

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE



ESPERIENZE DAL TERRITORIO

INCIDENTE MAGGIORE:
PROGETTUALITÀ,
FORMAZIONE E...



ISTITUZIONI E TERRITORIO

QUOTA 100, OLTRE 2.200
INFERMIERI IN MENO DA
SUBITO IN VENETO

numero 1
gennaio - marzo 2019

SOMMARIO

EDITORIALE

1

RASSEGNA STAMPA

Non passa in Regione l'impegno per i 20 letti di assistenza intermedia	2
Fondo sanitario, a Verona in arrivo oltre tre miliardi	3
La sanità veronese in rosso per 63 milioni	4
Ospedale, primo sì alle nuove sale	5
I sindaci: «Troppi ospedali sono incompleti»	6
Bovolone inaugura l'ospedale di comunità: servirà agli anziani	7
Due veronesi nel nuovo Consiglio superiore di sanità	7
Autismo, progetto ministeriale per il centro veronese	8
Tagliati ventidue posti letto all'ospedale	8
Ospedale, bufera bipartisan sui tagli	9
Visita speciale all'ospedale. Arriva la consigliera regionale	10
Fondi sanità, tre miliardi in due anni all'Ulss Scaligera	11
Ospedale, tutti i 25 sindaci in difesa di reparti e servizi	12
Nella nuova rete degli ospedali Bussolengo non c'è	13
Veneto, la Regione assume i medici in pensione	14

ESPERIENZE DAL TERRITORIO

Incidente maggiore: progettualità, formazione e pianificazione per una gestione efficace.	15
Protocollo per il trattamento del dolore e scala PAINAD	17

ISTITUZIONI E TERRITORIO

Quota 100, oltre 2.200 infermieri in meno da subito in Veneto	28
---	----

NOI E GLI ALTRI

...“Gli infermieri per fare la differenza”...	30
---	----

RECENSIONI

In modo giusto. Medicina Narrativa nelle cure di fine vita	32
--	----

LETTERE AL DIRETTORE

33

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 22 maggio 2019.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Verzè Alessia, Tabarini Gabriella, Ballarin Silvana, Bernardelli Stefano, Bonetti Lorella, Cengia Maria Grazia, Maculan Massimiliano, Meorali Francesco, Molinari Luca, Ortolani Riccardo, Paschetto Francesca, Zanini Giovanni, Zanolli Barbara.

Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcot-
to Enrico.

Editore: OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede OPI - Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-mail: nfo@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche. Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista. I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiococchi.it]



Il discorso integrale di Papa Francesco agli infermieri

A circa un anno dall'incontro con il Papa, mi è capitato di rileggere il discorso che ci ha riservato e ho ritenuto che poteva essere utile, a ricordo di quello storico evento di riproporlo. Mi ricordo ancora l'emozione, le parole, il sorriso, la sensazione di essere i ben venuti nella sua casa.

Ancora, il grande rispetto per tutti, anche se Capo della Chiesa Cattolica, si è rivolto a tutti con parole pregne di grande considerazione per la nostra professione.

Nel periodo che stiamo vivendo di grande crisi abbiamo tanto bisogno di esempi positivi, di parole di speranza e di tangibile attenzione all'umanità.

A ricordo di quell'evento, ve lo ripropongo.

«... di tutte le cose misura è l'uomo, di quelle che sono, per ciò che sono, di quelle che non sono per ciò che non sono.»

Protagora

Buona lettura.



[Leggi il discorso del Papa](#)

[clicca sull'immagine](#)



di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

Non passa in Regione l'impegno per i 20 letti di assistenza intermedia

a cura della REDAZIONE

Bocciato in Consiglio regionale l'ordine del giorno che impegnava la giunta a istituire entro il 2019 20 posti letto di ospedale di comunità nell'ospedale di Malcesine. Il punto è stato liquidato con 13 voti a favore, 24 contrari e un astenuto.

Cristina Guarda, del gruppo Alessandra Moretti Presidente - assieme a Orietta Salemi, del Pd, Manuel Brusco, del Movimento 5 Stelle, e Giovanna Negro di Veneto Cuore Autonomo - aveva presentato l'ordine del giorno il 19 dicembre. Titolo: «Ospedale di Malcesine: implementare il numero di posti letto e potenziare gli ambulatori specialistici a fronte di una forte presenza turistica nell'area dell'alto Garda».

Negro, tra l'altro, aveva di recente preso parte anche ad alcune riunioni alla presenza dei sindaci dell'alto Garda e dei vertici della Ulss 9 proprio in merito alle esigenze di queste realtà. Per Malcesine erano scesi in campo il vicesindaco del paese, Claudio Bertuzzi, i sindaci di Brenzone, Tommaso Bertoncelli, e di Torri, Stefano Nicotra, quello di San Zeno e tante associazioni, rappresentanti di categoria di commercianti, albergatori, realtà economiche.

La lettera era stata inviata al Comitato dei sindaci. Parlava di: mantenimento degli 80 posti letto ospedalieri; in-

serimento di 20 posti di Ospedale di Comunità; potenziamento poliambulatori. Tutte richieste finite nell'ordine del giorno bocciato a Venezia. «Resto allibito», ha commentato Claudio Bertuzzi. «stupito che la Regione abbia bocciato un ordine del giorno simile, che recepisce le istanze del territorio. Credo che la sanità non debba avere colore politico, non avrebbe dovuto avere importanza chi ha presentato l'ordine del giorno». Poi Bertuzzi, iscritto alla Lega Nord, spiega: «con l'assessore Coletto e il direttore generale dell'Ulss 9 abbiamo fatto riunioni e preso accordi. Non vorrei ora che la partenza per Roma di Coletto mettesse in discussione quanto era stato pensato finora».

Dello stesso avviso di Bertuzzi anche i sindaci di Brenzone, Bertoncelli, e di Torri, Nicotra. «Spiace», hanno commentato entrambi, «che si sia sprecata questa occasione. Auspichiamo che, da qui a quando saranno modificate le schede ospedaliere, le nostre richieste vengano accolte perché è indispensabile potenziare i servizi offerti dall'ospedale di Malcesine». Più politico il commento di Orietta Salemi: «La partenza di Coletto per Roma non sembra di buon auspicio per il territorio veronese, visto che lo scorso anno un ordine del giorno su Malcesine era stato accolto. Questo niet non vorremmo fosse premessa di un'idea di smantellamento».

Ma come hanno votato i veronesi a Venezia? Per il sì alla mozione: Orietta Salemi, Giovanna Negro e Manuel Brusco. Astenuto: Stefano Valdegamberi. Contrario: Alessandro Montagnoli della Lega. Assenti al momento del voto Andrea Bassi, Stefano Casali e Massimo Giorgetti.

G.M.



L'ARENA - 04 gennaio 2019 – La delibera di Giunta

Fondo sanitario, a Verona in arrivo oltre tre miliardi

Nel biennio 2019-2020 le Ullss, le Aziende Ospedaliere e l'Istituto Oncologico del Veneto potranno contare su finanziamenti complessivi per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) pari a **16 miliardi 410 milioni 308mila 544 euro**, dei quali 8 miliardi 200 milioni 316mila 772 euro nel 2019 e 8 miliardi 209 milioni 991mila 772 euro nel 2020.

Le cifre, passibili di qualche aggiustamento quando sarà approvato il **riparto del Fondo Sanitario Nazionale**, sono contenute nella delibera con cui oggi la Giunta regionale, su relazione del Presidente Luca Zaia, ha dato il via libera alla suddivisione dei fondi, inviando l'atto al Consiglio regionale per l'espressione del previsto parere. Il riparto per la gestione della sanità veneta è suddiviso in alcuni ambiti specifici: la quota pro capite assegnata alle **single Ullss per assistito**, pari a 7 miliardi 619 milioni 498mila 683 euro sia nel 2019 che nel 2020; i rinnovi contrattuali 2018-2019 per il personale, con 103 milioni 351 mila 558 euro, e quelli 2019-2020 con 111 milioni 519mila 125 euro; i finanziamenti a funzione (**Pronto Soccorso, Suem 118, distribuzione diretta dei farmaci, Rems di Nogara, Rete Oncologica Veneta, fibrosi cistica, didattica e privati accreditati**) pari a 302 milioni 577mila 533 euro per il 2019 e a 302 milioni 438mila 031 euro per il 2020; specificità territoriale di alcune Ullss con 54 milioni nel 2019 e altri 54 nel 2020; ulteriori risorse per gli investimenti e a supporto dell'equilibrio finanziario da assegnare con successivi provvedimenti, pari a 100 milioni 338 mila 772 euro nel 2019 e altrettanti nel 2020.

«Nessun manager di nessuna azienda – sottolinea Zaia – potrebbe pro-



grammare alcunché senza sapere di quanto può disporre finanziariamente e, anche in questo caso, ci siamo comportati di conseguenza, senza aspettare le lungaggini romane, e abbiamo messo a disposizione dei nostri direttori generali un quadro chiaro delle risorse per il prossimo biennio a inizio 2019, pronti a fare i necessari aggiustamenti una volta che sarà varato il Riparto Nazionale nel quale, ce lo auguriamo tutti, potrebbe essere invertito il trend di tagli indistinti tra virtuosi e spreconi che ha contraddistinto gli ultimi 8 anni».

«Abbiamo riservato particolare attenzione – aggiunge Zaia – anche a tutto il nostro personale, inserendo il necessario per coprire tutti gli aumenti contrattuali sia del triennio precedente che del 2019-2020. Un bel segnale a lavoratori che se lo meritano e contribuiscono ogni giorno all'eccellenza della nostra sanità. Inoltre, fatto significativo, in questo modo le Aziende non dovranno preoccuparsi di fare economie per trovare le risorse da dedicare al personale, rivolgendole invece agli investimenti,

come le nuove tecnologie e i farmaci innovativi». Queste sono le assegnazioni totali per l'anno 2019: **Ullss 9 Scaligera 1 miliardo 481 milioni 874 mila euro; Azienda Ospedaliera di Verona 86 milioni 472 mila euro**. Queste sono le assegnazioni totali per l'anno 2020: **Ullss 9 Scaligera 1 miliardo 482 milioni 851 mila euro; Azienda Ospedaliera di Verona 87 milioni 276 mila euro**.

Nel riparto sono stati inseriti anche i finanziamenti a funzione, sempre per il biennio 2019-2020, sono i seguenti: Pronto Soccorso, 163 milioni; Suem 118, 167 milioni 910 mila; distribuzione diretta dei farmaci, 1 milione 580 mila; Rems di Nogara (ex Opg), 800 mila euro; Rete Oncologica Veneta, 1 milione; fibrosi cistica, 836 mila euro; personale in servizio presso le strutture afferenti all'Area Sanità e Sociale, 3 milioni 060 mila; attività didattica delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e dello Iov, 282 milioni 748 mila; finanziamenti a funzione erogati ai privati accreditati 26 milioni 830 mila.



