion and love back into our life our work, our world - moving beyond traditional skill/task-based technically dominated practices.

The next section provides some global guidelines for Caritas Literacy.

CARITAS LITERACY GLOBAL:

1) Ethics of Face - The only way we can sustain our humanity at this point in

human history is through the face to face connection ^{1,7}.

It is through the face-to-face connection - we 'see' the other; when we look into face of other, it mirrors the infinity of human soul and reflect back the infinity of our own soul, which unites us in our shared humanity.

2) Caritas Heart Methodology? - the human heart sends more messages to the brain than the brain sends to the heart; caring, compassion, love, beauty, truth all reside in our heart; when we radiate higher vibration feelings, such as love, caring, compassion from our heart, we affect the whole field of our work and world of humanity as one heart/one world uniting.

3) Human Touch - human touch and intentional energetic touch is one form of healing; nurses engage in touch as a dominant form of human caring. We never know how we are touching the life of another person; when we touch someone else, we also are being touched.

Caritas Literacy Micro-practices for Sustaining a Caritas Relationship: Adapted from Watson, [7] - with permission.

1. Pause before entering the patient's room;
2. 'Read the field' to detect energetic field of space and humans;
3. 'Be present' - authentically
4. Seek to 'see' ; to 'hear' person, beyond the diagnosis, treatment, disease;
5. Suspending role and status, honoring each person their unique gifts and skills;
6. Speaking and listening without judgment, working from one's heart-centered space, working toward shared meaning and common values;
7. Listening with compassion and open

continua da pagina 21

heart without interrupting; listening to another's story as perhaps as one of the greatest healing gifts;

8. Learning to be still, to center self, while able to dwell in silence, hold silence for reflection, contemplation and clarity;

9. Recognizing that transpersonal Caritas Presence and practices transcend the ego-self and connect us human spirit to human spirit to where our life and work are divided no more;

10. Honoring the reality that we are part of each other's journey- we are all on our own journey toward healing as part of the infinity of the human condition. When we work to heal ourselves, we contribute to healing the whole.

CONCLUSIONS

This paper has provided an overview of Unitary Caring Science and how it differs from conventional Western Science, based upon the Ethic and Ontology of Belonging versus a worldview of Separation of humanity.

This evolved view as foundation for the discipline of nursing, unites our oneness with each other and Planet Earth.

The Theory of Transpersonal Human Caring and 10 Caritas Processes are embedded within the evolved ethic and worldview of Unitary Caring Science and includes universals of human caring. Foundational values that underpin the evolving quantum, world view of unitary caring science was presented.

Global Caritas literacy practices are identified, such as Ethics of Face; Heart to Heart connections and Human Touch are introduced, along with more specific micro-practice/praxis guidelines for Caritas literacy.

These basic, simple micro-practices, bring theory to life in concrete ways to sustain human caring and healing for nursing's covenant with humanity.

It can be concluded, based upon the global experiences and programs of the

author, the

10 Caritas Processes are relevant to all humans and are important universals for sustaining an evolved civilization for humankind.

CONFLICT OF INTEREST

The author declares there is no conflict of interest regarding publication of this paper.

* PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL (AAN)

Founder/Director Watson Caring Science Institute, a non-profit organization

Distinguished Professor/Dean Emerita
University of Colorado Denver,
College of Nursing

Jean@watsoncaringscience.org
www.watsoncaringscience.org

REFERENCES

1. Levinas, E. (1969). *Totality and Infinity*. Pittsburgh, PA: Duquesne University.
2. Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science. The Philosophy and Praxis of Nursing*. Boulder, CO: University press of Colorado.
3. Watson, J. (1979) *The philosophy and science of caring*. Boston: little Brown.
4. Watson, J. (1988) *Human Caring Science*. Boston: Jones & Bartlett.
5. Watson, J. (1999) *Postmodern Nursing & Beyond*. Edinburgh: Churchill-Livingstone.
6. Watson, J. (2006) *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: FA Davis.
7. Watson, J. (2008). *Nursing the Philosophy and Science of Caring. Second revised edition*. Boulder, CO: University Press of Colorado.
8. Watson, J. (2012) *Human Caring Science. A theory of Nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
9. de Chardin, T. (1967). *On Love*. New York: Harper & Rowe.
10. Leininger, M. (Ed.) (1981). *Caring the essential human need*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
11. Watson, J. (2017) *Watson, J. Global Advances in Human Caring Literacy*. In Lee, S. Palmieri, P, Watson, J. *Global Caring Literacy*. NY: Springer.
12. Lee, S. Palmieri, P, Watson, J. *Global Caring Literacy*. NY: Springer.

L'infermiere nel DEA: una risorsa strategica per la gestione dell'overcrowding e della customer satisfaction

ED nurse: a strategic resource for the management of overcrowding and customer satisfaction

di Francesco Petrosino* e Aniello Lanzuise*

RIASSUNTO

Introduzione

Il fenomeno dell'overcrowding (sovraffollamento) è una delle principali criticità che si trova quotidianamente a dover affrontare la maggior parte dei Pronto Soccorso; si riscontra quando vi è un eccessivo e non programmabile afflusso di pazienti.

L'overcrowding genera conseguenze che coinvolgono l'intero ospedale: nonostante il fenomeno sia stato oggetto di numerosi studi, a oggi, la letteratura internazionale non sembra essere in grado di fornire una soluzione univoca al problema, proprio a causa delle sue caratteristiche, complesse e poliedriche; né, tantomeno si è riusciti a proporre un modello organizzativo in grado di arginare prontamente il problema per erogare assistenza sicura e di qualità.

Obiettivo

Scopo di questo studio è quello di indagare la reale situazione di una specifica realtà di Pronto Soccorso e comprendere se l'introduzione di un infermiere dedicato alla gestione dei flussi possa ridurre il fenomeno dell'overcrowding.

Materiale e metodo

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo sui dati relativi gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Salerno (anni 2012-2017); sono state considerate le attività utili a una gestione efficace ed efficiente dell'overcrowding e alcune possibili soluzioni.

Risultati

L'attuazione sinergica di strategie pianificate, pur non risolvendo completamente l'overcrowding, può permettere una riduzione e/o una redistribuzione del sovraccarico di lavoro.

Conclusioni

L'implementazione di una metodologia che impegni il personale del DEA nella gestione dei flussi dei pazienti, con la supervisione e il controllo da parte di un infermiere dedicato, può portare a una migliore gestione della value (valore) e della customer satisfaction (soddisfazione del cliente).

Parole chiave - Pronto Soccorso, overcrowding, lean management, customer satisfaction

ABSTRACT

Introduction

The overcrowding is one of the main problems that every day has to face most of the Emergency Rooms; it is found when there is an excessive, and non-programmable, inflow of patients.

Overcrowding generates consequences that involve the entire hospital: despite the phenomenon has been the subject of numerous studies, to date, international literature does not seem to be able to provide a univocal solution to the problem, because of its complex and multifaceted characteristics; nor it was possible to propose an organizational model that can readily contain the problem to provide safe and quality care.

Aim

The purpose of this study is to investigate the real situation of a specific emergency room and understand whether the introduction of a nurse dedicated to the management of flows may reduce the overcrowding.

Material and method

An observational retrospective study was conducted on data from Emergency Rooms of Salerno's University Hospital (period 2012-2017); were therefore considered the activities useful for an effective and efficient control of overcrowding and some possible solutions.

Results

The synergistic implementation of planned strategies, even if not completely solving overcrowding, may permit a reduction and/or a redistribution of the work overload.

Conclusions

The implementation of a methodology that engages the ED staff in the management of patient flows, with the supervision and control by a nurse flow coordinator, may lead to a better management of the value and the customer satisfaction.

Keywords

Emergency room, overcrowding, nurse flow coordinator, lean management, customer satisfaction

continua da pagina 23

INTRODUZIONE

Il fenomeno dell'overcrowding (sovraffollamento)^[1] è una delle principali criticità per i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA): si riscontra quando vi è un eccessivo e non programmabile afflusso di pazienti, con un importante divario tra richieste dell'utenza e disponibilità di risorse per soddisfarle^[2]. In Italia le statistiche confermano la presenza di tale fenomeno: i dati del Programma Nazionale Esiti (PNE)^[3] – sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute – relativi all'anno 2015 documentano circa 3.6 accessi in Pronto Soccorso (PS) ogni 10 abitanti; di questi, circa il 66% sono costituiti da pazienti con codice verde e circa il 15% viene in seguito ricoverato. Tale ultimo indicatore è alquanto variabile nell'ambito del territorio nazionale.

L'overcrowding genera conseguenze che coinvolgono l'intero ospedale: maggiore durata della permanenza e aumento della mortalità^[4], insoddisfazione degli utenti^[5], riduzione della qualità delle cure^[6], burnout del personale^[7], difficoltà a reclutarne di nuovo e a mantenere quello già in essere^[8].

Il fenomeno dell'overcrowding è un tema frequentemente affrontato dalla letteratura internazionale, tanto che sono oramai ben note le cause di questo fenomeno – come ad esempio visite non urgenti, “frequent flyers” o reingressi, patologie stagionali, organico inadeguato, “boarding” o tempo di attesa per l'ospedalizzazione, carenza di posti letto^{[9][10]} – e talora anche le possibili soluzioni. Queste ultime, però, non sempre vengono messe in atto, proprio a causa delle caratteristiche complesse e poliedriche dell'overcrow-

ding^[11]. In definitiva, il sovraffollamento riduce o, in casi estremi, annulla la capacità del PS di garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali^[12].

In un contesto di costante dinamicità dei processi di cura, la programmazione strategica non dovrebbe più essere vista come semplice applicazione di leggi e regolamenti, ma seguire piuttosto una logica più complessa, che focalizzi la propria attenzione sugli aspetti strategici, organizzativi e di razionalizzazione delle risorse^[13] e della gestione dei posti letto in un'ottica lean^[14]. L'introduzione di modelli di gestione manageriale adeguati al governo della complessità e all'orientamento al risultato, richiede una nuova capacità di pianificazione e di controllo strategico: sarà quindi necessario individuare nuovi strumenti che possano integrare quelli esistenti e supportare l'organo di governo nell'individuazione degli obiettivi, nella loro definizione e articolazione, e nella verifica del grado di raggiungimento degli stessi.

E in tale quadro il Pronto Soccorso assume un ruolo rilevante: un ambiente critico e in continua evoluzione che deve essere regolamentato con efficaci strategie di leadership infermieristica, affinché si possano produrre validi risultati^[15], e nel quale il calcolo del fabbisogno infermieristico – e del workload – assume un ruolo di fondamentale importanza^{[16][17]} sebbene non sia l'unico obiettivo da perseguire^{[18][19]}.

Nel 2003, Asplin et al. proposero un modello concettuale che scomponesse il problema dell'overcrowding in tre componenti interdipendenti (**Figura 1**): input (accesso dei pazienti al PS/DEA,