L'ARENA - 12 gennaio 2019 – Attualità

La sanità veronese in rosso per 63 milioni

ospedaliero e Istituto oncologico del Veneto è di circa 16 miliardi 410 milioni, dei quali 8 miliardi e 200 milioni nel 2019 e 8 miliardi 209 milioni, nel 2020. La cifra, spiega la Regione in una nota, servirà a coprire la quota pro capite assegnata alle singole Ulss per assistito, che è pari a 7 miliardi 619 milioni 498 mila 683 euro sia nel 2019 che nel 2020, e poi i rinnovi contrattuali per il personale, quelli per il 2018-2019 con 103 milioni 351 mila 558 euro, e quelli 2019-2020 con 111 milioni 519 mila 125 euro.

Oltre 63 milioni di rosso a Verona, 268 in Veneto. È il risultato economico aggregato, decisamente negativo, conseguito da Ulss, Aziende ospedaliere e Istituto oncologico veneto, ripianato da Azienda Zero, che con una dotazione di 367,7 milioni di euro fa chiudere il bilancio 2018 della sanità regionale in attivo per poco meno di cento milioni (Vedi tabella qui a fianco). Il passivo scaligero è per lo più dovuto all'Ulss 9, che sfiora di oltre 50 milioni di euro, mentre l'Azienda ospedaliera si limita a una perdita di 12,4 milioni. Approvati i consuntivi del vecchio anno a pochi giorni da San Silvestro, la Giunta ha deliberato anche il nuovo riparto per il 2019 e 2020.

Quasi tre miliardi di euro, per la precisione 2 miliardi 964 milioni 725 mila, sono i finanziamenti per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) assegnati all'Ulss 9 Scaligera per il biennio entrante: 1 miliardo 481 milioni 874 mila euro per quest'anno e 1 miliardo 482 milioni 851 mila euro per il prossimo. Poco più del budget messo a disposizione nel 2018. Complessivamente il finanziamento per Ulss, Aziende

E ancora, i finanziamenti a funzione (Pronto Soccorso, Suem 118, distribuzione diretta farmaci, Rems di Nogara, Rete oncologica veneta, fibrosi cistica, didattica e privati accreditati) per 302 milioni 577 mila 533 euro per il 2019 e 302 milioni 438 mila 031 euro per il 2020. Queste cifre, tuttavia, potranno essere soggette a qualche aggiustamento ulteriore, quando sarà approvato il riparto del Fondo sanitario nazionale. «Nessun manager di nessuna azienda», ha infatti sottolineato il presidente della Regione, Luca Zaia, «potrebbe programmare senza sapere di quanto può disporre finanziariamente e, anche in questo caso, senza aspettare le lungaggini romane, abbiamo messo a disposizione dei nostri direttori generali un quadro chiaro delle risorse per il prossimo biennio a inizio 2019, pronti a fare i necessari aggiustamenti in corsa». «Abbiamo riservato particolare attenzione», ha aggiunto Zaia, «anche a tutto il nostro personale, inserendo il necessario per coprire gli aumenti contrattuali sia del triennio precedente che del 2019 - 2020».

Una questione sulla quale si sofferma Sonia Todesco, segretaria provincia-

le Funzione pubblica Cgil: «Dal mio punto di vista non ci sono risorse sufficienti per il rinnovo dei contratti scaduti il 31 dicembre (personale non medico ndr)», spiega, «è un grave problema perché la carenza negli organici delle nostre strutture è cronica e pesante: nella sola Ulss 9 mancano 200 infermieri e parecchi medici e non si fanno graduatorie. L'assurdità è che nel bilancio previsionale di Azienda Zero ci sono 11 milioni e 600 mila euro per il personale, che sarebbe logico distribuire tra le Ulss in sofferenza». Critica anche la consigliera regionale del Pd, la veronese Orietta Salemi, in Commissione Sanità: «Vanno rivisti i criteri della ripartizione, valutando il fabbisogno sia in termini di risorse umane che di erogazione dei servizi». Porta degli esempi: «Le Ulss di Verona e di Padova, le più grandi, hanno esigenze diverse rispetto alle altre oltre che un passivo storico, sul quale interviene l'Azienda Zero per ripianare i debiti». «È evidente che i criteri utilizzati finora non vanno bene oppure», conclude, «vanno rivisti gli obiettivi. Il sistema in vigore non regge».

A testimoniare anche l'allegato A alla delibera di Giunta regionale numero 1915 che certifica per l'Ulss unica provinciale uno sfioramento di oltre 35 milioni tra valore della produzione (contributi diretti, ricavi da prestazioni, avanzi di esercizi precedenti, ecc) e costi della produzione che si attestano attorno al miliardo e 682 milioni, a fronte di un riparto che non raggiunge il miliardo e mezzo.

Francesca Lorandi
Valeria Zanetti

L'ARENA - 25 gennaio 2019 – Attualità

Ospedale, primo sì alle nuove sale

Via libera della Regione alla realizzazione delle nuove sale chirurgiche all'ospedale «Mater salutis» di Legnago. Il progetto da 20 milioni di euro, volto a riorganizzare il polo sanitario della Bassa, ha infatti superato l'esame della Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (Crite). Tale intervento, atteso da decenni, includerà la realizzazione di una nuova piastra operatoria in grado di raggruppare su un unico livello le sale dedicate agli interventi chirurgici a servizio dei vari reparti, ora suddivise su più piani.

Gli incartamenti del «restyling» del «Mater salutis», quindi, da Venezia sono stati inviati a Roma, al Comitato interministeriale per la programmazione economica (Cipe), il quale, nelle prossime settimane, dovrà dare il via libera definitivo al finanziamento tramite fondi statali. L'aggiornamento sull'iter della riqualificazione del polo sanitario cittadino, già annunciata nel marzo 2018 da Luca Coletto - all'epoca assessore regionale alla Sanità ed oggi sottosegretario alla Salute del governo Conte - è stato fornito, l'altro pomeriggio a Palazzo de' Stefani, da Flavio Pasini, presidente della conferenza dei sindaci

dell'Ulss 9, nonché primo cittadino di Nogara. Pasini, difatti, è stato invitato al vertice «Sul futuro dell'ospedale di Legnago», organizzato in municipio dalla Giunta del sindaco Clara Scapin e da un fronte bipartisan di consiglieri comunali cittadini. Alla riunione ha partecipato anche l'avvocato Toufik Riccardo Shahine, portavoce del neonato «Comitato per la difesa dell'ospedale Mater salutis». «Da quanto ho verificato», ha evidenziato Pasini, «gli incartamenti, comprendenti la proposta di realizzare le nuove sale operatorie, che da sole richiederanno una spesa di 15 milioni di euro, sono già stati vagliati a Venezia e spediti al Cipe. Il quale, ora, potrà sbloccare in qualsiasi momento l'erogazione del fondo statale.

Del pacchetto faranno parte anche 5 milioni di euro destinati a migliorare nei vari reparti». «Pertanto», ha aggiunto il presidente della conferenza dei sindaci, «faremo pressing sul rappresentante veronese a Roma (il sottosegretario Coletto, ndr), affinché venga approvato quanto prima lo stanziamento per avviare i cantieri». Sempre Pasini, ha rassicurato gli amministratori legnaghesi riguardo alle criticità emerse in alcune unità

operative ospedaliere. «Per quel che concerne l'Anatomia patologica», ha sottolineato il sindaco nogarese, «è fuori discussione una sua chiusura. Anzi, stiamo lavorando affinché l'attività di questo servizio possa essere ampliata e potenziata». La prosecuzione dell'iter degli interventi riguardanti il «Mater salutis» ha convinto solo a metà il sindaco Scapin. Il primo cittadino, assieme all'assemblea civica, pertanto, stilerà un elenco di richieste da presentare al direttore generale dell'Ulss 9 Scaligera, Pietro Girardi, ai rappresentanti della Regione e al sottosegretario Coletto, in occasione del consiglio comunale aperto sul futuro dell'ospedale che si svolgerà nel mese di febbraio.

«Nell'attesa che vengano sbloccati i fondi promessi da anni», ha puntualizzato Scapin, «occorre una soluzione rapida per risolvere la carenza di anestesisti, che incide sull'attività chirurgica. Basti pensare che l'utilizzo delle sale operatorie del Mater salutis, che dispone di 14 medici per le anestesi, negli ultimi due anni, si è dimezzato proprio per questo problema, mentre il nostro ospedale continua a servire un bacino ampio di residenti, che abbraccia pure il Basso Padovano, l'Alto Rodigino ed il Mantovano». «Ebbene», ha concluso Scapin, «visto che fra i tre poli di Legnago, San Bonifacio e Villafranca, sono complessivamente presenti 50 anestesisti, una maggiore flessibilità e condivisione nell'utilizzo di questi professionisti tra i vari ospedali consentirebbe di rispondere immediatamente alle criticità, in attesa della realizzazione della nuova piastra operatoria».

Fabio Tomelleri



L'ARENA - 30 gennaio 2019 - Attualità

I sindaci: «Troppi ospedali sono incompleti»

Il piano socio sanitario regionale è diventato legge poche ore prima di San Silvestro. Nei prossimi mesi a Venezia si lavorerà al rinnovo delle schede ospedaliere, che definiranno le funzioni dei singoli presidi sul territorio, la dotazione di posti letto e conseguentemente la suddivisione di personale e risorse. E qui cominciano i mal di pancia, perché nell'Ovest veronese – lamentano i sindaci – non sono ancora state completamente attuate neppure le schede in scadenza, riferite al piano 2012 - 2016, oggetto di vari «aggiustamenti». L'ultimo risale a marzo 2018.

«Il taglio dei posti letto è stato portato a termine, mentre le grandi assenti sono le strutture intermedie: ospedali di comunità e hospice», denunciano i primi cittadini, ricordando che ad oggi sono stati aperti con il contagocce. Per fare il punto della situazione, tra settembre e ottobre sono stati organizzati tavoli territoriali per analizzare la situazione delle strutture di Villafranca, Valeggio e Caprino, Isola della Scala, Malcesine e Bussolengo. Agli incontri hanno partecipato anche l'ex assessore regionale alla Sanità, Luca Coletto, il direttore generale dell'Ulss 9 Scaligera, Pietro Girardi, i direttori sanitario Denise Signorelli e dei servizi socio sanitari, Raffaele Grottola. La ricognizione ha messo in luce numerose carenze.

Il Comitato dei sindaci del distretto 4 ha predisposto quindi un documento inviato a Venezia, al presidente della Regione Veneto Luca Zaia, all'assessorato competente, alla quinta commissione consiliare che si occupa di Sanità a Palazzo Ferro Fini e ai singoli consiglieri regionali. Il testo in questi giorni sta approdando in tutti i consigli comunali per essere di-

scusso capillarmente. «L'intenzione è che ogni assemblea civica affronti la questione pubblicamente e approvi quanto già condiviso dal Comitato, per procedere poi alla spedizione in Regione, rafforzando il primo invio», spiega Graziella Manzato alla guida dei sindaci del distretto. «In questa fase dobbiamo essere propositivi e far sentire la nostra voce: viviamo in un territorio con molte strutture dismesse, in cui manca la medicina territoriale, preziosa in un contesto geografico così differenziato e non privo di criticità», aggiunge.

BUSSOLENGO Tra le questioni più spinose, la situazione dell'Orlandi di Bussolengo in cui risultano attivati circa il 50 per cento dei servizi previsti dalle schede. «La struttura vive in una sorta di limbo. Preoccupa che non ci sia un cronoprogramma per completare quanto rimasto in sospeso. Non ci risultano assunzioni all'orizzonte per far decollare il paventato centro riabilitativo, mentre oramai il personale è stato dirottato in gran parte a Villafranca. Porteremo il documento in consiglio. È ora di capire cosa succederà all'Orlandi», taglia corto il sindaco, Roberto Brizzi. Ma ecco ospedale per ospedale i rilievi inseriti nel documento.

VILLAFRANCA Al Magalini mancano medici e infermieri, il cui numero non risulta adeguato alle necessità organizzative dei vari reparti, personale amministrativo agli sportelli dell'accettazione, un centro trasfusionale, del quale si chiede l'attivazione urgente.

VALEGGIO Nel vecchio ospedale c'è il punto prelievi; non i 24 posti di ospedale di comunità, previsti dalle schede dell'anno scorso.

ISOLA DELLA SCALA Dopo lo spostamento del reparto di psichiatria a Bussolengo e del pronto soccorso a Villafranca, nella struttura rimangono poliambulatorio e punto prelievi. I sindaci chiedono la sistemazione della palazzina dell'ala nord dell'ospedale, nella quale poi spostare tutti gli ambulatori diagnostici, il punto di Primo soccorso o, in alternativa, l'istituzione di una medicina di gruppo, l'adeguamento del piano ad ospedale di Comunità da 50 posti letto e la realizzazione di 7 - 8 posti per hospice.

CAPRINO VERONESE Attualmente ci sono poliambulatori, radiologia, sportello distrettuale, servizi di dialisi e fisioterapia. Occorrerebbero il punto di primo intervento, aprire un ospedale di Comunità e posti di hospice, organizzare una medicina di gruppo e potenziare la diagnostica.

MALCESINE Nell'alto lago servono il potenziamento del punto di primo intervento, l'apertura di un ospedale di Comunità e di posti hospice, una medicina di gruppo, il rilancio della diagnostica. Si registra la carenza di servizi nei poliambulatori, spesso a corto di specialisti.

Valeria Zanetti

L'ARENA - 01 febbraio 2019 - Attualità

Bovolone inaugura l'ospedale di comunità: servirà agli anziani

È stato inaugurato questa mattina l'Ospedale di Comunità San Biagio di **Bovolone**, dell'Asl Scaligera. Presenti il direttore generale dell'Asl di Verona Pietro Girardi, il sottosegretario alla Salute Luca Coletto (ex assessore veneto alla Sanità), il presidente della Regione Luca Zaia, il sindaco

Emilietto Mirandola e il vescovo di Verona Giuseppe Zenti (protagonista di una divertente "gaffe" di una paziente).

L'Ospedale di Comunità, ha spiegato Girardi, ha servizi di minore intensità rispetto ad un ospedale per acuti, ma offre servizi sul territorio e per gli

anziani, come la riabilitazione, e vi confluiscono i posti letto per anziani finora alla Casa di riposo San Biagio. Zaia ha sottolineato i numeri della Sanità veneta e Coletto l'importanza di questi presidi sul territorio.

L'ARENA - 05 febbraio 2019 - Attualità

Due veronesi nel nuovo Consiglio superiore di sanità

Sono due i veronesi fra i 30 nominati dal ministro della Salute Giulia Grillo nel **Consiglio superiore di Sanità**.

Si tratta di **Domenico De Leo**, professore ordinario di Medicina Legale e da qualche mese presidente della Scuola di medicina e chirurgia dell'università di Verona. E di **Paolo Pederzoli**, già docente ordinario di Chirurgia Generale all'Università di Verona. A dicembre i precedenti membri erano stati destituiti dal loro ruolo.

«Le nomine dei 30 membri non di diritto del Consiglio Superiore di Sanità sono di altissimo profilo, è stato fatto un ottimo lavoro. A tutti voglio fare i miei migliori auguri perché siano valore aggiunto per il Servizio sanitario nazionale e baluardo a difesa dei principi fondamentali, primo tra tutti l'universalismo». È quanto dichiarato dal sottosegretario alla Salute, il veronese Luca Coletto.

I 30 NOMINATI

Sergio ABRIGNANI Ordinario di Patologia Generale-Università di Milano; Adriano AGUZZI Direttore dell'Istituto di Neuropatologia di Zurigo; Mario BARBAGALLO Ordinario di Geriatria-Università di Palermo; Mario Alberto BATTAGLIA Ordinario

di Igiene e Salute Pubblica-Università di Siena; Luca BENCI Docente di diritto sanitario-Università di Firenze; Renato BERNARDINI Ordinario di Farmacologia-Università di Catania; Giuseppe CAMPANILE Ordinario di Scienze e Tecnologie Animali-Università «Federico II» Napoli; Claudio COBELLÌ Ordinario di Bioingegneria-Università di Padova; Giulio COSSU Ordinario di Medicina Rigenerativa-Università di Manchester; Giuseppe CURIGLIANO Prof. Ass. di Oncologia Medica-Università di Milano; Bruno DALLAPICCOLA Direttore Scientifico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; Domenico DE LEO Ordinario di Medicina Legale-Università di Verona; Paola DI GIULIO Prof. Ass. di Scienze Infermieristiche-Università di Torino; Marco FERRARI Ordinario di Malattie Odontostomatologiche-Università di Siena; Carlo FORESTA Ordinario di Endocrinologia-Università di Padova; Silvia GIORDANO Ordinario di Istologia-Università di Torino; Andrea GIUSTINA Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo-Università S. Raffaele di Milano; Andrea LAGHI Ordinario di Radiologia-Università Sapienza di Roma; Franco

LOCATELLI Direttore Dipartimento di Onco-Ematologia Pediatrica dell'Ospedale Bambino Gesù; Francesco LONGO Associato Dipartimento Analisi Politiche e Management Pubblico-Univ. Bocconi; Vito MARTELLA Ordinario di Malattie Infettive degli animali domestici-Università di Bari; Maria G. MASUCCI Ordinario di Virologia presso il Karolinska Institute di Stoccolma- Membro Commissione Nobel; Marco MONTORSI Rettore dell'Università HUMANITAS; Paolo PEDERZOLI già ordinario di Chirurgia Generale - Università di Verona; Giuseppe REMUZZI Direttore dell'Irccs «Mario Negri»-Milano; Camillo RICORDI Prof. Di Chirurgia e Medicina dei Trapianti cellulari-Università di Miami (FLORIDA); Massimo RUGGE Ordinario di Anatomia Patologica ed Oncologia- Università di Padova; Giovanni SCAMBIA Direttore Scuola Spec. In Ginecologia e Ostetricia-Università S. Cuore Pol. Gemelli; Fabrizio STARACE Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche- AUSL di Modena; Paolo VINEI Ordinario di Epidemiologia presso l'Imperial College di Londra.

L'ARENA - 06 febbraio 2019

Autismo, progetto ministeriale per il centro veronese

Il **Centro di riferimento regionale veneto per l'autismo di Verona**, diretto da Leonardo Zoccante, entra nel progetto interregionale promosso dal Ministero della Salute dedicato ad approfondire la conoscenza dei disturbi dello spettro autistico e la messa a punto di buone pratiche terapeutiche ed educative, con particolare riguardo al passaggio dall'età evolutiva, all'età adulta e all'inserimento occupazionale.

Per la sua realizzazione - informa la Regione Veneto - il ministero ha **stanziato un milione di euro**, suddivisi tra le cinque regioni partner: Liguria (capofila), Veneto, Marche, Umbria e Campania. Al centro di riferimen-

to veronese sono stati assegnati **240 mila euro**. Il progetto, che dovrà concludersi nell'ottobre del 2020, punta a identificare e sperimentare interventi di continuità per accompagnare i percorsi di crescita dei ragazzi affetti da sindromi dello spettro autistico, dall'istruzione al lavoro, valutando anche le migliori soluzioni residenziali e semiresidenziali.

«Il centro di Verona è una eccellenza nel panorama regionale e nazionale - afferma l'assessore regionale alla sanità e al sociale, **Manuela Lanzarin** -. Il coinvolgimento nel progetto varato dal Ministero, in accordo con l'Istituto Superiore della Sanità e nell'ambito dell'Osservatorio nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello

spettro autistico, conferma ulteriormente l'alta qualità e la professionalità dell'equipe di studio e di lavoro guidata dal dottor Zoccante. I risultati saranno condivisi a livello nazionale diventando patrimonio di conoscenza e sperimentazione del Ministero.

Siamo orgogliosi di far parte, grazie anche alla scelta regionale di creare centri di riferimento specializzati su questa ancora poco conosciuta patologia, della filiera nazionale della ricerca, alla quale famiglie e associazioni affidano tante speranze - conclude - per una diagnosi sempre più precoce e per individuare metodi e terapie mirate ed efficaci».

L'ARENA - 09 febbraio 2019 - Attualità

Tagliati ventidue posti letto all'ospedale

L'ospedale di Malcesine da lunedì avrà ventidue posti letto in meno. Dall'11 febbraio in Val di Sogno potranno essere ospitati solo 58 pazienti, rispetto agli 80 previsti finora (56 per il centro dedicato ai poliomielitici, 12 per la riabilitazione cardiologica - servizio che tra l'altro è sospeso dallo scorso ottobre - e altri 12 per quella ortopedico-fisiatria).

Secondo l'Ulss la «riorganizzazione» è stata causata dalle difficoltà di reperire personale medico e infermieristico disposto a lavorare nel paese dell'alto Garda, spesso giudicato dai lavoratori sanitari troppo decentrato. «Quando al candidato viene indicata la sede di Malcesine», spiegano dall'azienda sanitaria, «questo si riserva di valutare se accettare la

nomina, allungando i tempi per l'effettiva immissione in servizio o comunica la sua rinuncia rassegnando le dimissioni subito dopo l'entrata in servizio». Ma se l'azienda sanitaria cerca di smorzare i toni, sottolineando che si tratta di un provvedimento temporaneo e dovuto alla carenza di personale, sul territorio gardesano non manca la preoccupazione, a partire dalle amministrazioni locali, che temono di ritrovarsi di punto in bianco con un ulteriore ridimensionamento dei servizi del nosocomio o addirittura con una sua chiusura.

A tal punto che nelle scorse settimane i Comuni di Malcesine, Brenzone, Torri e San Zeno avevano inviato al Comitato dei sindaci dell'area dell'ex Ulss 22, un documento per chiedere

la salvaguardia dell'ospedale e il suo rilancio con l'inserimento di venti posti per un'ospedale di comunità, proposta quest'ultima peraltro già bocciata dalla Regione. A confermare la rivasitazione dei posti letto, portati a 58 - 28 al padiglione A e 30 al B - è la stessa Ulss 9 Scaligera.

Una decisione finalizzata, scrive in una nota, ad «adeguare la dotazione del personale infermieristico e di supporto presente all'ospedale di Malcesine agli standard minimi previsti dalla normativa regionale, così salvaguardando la corretta assistenza e la sicurezza del paziente, nell'attesa dell'acquisizione del personale cessato o di lunga malattia». E aggiunge: «Assicurando la presenza di personale adeguato anche alla



situazione logistica e la possibilità di copertura delle assenze improvvise». Secondo l'azienda sanitaria si tratta inoltre di una «situazione transitoria, in attesa dell'integrazione dell'organico infermieristico e di operatori di supporto mediante lo scorrimento urgente delle graduatorie di personale di tale profilo che avrà luogo la prossima settimana».