Figura 1 – Modello concettuale Asplin *et al.*

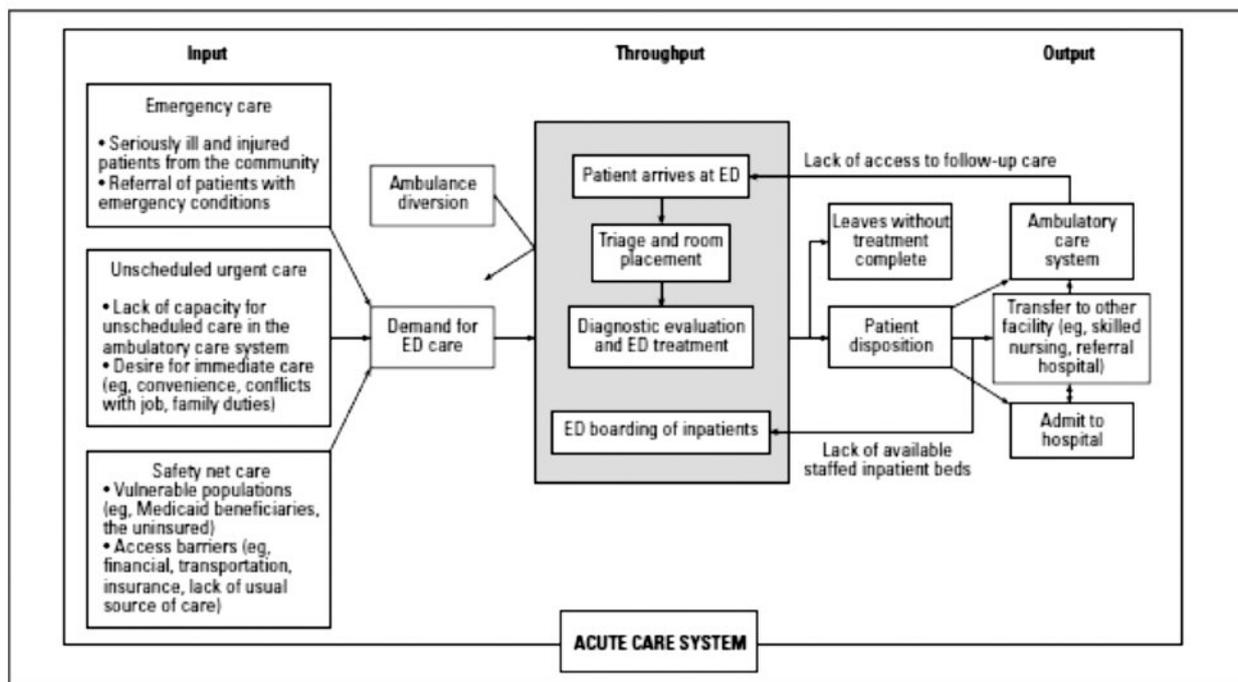
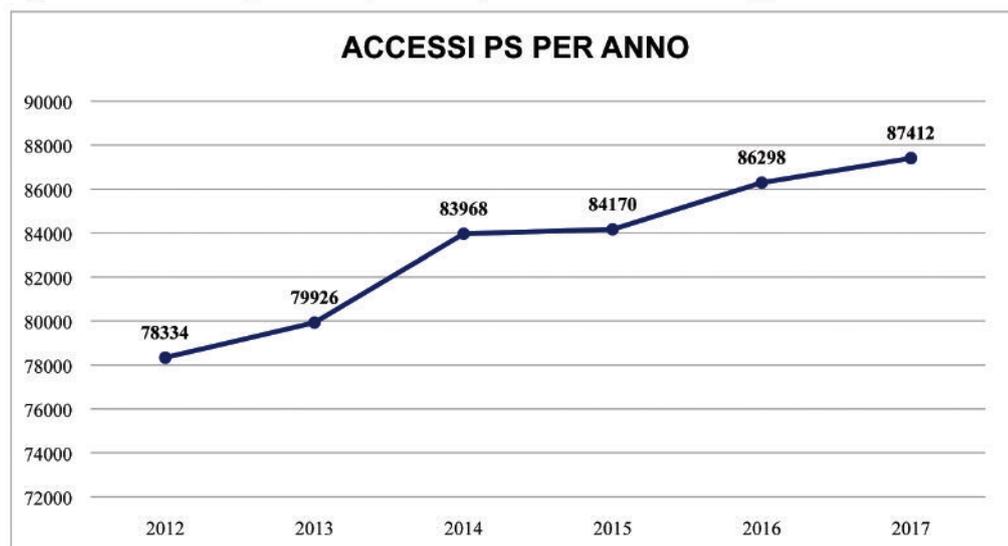


Figura 2 – Accessi (suddivisi per anno) Pronto Soccorso “Ruggi” di Salerno



creazione domanda di servizi), throughput (gestione del paziente e sua permanenza in PS) e output (termine delle attività con dimissione, ricovero, trasferimento ad altra struttura, etc.); l'obiettivo dichiarato era di fornire un modello concettuale che aiutasse a comprendere quali fossero le cause del sovraffollamento, al fine di sviluppare possibili soluzioni al problema agendo su ognuna delle diverse componenti [20].

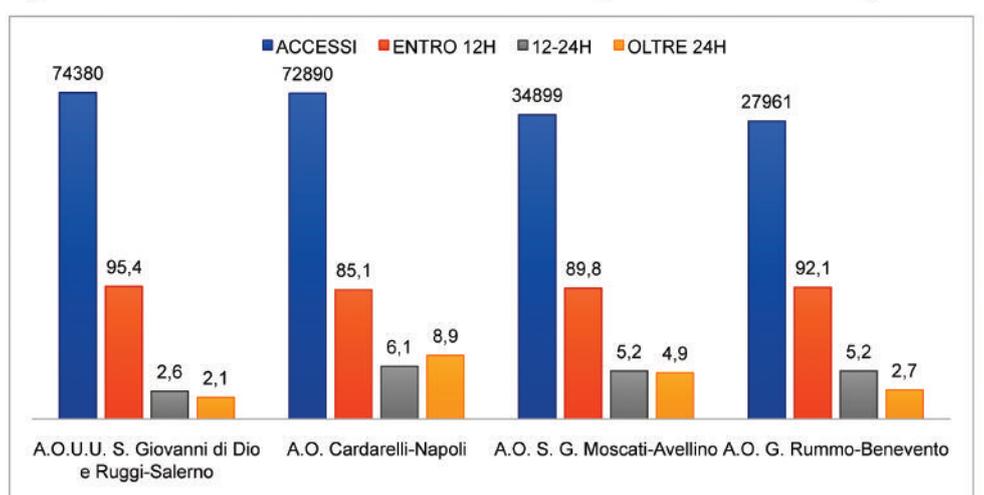
Tale schema si caratterizza per la semplicità e la precisione con cui si individuano, nella realtà che lo applicano, le tre macrocategorie determinanti l'overcrowding [21]; nella ricerca di possibili soluzioni al problema, nasce la figura dell'infermiere “flussista”, figura preposta a dirigere flussi di pazienti, dall'arrivo in Pronto Soccorso alla registrazione, dal triage alla visita, fino alla dimissione [22]. Il modello di Asplin necessita di più azioni concomitanti per la soluzione dell'overcrowding e l'infermiere di processo è stata individuata come figura che potrebbe farsi carico degli aspetti essenziali del modello [44].

il pensare snello e creativo in Sanità equivale a cercare di sottrarre “peso” ai processi, evitando al contempo sprechi [24] ed implementando modelli di comunicazione sempre più efficaci [25]

OBIETTIVO

Obiettivo di questo studio è quello di valutare la situazione e dell'overcrowding nel Pronto Soccorso dell'AOU “San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona” di Salerno (da ora in poi indicata come “Ruggi”) e individuare se e quale possa essere il ruolo dell'infermiere “flussista” nella gestione dell'o-

Figura 3 – Accessi 2015 di n.4 Aziende Ospedaliere della Campania



vercrowding nella realtà presa in esame.

MATERIALE E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo (anni 2012-2017) sui dati relativi agli accessi del PS del “Ruggi”, dati ottenuti – previa autorizzazione della Direzione Sanitaria – attraverso l'estrazione dalla piattaforma applicativa ERP (Healthcare Enter-

continua da pagina 25

prise Resource Planning) aziendale; sono state quindi considerate le attività utili a una gestione efficace ed efficiente dell'overcrowding e alcune possibili soluzioni.

RISULTATI

Analisi dei dati

Come è possibile vedere in **Figura 2**, nel corso degli ultimi 5 anni, c'è stato un aumento considerevole degli accessi al PS del "Ruggi", con un picco nel 2014, anno dell'apertura della nuova struttura, con numeri che rendono un'idea di quanto il fenomeno dell'overcrowding abbia assunto carattere di criticità.

Prendendo in considerazione i dati degli accessi di n.43 PS della Campania in tutto il 2015 (popolazione residente, fonte ISTAT, 5.861.529), questi risultano essere 1.415.981 con una media di 241.6 accessi per 1000 abitanti: il PS del "Ruggi" è al secondo posto in quanto a numero di ricorsi a esso (n.84170). C'è però da dire che, nonostante l'alto numero di accessi, la permanenza oltre le 24h risulta essere solo del 2.6%. Questa percentuale appare

essere molto bassa se paragonata al 6.1% del "Cardarelli" e al 5.2% dell'AO "Moscati" di Avellino e del "Rummo" di Benevento [3]: queste ultime due aziende, infatti, hanno un numero di accessi inferiori di almeno un terzo di quelli del "Ruggi" (**Figura 3**).

Per quanto riguarda, invece, gli accessi al "Ruggi" suddivisi per

codice colore (**Figura 4**), si nota un aumento, in percentuale sugli accessi totali, dei codici Rossi e Gialli: questo dato è verosimilmente legato, a nostro avviso, sia all'aumento dell'età media e alla pluripatologia sia all'allargata offerta di prestazioni sanitarie – e quindi all'attrattività – da parte dell'Azienda, a seguito della sua integrazione con l'Università di Salerno. I codici Verdi, invece, restano più o meno stabili nei 5 anni.

A fronte, però, dell'aumento degli accessi totali, anche al "Ruggi" si assiste a un lieve calo dei ricoveri (**Figura 5**), così come osservato nei rapporti annuali SDO del Ministero della Salute.

Altra problematica legata all'overcrowding è l'allonta-

Figura 4 - Accessi "Ruggi" suddivisi per codice colore

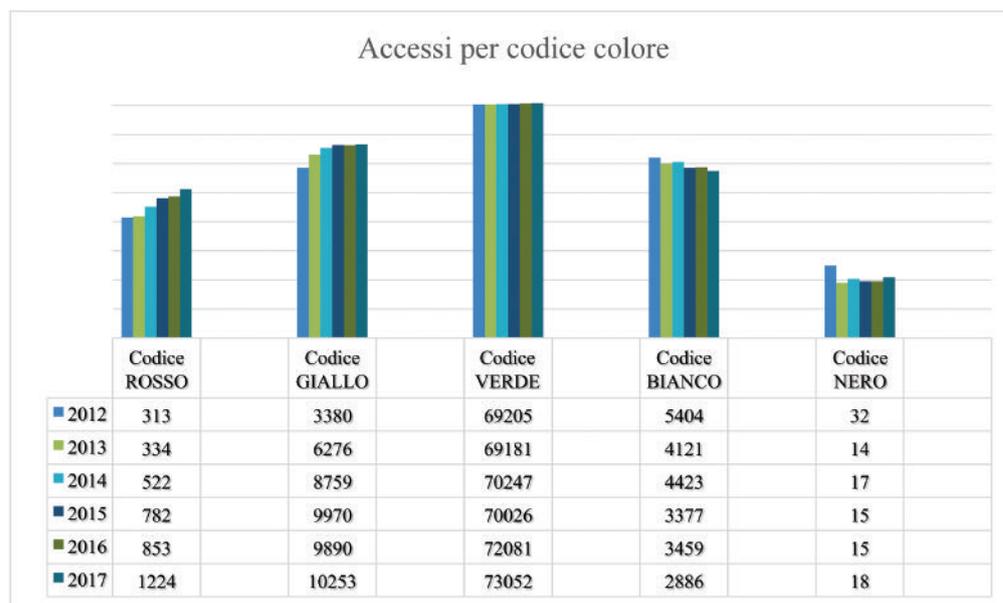
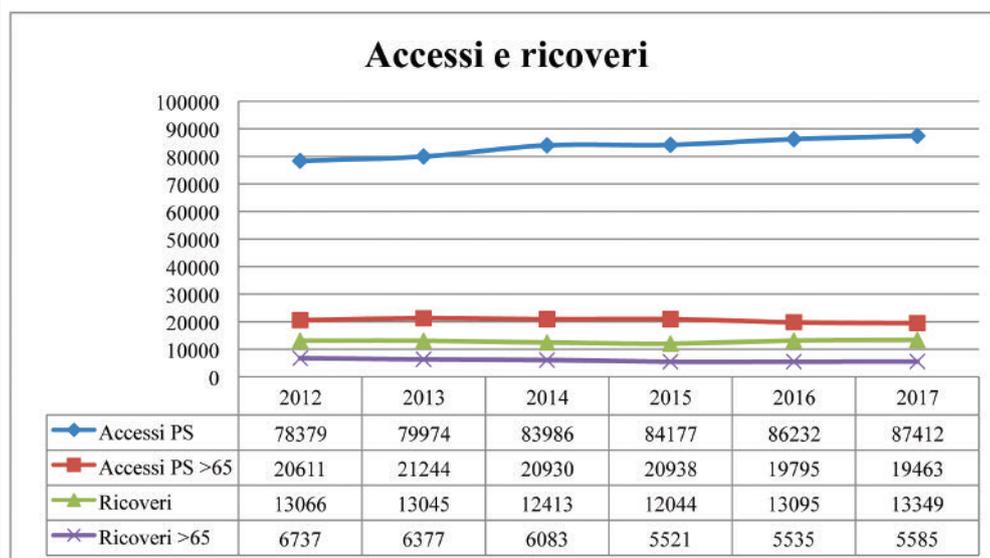


Figura 5 - Accessi e ricoveri "Ruggi" anni 2012-2017



namento dal DEA prima della visita o durante l'attesa. Numerosi studi hanno riportato che la quota di abbandoni di pazienti in PS prima della visita medica si aggira intorno al 5% (0,1-15) [26]. Come si può leggere dal grafico (Figura 6), la percentuale di pazienti che si allontanano dal PS del "Ruggi" si attesta, in media, intorno a un 8-9% annuo sugli accessi totali; la maggior parte degli abbandoni avviene prima della visita e, negli ultimi due anni, vi è stato un aumento degli stessi; questo, verosimilmente, è legato all'aumento del numero degli accessi e del tempo di attesa prima della visita. Altro

fattore importante potrebbe essere la sensazione che si avverte di sovraffollamento anche solo restando ad aspettare nei locali del PS.

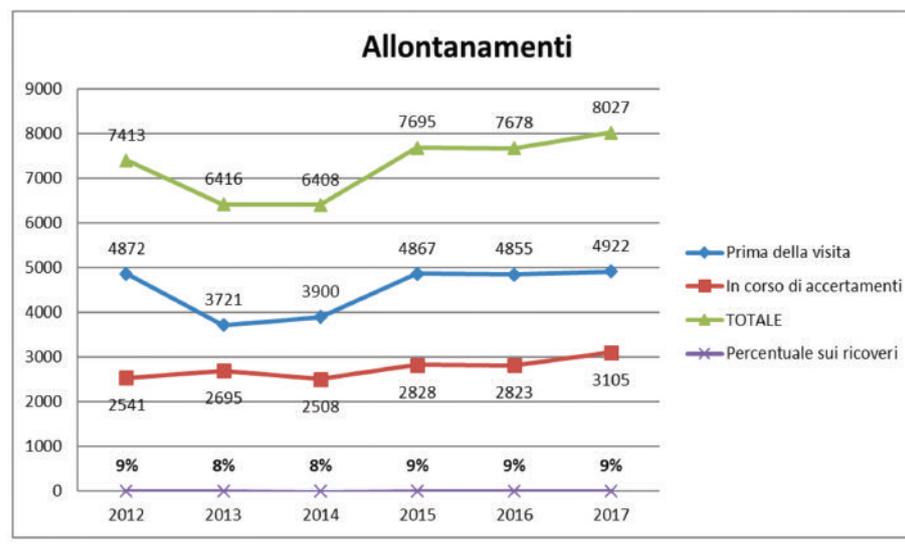
Monitoraggio dell'overcrowding nel PS del "Ruggi"

Lo stato dell'arte del monitoraggio nel PS del "Ruggi" a oggi prevede esclusivamente l'utilizzo di statistiche puntuali (piattaforma applicativa aziendale) e dati periodici aggregati (flussi EMUR). Mancano invece dati aggiornati in tempo reale e indicatori dinamici su dati aggregati come, per esempio, score di processo per la gestione operativa all'interno dei cruscotti dedicati [10]; nella nostra analisi abbiamo preso in considerazione il CEDOCS (Community Emergency Department Overcrowding Scale) [27]: il suo punteggio è stato calibrato confrontando il risultato che da esso si otteneva con la "percezione" di affollamento che avevano gli operatori durante la rilevazione [28]. Questo score aggregato andrebbe poi utilizzato, in ogni presidio sede di PS, per la redazione di un piano di gestione del sovraffollamento (PGS). Raccogliendo i dati di accesso in una settimana – con una media di 208 accettazioni giornalieri – ricaviamo un grafico (Figura 7) dal quale appare chiaro come il PS del "Ruggi" risulti essere "severamente sovraffollato" i primi e gli ultimi giorni della settimana, mentre risulta essere quotidianamente "affollato" a metà giornata. Ricavare questi dati, e successivamente analizzarli, potrebbe essere utile per la definizione di strategie di escalation in un'ottica lean di gestione dell'overcrowding.

DISCUSSIONE

L'overcrowding del PS/DEA è causato da diversi fattori tutti ascrivibili a ognuna alle tre macrocategorie interdipendenti individuate da Asplin et al. [20]: input factors, throughput factors e output factors; volendo analizzare nello specifico tali fattori, si può definire come i primi riflettano le fonti e le espressioni dell'afflusso di pazienti in Pronto Soccorso, i secondi rispecchino i colli di bottiglia

Figura 6 – Allontanamenti anni 2012-2017



di un Pronto Soccorso mentre i terzi i colli di bottiglia di altre parti del sistema sanitario, con ripercussione sul Pronto Soccorso stesso [21][29].

Nel 2003 uno studio di Liz Lees e Jacki Ferreday [30] – avente come obiettivo quello di migliorare i tempi relativi ai processi, ridurre la variabilità e migliorare il flusso dei pazienti – individua una figura definita patient-flow coordinator che doveva supportare tutto il personale del PS nell'affrontare alcuni dei problemi che affliggono quotidianamente i DEA. Un consequenziale e significativo miglioramento nel throughput – riduzione del tempo di ammissione, diminuzione dei tempi di permanenza, dei tempi di trasferimento e dei reingressi – è infatti risultato da un altro studio di Preethy et al. [31] del 2016, nel quale si analizza il ruolo di un coordinatore infermieristico delle emergenze per il miglioramento del flusso dei pazienti nel DEA. Tale studio è congruente con i risultati di Asha et al. [32] che ha visto – introducendo nei DEA la figura dell'infermiere coordinatore di processi – un miglioramento del tasso di conformità fra pazienti ammessi e pazienti dimessi (tempo di permanenza). Questa nuova professionalità potrebbe soprattutto influenzare il throughput (riduzione del tempo di permanenza in PS con la diversione dei pazienti, degli allontanamenti e della diversione delle ambulanze) e migliorare, quindi, il flusso dei pazienti e la loro soddisfazione [33].

Nella realtà da noi presa in esame, l'implementazione di un infermiere dedicato, che per brevità chiameremo "flussista", potrebbe occupare un ruolo fondamentale per il miglioramento di tutto il processo nei vari setting organizzativi: utilizzo della diversione dei pazienti – con l'implementazione di percorsi fast-track e l'impiego (auspicabile) del modello "See and Treat" (input) – e identificazione del ruolo che ha il professionista nel processo di triage (throughput o fattori interni); infatti già oggi, come è possibile vedere in Figura 4, la modifica del sistema di triage al "Ruggi" – nel 2014

continua da pagina 27

è passato da un metodo di valutazione cosiddetto “di bancone” a un modello di “triage globale”, con un infermiere esaminatore, un infermiere valutatore e l’utilizzo di protocolli interni che hanno ridotto la variabilità di tutto il processo – ha portato a un miglioramento dell’identificazione di quei pazienti a potenziale rischio evolutivo che, a volte, venivano “persi di vista” per sottostima del codice (gialli codificati verdi). Altro punto importante è stata l’istituzione dell’infermiere valutatore: potendo oggettivare il problema, non si è più portati a “far entrare” tutti il prima possibile – questo per evitare sia le proteste degli utenti sia contenziosi medico-legali successivi a eventuali eventi avversi –, cosa che potrebbe successivamente spingere coloro che hanno avuto un accesso improprio, a decidere di allontanarsi (Figura 6)^[34]. Come è facile comprendere, la presenza di un ulteriore infermiere che possa gestire i processi – assegnando i pazienti a quell’area di trattamento che, per intensità di cure, risulti essere più appropriata alle loro condizioni cliniche, anche in base alla situazione interna del PS e mantenendo un feedback continuo con le aree di assistenza – potrebbe portare a intercettare i casi urgenti e individuare gli outlier (comportamenti fuori norma), governando così in sicurezza anche l’attesa. Egli potrebbe, in particolar modo, curare la rivalutazione, perché momento basilare per governare l’attesa in sicurezza, valutando un “utilizzo attivo dei tempi”, in maniera da rassicurare il paziente.

Stesso discorso vale per il miglioramento dei percorsi fast-track (componente in ingresso) all’interno del PS del “Ruggi: gestiti dagli infermieri di triage, hanno portato a una razionalizzazione dei percorsi e a una sensibile diminuzione dei tempi di attesa e di accesso alle cure, specie per le utenze con i codici a bassa priorità: l’utilizzo

di un infermiere dedicato che possa gestire questo flusso (diversione) alleggerirebbe il carico lavorativo e lo stress di questi infermieri, quotidianamente sottoposti a continue richieste, spesso non coerenti alla loro attività, e che potrebbero rallentare il riconoscimento di situazioni invece a rischio. Questo nostro risultato è in parte comparabile (per numero di accessi considerati) a quello del lavoro di Xavier et al.^[31] e di Handel et al.^[33], nei quali si poneva l’accento sulla diminuzione dei tempi di attesa dei pazienti in PS (relativamente alla loro diversione); la diminuzione degli allontanamenti non è, invece, ugualmente comparabile: quest’ultimo aspetto, nello studio succitato, è migliorato per la presenza di un “paramedico” acceleratore dei flussi, figura non ancora presente nella realtà del “Ruggi” e nella quale si è assistito, viceversa, ad un aumento del loro numero.

Infine, una ulteriore ottimizzazione – rispetto all’attuale organizzazione –, si potrebbe ottenere con l’implementazione di un infermiere “flussista” che gestisca anche gli accessi in Osservazione Breve Intensiva (OBI): questa modalità di ricovero – relativamente al fattore output (componente in uscita) per la riduzione del boarding^[35] – ha ricevuto un livello medio-alto di gradimento rilevato attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento anonimo al “Ruggi” (Figura 8); risulta quindi essere un percorso da tenere in debita considerazione per il miglioramento di tutto il processo a esso collegato.

Dai dati raccolti è emerso che oggi al “Ruggi” il ruolo dell’infermiere “flussista” è in parte lasciato ai colleghi di turno: risulta dunque evidente come questa figura potrebbe divenire di primo piano nei vari setting organizzativi del PS/DEA e che, quindi, ne-

Figura 7 – Punteggio CEDOCS

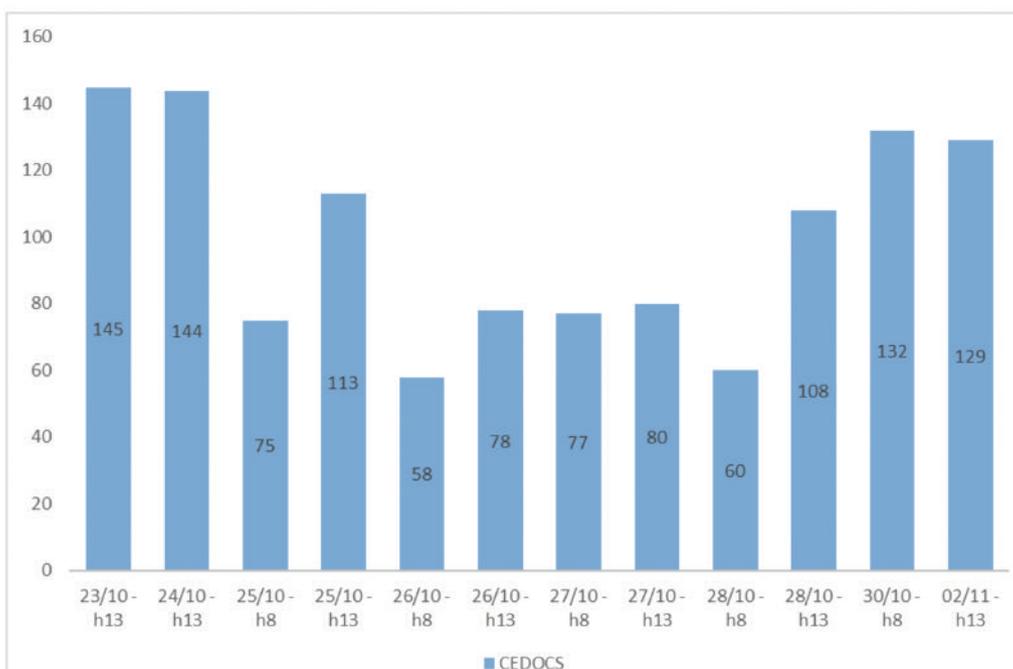
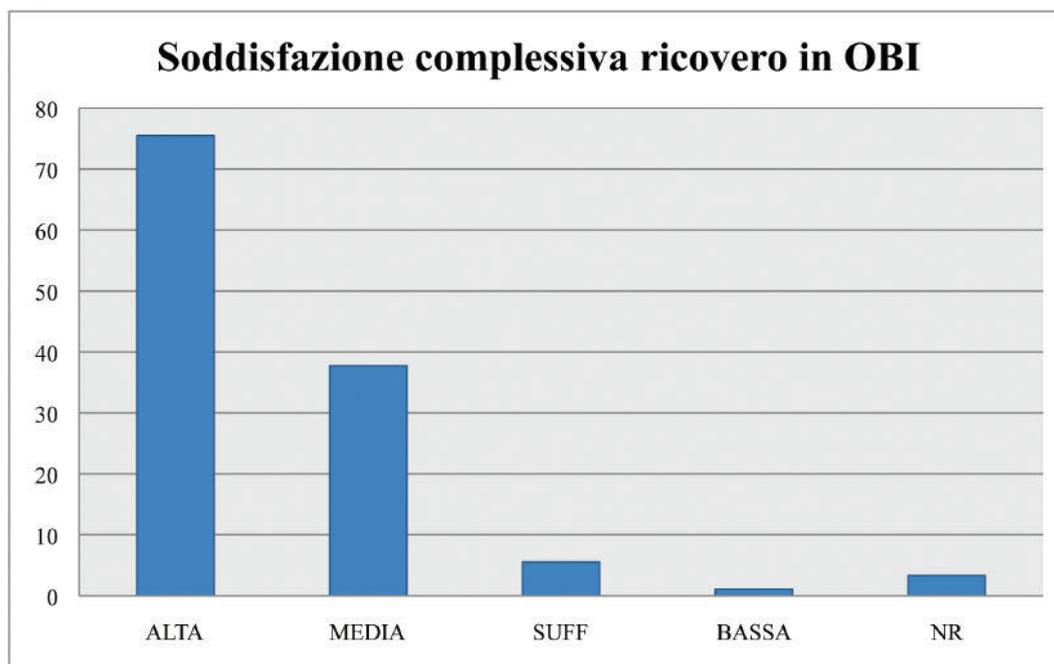


Figura 8



cessiti di personale dedicato.