L'Ulss sottolinea inoltre come «la dotazione di personale infermieristico e di supporto della Uoc Riabilitazione e rieducazione funzionale è stata oggetto di monitoraggio continuo da parte della direzione generale dell'Ulss 9, ma l'integrazione della stessa ha sempre rappresentato un elemento di criticità, nonostante siano state esperite da parte dell'azienda tutte le richieste di autorizzazione per l'acquisizione del personale cessato o per implementare le attività». In una delibera dello scorso giugno, la Regione aveva provveduto ad ag-

giornare i valori minimi di riferimento per l'area omogenea «Riabilitazione e lungodegenza», incrementando al cento per cento la percentuale di tempo per l'operatore socio sanitario. «Nonostante tale aggiornamento abbia consentito una rivalutazione della dotazione organica assegnata», spiegano dall'Ulss, «le criticità permangono».

Inoltre l'organizzazione su più sedi e piani, dovuta a problemi di ordine logistico e di ristrutturazione di alcune aree, determina una frammentazione della dotazione organica assegnata rendendone difficoltosa non solo la gestione, ma anche la possibilità di garantire in modo costante un adeguato standard di presenza». Il taglio dei posti letto è stato un tema al centro del dibattito di ieri all'ultima riunione del Tavolo tecnico permanente sull'ospedale di Malcesine, cui hanno partecipato tra gli altri il direttore del dipartimento funzionale

di riabilitazione ospedale territorio dell'Ulss 9 Gaspare Crimi, il direttore dell'unità operativa complessa di medicina fisica e riabilitazione dell'ospedale di Malcesine Antonino Zambito oltre a Morena Strappazon, infermiera all'ospedale di Malcesine e assessore comunale alla Sanità e alla presidente dell'Aidm, Associazione interregionale disabili motori, Denis Montagnoli, che ha criticato la scelta di tagliare i posti letto e «l'assenza di chiarezza nelle scelte da fare su Malcesine». Alla prossima riunione del Tavolo, il 14 aprile, si farà il punto della situazione.

Emanuele Zanini

L'ARENA - 14 febbraio 2019 - Attualità

Ospedale, bufera bipartisan sui tagli

Scoppia la guerra politica sulla riduzione dei posti letto, da 80 a 56, decisa dalla Ulss 9 Scaligera all'ospedale di Malcesine. A scendere in campo sono due consiglieri regionali veronesi, Andrea Bassi, del Centro Destra Veneto, e Orietta Salemi, del Pd. Nei giorni scorsi, il vicesindaco di Malcesine, Claudio Bertuzzi, e i colleghi primi cittadini di Brenzone, Tommaso Bertoncelli, e Stefano Nicotra di Torri, avevano diffidato la Ulss 9 sulla riduzione dei posti letto. Dal canto suo, la Ulss 9 Scaligera

aveva spiegato il taglio definendolo «temporaneo», per la necessità di «adeguare la dotazione del personale infermieristico e di supporto presente nell'ospedale di Malcesine agli standard minimi previsti dalla normativa regionale, così salvaguardando la corretta assistenza e la sicurezza del paziente, nell'attesa dell'acquisizione del personale andato in pensione o in lunga malattia». Gli amministratori locali, però, non l'hanno affatto presa bene e hanno definito la motivazione dell'Ulss «as-

solutamente inconsistente e coinvolgente anche altre strutture sanitarie esistenti in Veneto». A rincarare la dose ci pensano ora i due politici regionali. «Sono stati formati inutili tavoli tecnici tra assessore alla Sanità e amministratori», ha attaccato Orietta Salemi del Pd, «sono stati prodotti documenti in Conferenza dei Sindaci che sono stati disattesi, provvedimenti votati in Consiglio regionale del tutto elusi, promesse dalla Ulss 9 procrastinate mese dopo mese e, oggi, la doccia fredda: letti tagliati e repar-

ti chiusi fino a data da definirsi, con il pretesto che manca personale. Si fa morire di asfissia un ospedale sottraendo ad esso, progressivamente, l'ossigeno del capitale umano, giorno dopo giorno, senza assumersi la responsabilità di dire a chiare lettere che Malcesine non s'ha da salvare.

La Regione, evidentemente, sente Malcesine più come impiccio che come opportunità mentre la realtà dimostra che, per posizione climatica e geografica, il centro potrebbe essere il punto di riferimento per la risposta ai bisogni riabilitativi di tutto l'Alto lago, area confinante con il Trentino, cui «regaliamo» pazienti accollandoci, come Veneto, il costo dei cosiddetti «fuori regione». Possiamo ancora parlare di eccellenza della Sanità veneta?». Durissimo anche

il consigliere Bassi che ha presentato una interrogazione l'11 febbraio dal titolo: «Perché la Ulss 9 chiude posti letto all'ospedale di Malcesine? Prosegue lo smantellamento della sanità pubblica nella ex-Ulss 22?».

E quindi attacca: «Per chi, come me, da anni ha sempre tenuto alta l'attenzione su Malcesine, non è nemmeno una sorpresa. Caprino prima, Malcesine oggi e Bussolengo domani e addirittura Villafranca dopodomani: resteranno alla fine solo gli ospedali di Negrar e Peschiera: forse il vero obiettivo era quello». «Su Malcesine», prosegue Bassi, «rasentiamo il ridicolo: lanciavi allarmi sulla struttura dell'Alto Garda ma venni tacciato di essere un agitatore che usava un tema delicato, come quello della sanità, per spaventare la povera gente senza alcuna motivazione perché, di-

ceva qualcuno in Regione, "la scheda di Malcesine non si tocca, questo dev'essere chiaro". Alla luce dei fatti, invece, comincia ad essere chiaro chi diceva la verità e chi invece ha preso in giro i cittadini. In ogni caso», chiude il consigliere, «dopo aver tagliato i soldi per la ristrutturazione dell'ospedale di Malcesine, l'obiettivo di medio periodo è chiudere.

Ho presentato una interrogazione per capire quale sia l'idea della Regione per questa struttura sanitaria, auspicando che il neo-assessore Manuela Lanzarin faccia chiarezza». Intanto i sindaci attendono di incontrare l'amministrazione dell'Ulss 9 per valutare soluzioni immediate per il ritorno e la riapertura dei posti letto nell'ospedale.

Gerardo Musuraca

L'ARENA - 19 febbraio 2019 - Attualità

Visita speciale all'ospedale. Arriva la consigliera regionale

Visita «speciale» all'ospedale di Malcesine. La consigliera regionale di minoranza Cristina Guarda della lista AMP (Alessandra Moretti presidente), ha visitato la struttura sanitaria dell'alto Garda. Nel corso dell'incontro, l'esponente di opposizione in Regione è stata accompagnata a visitare i due padiglioni del nosocomio da Gaspare Crimi e Antonino Zambito, rispettivamente direttore del dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale territorio dell'Ulss 9 e direttore, e da Denis Montagnoli, presidente dell'Aidm, Associazione interregionale disabili motori, alla presenza anche del vice sindaco del

paese gardesano Claudio Bertuzzi e dell'assessore comunale alla Sanità Morena Strappazzon. «Queste visite», ha sottolineato Guarda, «sono fondamentali per capire la situazione sanitaria regionale. Vedere con i propri occhi le realtà che sono a disposizione della nostra regione, percepire l'amore dei dipendenti verso la struttura e i pazienti e il bisogno delle persone di avere strutture di questo tipo aumenta la consapevolezza del dovere che abbiamo come politici e come politica regionale di sostenere questi luoghi. Inoltre», ha concluso. «Dobbiamo prenderci cura e valorizzare i nosocomi delle zone "isola-



te"», ha detto, «perché non sostenerli vorrebbe dire togliere un servizio fondamentale alla comunità». Per l'esponente regionale in situazioni come queste è importante cercare di fare squadra per cercare di risolvere i problemi. Soddisfatto dell'incontro il vice sindaco Bertuzzi: «La consigliera Guarda si è dimostrata sensibile a seguire la precaria situazione di Malcesine e portarla a conoscenza in Regione. Lo abbiamo recepito come un segnale importante». Anche per

la presidente dell'Aidm Montagnoli «Cristina Guarda ha dimostrato il proprio impegno, cercando di comprendere a fondo le problematiche della struttura». Sul futuro dell'ospedale un giorno importante potrebbe essere già quello di oggi. Infatti a mezzogiorno, nella sede centrale dell'Ulss 9, in via Valverde a Verona, ci sarà un incontro ufficiale tra la direzione dell'azienda sanitaria e gli amministratori dell'alto Garda: Claudio Bertuzzi, vice sindaco di Malce-

sine, Tommaso Bertoncelli e Stefano Nicotra, rispettivamente primi cittadini di Brenzone e Torri. I sindaci hanno chiesto e ottenuto un faccia a faccia con l'Ulss per «pretendere chiarezza» e per capire fino in fondo quale sarà il destino del nosocomio gardesano, dopo il taglio di ventidue posti letto sugli ottanta totali, deciso dalla stessa azienda sanitaria.

Em. Zan.

L'ARENA - 27 febbraio 2019 - Attualità

Fondi sanità, tre miliardi in due anni all'Ulss Scaligera

A distanza di un mese dalla delibera di giunta, la Quinta commissione del Consiglio regionale ha approvato il riparto dei fondi destinati alla Sanità del Veneto, confermando così in via definitiva le risorse a disposizione di Ulss e Aziende ospedaliere.

Su un totale per il biennio 2019-2020 di 16 miliardi e 410 milioni, nel Veronese arrivano 2 miliardi e 964.725 euro per l'Ulss 9 Scaligera e 173 milioni 748 mila euro per l'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona. L'assessore alla Sanità Manuela Lanzarin commenta soddisfatta: «Abbiamo fatto presto e bene in Regione, ma abbiamo anche fatto presto come Regioni raggiungendo già l'accordo sul riparto del Fondo sanitario nazionale per il 2019, che ci assegna 95,5 milioni in più del 2018. Un tesoretto che utilizzeremo al meglio, per sostenere gli investimenti e il riequilibrio finanziario ove risultasse necessario». L'assessore tie-

ne a sottolineare come, grazie alla rapida conferma dei budget a disposizione, i direttori generali delle Ulss abbiano da subito un quadro chiaro per programmare le attività aziendali. «Abbiamo anche riservato particolare attenzione», conclude Lanzarin, «a tutto il nostro personale, inserendo il necessario per coprire gli aumenti contrattuali sia del triennio precedente, che del 2019-2020.

Un bel segnale a lavoratori che se lo meritano e contribuiscono ogni giorno all'eccellenza della nostra sanità. Inoltre, in questo modo le aziende non dovranno preoccuparsi di fare economie per trovare le risorse da dedicare al personale, rivolgendole invece agli investimenti, come le tecnologie e i farmaci innovativi». Tra i consiglieri regionali scaligeri in Quinta Commissione, Giovanna Negro di Veneto cuore autonomo afferma: «Abbiamo scritto una nuova pagina per la sanità veronese. Ci sono 34

milioni destinati a porre le basi per un futuro anche per l'ospedale di San Bonifacio». Il riferimento è all'allegato E della delibera appena approvata, dove oltre al riparto destinato all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (i Lea) si individuano le spese di investimento. «Ci sono per tutta l'Ulss Scaligera 14 milioni di spesa corrente e 20 di spese di investimento», sottolinea Negro, «di conseguenza una parte verrà destinata al Fracastoro».

Voto contrario in Commissione, invece, da parte di Orietta Salemi, rappresentante veronese del Pd, che insieme agli altri esponenti del partito dichiara: «Il riparto per il 2019-'20 ha l'impostazione fotocopia di quello del precedente biennio che in realtà doveva essere provvisorio, perché era il primo dopo la riduzione delle Ulss. Manca perciò del necessario approfondimento dei fabbisogni specifici, stabilisce gli obiettivi di spesa



per i direttori generali, accentrando nell'Azienda Zero un tesoretto (616 milioni di Gsa più 200 per il riequilibrio finanziario delle Ulss), di cui una parte potrebbe essere messa in circolazione subito per attivare i servizi territoriali e che sarà invece a dispo-

sizione al termine dell'anno per ripianare deficit o per investimenti strutturali». Di qui la decisione per il «no». Salemi conclude: «Si sarebbe dovuto fare di più e meglio, garantendo già in partenza maggiori finanziamenti ai territori per organizzare i servizi

in modo più efficace. Serviva una boccata d'ossigeno per l'assistenza territoriale, le cui esigenze restano ancora inascoltate».

Francesca Mazzola

L'ARENA - 16 marzo 2019 - Attualità

Ospedale, tutti i 25 sindaci in difesa di reparti e servizi

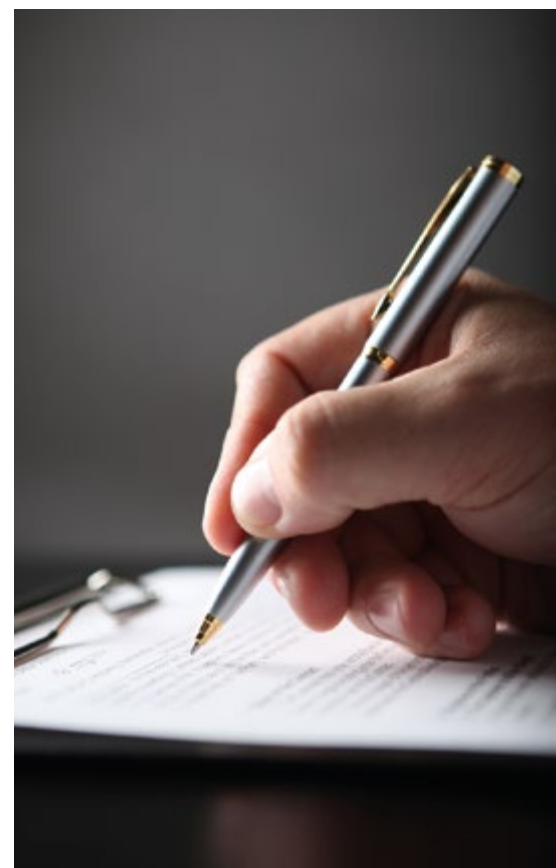
Il comitato dei 25 sindaci del distretto 3 «Pianura veronese» ha condiviso il documento, stilato dal primo cittadino di Legnago Clara Scapin, inviato alla Regione, a difesa dell'ospedale «Mater salutis». La lettera, infatti, contiene gli aspetti critici da affrontare sia con l'Ulss 9 Scaligera che con i funzionari di Venezia, evidenziati nelle scorse settimane dalla commissione consiliare convocata sull'ospedale il 23 gennaio in municipio.

L'elenco sarà tema del consiglio comunale «aperto» sul futuro del polo sanitario della Bassa che si svolgerà a Legnago. Scapin ha evidenziato: «Abbiamo inviato il documento sia al governatore Luca Zaia che all'assessore alla Sanità Manuela Lanzarin, ma entrambi faticano a darci una data per la loro partecipazione all'assemblea. Abbiamo quindi deciso di condividere la missiva con i sindaci del territorio che saranno invitati ad assistere al consiglio, al quale parteciperà il presidente della

conferenza dei sindaci dell'Ulss 9, Flavio Pasini, sindaco di Nogara». Tra le «note dolenti» evidenziate da Scapin, vi è innanzitutto la criticità delle liste d'attesa del «Mater Salutis». «Le sale operatorie di chirurgia, ortopedia, ginecologia e odontostomatologia», ha detto il sindaco, «sono sottoutilizzate per carenza di personale, specie anestesisti, causando attese, in alcuni casi anche di uno o due anni e la conseguente fuga di pazienti in strutture private, oltre a disagi per i cittadini».

Tra gli altri temi caldi, i finanziamenti per l'ospedale. «Non si conosce la tempistica», ha rilevato Scapin, «dei 20 milioni previsti da anni per interventi strutturali e tecnologici necessari al Mater salutis. Sono preoccupata per le nuove schede: chiediamo che Anatomia patologica resti come struttura complessa del polo legnaghese».

Fabio Tomelleri



L'ARENA - 16 marzo 2019 - Attualità

Nella nuova rete degli ospedali Bussolengo non c'è

Le schede ospedaliere licenziate dalla giunta regionale il 13 marzo e che presto approderanno in V Commissione consiliare fanno già discutere. Venezia infatti, nel ribadire che gli ospedali veneti si dividono in hub, spoke e nodi di rete in ordine decrescente di specializzazione e di ambito di riferimento, conferma per l'area scaligera il ruolo di hub all'Azienda ospedaliera universitaria integrata, ma introduce novità nella gerarchia del resto della rete provinciale: ospedali spoke (presidi di rete) si ritrovano Legnago, San Bonifacio e per il privato accreditato Pederzoli e Sacro Cuore Don Calabria.

L'appena inaugurato Magalini di Villafranca si colloca invece tra i nodi di rete, cioè gli ospedali di base. Quanto a Bussolengo, compare tra le strutture riabilitative integrative della rete ospedaliera insieme a Marzana, Bovolone e Malcesine, nonché ai privati accreditati Villa Garda e Centro riabilitativo veronese. Sempre tra i privati, per la riabilitazione psichiatrica ecco Villa Santa Chiara e Villa Santa Giuliana, tra le strutture integrative di rete la San Francesco, che fa anche chirurgia.

Il documento, che verrà limato dalla commissione Sanità prima di approdare a Palazzo Ferro Fini per l'approvazione del Consiglio, affronta anche il capitolo delle strutture intermedie, definendo i numeri da raggiungere nel biennio 2019 - 2020 in termini di ospedali di comunità, riabilitazione territoriale e hospice: in tutto 377 e perlopiù ricavati negli ospedali (vedi articolo nella pagina a fianco).

Le schede poi entrano nel dettaglio delle singole dotazioni, specificando che alcune funzioni vengono ga-

rantite in ambito aziendale, come il laboratorio di analisi (a Legnago) e l'anatomia patologica (a San Bonifacio) e che le unità operative vengono integrate per dare la possibilità alle équipe di operare su più sedi ospedaliere. Le reazioni non si fanno attendere.

Orietta Salemi, veronese, vicecapogruppo del Pd in Regione, evidenzia quattro punti critici: «La gestione della lungodegenza, la sanitizzazione degli ospedali di comunità che ha portato a un'offerta territorialmente sbilanciata, la classificazione di Villafranca come ospedale di base e la sospetta riduzione dei posti letto a Malcesine: questi sono i quattro nodi, almeno quelli che saltano all'occhio a una prima lettura delle nuove schede ospedaliere, per quanto riguarda il Veronese. Primi nodi sui quali ci confronteremo in commissione proponendo i necessari aggiustamenti». Il tema sarà anche al centro di un incontro promosso dal Pd proprio stasera alle 20.45, al West Point Hotel di Villafranca.

«Quattro interrogativi legati da un filo rosso: una sanità che rischia di lasciare irrisolte le criticità che già si temevano. Pensiamo all'ospedale di Villafranca, classificato come ospedale di base e non di primo livello: cosa comporta questa definizione? La struttura nuova, sorta dopo tanti anni, con molti soldi pubblici spesi e infinite polemiche quale destino avrà? E poi Malcesine: i posti letto da affidare al privato possono essere una soluzione, ma dev'essere garantita la capacità di offerta della riabilitazione funzionale di 30 posti letto fuori regione, altrimenti l'ospedale è destinato a morire». Quindi il tema della lungodegenza: «Dalle schede spari-

sce il codice 60», sottolinea Orietta Salemi, «cioè i posti letto di lungodegenza vengono cancellati quasi dappertutto dagli ospedali, fatta eccezione di 10 a Negrar. Non c'è dubbio che la lungodegenza abbia un costo e che si debba far fronte con soluzioni anche inedite all'evoluzione demografica e alla cronicità. La scelta è stata quella di incrementare i letti di riabilitazione funzionale (codice 56): nel veronese circa 300». «Questa riorganizzazione però crea preoccupazione», conclude l'esponente del Pd, «tenendo conto del carattere di temporaneità di questi posti letto, superati i giorni della riabilitazione e dell'eventuale ricovero in strutture di comunità il paziente dovrà pagare per la degenza? Tutti interrogativi ai quali ci aspettiamo risposte chiare.

Molto preoccupato anche Andrea Bassi, di Bussolengo, consigliere regionale di Centro destra Veneto, che pone l'accento sullo sbilanciamento territoriale della rete. «Con questa nuova riorganizzazione tutto il lago di Garda si trova senza pediatria. È una vera e propria assurdità», afferma. E specifica: «Ma in Regione si rendono conto di cosa vuol dire spostarsi anche solo da Garda a Borgo Trento d'estate? Gli stranieri che vengono in ferie qui guardano anche l'offerta sanitaria. Farò battaglia in commissione: non ne faccio questione di pubblico o di privato, guardo i servizi al territorio».

Bassi, che non vuole tornare sul tema dibattuto mille volte dell'impoverimento di Bussolengo, sottolinea come l'unico punto nascita dell'area sia ormai quello della Pederzoli, a Peschiera, dove però manca la pediatria, presente solo come servizio ambulatoriale. «Questo è un territorio desertifica-

to», aggiunge, «senza contare che a Bussolengo psichiatria non potrebbe più stare dal momento che l'ospedale è senza emergenza urgenza. Ricordo che proprio perché mancava il pronto soccorso, è stata spostata da

Caprino». Quindi Bassi conclude: «È un quadro devastato che cercheremo di modificare il più possibile in sede di Commissione. Solo nell'ovest veronese sono stati riconvertiti Malcesine, Caprino, Isola della Scala, Valeggio,

Bussolengo, incredibile. Un'imponente cura dimagrante a scapito dell'omogeneità del servizio sul territorio».