Quanto descritto porterebbe, in definitiva, a un modello organizzativo con un impatto sicuramente importante sulla gestione della value, dell'esperienza vissuta dai pazienti e della customer satisfaction, nonostante la sua implementazione necessiti di ulteriori ricerche e valutazioni in merito alla concreta attuazione.

CONCLUSIONE

L'overcrowding è riconosciuto come un grave problema nei PS di tutto il mondo, come verificato dalla ampia letteratura a riguardo^[36]. Con le soluzioni suindicate si modifica il paradigma proprio del DEA: non si dovrà più gestire solo il pushing dei pazienti ma cercare un equilibrio ottimale in tutto il flusso, sia in entrata sia in uscita, attraverso meccanismi standardizzati che portino alla "built-in quality".

Appare chiaro che oggi un'azienda così complessa, quale può essere quella sanitaria, non può pretendere di ottenere risultati solamente attraverso il miglioramento delle sue singole funzioni, ma anche nella definizione del problema stesso^[37] e deve introdurre al suo interno un concetto nuovo che è quello della gestione per processi. I processi, intesi come sequenze standard di attività fra loro logicamente collegate, vanno ottimizzati per fornire un servizio migliore, contenere i costi, razionalizzare le risorse interne e diventare maggiormente competitivi: l'introduzione di una figura professionale come quella dell'infermiere "flussista" potrebbe essere il punto di partenza per sviluppare nuovi modelli che meglio rispecchino la situazione, al fine di poter prendere decisioni e attuare azioni che vadano a ridurre effettivamente l'overcrowding in ma-

niera efficace ed efficiente. Bisognerà dare priorità al cittadino, identificando l'intero suo percorso all'interno della struttura sanitaria in una logica che sarà di tipo pull e non più push, ovvero entro la quale saranno i bisogni dei pazienti a definire e "tirare" il flusso di lavoro, piuttosto che l'organizzazione a "spingere" le attività verso di essi^[24]. L'attuazione sinergica di strategie pianificate, pur non risolvendo completamente il problema dell'overcrowding, permetterebbe, in questo modo, una riduzione/redistribuzione del sovraccarico di lavoro, una gestione di spazi e risorse più appropriata, una maggior appropriatezza di alcune prestazioni e una riduzione del rischio per i pazienti^[38]. Sarà inoltre necessaria un'integrazione con sistemi e strumenti di controllo e di misurazione delle performance aziendali a supporto degli organi di gestione e governo^[39], come per esempio la Balanced Scorecard – strumento di gestione altamente flessibile e affidabile che considera alcune variabili chiave per un'azienda associandole al concetto di "equilibrio" – per essere sempre orientati alla missione non alla produzione di profitto^[40].

* Infermiere, Osservazione Breve Intensiva e Pronto Soccorso, A.O.U. "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Salerno

** Infermiere Dirigente, P.O. "S. Maria della Pietà" – Camilliani, Casoria, Napoli

CONFLITTI DI INTERESSE E FONTI DI FINANZIAMENTO

Nessuno degli autori ha conflitti di interesse né ha ricevuto finanziamenti per la stesura dell'articolo.

continua da pagina 29

BIBLIOGRAFIA

- [1] Australasian College for Emergency Medicine. Access Block and overcrowding in emergency departments. 2004.
- [2] American College of Emergency Physicians. Crowding. *Ann Emerg Med.* 2006; 47:585.
- [3] Disponibile a: http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/index.php. Ultimo accesso: 30 dicembre 2018.
- [4] Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, et al. Effect of Emergency Department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med.* 2013 Jun; 61(6):605-611.e6.
- [5] Tekwani KL, Kerem Y, Mistry CD, Sayger BM, Kulstad EB. Emergency department crowding is associated with reduced satisfaction scores in patients discharged from the emergency department. *West J Emerg Med.* 2013;14(1):11-5.
- [6] Zhou JC, Pan KH, Zhou DY, Zheng SW, Zhu JQ, Xu QP, et al. High hospital occupancy is associated with increased risk for patients boarding in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 2012;125:416.e1-e7.
- [7] Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Sean Morrison R. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. *Acad Emerg Med.* 2008;15(12):1248-55.
- [8] Estey A, Ness K, Saunders LD, Alibhai A, Bear RA. Understanding the causes of overcrowding in Emergency Departments in the Capital Health Region in Alberta: a focus group study. *CJEM.* 2003 Mar; 5(2):87-94.
- [9] Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008, 52(2), 126-136.
- [10] Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine.* 2011;18(12), 1358-1370.
- [11] Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point.* Washington, DC; National Academies Press; 2006.
- [12] Emergency Nurses Association. (2006). *Emergency Nurses Association position statement: crowding in the emergency department.* *Journal of Emergency Nursing,* 32(1), 42-47.
- [13] Finamore V. La valutazione della strategia negli enti locali: l'applicazione della Balanced Scorecard. Tesi di Dottorato, Scienza Aziendale, Università degli Studi di Napoli – Federico II; 2005.
- [14] Converso G, Di Giacomo S, Murino T, Rea T. A System Dynamics Model for Bed Management Strategy in Health Care Units. *Intelligent Software Methodologies, Tools and Techniques.* 2015;pp 610-622
- [15] Raup GH. The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *J Emerg Nurs.* 2008; 34(5):403-9.
- [16] Gräff I, Goldschmidt B, Glien P, Klockner S, Erdfelder F, Schiefer JL, Grigutsch D. Nurse Staffing Calculation in the Emergency Department - Performance-Oriented Calculation Based on the Manchester Triage System at the University Hospital Bonn. *PLoS One.* 2016 May 3;11(5):e0154344.
- [17] Carayon P, Gurses AP. *Nursing Workload and Patient Safety - A Human Factors Engineering Perspective Agency for Healthcare Research and Quality (US);* 2008 Apr.
- [18] Berry L, Curry P. *Nursing Workload and Patient Care.* CFNU, 2012.
- [19] Asplin BR, Rhodes KV, Flottemesch TJ, Wears R, Camargo Jr CA, Hwang U. Is this emergency department crowded? A multicenter derivation and evaluation of an emergency department crowding scale (EDCS). *Acad Emerg Med.* 2004; 11(5), 484.
- [20] Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of Emergency Department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003; 42:173-180.
- [21] Hoot NR, Zhou C, Jones I, Aronsky D. Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Ann Emerg Med.* 2007; 49(6), 747-755.
- [22] Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med.* 2001; 8(11), 1095-1100.
- [23] Vose C, Reichard C, Pool S, Snyder M, Burmeister D. Using LEAN to improve a segment of emergency department flow. *J Nurs Adm.* 2014 Nov;44(11):558-63.

- [24] Jones D, Mitchell A. Lean thinking for the NHS. NHS Confederation, 2006.
- [25] Rea T, Simeone S, Annunziata M, Serio C, Esposito MR, Gargiulo G, Guillari A. Effectiveness of the Situation-Background-Assessment-Recommendation, (SBAR) methodology in patient handovers between nurses, Italy. *Igiene e Sanità Pubblica*. 2018;74(3):279-293.
- [26] Rathlev NK, Chessare J, Olshaker J, Obendorfer D, Mehta SD, Rothenhaus T, Crespo S, Magauran B, Davidson K, Shemin R, Lewis K, Becker JM, Fisher L, Guy L, Cooper A, Litvak E. Patients who leave before being seen in an urgent care setting. *Eur J Emerg Med*. 2013 Dec; 20(6):420-4.
- [27] Weiss SJ, Rogers DB, Maas F, Ernst AA, Nick TG. Evaluating community ED crowding: the Community ED Overcrowding Scale study. *Am J Emerg Med*. 2014 Nov; 32(11):1357-63.
- [28] Mekjavich L, Bartleson BJ, Weiss S, Wolff A. Using ED overcrowding tools to improve care and throughput. 2014, Webinar. California Hospital Association.
- [29] Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med*. 2001; 8(11), 1095-1100.
- [30] Lees L, Ferreday J. The role of a patient-flow coordinator in an emergency assessment unit. *Nursing Times*; 2003; 99:32, 32-34.
- [31] S P, Xavier T, N R, Robin M, Agrawal D. Impact of an Emergency Nurse Coordinator on Work Flow Optimization in an Emergency Department in Delhi, India. *Stud Health Technol Inform*. 2016; 225:875-6.
- [32] Asha SE, Ajami A. Improvement in emergency department length of stay using a nurse-led 'emergency journey coordinator': a before/after study. *Emerg Med Australas*. 2014;26(2):158-63.
- [33] Handel DA, Ma OJ, Workman J, Fu R. Impact of an expeditor on Emergency Department patient throughput. *Western Journal of Emergency Medicine*, 2011, 12(2), 198-203.
- [34] Polevoi S, Quinn J, Kramer N. Factors associated with patients who leave without being seen. *Academic Emergency Medicine*, 2005, 12, 232-236.
- [35] Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Adv Emerg Nurs J*. 2011; 33(1), 39-54.
- [36] Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1 - concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med*. 2009; 53(5), 605-611.
- [37] Pines JM. Moving closer to an operational definition for ED crowding [letter]. *Acad Emerg Med*. 2007; 14:382-383.
- [38] Kollberg B, Dahlgaard J. Measuring lean thinking initiatives in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 2005; 56(1):7-24.
- [39] Baroma B, Bellisario A, Chirico A. Lean Philosophy and Balanced Scorecard: what's new? In *performance Measurement and Management Control: global Issues*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, October 2013.
- [40] Reeder TJ, Burleson DL, Garrison HG. The overcrowded emergency department: a comparison of staff perceptions. *Acad Emerg Med*. 2003; 10(10), 1059-1064.
- [41] Dunn R. Reduced access block causes shorter emergency department waiting times: an historical control observational study. *Emerg Med*. 2003; 15(3), 232-238.
- [42] Weiss SJ, Arndahl J, Ernst AA, Derlet R, Richards J, Nick TG. Development of a site sampling form for evaluation of ED overcrowding. *Med Sci Monit*. 2002; 8(8), CR549-53.
- [43] Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al; Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. The effect of Emergency Department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*. 2009 Jan; 16(1):1-10.
- [44] Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, August 2018; 13(8):e0203316.
- [45] Murphy SO, Barth BE, Carlton EF, Gleason M, Cannon CM. Does an ED flow coordinator improve patient throughput? *J Emerg Nurs*. 2014 Nov;40(6):605-12.

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 corrispondenti⁵⁻⁸. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

Tutti gli articoli conformi alle norme editoriali saranno affidati ad uno 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.

Responsabilità professionale L'assicurazione ad hoc per gli infermieri

La polizza è obbligatoria per tutti (legge 24/2017). Ma è sottoscrivibile su base volontaria. Previsto un massimale di 5 milioni. Tra i punti di forza il prezzo annuale, attualmente il più basso sul mercato: (22 euro) per coprire responsabilità civile professionale, responsabilità patrimoniale, responsabilità civile per colpa grave e per danno erariale.

di Pippo Trio

Parte a gennaio 2019 la polizza assicurativa per gli infermieri. Si tratta della copertura assicurativa per la responsabilità civile professionale, e responsabilità patrimoniale (colpa lieve, grave ed erariale) come previsto dalla legge 24/2017 (la così detta "legge Gelli"). Ad accompagnare gli infermieri lungo questo nuovo percorso, una delle maggiori compagnie assicurative nazionali, Unipol Sai. La polizza proposta, obbligatoria per tutti gli infermieri ma sottoscrivibile su base volontaria, si caratterizza per un massimale di 5 milioni di euro, al prezzo annuale attualmente più basso sul mercato (22 euro). Il risultato è stato raggiunto grazie a due gare europee bandite dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) e sottoscritta ufficialmente il 28 dicembre 2018. Un'unica soluzione assicurativa quindi, accessibile a tutti gli Iscritti all'Albo degli infermieri e infermieri pediatrici (oltre 445mila professionisti di cui almeno 385mila in attività), per tutelare qualunque forma di attività lavorativa: in regime di dipendenza per conto



del Ssn, quella presso strutture sanitarie o sociosanitarie private l'attività in regime di libera professione e quella svolta tramite le cooperative, o anche una combinazione tra queste e tutte le funzioni esercitate compreso il coordinamento e la direzione.