Francesco Mazzola

L'ARENA - 26 marzo 2019 - Attualità

Veneto, la Regione assume i medici in pensione

Con una delibera approvata oggi nella seduta di giunta, la Regione Veneto ha deciso di autorizzare i direttori generali delle Ulss ad assumere a tempo determinato medici in pensione per garantire i livelli essenziali di assistenza qualora non vi fosse disponibilità di medici sul mercato. Lo ha annunciato il presidente Luca Zaia. «Finché non sarà risolto il problema a monte - ha detto Zaia - e cioè quello delle scuole di specializzazione, abbiamo deciso di adottare questa delibera ad ombrello, anche per garantire i direttori dal punto di vista giuridico. Vogliamo evitare che si arrivi alla situazione inglese, dove, per carenze di organico, si è costretti a inviare gli esami in India per farli refertare».

LA SITUAZIONE. Attualmente, in Veneto mancano circa 1300 medici. «Li troveremo - ha dichiarato Zaia - soprattutto con i concorsi regolari. Il problema, però, è che all'ultimo concorso bandito dalla nostra Azienda Zero si sono presentati solo una decina di candidati per 80 posti a disposizione. La nostra delibera non ha nessuna finalità polemica, ma intende semplicemente mettere al centro la priorità di curare i nostri cittadini. Si apre sicuramente una falla e si

aprirà il dibattito, ma a noi interessa avere medici». Il provvedimento prevede maglie larghe per la selezione dei medici da assumere ad hoc, anche se saranno esclusi i prepensionati volontari. «Non è quota 100 ad aver creato il problema e continuiamo a ritenere che la sanità pubblica abbia un futuro solo se ci sono giovani.

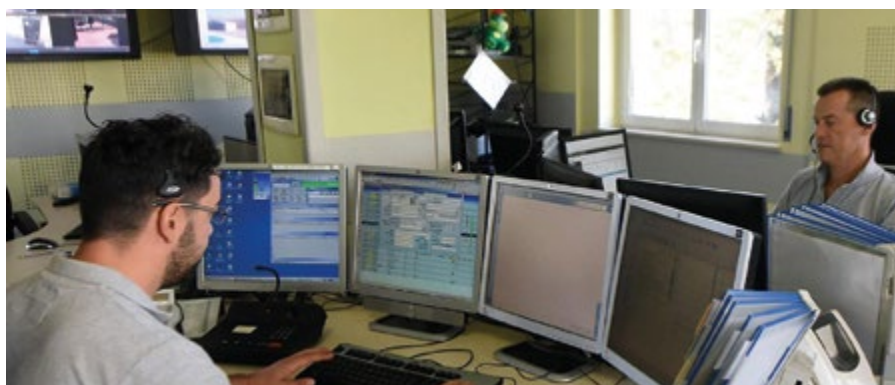
Sarebbe fallimentare - ha concluso il governatore - che una norma come questa diventasse stabile. Il problema va risolto a monte, anche perché i corsi di specialità sono normati a livello nazionale».



Incidente maggiore: progettualità, formazione e pianificazione per una gestione efficace.



20 gennaio 2017 incidente del bus ungherese in A4, 21 febbraio 2019 maxi tamponamento in A22: due incidenti maggiori che hanno visto l'impiego di numerose risorse per la gestione degli eventi e il soccorso tempestivo alle vittime.



di MASSIMILIANO MACULAN

Infermiere centrale operativa 118 Verona
Consigliere OPI Verona

Corrispondenza:
massimiliano.maculan@gmail.com

IL COORDINAMENTO DEI SOCCORSI. LA CENTRALE OPERATIVA 118

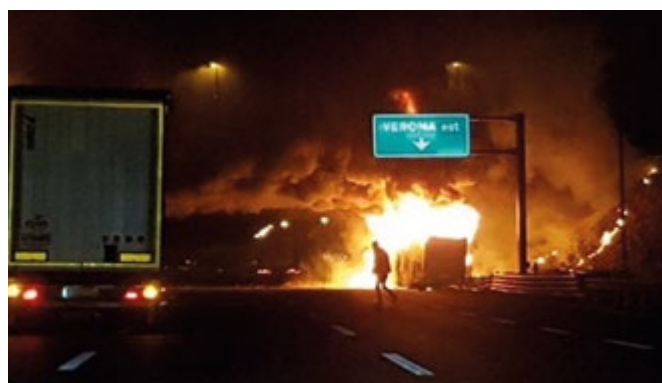
La Centrale Operativa SUEM 118 di Verona ha avuto modo di gestire un incidente maggiore il 20 gennaio del 2017 sera in occasione di un incidente stradale presso l'autostrada A4 in cui un pullman con ragazzi ungheresi ha perso il controllo, sembra per un colpo di sonno del conducente, andando a sbattere contro un pilone in cemento e provocando l'incendio del mezzo stesso.

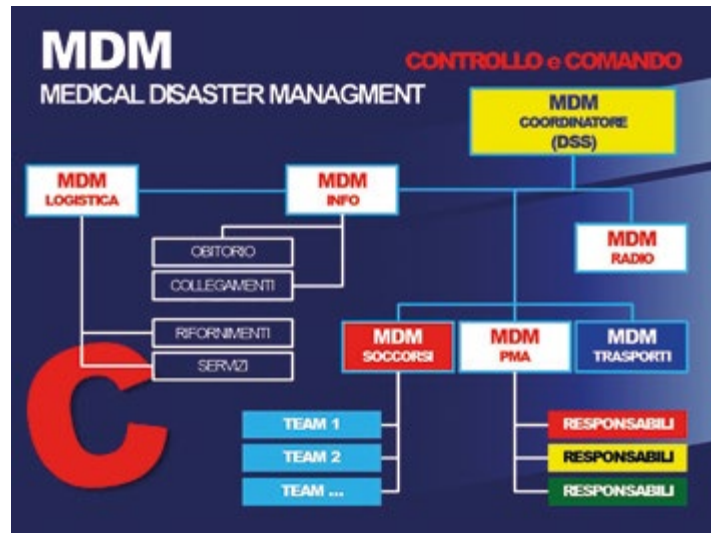
La tragica conseguenza è stata di 17 ragazzi morti e di una quarantina

circa di persone ferite di cui uno in maniera grave.

Facendo un'analisi delle criticità emerse si è deciso di rivolgere l'attenzione alla tematica della gestione dell'incidente maggiore partendo dai fondamentali, ovvero dalla formazione e dalla pianificazione.

Un gruppo di lavoro di 3 infermieri con il coordinatore infermieristico ha iniziato quindi a rivedere tutte le procedure aziendali, ha provveduto a scrivere le action card, fondamentali strumenti che richiamano ad ogni at-





tore del coordinamento dell'incidente maggiore le azioni da svolgere seguendo un filo logico e in cui ognuno ha un ruolo ben definito.

Gli attori dell'incidente maggiore sono il personale di centrale operativa in cui è presente un'action card per il capoturno che poi di volta in volta può delegare le azioni ai colleghi e il personale che si reca fisicamente sul posto e prende il comando delle operazioni seguendo tutti i passaggi riconducibili all'acronimo CSCVTTT (Comando e Controllo, Sicurezza, Comunicazioni, Valutazione, Triage, Trattamento, Trasporto).

Sono state richieste ed implementate le strumentazioni: corpetti per le figure di comando, buste da porre in ogni mezzo sanitario con all'interno le action card, acquisizione di apparati radio portatili, implementazione tecnologica del Centro Mobile di Coordinamento (un mezzo presente in centrale con lampeggianti e sirene simile ad un'ambulanza ma adibito ad ufficio con gruppo elettrogeno per poter operare in piena autonomia).

Dal punto di vista della formazione sono stati delineati dei moduli di formazione su più livelli, indirizzati ai soccorritori, al personale di comando e anche agli altri enti Istituzionali

che vengono coinvolti in un incidente maggiore (Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco).

In Centrale Operativa nell'ultimo anno si è provveduto a tracciare i percorsi di inserimento per ogni ambito in cui nel dettaglio ogni infermiere ha ben chiaro cosa deve fare, conoscere, studiare per arrivare a svolgere un ruolo come il coordinatore di eventi o il capoturno, figura sempre presente e fondamentale.

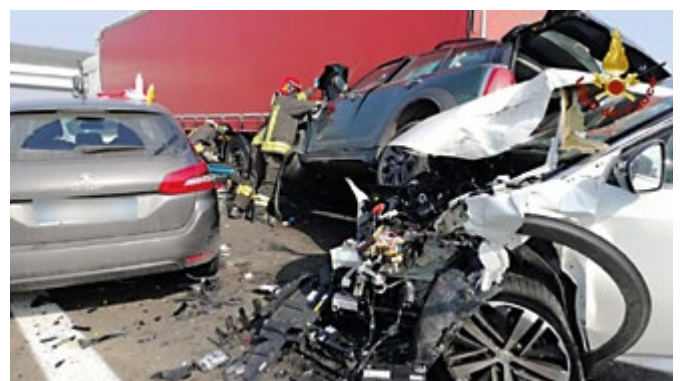
Tale percorso fa sì che il personale preposto a svolgere la gestione ad esempio di un incidente maggiore abbia acquisito le necessarie competenze. Annualmente si svolge presso l'aeroporto Catullo di Villafranca una simulazione di incidente maggiore, occasione per mettere alla prova tutto quanto sopra elencato, l'ultima si è svolta nel novembre 2018 a cui, nel gennaio 2019 sono seguite, per tutto il personale di centrale, 4 ore di formazione in aula con simulazione su table top.

Nel febbraio 2019 è stata effettuata la formazione per la gestione dell'evento con più feriti, eventi in cui non si fa ricorso a procedure o risorse straordinarie come nell'incidente

maggiore. Il gruppo di lavoro si è recato anche presso la Direzione di AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza della regione Lombardia) in cui ha avuto l'occasione di confrontarsi con il responsabile delle maxi-emergenze e con il responsabile della formazione di AREU sulle modalità formative utilizzate in Lombardia.

Il successo nella gestione dell'incidente dell'A22 del 21 febbraio non è stato quindi una fortuna, ma è stato l'esempio più pratico ed immediato che da una attenta progettualità, preparazione, programmazione, formazione e quindi da un atteggiamento proattivo deriva poi un risultato che ha lasciato tutti soddisfatti e che soprattutto è servito a coordinare la macchina dei soccorsi nel miglior modo possibile per il bene delle persone coinvolte.

A seguito di questo evento sono già stati programmati debriefing mirati e proposti momenti di formazione e confronto a livello regionale perché non bisogna mai fermarsi ma è opportuno fare analisi critica per poter sempre migliorare e crescere.



Protocollo per il trattamento del dolore e scala PAINAD

“Come la gente muore rimane nella memoria di quelli che restano”

Cicely Saunders

OBIETTIVO DEL PROTOCOLLO

- 1 Definizione del dolore nelle componenti psicofisiche, sociali e culturali
- 2 Classificazione delle diverse tipologie del dolore, ponendo maggior enfasi sulla scala PAINAD per i pazienti con compromissione cognitiva grave
- 3 Caratteristiche della PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAD) e inserimento della Scala PAINAD nel programma Bu-stermed dell'AOUI.

METODOLOGIA DI LAVORO

L'elaborazione del protocollo è stata affidata ad Antonietta Di Renzo (col- laboratore professionale sanitario in AOUI, psicologa clinica e psicoterapeuta in libera professione) e al Dot- tor Alberto Pozzi (dirigente medico e referente del dolore nel reparto di Medicina ad indirizzo endocrinologi- co), con l'intento di occuparsi soprat- tutto delle seguenti aree:

- Valutazione, rilevazione e gestio- ne multidisciplinare del dolore se- condo l'utilizzo di diverse scale per pazienti collaboranti;
- Informazione sull'uso della Scala PAINAD per pazienti cognitiva- mente compromessi.