I punti di forza del servizio, che è accessibile dal sito della Federazione (www.fnopi.it) sono: apertura del sinistro fin dalla ricezione di comunicazione secondo quanto prescrive l'articolo 13 della legge 24/2017 (la legge "Gelli": "Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità") da parte dell'Azienda di appartenenza; retroattività illimitata; postuma decennale: dopo la pensione con un solo premio annuale si è coperti per richieste danni che dovessero pervenire nei dieci anni successivi; massimale di 5 milioni di euro; copertura anche per i danni di natura patrimoniale legati ad ambiti amministrativi e gestionali; nessuna franchigia e/o scoperto; premio annuo lordo di 22 euro. I risultati sono da considerare unici sul mercato assicurativo e anche i pensionati possono stare tranquilli. La polizza

in convenzione contiene tutte le coperture previste dalla legge 24/2017 ed eventuali coperture opzionali (come la tutela legale) possono essere valutate ed eventualmente acquistate attraverso la libera adesione a polizze con contraenza individuale proposte per il tramite del broker Marsh - Morganti Insurance Brokers che fornirà le dovute informazioni al numero verde (Nurse Help Desk): 800433980 (orari: 9/12 e 14/16). Va detto, inoltre, che la Federazione nazionale ha ottenuto dalla compagnia assicuratrice una significativa agevolazione temporale, per cui, chi sottoscriverà la polizza entro il 31 gennaio 2019 entrerà in copertura con decorrenza 1/1/2019, beneficiando della piena retroattività. La polizza in convenzione contiene tutte le coperture previste dalla legge 24/2017 ed eventuali coperture opzionali (come la tutela legale) possono essere valutate ed eventualmente acquistate attraverso la libera adesione a polizze con contraenza individuale proposte per il tramite del broker Marsh - Morganti Insurance Brokers che fornirà le dovute informazioni al numero verde (Nurse Help Desk): 800433980.

FOCUS

In Italia la sanità pubblica non

Lo dice il Rapporto “Oasi 2018”. Fra 20 anni per ogni persona attiva ce ne saranno due in pensione. Pazienti anziani e cronici, ma anche infermieri e medici sempre meno giovani. Poche le risorse finanziarie a disposizione del Ssn per nuove assunzioni ad accrescere il personale.

di Alessia Adorno

L'aspettativa di vita italiana aumenta, ma per colpa del brusco calo delle nascite anche la flotta degli over 65 ha seri problemi di assistenza sanitaria. Ad oggi, infatti, il Sistema Sanitario Nazionale riesce a coprire solo il 32 per cento del bisogno dei cittadini più anziani. La proiezione futura è davvero preoccupante: aumenta l'età dei pazienti e la richiesta di assistenza mentre la disponibilità dei posti letto in strutture sanitarie per anziani non autosufficienti rimane invariata. Come del resto le possibilità della continuità assistenziale post ricovero. D'altro canto, a causa del blocco delle assunzioni e del turn over, invecchia lo stesso personale sanitario. Pazienti e medici nella stessa barca? Pare proprio di sì. Almeno è quello che emerge dal rapporto Oasi 2018, presentato alla Bocconi di Milano dal Centro ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale -Cergas- “Fra 20 anni il rapporto fra popolazione attiva e popolazione over 65 sarà di 1 a 2 con una difficoltà di gestione socio-sanitaria enorme”, dice Alberto Ricci che ha curato il Rapporto insieme con Francesco Longo. Anziani i pazienti e anziani gli stessi medici e infermieri. La metà dei medici italiani supera i 55 anni, ma il problema a detta di Ricci non è la mancanza di giovani leve,



quanto quella di risorse, spostando l'attenzione dalla demografia all'economia. In parole semplici, sono pochi i soldi a disposizione del Sistema Sanitario Nazionale e automaticamente insufficienti per nuove assunzioni ad accrescere il personale. Su questo punto focale, la Campania, detiene un brutto primato in merito, solo 7 infermieri per 1000 abitanti, un dato assurdo per un ruolo professionale invece sempre più avvalorato di responsabilità e competenze. Un sovraffollamento che la Regione gestisce a fatica e destinato a peggiorare. Dal Rapporto emerge anche una disomogeneità territoriale molto spiccata in relazione alla spesa pubblica che è sì ridotta ma con aumento di quella privata che chiaramente è molto parziale. Dopo avere raggiunto l'equilibrio economico-finanziario riuscendo a

mantenere buoni risultati in termini di salute della popolazione, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) deve ora risolvere alcuni disequilibri territoriali e raccogliere la sfida imposta dalla frammentazione della società, che crea nuove fragilità e nuovi bisogni. Il Rapporto Oasi 2018, Osservatorio privilegiato sulle aziende e sul sistema sanitario italiano ci dice che nel 2017 il Ssn ha segnato un lieve disavanzo contabile (282 milioni di euro, pari allo 0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente), con le regioni del Centro-Sud che si dimostrano ormai virtuose quanto quelle del Nord. Il Lazio, per esempio, ha registrato un avanzo di 529 milioni e la Campania di 77. Nello stesso anno, la spesa del Ssn è aumentata dell'1,3% a 117,5 miliardi di euro. Mentre i tassi di mortalità per tutte le maggiori malattie sono in declino,

è a misura di anziani



cresce la mortalità dovuta a disturbi psichici e malattie del sistema nervoso. Rimangono ancora piuttosto marcate le differenze territoriali: l'aspettativa di vita in buona salute è di 56,6 anni al Sud e di 60,5 anni al Nord, con la Calabria che si assesta a 52 anni e la provincia autonoma di Bolzano che arriva a 69. Fino al 2016, prima dell'introduzione di limitazioni legislative, anche la mobilità territoriale dei pazienti sulla direttrice Sud-Nord era in aumento. A rimanere invariata è, però, soprattutto la domanda derivante dal cambiamento sociale, che porta a una progressiva frammentazione: nel 2017 il 32% delle famiglie è unipersonale (8,1 milioni di individui, di cui 4,4 milioni over 60) e il rapporto tra gli over 65 e la popolazione attiva, al 35%, è il più alto d'Europa. Tra il 2010 e il 2017 la popolazione over 65 è aumentata

di 1,3 milioni di persone (+11%). Si tratta di un incremento dovuto all'invecchiamento delle numerose coorti demografiche dei baby boomer: un trend fisiologico e di per sé positivo, perché conferma la lunga aspettativa di vita oltre i 60 anni. A preoccupare è lo squilibrio tra popolazione over 65 e popolazione in età attiva, che diminuisce a causa del drastico calo delle nascite. Nei prossimi 20 anni, infatti, il rapporto tra over 65 e popolazione attiva passerà dal 35% al 53%: oltre un anziano ogni due persone in età attiva. Questa evoluzione crea e creerà sempre più gravi disequilibri nei servizi socio-sanitari che, stima l'Osservatorio, oggi riescono a coprire solo il 32% del bisogno. Particolarmente critica è la disponibilità di posti letto in strutture sanitarie per anziani non autosufficienti, pari nel 2015 a circa 302mila a fronte di 2,8 milioni di persone che ne avrebbero necessità. Il sistema fatica anche a garantire continuità assistenziale agli anziani a seguito di un ricovero: un over 85 su quattro viene ricoverato almeno una volta l'anno, con una degenza media di 11 giorni, ma solo il 16% di questi viene dimesso prevedendo qualche forma di continuità assistenziale. Dal punto di vista organizzativo, notano gli autori dell'Osservatorio, si fanno sempre più critiche le condizioni del personale del Ssn. Il blocco del turnover, che è stato utilizzato per anni come principale strumento della riduzione di spesa, fa sentire i suoi effetti: il 53% dei medici ha più di 55 anni e il numero dei candidati alle specialità mediche è più che doppio rispetto ai contratti finanziati. "Il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici - afferma Alberto Ricci - Nei profili di ruolo amministrativo, la quota di over 55 è del 44% e tra il 2006 e il 2016 il numero di under 35 si è ridotto del 64%. In Italia il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania (5,6 infermieri ogni mille abitanti, contro 12,9) e a soffrire di più sono sempre le regioni del Sud: al 2016 la Lombardia registrava 9,6 dipendenti Ssn

ogni mille abitanti, la Campania 7,3 e il Lazio 7,1". "Nonostante le molte criticità, il settore sanitario italiano e le sue aziende si confermano un settore dinamico e aperto all'innovazione, non solo in ambito clinico, ma anche sul versante manageriale. Il Rapporto Oasi 2018 dedica diversi capitoli a tali dinamiche di innovazione carsica, come la valorizzazione dei saperi professionali, il ridisegno dei sistemi di programmazione e controllo, il rafforzamento dell'operations management (logistica del paziente e degli asset produttivi) e molti altri aspetti. Ovviamente, non mancano le questioni aperte. "Nella cornice della stabilità finanziaria e istituzionale, le aziende si confermano capaci di attivare nuovi strumenti di management e modelli di servizio, ma occorre individuare le priorità strategiche verso cui indirizzare l'innovazione - conclude Francesco Longo - Inoltre, si divaricano sempre più i tempi istantanei della comunicazione politico-mediale e i lunghi tempi attuativi sul lato amministrativo. Il ruolo del management resta quello di individuare le priorità strategiche e curarne l'attuazione, consapevole degli elementi che determinano i propri spazi di autonomia".

Notizie
dall'Ordine

Al Cardarelli la Scuola nazionale per la



di Luigi Esposito

L'ospedale Cardarelli di Napoli sarà sede della "School of clinical risk management", vale a dire della Scuola che si occupa di formare i professionisti della sanità nella gestione dei rischi clinici. L'evento di presentazione si è svolto presso lo stesso ospedale (Aula Moriello, Padiglione N) nel corso di una due giorni di confronto con professionisti, manager ed esperti di tutt'Italia.

Quarant'otto ore di lavori durante la quale si sono svolte presentazioni, masterclass e tavole rotonde utili a gettare le basi per l'avvio di un percorso che proseguirà durante l'anno, sulla base di tappe prestabilite. A sostenere sotto il profilo scientifico e didattico la Scuola sarà l'associazione "Hospital & Clinical Risk Managers". L'obiettivo è dunque quello di una sanità che sia sempre più d'ec-

cellenza, grazie ad iniziative che valorizzando la gestione del rischio in sanità possano migliorare l'offerta di salute. Ma cosa si intende per clinical risk management? Semplificando: è la scienza che in maniera "proattiva" previene e riduce il rischio clinico. Essere proattivi significa lavorare con il supporto di metodologie e strumenti utili a percepire in anticipo i problemi e i cambiamenti, così da pianificare efficacemente le azioni da mettere in campo. Alla cerimonia inaugurale dell'evento, in rappresentanza della Fnopi, è intervenuta la vicepresidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli, Teresa Rea. Il suo intervento si è soffermato sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e della residenzialità fondata sulla rete territoriale di presidi sociosanitari e socioassistenziali. L'evidente disparità a livello regionale potrebbe essere superata anche e soprattutto puntando su innovazione tecnologica. Per gli infermieri, il tema della digitalizzazione molto spesso è saldato

a quello dell'emergenza, quando si dialoga in tempo reale con una centrale operativa (anche per telemedicina e teleconsulto) o quando si riesce a garantire assistenza anche in luoghi impervi e remoti (come le piccole isole o le zone montane). Il monitoraggio a distanza post-acuzie è un altro aspetto di notevole interesse per la professione. "Se parliamo però di innovazioni in senso più generale - ha dichiarato Rea - per il nostro Ordine non è più rimandabile l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e di figure da strutturare come l'infermiere di famiglia e di comunità che, specie con l'ausilio delle nuove tecnologie, possono giocare un ruolo fondamentale sin d'ora per saldare ospedale e territorio garantendo standard elevati di assistenza ad una popolazione sempre più anziana.

Nei prossimi dieci anni 8 milioni di



gestione del rischio clinico



anziani avranno almeno una malattia cronica grave. E nel 2030, potrebbero arrivare a 4 milioni e mezzo gli ultra 65enni che vivranno da soli, e di questi, 1 milione e 200mila avrà più di 85 anni.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della residenzialità fondata sulla rete territoriale di presidi sociosanitari e socioassistenziali, a oggi ancora un privilegio per pochi, con forti disomogeneità a livello regionale, non è più procrastinabile anche in funzione di equilibri sociali destinati a scomparire, con la progressiva riduzione di persone giovani all'interno dei nuclei familiari".

È necessaria, dunque, l'attivazione di un'assistenza ospedaliera e territoriale che possa essere definita Smart, nella quale gli investimenti effettuati in infrastrutture di comunicazione, tradizionali e moderne, assicurino uno sviluppo sostenibile e un'alta qualità della vita, una gestione sapiente delle risorse, attraverso l'impegno e l'azione partecipativa. Il concetto di Smart Health è basato essenzialmente sull'efficienza che a sua volta è basata sulla gestione manageriale, l'integrazione delle tecnologie e la partecipazione attiva dei cittadini.

Ciò implica un nuovo tipo di governance con il coinvolgimento autentico del cittadino. Attraverso la Smart Health si abbattano i gap infrastrutturali mediante l'impiego di soluzioni di trasmissione dati innovative, di semplice installazione, integrabili alla rete infor-

matica preesistente ed in grado di garantire una connettività pervasiva abbinata ad elevate performance.

In precedenza, Enrico Coscioni, Consigliere per la sanità del Presidente della Regione Vincenzo De Luca, si è soffermato sulla centralità della sanità pubblica.

Punti fermi della nella relazione i concetti della prevenzione come item di riferimento per la riduzione dell'incidenza

delle malattie cronico degenerative, la valorizzazione dei concetti di mobilità attiva e passiva, dell'impatto dei contenziosi assicurativi per tutte le richieste di risarcimento da malpractice, dell'insieme degli standard da rispettare per tutte le forme di accreditamento all'eccellenza e per finire del monitoraggio delle performance che devono vedere il cittadino/paziente come riferimento principe dei risultati di qualsiasi piano di miglioramento.