1. DEFINIZIONE DEL DOLORE NELLE COMPONENTI PSICOFISCHE, SO- CIALI E CULTURALI

L'associazione internazionale per lo studio del dolore (IASP) definisce il dolore come: “una sgradevole espe- rienza sensoriale ed emotiva, as- sociata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale” (International Association

for the Study of Pain – IASP 1979). Il dolore è quindi un'esperienza sog- gettiva ed è influenzato da fattori cul- turali e da variabili psicologiche. Il dolore fisiologico, invece, è un sin- tomo vitale/esistenziale, un sistema di difesa, quando rappresenta un se- gnale d'allarme per una lesione tissu- tale, essenziale per evitare un danno. Esso diventa patologico quando si automantiene, perdendo il significato iniziale e diventando a sua volta una malattia (sindrome dolorosa) (Man- nion & Woolf, The Clinical Journal of Pain, 2000).

2. CLASSIFICAZIONE DELLE DIVER- SE TIPOLOGIE DEL DOLORE

Il dolore può essere classificato, a seconda della patogenesi, in diverse categorie, che richiedono interventi e trattamenti diversi:

2.1. Nocicettivo

1. Somatico;

2. Viscerale;

2.2. Neuropatico

1. Periferico;

2. Centrale.

Dolore idiopatico o psicogeno: è un tipo di dolore riferito senza una causa evidente. Può essere riferito un dolore il cui livello di intensità non abbia corrispondente motivazione organica.

Dolore misto è dolore nocicettivo e neuropatico insieme.

Alla precedente classificazione ag- giungiamo altre distinzioni di dolore, in base alla sua manifestazione tem- porale.

Dolore cronico e il concetto di dolore totale

Breackthrough pain (btp) o dolore epi- sodico intenso (dei)

di ANTONIETTA DI RENZO

Infermiera UO medicina SDC AOUI - Verona

Corrispondenza:

antonietta.di.renzo@pecpsyveneto.it

BIBLIOGRAFIA

Aragona M., Perinelli D., Bancheri L., Pizzimenti A., Conte A., Inghilleri M. Caratteristiche cliniche delle sindromi da dolore non spiegabile esclusivamente su base somatica (DSM-IV Pain disorder). Clinical features of the DSM-IV Pain disorder. Rivista di psichiatria, 2001, 36, 5: 286-291.

Brugnolli, A. (2007). The assessment of pain in cognitively impaired patients. [La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo] Assistenza Infermieristica E Ricerca : AIR, 26(1), 38-45.

Castagnini G., Speranza R., Terapia del dolore e cure palliative nel paziente affetto da neoplasia polmonare. Unità operativa cure palliative e terapia del dolore. Azienda ospedaliera san gerardomonta. (<http://www.chirurgiotoracica.org/1%27autore/Pdf/Cure%20palliative.pdf>).

Cherny N. The problem of suffering. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K eds. Oxford textbook of palliative medicine, 3rd edn. Oxford: Oxford University press, 2004, 7-14.

Dossier inFad. Il dolore cronico. Anno 2, n.13, gennaio 2007.

Flo E., Gulla C., Husebo B.; Effective Pain Management in Patients with Dementia: Benefits Beyond Pain?; 2014.

Frankl V. La sofferenza di una vita senza senso. Psicoterapia per l'uomo di oggi, LDC, Torino, 1987

BIBLIOGRAFIA

Harrington V., Lackley N.R., Gates M.F. Needs of caregivers of clinic and hospice Huskisson EC. Measurement of pain. Lancet. 1974 Nov 9;2(7889):1127-31.

Le T., Leis A., Pahwa P., Wright K., Ali K., Reeder B., Quality-of-life issues in patients with ovarian cancer and their caregivers: a review. East Mediterr Health J., 2001 May;7(3):502-9.

Majani G. (1999). Introduzione alla psicologia della salute. Ed Erickson. Trento.

McGuire D.B. (1992). Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain, J Pain Symptom Manage 7, pp. 312-319.

Melzack R., The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain. 1975; 1: 277-299.

Melzack R., Katz J, Measurement of pain. Surg Clin North Am. 1999 Apr; 79(2):231-52.

Mercadante S., Radbruch L., Caraceni A. et al. Episodic (breakthrough) pain: consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. Cancer. 2002; 94:832-9.

Rodriguez CS, McMillan S, Yarandi H. Pain measurement in older adults with head and neck cancer and communication impairments. Cancer Nurs 2004;27:425-33.

Turk DC & Melzack R (1992) The measurement and assessment of people in pain. In Handbook of Pain Assessment (Turk DC & Melzack R eds). The Guildford Press, New York, pp. 3-12.

What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17(4):354-6.

Warden V., Hurley AC., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc 2003; 4:50-51.

2.1. Dolore nocicettivo

Il dolore nocicettivo è la risposta fisiologica ad un evento lesivo (trauma o intervento chirurgico, ecc) lo stimolo viene rilevato dai nocicettori (terminazioni nervose periferiche) che lo trasmettono al SNC (InFad, 2007, pg.3). Può essere somatico se causato da un trauma, una ferita, o un'ustione superficiale ed è definito come penetrante e lacerante.

L'aumento della concentrazione delle sostanze infiammatorie, come le prostaglandine, determina gli indici tipici dell'infiammazione: calore, rossore, gonfiore e dolore. Il dolore nocicettivo viscerale, invece, è meno localizzato ed è definito sordo, crampiforme, lacerante e penetrante.

Esso è dovuto all'interessamento di organi cavi, sierose, vasi sanguigni, legamenti. La scarsa localizzazione del dolore viscerale si spiega col ridotto numero di recettori dolorifici e con l'esigua innervazione sensitiva dolorifica delle strutture viscerali.

2.2. Dolore neuropatico

È quel dolore dovuto ad infiltrazione, danno o compressione del SNC e/o SNP. Il dolore è spesso urgente, con iperestesie e sensazione di "scossa elettrica". Il dolore è definito come bruciante o a pugnalata (come nella neuropatia diabetica, nevralgia erpetica o del trigemino,) oppure può seguire il decorso di un nervo (ad esempio nel tunnel carpale).

Spesso vi è cute fredda, intorpidimento locale e allodinia (sensibilità ad uno stimolo normalmente non doloroso). Nelle classificazioni del dolore neuropatico è annoverata anche la causalgia derivante da una lesione traumatica nervosa (sindrome spalla mano, complex pain regional syndrome, algodistrofia simpatico-riflessa, sindrome dell'arto fantasma etc). Il

dolore neuropatico è parzialmente sensibile agli oppioidi.

2.3. Dolore idiopatico o psicogeno

È un dolore di origine non nota, l'intensità e la durata non corrispondono ad una motivazione organica, vi è sempre una sofferenza psicologica. Il DSM-IV descrive, tra i disturbi somatoformi, il "pain disorder", in cui rientrano i soggetti la cui sintomatologia è caratterizzata essenzialmente da uno o più dolori, per la cui genesi e/o persistenza si ritiene vi sia l'implicazione di meccanismi psicologici. Il dolore a volte non corrisponde alla distribuzione anatomica del sistema nervoso, e che può anche mimare patologie conosciute (Williams, Spitzer RL, 1982).

In alcuni casi può avere un valore simbolico, e che comunque la presentazione enfaticizzata delle proprie sofferenze non è un criterio sufficiente per la diagnosi (Williams, Spitzer RL, 1982). A titolo esemplificativo tra i dolori di origine idiopatico ricordiamo la sindrome fibromialgica.

Secondo uno studio, il dolore idiopatico o psicogeno, colpisce in maggioranza le donne, è sempre vissuto con caratteristiche fortemente fisiche, e questo può spiegare la difficoltà estrema che si riscontra quando si cerca di riformulare in chiave psicologica il disturbo: questi pazienti, infatti, sentono un dolore al corpo, e non riescono a comprendere come un problema psicologico ne possa essere il responsabile (Aragona et coll, 2001). Di conseguenza, si sentono incompresi dal medico che non diagnostica una lesione organica (ivi).

2.4. Dolore misto

è dolore nocicettivo e neuropatico insieme.

2.5. Dolore cronico e il concetto di dolore totale

Il dolore cronico è quel dolore "che si protrae oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto" (definizione IASP), causando effetti gravi a livello psicologico e sulla qualità di vita. A differenza del dolore acuto non costituisce segnale di presenza di stimoli nocivi o danni tissutali e può causare:

- Riduzione dell'attività fisica fino all'immobilità;
- Nutrizione inadeguata con calo ponderale;
- Disturbi del sonno;
- Dipendenza da farmaci;
- Isolamento sociale.

Il dolore può essere considerato una malattia che va controllata, perché può creare un circolo vizioso che prolunga e peggiora il dolore stesso.

Alcune situazioni che possono provocare dolore cronico e di cui sono sofferenti i pazienti degenti presso la nostra MDA, sono:

- Cancro;
- Lombalgie e sindromi da dolore delle fasce muscolari;
- Artrosi e dolori articolari;
- Cefalea;
- Gli esiti di incidenti stradali o politraumi;
- Neuropatia diabetica.

Il dolore cronico del paziente con neoplasia è stato anche definito come "dolore totale", inteso come sofferenza del paziente e della sua famiglia nel corso della malattia neoplastica (Cherny N., 2004). Nell'ambito di tale definizione intervengono sia componenti legate alla "fisicità" dei sintomi sia componenti psicologiche, sociali e spirituali (Figura 1).

BIBLIOGRAFIA

Williams JBW, Spitzer RL: Idiopathic pain disorder: a critique of pain-prone disorder and a proposal for a revision of the DSM-III category psychogenic pain disorder. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 1982, 170, 415-419.

Zeppetella G, Ribeiro MD.: Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1:CD004311.