«Fin dall'insediamento della direzione strategica abbiamo introdotto, in linea con gli indirizzi del governo regionale, tanti protocolli e tante iniziative – ha spiegato il direttore generale **Ciro Verdoliva** nel suo intervento - perché è fondamentale riconoscere i primi sintomi di malfunzionamento in ogni processo assistenziale, soprattutto in un'Azienda che ha il compito di "garantire salute", facendo in modo che eventuali campanelli d'allarme siano affrontati prontamente, prima che si produca un danno al paziente. Anzi, la conoscenza e l'attuazione di protocolli e procedure correlate al rischio clinico consente anche di preservare gli operatori sanitari e l'Azienda stessa da possibili rischi di contenzioso. Inoltre, l'interfaccia tra le Aziende ed il Governo regionale rende più semplice la realizzazione dell'intento principale del Legislatore, finalizzato a garantire non solo il "diritto alla salute", ma la qualità delle prestazioni sanitarie nel complesso sistema che ne è alla base».

Notizie
dall'Ordine

L'Asl Napoli 2 Nord premia i "colleghi"

di Guido Amato

La cerimonia di premiazione per i "colleghi esemplari" dell'Asl Napoli 2 Nord è giunta quest'anno alla seconda edizione. La giornata, lo ricordiamo, è stata istituita per sottolineare l'impegno, la professionalità e l'esempio di quanti, tra gli infermieri, i tecnici e il personale amministrativo dell'Asl Napoli 2 Nord si sono distinti nel corso dell'anno. Personale che si è fatto particolarmente apprezzare nello svolgimento della propria attività lavorativa e che è stato segnalato dai colleghi come esempio di abnegazione, professionalità e umanità.

E' stato il Direttore Generale dell'Azienda, Antonio D'Amore ha fare gli onori di casa nel corso della cerimonia di consegna delle targhe al merito. Poche parole, ma che danno appieno il senso dell'iniziativa: "Questa è la festa degli operatori, per tutto ciò che danno a questa azienda". Alla cerimonia c'era una folla da grandi occasioni. E anche un po' di commozione, soprattutto tra i premiati. La sala riunioni dell'Asl Napoli 2 Nord, in via Padre Mario Vergara, a Frattamaggiore, era gremita. E gli applausi scrosciavano ad ogni chiamata. Sono stati indicati come colleghi esemplari: Anna Mercurio (infermiera del reparto di medicina di



Pozzuoli); Gerardo Tesone (infermiere reparto di rianimazione di Giugliano); Raffaele Di Francesco (infermiere reparto di cardiologia-UTIC di Frattamaggiore); Francesco Caso (infermiere pronto soccorso di Frattamaggiore); Giulio Punzo (infermiere reparto di medicina di Ischia). Le motivazioni in capo a ciascuno dei premiati sono tutte legate a particolari esempi di abnegazione al lavoro e all'azienda, di alta professionalità e di spiccate sensibilità umane. Qualità e casi particolari, specifiche competenze professionali, ma anche sensibilità

speciali indispensabili alla nostra professione. Non potendo citarli tutti, voglio sottolineare le motivazioni di due casi in particolare. Emblematici nel loro genere. Quello di Gerardo Tesone, ad esempio. Un infermiere distintosi per le competenze avanzate e specialistiche nel campo degli accessi venosi PICC. Un servizio che si offre ai pazienti oncologici nelle terapie di infusione. Solo nel corso dell'anno solare appena finito, l'ambulatorio vanta oltre 5000 (cinquemila) prestazioni infermieristiche. Ed è gestito in piena autonomia insieme con il collega Francesco Lauro. Fulgido esempio di competenze e capacità strettamente professionali che danno lustro all'azienda.

Non meno impegnativa e sicuramente degna di lode la missione compiuta dagli infermieri Raffaele Di Francesco e Francesco Caso, autori di gesta di particolare umanità, al punto da finire agli onori della cronaca di importanti testate giornalistiche. Gesta che esaltano ai massimi livelli il primo mandato etico e morale della professione: "prendersi cura".

Lo ha sottolineato più volte Papa Francesco nel suo messaggio agli infermieri: "non dimenticate mai la medicina delle carezze". Vale a dire, prendersi cura della persona fragile anche con semplici gesti d'amore. Ed è



esemplari”

quello che Raffaele e Francesco hanno fatto con Rosa, 30 anni, una loro assistita paralizzato dalla nascita. Rosa vive attaccata ad un respiratore, tra le cure dei suoi familiari e quelle dei sanitari.

Raffaele e Francesco hanno risposto con slancio e con raro spirito di carità ad un suo desiderio, raccontato con uno sfogo in uno dei tanti giorni trascorsi a letto: vedere e toccare per la prima volta nella vita il mare, la sabbia. Un’esperienza che tutti noi conosciamo sin da bambini, ma che a Rosa è stata negata a causa della malattia. Raffaele e Francesco hanno realizzato il sogno di Rosa. Al ritorno dalla gita al mare in carrozzina, la madre ha commentato tra le lacrime: “Il re-



galo più grande”. È una storia emozionante. Una storia che giustamente va sottolineata come esempio di amore per il prossimo e per la propria professione, svolta seguendo alla lettera il mandato: prendere in carico la persona fragile, prendersi cura.



Innovazione in sanità’ Digitalizzazione e percorsi di cura

A Napoli, nell’aula magna di Vico Monte della Pietà, si è tenuto il convegno “Innovazione in Sanità: digitalizzazione e percorsi di cura”, organizzato dal Dipartimento di Scienze Sociali dell’Università degli Studi di Napoli Federico II. Un tema assolutamente attuale che tiene insieme la modernizzazione tecnologica digitale e personalizzazione del percorso di cura, alla luce anche dei nuovi strumenti informatici e dei cruscotti direzionali aziendali. Di assoluto valore il parterre del convegno, con le presenze del dott. Stefano Consiglio, nuovo direttore del dipartimento di Scienze Sociali; della prof.ssa Gianfranca Ranisio, organizzatrice del convegno; del dott. Gianluca Postiglione, direttore generale So.Re.Sa, e con i dott. Luigi Sparano e Gaetano Piccinocchi, rispettivamente segretario provinciale FIMMG e segretario nazionale SIMG Napoli. A rappresentare gli infermieri la dott.ssa Margherita Ascione, Revisore dei Conti Opi Napoli. Margherita Ascione ha relazionato sulle nuove strategie di informazioni del Sistema Sanitario Nazionale: “Si impone una riflessione sull’uso dei social network in ambito sanitario”, ha detto l’esperto Opi: “Non dobbiamo dimenticare che l’uso “spregiudicato” di questi strumenti comunicativi può compromettere il percorso di cura del paziente/utente”.

Nella prima sessione sono intervenuti il dott. Gaetano D’Onofrio, e il dott. Vincenzo Viggiani, rispettivamente direttore sanitario e direttore generale AOU Federico II, che hanno illustrato le novità tecnologiche, messe in campo dall’università, per la gestione dei pazienti/utenti. Interessante la relazione della dott.ssa Maria Grazia Falcitore, vice Capo Gabinetto della regione Campania e responsabile Programmazione Unitaria, che ha illustrato il ruolo della programmazione nel rafforzamento dei processi di trasferimento tecnologico nella scienza della vita. Sulla sanità digitale e innovazione è intervenuto il dott. Massimo Di Gennaro, direzione Tutela Salute e So.Re.Sa. Mentre il dott. Alex Giordano ha ampiamente discusso dei big e social data. Successivamente il dott. Luigi Stefano Sorvino, commissario straordinario Arpac, ha sottolineato il dialogo e l’integrazione tra profili ambientali e sanitari. Il dott. Bruno Zamparelli, presidente regionale ANMDO e S.I.Ri.C, ha chiarito il nesso tra rischio clinico e le pratiche clinico-assistenziali, mentre il dott. Sergio Pillon, coordinatore della Commissione Nazionale per la governance delle linee di indirizzo, ha discusso della telemedicina. La seconda sessione ha visto tra i relatori il dott. Alessandro Lupo, presidente società italiana di antropologia medica, che ha relazionato sulla dimensione narrativa del percorso terapeutico, il dott. Crescenzo Simone, medico di medicina generale, con una riflessione sui PDTA e il dott. Roberto Landolfi, presidente comitato etico AORN Cardarelli, che è intervenuto su salute e comunicazione.

Ospedali e territorio

Sclerosi multipla: il Policlinico Federico II premiato per la qualità dell'offerta

NAPOLI - Il secondo Policlinico di Napoli aggiunge un'altra medaglia di qualità alla sua offerta di assistenza. Il Centro Sclerosi Multipla dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II ha infatti ricevuto la certificazione ISO 9001 da parte dell'Ente Certificatore «Bureau Veritas Italia SPA». Un riconoscimento che arriva dopo un percorso di venti anni di lavoro, partito come ambulatorio e cresciuto, fino a diventare il terzo centro d'Italia e confrontarsi con competitor della portata del San Raffaele di Milano. L'Istituto universitario segue quasi il 50% dei pazienti della regione Campania. Circa tremila persone all'anno, con un afflusso quotidiano di 50 casi circa. Solo in Campania ci sono circa 7000 ammalati di sclerosi multipla.

La sclerosi multipla colpisce oltre 1 milione di persone in tutto il mondo, di cui 450.000 nella sola Europa.

La certificazione ottenuta dall'azienda ospedaliera - bollino di ga



ranza per i pazienti che si affidano al Policlinico di Cappella dei Cangiani - è relativa alla gestione clinico-organizzativa del processo di diagnosi e terapia del paziente con sclerosi multipla in regime ambulatoriale, in day hospital e in ambito di ricerca scientifica.

La presa in carico globale da parte dell'equipe del centro, formata da neurologi esperti nella patologia, infermieri, biotecnologi e psicologi, prevede anche un'offerta di servizi complementari quali un percorso psicologico, visite nutrizionali, dermatologiche ed oculistiche, consulenze specialistiche ad hoc, ambulatori per il dolore e di neuroimmunologia, per un approccio olistico alla cura della persona.

Cardarelli, un App per prenotare visite e sistema antifurbetti del cartellino

NAPOLI - Il Cardarelli ha varato la rivoluzione tecnologica. Da mercoledì 19 dicembre scorso è possibile utilizzare la nuova applicazione e-CUPT, una App che permetterà al cittadino di prenotare comodamente da smartphone, tablet o personal computer le visite specialistiche delle quali dovesse avere bisogno. L'App e-CUPT potrà essere utilizzata da tutti gratuitamente, basterà registrarsi collegandosi col proprio computer all'indirizzo <https://prenotazioni.cupt.it/aocardarelli/login>, oppure scaricare l'App direttamente dal proprio smartphone su Play Store e i Tunes, e compilare tutti i campi obbligatori. Per effettuare la prenotazione di una visita, dopo

aver inserito il codice impegnativa (NRE o SAR) e i dati anagrafici relativi all'assistito per il quale l'impegnativa è stata prescritta dal medico curante, l'App mostrerà all'utente la prima disponibilità per l'erogazione della prestazione. L'utente potrà inoltre decidere se prenotarsi in quella data, oppure sceglierne una successiva a seconda della propria disponibilità. Inoltre, il cittadino che ha prenotato una prestazione sanitaria, se per qualche motivo è impossibilitato a recarsi in ospedale il giorno previsto, potrà spostare la data della visita medica. Sarà disponibile da mercoledì 19 dicembre una clip tutorial sul profilo facebook ufficio stampa Cardarelli. Questa nuova applica-



zione si aggiunge a quelle già in essere del Call center, attraverso il numero verde 800 019774 - o recandosi personalmente presso gli sportelli del CUP Cardarelli. Si riuscirà, in questo modo, a snellire anche le linee telefoniche del numero verde del CUP evitando così agli utenti lunghe attese telefoniche.

Ospedali
e territorio

Parti cesari, la Campania recupera posizioni

Dal 60 per cento del 2013 al 40 del 2018. L'Azienda ospedaliera universitaria Federico II in prima linea nel contrasto al fenomeno

La Campania è sempre maglia nera in Italia. Ma da qualche tempo la situazione sta lentamente e progressivamente migliorando. Secondo i dati parziali forniti dalla Regione, i parti cesarei eseguiti nel 2018 sarebbero in netta diminuzione, scendendo al 40 per cento. Nel 2013 la percentuale era del 60. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II è in prima linea, attivamente alla ricerca di nuove soluzioni per arginare questo fenomeno. Dal 2017, grazie alla nuova Direzione della Unità Operativa Complessa di Ginecologia sono stati introdotti decisivi cambiamenti gestionali, tra cui riunioni settimanali per la discussione dei cesarei effettuati nella settimana precedente, approfondimenti e lectures per l'aggiornamento del personale medico ed ostetrico, lotta all'autodeterminazione al taglio cesareo, e ai cesarei su indicazioni di altri specialisti. Questi cambiamenti hanno portato a un abbattimento del tasso dei parti cesarei dal 60% nel 2013 al 47% nel primo semestre del 2018. Buone notizie in Campania nella lotta all'«epidemia dei cesarei». Secondo una ricerca pubblicata recentemente sulla prestigiosa rivista medica «The Lancet», la percentuale di parti cesarei nel mondo è quasi raddoppiata tra il 2000 e il 2015, passando dal 12% al 21%, con una crescita del 3,7% all'anno, un'«epidemia» silenziosa che ha importanti ripercussioni sanitarie, sociali e economiche. Le linee guida che specificano in quali casi i medici debbano ricorrere al parto cesareo vengono aggiornate costantemente a livello internazionale. Purtroppo, in molti casi si tratta di cesari programmati e non necessari, richiesti dalle madri stesse più che dai medici, che potrebbero essere evitati riducendo i costi legati all'ospedalizzazione, e la morbilità associata all'intervento. In Italia il fenomeno è particolarmente significativo: secondo il Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) del Ministero della Salute nel 2015 il 34,2% dei parti è avvenuto infatti mediante cesareo. I dati confermano il ricorso eccessivo all'espletamento del

parto per via chirurgica nel nostro Paese, con notevoli eterogeneità interregionali e intra-regionali, che ci colloca ai primi posti in Europa e che ha indotto l'OMS, che fissa la soglia

massima di parti cesarei al 15%, ad un richiamo ufficiale. Ed è purtroppo la Campania ad avere il primato negativo del tasso più alto di parti cesarei nel nostro Paese.

I DATI - Secondo le stime CeDAP nel 2013 quasi 6 donne su 10 si sono sottoposte a taglio cesareo. Più del doppio rispetto al resto d'Italia. Una consuetudine tristemente consolidata nel tempo e che ha obbligato la Regione più volte ad intervenire, pianificando apposite ispezioni e minacciando la sospensione dell'accreditamento alle strutture private principalmente, ma non esclusivamente, coinvolte in questo fenomeno. Il dato statistico ben si correla alla maggiore incidenza delle complicanze legate all'esecuzione del parto cesareo che resta pur sempre un intervento chirurgico e, come tale, non esente da rischi. La mortalità materna, la placentazione anomala (placenta previa/accreta) e l'isterectomia post-cesareo, in Campania hanno un'incidenza maggiore rispetto al resto d'Italia. Il dato che più colpisce è quello sulle morti per parto: su circa 50 donne che muoiono ogni anno in Italia per parto, ben 13 sono nella nostra regione, dato confermato dal rapporto interno sulle nascite del Dipartimento di Sanità pubblica della Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

I COSTI - Tutto questo comporta d'altronde un beneficio economico importante, ma ancora esattamente da quantificare. Secondo alcune stime in Europa il costo annuo extra dei cesarei sarebbe di 156 milioni di euro per almeno 160mila interventi non necessari e l'Italia ne detiene il primato europeo. È importante che i medici si attengano scrupolosamente alle linee guida e siano motivati ad optare per il cesareo, soltanto in caso di reale necessità valutata in base al rapporto rischio/beneficio per la madre e il nascituro e al loro giudizio clinico, senza alcuna interferenza dovuta ai margini di maggiore guadagno personale o per la struttura. Contestualmente è fondamentale che le future madri, che sono in molti casi le prime a richiedere ai propri ginecologi il parto cesareo, per paura del dolore del travaglio o degli effetti del travaglio o per precedenti esperienze negative di parto naturale, vengano opportunamente informate sui rischi e le conseguenze associate al parto cesareo. Se, infatti, il cesareo in molti casi rappresenta un intervento salvavita per la mamma e per il neonato, presenta pur sempre tutti i rischi e le complicanze di ogni intervento chirurgico, con un decorso più lungo e complicato e una serie di possibili problematiche mediche per la donna quali la cicatrizzazione dell'utero, associata a sanguinamento, lo sviluppo anomalo della placenta e il maggiore rischio di future gravidanze ectopiche, di parto pretermine e di parto di neonato morto nelle successive gravidanze. E in più non si conoscono pienamente le ripercussioni di questa pratica sul futuro benessere psicofisico del neonato, e sulla salute della madre. Negli ultimi trent'anni abbiamo assistito con questo boom di parti cesarei a una sorta di «mutazione antropologica e culturale». Mettere al mondo dei figli, in assenza di complicanze e reali rischi per la salute non deve essere medicalizzato all'estremo, diventando sempre di più un intervento chirurgico, su cui incombono distorsioni culturali, sospetti di interessi economici e mancanza di risposte politiche. Una corretta informazione alle future madri e un dialogo costruttivo con il proprio ginecologo sono strumenti fondamentali per contenere questo dilagante fenomeno.

Ospedali e territorio

Gemellaggio Cardarelli-Niguarda, modelli a confronto e sinergie

NAPOLI - Campania e Lombardia hanno lanciato la sfida dell'autonomia. I due presidenti di Regione, rispettivamente Vincenzo De Luca e Attilio Fontana, hanno promosso un incontro bilaterale tra gli ospedali Cardarelli di Napoli e Niguarda di Milano che mette a confronto i due modelli, ma le loro parole vanno oltre. "Dobbiamo poter essere autonomi nell'impostare il futuro delle scelte che riguardano i nostri territori - spiega Fontana - io in Lombardia ho bisogno di assumere, come De Luca in Campania, ma la legge nazionale ce lo impedisce. Questa è una stortura che non ha ragione di esistere. Dobbiamo essere messi in condizione di gestire autonomamente il futuro della nostra gente e, alla fine del mandato, se siamo stati bravi ci confermeranno, se siamo stati capre andremo a fare un altro lavoro". Nel suo intervento Fontana elogia la "svolta" della Sanità campana e assicura che "c'è qualcosa in più che un reciproco rispetto tra Cardarelli e Niguarda, c'è la volontà di collaborare, mettere sul piatto le rispettive eccellenze per migliorare reciprocamente". Per De Luca il 'gemellaggio' Niguarda-Cardarelli è "un motivo di orgoglio per Napoli e la Campania e rappresenta un messaggio per l'Italia, ovvero che le persone perbene si possono unire e lavorare insieme. Il gemellaggio consolida il rapporto di collaborazione e amicizia tra Napoli e Milano". Allargando il campo, De Luca si pone sulla stessa linea del suo omologo su un principio di autonomia regionale che si opponga "alle forme di centralizzazione dei poteri, lasciando alle Regioni la responsabilità di governare i loro territori. Chi è capace presenterà i risultati - conclude - chi è un somaro, un chiacchierone lamentoso o un malato di pulcinellismo sarà mandato a casa". L'incontro segue il protocollo d'intesa tra i due ospedali firmato lo scorso giugno, che punta alla condivisione del know-how e dei modelli gestionali acquisiti nel tempo dalle due strutture. "Un confronto sincero e concreto, non una competizione - chiarisce il direttore generale del Cardarelli, Ciro Verdoliva - abbiamo già avviato delle linee di attività comuni, tra cui il centro grandi



ustioni che consentirà ai cittadini di avere immediata disponibilità di cute e le isole pancreatiche, per permettere di avere un innesto di cellule tale da evitare che il tumore del pancreas renda un adulto insulino-dipendente". Si tratta di due novità che partiranno a gennaio, ma il confronto con il Niguarda sta proseguendo anche sul "trapianto di midollo allogenico - aggiunge Verdoliva - che partirà dal 2019 al Cardarelli, e su tutto quello che serve a portare la sanità a un punto di eccellenza per cui i cittadini possano curarsi nella propria regione".

Al Monaldi doppio intervento con la chirurgia robotica

NAPOLI - Nell'Unità operativa complessa di chirurgia toracica dell'Ospedale Monaldi, a Napoli, diretta da Carlo Curcio, sono stati eseguiti, con la chirurgia robotica, due interventi di cui, ad oggi, secondo quanto riferiscono fonti dell'ospedale, «non c'era traccia nella letteratura scientifica: l'asportazione di un voluminoso gozzo cervico-mediastinico anteriore e la correzione di una ernia diaframmatica anteriore di grosse dimensioni con tecnica Hybrid Robotic Video Assisted Thoracoscopy Surgery (Hrvats). Entrambi gli interventi sono stati pubblicati sulla rivista internazionale Journal of Thoracic Disease». «Il fatto che non siano mai stati pubblicati interventi del genere ci fa presumere che siano stati i primi due casi al mondo operati con tecnica robotica - spiega Curcio, direttore della Uoc di Chirurgia Toracica dell'ospedale Monaldi - Nell'ultimo decennio la tecnologia robotica è stata applicata anche in chirurgia toracica e la visione tridimensionale e la capacità degli strumenti di articolarsi a 360 gradi, simulando i movimenti del polso umano, consentono di eseguire interventi di alta precisione evitando molto spesso, per il trattamento di alcune patologie del mediastino, la apertura dello sterno con la possibilità per il paziente di un più rapido ritorno alla vita sociale ed è per questo che abbiamo dato inizio a un programma di chirurgia robotica volto, nei casi indicati, ad asportare tumori del mediastino o patologie del mediastino associate ad una particolare malattia neurologica: la miastenia gravis». «L'Uoc di Chirurgia Toracica del Monaldi può contare su apparecchiature all'avanguardia e personale altamente qualificato. Negli ultimi cinque anni, infatti, ha riportato la casistica più ampia, in Italia, di lobectomie polmonari effettuate in chirurgia mininvasiva videotoroscopica (Vats Lobectomy)», spiega Antonio Giordano, commissario straordinario dell'Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi, Cotugno e Cto). «Grazie all'utilizzo di tecniche chirurgiche mini invasive, infatti, si possono effettuare interventi altamente qualificati che contribuiscono a contrastare il fenomeno della emigrazione sanitaria. Sempre per ridurre il problema dei viaggi oltre regione, a breve, l'Uoc di Chirurgia Toracica disporrà di una sala operatoria dedicata in più per consentire una sensibile riduzione dei tempi di attesa», conclude Giordano.

Aiop: troppe attese e un cittadino su tre è insoddisfatto del Servizio sanitario regionale



ROMA - troppe attese e 1 cittadino su 3 è insoddisfatto del Sistema sanitario. In generale, un italiano su tre, tra coloro che hanno avuto esperienze di liste d'attesa o di Pronto Soccorso, si dichiara insoddisfatto del Servizio Sanitario della propria regione, soprattutto degli ospedali pubblici (32,6%) e delle strutture delle ASL (28,6%), in percentuale minore, invece, degli ospedali privati accreditati (18,3%) e delle cliniche a pagamento (14,3%).

Emerge dal 16 Rapporto annuale "Ospedali & Salute 2018", presentato in Senato, promosso dall'Associazione Italiana Ospedali Privati (Aiop). Per migliorare la gestione delle liste d'attesa, oltre l'80% suggerisce di ampliare gli orari di visita degli ambulatori di medicina generale e un utilizzo integrato di altri ospedali pubblici di zona. Più del 50% degli utenti, pur di arginare il fenomeno, sarebbe disposto a pagare un ticket più alto, misura ritenuta utile a organizzare meglio la domanda di servizi. "Per difendere il principio universalistico e solidaristico del SSN è, a nostro avviso, indispensabile e improcrastinabile procedere alla sua riorganizzazione e al suo efficientamento, sia dal punto di vista economico-finanziario, che da quello dell'offerta di prestazioni e di servizi di qualità che devono essere garantiti in maniera omogenea nei territori, tenendo conto di una domanda che è aumentata e, nel tempo, si è anche diversificata per effetto dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle cronicità- evidenzia Barbara Cittadini, Presidente Aiop- la realtà descritta nel Rapporto deve indurci a recuperare i presupposti che hanno ispirato, 40 anni fa, la nascita del SSN, reinterpretandoli nel mutato contesto demografico, sanitario ed economico, con l'obiettivo di assicurare una risposta adeguata che tenga in considerazione le esigenze reali di coloro che cercano una risposta alla loro domanda e aspettativa di Salute".

Griglia Lea

Piemonte al top Campania recupera

ROMA – Sono stati pubblicati dal Ministero della Salute i risultati della Griglia Lea 2017. Al vertice il Piemonte che scalza il Veneto (secondo). Terza l'Emilia Romagna e quarta la Toscana. Fanalino di coda tra le regioni sottoposte a verifica, la Calabria che peggiora il punteggio rispetto al 2016. Penultima la Campania che però recupera punti. La Regione Piemonte con 221 punti si colloca al top nella griglia Lea 2017 delle Regioni italiane. Al secondo posto la Regione Veneto con 218 punti che perde però la testa rispetto al 2016. Stesso punteggio per l'Emilia Romagna al terzo posto. Fanalino di coda la Calabria che peggiora il punteggio (136) rispetto al 2016 (144). Penultima la Campania che però recupera punti: nel 2017 sono 153 i punti contro i 124 del 2016. Sono questi alcuni numeri della Griglia Lea 2017 appena pubblicata dal Ministero della Salute. Stride con il livello di spesa procapite che nel 2016 (fonte Crea Sanità) vede per la Pa di Bolzano una spesa pro capite di 2.309 euro contro i 1.850 euro della Calabria, i 1.757 euro della Campania e 1.881 euro del Piemonte. Nel 2017 risultano valutate positivamente, ottenendo un punteggio uguale o superiore a 160 (livello minimo accettabile) in base alla Griglia LEA, ben 16 Regioni. In particolare, le otto Regioni che raggiungono un punteggio superiore a 200 sono: Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo e Marche. Altre otto Regioni si collocano in un punteggio compreso tra 200 e 160 (livello minimo accettabile): Liguria, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Provincia Autonoma di Trento, Lazio, Puglia, Molise e Sicilia. Le Regioni Campania, Valle d'Aosta, Sardegna, Calabria e la Provincia Autonoma di Bolzano si caratterizzano per i punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità ascrivibili in particolare all'area della prevenzione (screening e coperture vaccinali) e all'area distrettuale (residenziali anziani e disabili). Le Regioni Calabria e Campania, entrambe sottoposte a regime commissariale, presentano una situazione differente. Mentre la Calabria raggiunge un punteggio inferiore rispetto all'anno precedente, la Campania ha un punteggio migliorativo anche se non raggiunge ancora il livello minimo accettabile.

Ospedali e territorio

Ospedale Betania Servizio Radiologia operativo h24

NAPOLI - Dal 1° gennaio 2019 il servizio di Radiologia dell'Ospedale Evangelico Betania è stato completamente riorganizzato per poter supportare l'operatività h24 dei diversi reparti, ma soprattutto del Pronto Soccorso. Per riorganizzare il servizio di Radiologia e renderlo sempre più rispondente alle esigenze dell'Ospedale, è stata ampliata l'equipe di medici specialisti, sono state acquistate nuove strumentazioni diagnostiche e sono stati riprogettati i turni del personale. A darne notizia, un comunicato dell'Ospedale Evangelico Betania. "Il ruolo del medico di radiologia è di fondamentale importanza nell'individuazione tempestiva di un problema o di una patologia, soprattutto nei casi di urgenza, essendo l'unico ad avere competenze diagnostiche nel campo radiologico - spiega Andrea Abete, direttore dell'Uoc Diagnostica per immagini -. In tale ottica il servizio di Radiologia dell'ospedale riuscirà a migliorare la pianificazione di tutta l'attività diagnostica, con l'obiettivo di implementare nuovi capitoli diagnostici (colonscopie virtuali, studi vascolari) che già venivano effettuati, perfezionare l'attività di Radiologia interventiva, in cui la specializzazione del medico radiologo è molto utile nelle varie procedure (biopsie organi superficiali e profonde), così come anche nel posizionamento di tubi di drenaggio ed altro al fine di agevolare la risoluzione delle problematiche chirurgiche". "Nell'ultimo anno presso l'Ospedale sono stati eseguiti oltre 35.000 esami radiologici - prosegue la nota - di cui circa 20.000 radiografici, 5.500 Tomografie computerizzate (TAC) e ben 6.715 Ecografie. Fondamentale il supporto nella prevenzione delle patologie femminili con 1.212 esami Mammografici spesso integrati



anche con la Tomosintesi". "Naturalmente la riorganizzazione di tale servizio è volta anche ad un miglioramento diagnostico di tutto ciò che attende la Senologia - prosegue Abete -, dove il supporto tecnologico in dotazione del nostro reparto è ampiamente soddisfatto da un mammografo digitale e del tipo Tomosintesi (mammografia 3d), utile chiaramente a migliorare gli standard diagnostici e a supportare i chirurghi senologi, permettendo l'applicazione del modulo stereotassico che ci consente di effettuare biopsie mirate e posizionamenti di fili di repere". "È in fase di installazione un nuovo telecomando completamente digitale che con le sue caratteristiche di ultimissima generazione permetterà una notevole agevolazione degli studi radiografici per i pazienti non solo di Pronto Soccorso, ma anche per affrontare con maggiore accuratezza diagnostica tutte le patologie connesse all'apparato digerente (con trastografie), permettendo di valutare, con maggiore efficacia, problematiche organiche e funzionali".

Tumori, all'Asl Napoli 1 presa in carico domiciliare

NAPOLI - Il progetto, che riguarderà i pazienti ricoverati al Pascale e afferenti alla Asl Napoli 1, prevede che le cure domiciliari non siano attivate solo nella fase terminale della malattia, ma durante tutto il percorso di cura, dalla chirurgia alla chemioterapia, secondo le esigenze cliniche che il Pascale ha segnalato.

Il passo successivo sarà quello di estendere la procedura anche a tutte le Asl e a tutti i centri di riferimento oncologici regionali.

Si tratta di un significativo passo avanti



della rete oncologica campana, nata per servire i pazienti e per curarli al meglio. Questo percorso Ospedale Territorio è un elemento essenziale del buon funziona-

mento della rete oncologica per poter dire un giorno mai più viaggi della speranza.

Il direttore generale Asl Napoli 1, Mario Forlenza, sostiene che "la procedura della piattaforma informatica, che mette in rete le strutture sanitarie, funziona e semplifica enormemente le procedure per il paziente e le famiglie.

Il paziente non è più abbandonato a se stesso dopo la dimissione ma viene affidato alle cure domiciliari e ai trattamenti integrati tra ospedale e territorio".

Il passo successivo sarà a breve quello di estendere tale procedura anche a tutte le altre Asl e a tutti i Corp/Corpus campani (centri riferimento oncologici Monaldi-Ruggi-Cardarelli e aziende universitarie).

Grillo: "Grazie a medici e infermieri, lavorano come per venticinque"

NAPOLI - "Al Cardarelli, dove abbiamo 80 mila accessi all'anno in pronto soccorso, ci sono le persone una sopra all'altra perché il reparto fa il lavoro del territorio. Medici e infermieri qui lavorano ognuno come fossero 25. Così l'appropriatezza delle cure viene meno. Non posso che dire grazie agli operatori sanitari perché lavorano in condizioni disumane con un sovraccarico mostruoso. Mancano le strutture territoriali e sono stati smantellati gli ospedali senza prevedere un'adeguata rete". Lo ha detto il Ministro della Salute Giulia Grillo nel corso di una visita a sorpresa a Napoli. Dopo il Cardarelli si è recata anche all'Ospedale dei Pellegrini. "Chi amministra la sanità in questa Regione dovrebbe visitare le strutture e toccare con mano quello che succede". Nel corso del suo incontro con la stampa dopo il sopralluogo al pronto soccorso nel nosoco-



mio del centro storico del capoluogo campano, la titolare del dicastero ha spiegato: "Sto facendo un giro per le strutture sanitarie di tutto il Paese. Sono stata già in alcune strutture del Lazio, della Campania e girerò anche altre regioni. Non c'è un accanimento

verso le regioni commissariate. "L'idea di visitare il pronto soccorso - spiega il ministro - nasce dal fatto che sono un'area spesso abbandonata dalla politica", nonostante si tratti di "uno dei servizi più importanti che la sanità pubblica deve erogare".

Violenza di genere Il Moscati fa formazione

AVELLINO - Per fornire agli operatori sanitari gli strumenti conoscitivi e procedurali per gestire nel miglior modo possibile l'accoglienza dei soggetti vittime di violenza, l'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino ha organizzato un evento formativo destinato a medici, biologi, infermieri e tecnici interni, nonché a psicologi dei Piani di zona e Privato sociale e agli assistenti sociali. Il corso - spiega il Direttore sanitario Conte - ha inteso approfondire gli aspetti relativi alla vigilanza e al monitoraggio del fenomeno. Ma soprattutto quelli più tecnici, come il ruolo e la responsabilità degli operatori del Pronto Soccorso nel contrasto alla violenza di genere, le procedure da seguire e gli aspetti normativi e medico-le-

gali. L'obiettivo è fornire al personale una conoscenza adeguata attraverso la quale possa garantire la necessaria e giusta gestione delle donne che subiscono violenza. All'Azienda "Moscati" stiamo portando avanti il Percorso Donna "Igea". E all'interno di un percorso dedicato alle donne non si può non tener presente il dilagante fenomeno della violenza di genere". Al termine della formazione, si procederà a individuare gli operatori da destinare alle attività che si svolgeranno all'interno di uno spazio riservato in Pronto Soccorso - previsto nel programma dei lavori di riprogettazione dell'area -, dove saranno accolte, seguite, curate e guidate

le donne vittime di violenza e sarà dato supporto anche ai loro figli minori. "La panchina rossa sistemata all'ingresso della Città Ospedaliera come simbolo della lotta contro la violenza sulle donne e il femminicidio - conclude la Conte - deve trovare una rispondenza concreta in un'assistenza appropriata, che garantisca tempestività nella presa in carico, privacy e sicurezza".



Ospedali e territorio

Ruggi, infermieri precari e Oss scrivono a De Luca



SALERNO - Orari di lavoro pesantissimi e un futuro non garantito. Sono le condizioni inaccettabili dei precari della sanità. Gli stessi a permettere al Ruggi di Salerno (ma non solo) di tenere livelli di assistenza sufficienti. Molti giovani, con tanta voglia di fare, pronti anche a fare turni di lavoro massacranti, ma con la croce addosso di un futuro instabile. Così hanno preso carta e penna e hanno scritto al governatore Vincenzo De Luca. In calce alla lettera la firma è di Rossella Curcio, infermiera precaria che si fa - come si legge in fondo al documento - "portavoce dei dipendenti oss e infermieri precari dell'Aou Ruggi di Salerno. I lavoratori, nella lettera, ricordano come sono arrivati al Ruggi e lamentano la loro instabilità per il futuro: "Nell'anno 2016 - si legge nella lettera - fu bandito un avviso pubblico sia per oss che per infermieri, che ha consentito fino ad oggi di assumere tutti noi sia nell'ospedale di Salerno che in molti altri ospedali della Campania ed è stato così consentito, a fatica, di garantire i Lea (Livelli assistenziali). Ad oggi, noi siamo precari senza un futuro certo, senza nessun tipo di garanzia, nonostante già quasi tre anni di servizio rag-

giunti da buona parte di noi e nonostante ormai noi siamo la parte integrante e necessaria per mandare avanti le basilari e ordinarie attività sanitarie". E ancora, nella lettera vengono denunciate condizioni di lavoro "insostenibili in tutti i reparti": "c'è una grandissima carenza di organico nonostante la nostra presenza e siamo costretti a fare turni massacranti e turni di straordinario per coprire gli ordinari turni di lavoro e tutto questo oltre a gravare su noi stessi, grava innanzitutto anche sui pazienti". E allora ecco la richiesta: c'è bisogno subito "di un intervento di stabilizzazione sotto ogni aspetto per consentire così il proseguimento delle normali attività lavorative, per ridarci un minimo di serenità e per non farci continuare a lavorare in condizioni disumane. Le scrivo - conclude la lettera - per chiederle un immediato e preciso intervento a nostro favore, per tutelare la nostra dignità di cittadini e di lavoratori, per aiutarci a restare qui nella nostra Regione e consentirci di poter continuare a lavorare con dignità, e poter mettere in campo le nostre qualità lavorative per portare avanti una sanità fatta di giovani che hanno voglia di lavorare"

Regioni Un tesoretto di 60 milioni per ridurre il superticket

ROMA – Sessanta milioni di euro alle Regioni per ridurre o eliminare il superticket. Cioè la quota fissa di 10 euro sulle ricette. E' il provvedimento assunto dalla Conferenza Stato/Regioni: "Un obiettivo di equità raggiunto grazie anche alla collaborazione delle Regioni che oggi danno il via libera al decreto sul fondo previsto proprio per questo scopo. E' uno strumento in più a disposizione delle Regioni per ridurre o eliminare il superticket, soprattutto per le categorie particolarmente vulnerabili".

Così il Presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini, preannunciando l'Intesa sul decreto. L'80% della cifra sarà ripartito fra tutte le Regioni a statuto ordinario, più la Sicilia, per quota d'accesso al fabbisogno sanitario standard 2018. Il 20% della cifra sarà ripartito alle sole Regioni che avevano ampliato il numero dei soggetti esenti o adottato misure alternative: Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Basilicata.

Da Bankitalia fondi per ricerca cancro Istituto Pascale

Napoli - "Orgoglio e soddisfazione per l'iniziativa della Banca d'Italia, che ha donato un contributo straordinario all'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli per sostenerne la ricerca". La dichiarazione è del presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca. "Si conferma il livello di eccellenza medica nella cura e nella ricerca oncologica del Pascale, come sottolineato dal governatore Ignazio Visco. Lo ringraziamo, questa donazione - aggiunge De Luca - fa onore alla sanità campana, ai dirigenti, ai medici, ai ricercatori, e a tutto il personale sanitario e amministrativo dell'Istituto".

27 GENNAIO

**GIORNO DELLA
MEMORIA**



NOI POSSIAMO. IO POSSO.



Incoraggia
l'azione.
Agisci.



**GIORNATA
MONDIALE
CONTRO IL
CANCRO
4 FEBBRAIO**



Fai
sentire
la tua
voce.



**FAI
SCELTE
SALUTARI.**

UNISCITI A NOI NEL 2019.
worldcancerday.org