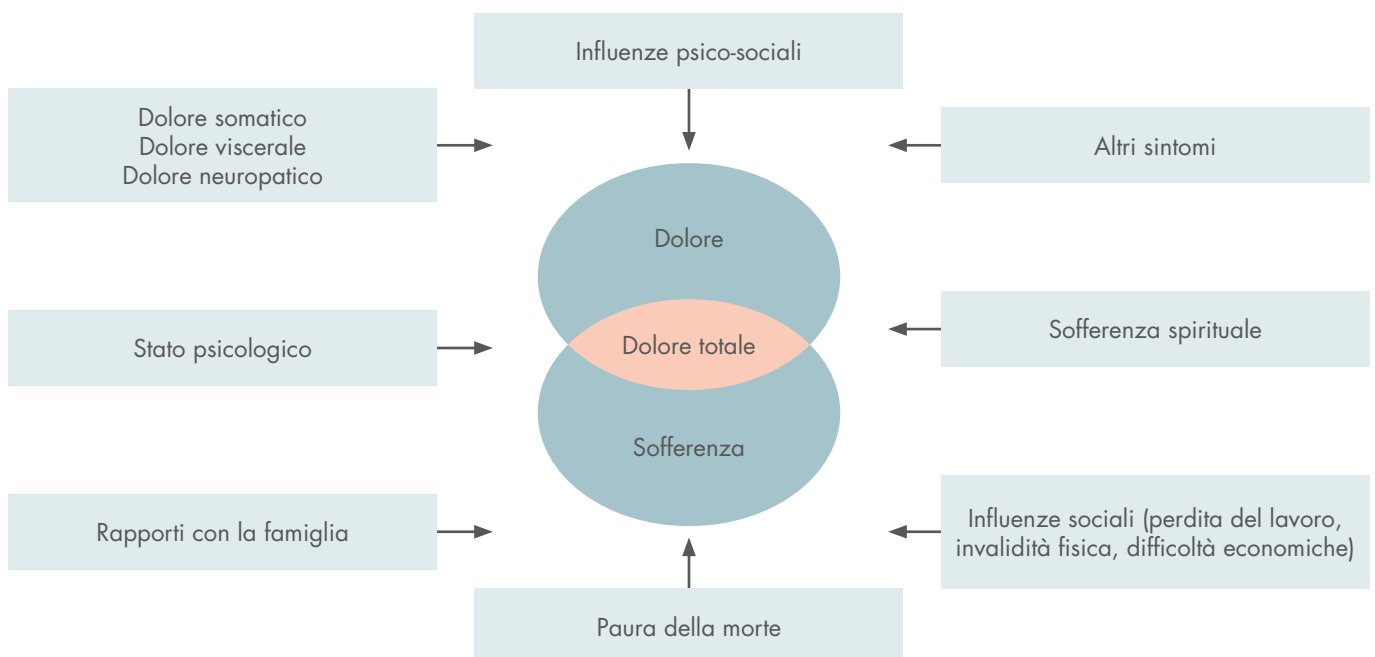


Figura 1 - **DOLORE TOTALE O CRONICO IN ONCOLOGIA**



Uno degli aspetti più complessi della valutazione dell'efficacia di un trattamento di cure palliative è rappresentato dal rapporto tra controllo del sintomo e qualità della vita del paziente. Infatti diversi studi affermano che il controllo di un sintomo può essere inteso come una condizione necessaria ma non sufficiente per il miglioramento della qualità della vita del paziente, vista la complessità dell'esperienza dolore (Tab. 1). Di conseguenza il controllo del do-

lore fisico, per quanto essenziale nella presa in carico dell'ammalato oncologico, non dovrebbe essere assunto quale obiettivo unico della cura del paziente. La presa in carico del paziente, invece, dovrebbe essere impostata su una rilevazione dei bisogni del paziente/famiglia, con la quale mettere a punto un programma interdisciplinare di assistenza, processo al quale dovrebbero contribuire in maniera integrata molteplici figure professionali e di supporto.

Tabella 1 - LE 6 DIMENSIONI DELL'ESPERIENZA DEL DOLORE (MCGUIRE, 1992)

DIMENSIONE FISIOLOGICA	DIMENSIONE COMPORTAMENTALE
Localizzazione Inizio Durata Eziologia Sindrome	Comunicazione Interazione personale Attività fisica Comportamenti connessi al dolore Farmaci Terapie Sonno
DIMENSIONE SENSORIALE	DIMENSIONE SOCIOCULTURALE
Intensità Qualità Pattern	Background etnoculturale Storia familiare e sociale Responsabilità in casa e lavoro Attività ricreative Fattori ambientali Atteggiamenti e credenze Influenze sociali
DIMENSIONE AFFETTIVA	
Tono dell'umore Ansia Depressione Benessere	
DIMENSIONE COGNITIVA	
Significato del dolore Auto percezione Abilità e strategie di coping (adattamento) Precedenti trattamenti Atteggiamenti e credenze Fattori che influenzano il dolore	

2.6. Breakthrough pain (btp) o dolore episodico intenso (dei)

Il breakthrough pain (BTP) o Dolore Episodico Intenso (DEI) è caratterizzato da un improvviso picco di dolore, che compare in pazienti affetti da dolore cronico e già in terapia con oppiacei per il controllo del dolore di fondo.

- Il BTP è un aumento transitorio del dolore che si verifica in concomitanza di una già esistente terapia basale per il trattamento del dolore di fondo ben controllato (IASP).
- Il BTP è una transitoria esacerbazione del dolore che si verifica in aggiunta al dolore altrimenti stabile (Mercadante, S. et al. 2002).
- Il BTP è un aumento transitorio dell'intensità del dolore oltre al dolore di fondo (Zeppetella G., Ribeiro MD., 2006).

IL DOLORE EPISODICO INTENSO NEI PAZIENTI ONCOLOGICI

Nel 50-90% dei pazienti oncologici può insorgere il breakthrough pain, esso può manifestarsi in ogni momento della vita di un paziente oncologico, a causa dei seguenti fattori:

- Effetti diretti e indiretti del cancro.
- Trattamenti con antineoplastici.
- Malattie concomitanti.
- Si può verificare senza cause apparenti.

3. GESTIONE MULIPROFESSIONALE DEL DOLORE DA CANCRO E I CRITERI DI SCELTA DEGLI STRUMENTI NELLA VALUTAZIONE DEL DOLORE

La gestione del dolore cronico comprende le seguenti fasi:

- 1 Valutazione clinica.
- 2 Valutazione del dolore.
- 3 Spiegazione
- 4 Trattamento
- 5 Rivalutazione.

Valutazione clinica

Un approccio clinico corretto al malato affetto da dolore neoplastico prevede un'anamnesi ed una visita accurata per valutare le diverse componenti cliniche del dolore, quali:

- Eziopatogenesi del dolore
- Interazione tra componenti sensoriali e psicologiche.
- Stato funzionale del paziente (Performance Status, ipotesi sul tempo di sopravvivenza)
- risposta a terapie analgesiche effettuate.
- Dinamica del dolore.
- Frequenza di dolore episodico intenso, cioè episodi di "aumento transitorio" dell'intensità del dolore in un paziente con dolore di base ben controllato da terapia analgesica somministrata in modo continuativo.
- Tolleranza ai farmaci, anamnesi di farmacodipendenza ed alcolismo.
- Caratteristiche del dolore (tipologia, sede, distribuzione/irradiazione, qualità, intensità, durata, andamento nel tempo, dolore riferito e fattori che lo influenzano).

Valutazione del dolore

Una delle problematiche poste in ambito clinico è la misurazione del dolore. Però è utile distinguere anche un'altra variabile ossia l'assessment. Esso è un processo che porta a definire la quantità, la qualità, il grado o il livello d'intensità del dolore, utilizzando uno strumento o un'unità di misura standard valutativa e descrittiva nella sua globalità.

McGuire (1992) riporta uno schema che riassume 6 dimensioni dell'esperienza dolore (vedi tabella 3, tratta da Majani, 1999).

L'esperienza del dolore è, quindi, determinata dalla dimensione affettiva

e cognitiva, dalle esperienze passate, dalla struttura psichica e dai fattori socio-culturali. Scegliere il livello di valutazione e il conseguente significato è un aspetto importante nella clinica e nella ricerca, così come esiste la necessità di scegliere strumenti che siano utilizzabili in quel dato contesto e con una certa tipologia di utenti. Inoltre, è importante distinguere stati d'ansia che possono amplificare l'intensità del dolore.

Anche la diminuzione di eventi importanti nella vita (positivi o negativi) è associata da un aumento del dolore e spiegabile come l'assenza di distrazioni. Pareri discordanti ci sono sul ruolo della depressione nel dolore, in quanto è ancora poco chiaro se sia il dolore a determinare stati d'animo negativi o sia piuttosto il contrario. Nella valutazione del dolore il paziente potrebbe omettere di sentirsi depresso, poiché questo potrebbe mettere in discussione la natura somatica dei suoi sintomi.

Alla luce di queste considerazioni, nell'ambito della sanità e nella medicina, il perseguimento della qualità di vita correlata con la gestione ottimale del dolore si affianca alla Modern day health-care alliance, il cui obiettivo è la tutela della salute: come bene pubblico ed interesse della collettività, la cui salvaguardia spetta ad una molteplicità di figure sanitarie professionali.

Il concetto di qualità di vita connessa alla salute, definisce implicitamente tali finalità ed è definito come: "La percezione che le persone hanno della loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale vivono, in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative,



ai loro standard e alle loro preoccupazioni" (The WHOQOL Group, 1994).

Esso rileva un ambito della vita che comprende il benessere soggettivo, oltre alla condizione di salute fisica, mentale e sociale, la percezione generale di salute e ponendo un maggior enfasi sulla centralità della persona (modello di medicina patient centred).

Secondo alcuni studi si dovrebbero inserire i risultati degli accertamenti di qualità di vita nelle politiche d'in-

tervento sociale e sanitario, per migliorare la salute e il benessere della persona (Le et coll., 2001). Si parla di qualità di vita poiché spesso la gestione del dolore è una cura palliativa, che prevede sia il controllo dei sintomi, provocati dal tumore e dalle terapie antitumorali, sia il supporto psicologico, sociale e spirituale, come evidenziato anche dalla natura del dolore da cancro nel concetto di dolore totale (Figura 1).

Lo sviluppo di un modello organizzativo multiprofessionale, mirato a garantire un'assistenza continuativa e

intrecciata con quella di altri specialisti (cosiddette "Simultaneous care"), attenua il senso di abbandono del paziente e dei familiari, favorisce una buona integrazione tra oncologia e cure palliative e permette di limitare i ricoveri impropri nella struttura ospedaliera, migliorando l'appropriatezza prognostica dell'attivazione dei servizi, il trattamento della terminalità e l'avvio alle dimissioni protette (Castagnini G., Speranza R.).

L'utilizzo di questionari di valutazione è uno degli strumenti nel processo per la rilevazione del dolore cronico (Tab. 2).

Tabella 2 - LE 6 DIMENSIONI DELL'ESPERIENZA DEL DOLORE (MCGUIRE, 1992)

L'UTILIZZO DEI QUESTIONARI È POSSIBILE/CONSIGLIABILE SE:

- il paziente non ha deficit cognitivi;
- il paziente è in grado di compilare i questionari;
- il paziente è disponibile a compilare i questionari;
- si intende misurare la qualità del dolore;
- si desidera effettuare una valutazione multidimensionale del dolore.

IL RICORSO ALL'OSSERVAZIONE COMPORTAMENTALE È CONSIGLIABILE SE:

- paziente è cognitivamente compromesso;
- il paziente ha una malattia acuta;
- il paziente ha un dolore di fortissima intensità;
- si intende valutare il comportamento connesso al dolore;
- si desidera misurare la frequenza di singole unità comportamentali.

Tale distinzione è utile nel momento in cui il paziente non è in grado di collaborare, in tale ambito l'empatia e la capacità di entrare in relazione col paziente sono fattori fondamentali e utili nella valutazione del dolore e della sofferenza del paziente.

L'atteggiamento dell'operatore sarà volto alla prevenzione del dolore collaborando con il medico nell'istaurare un'adeguata terapia antalgica, oppure nell'allertare quanto prima la figura sanitaria, poiché il comportamento connesso al dolore se non

attenuato o risolto persiste anche in assenza dello stimolo nocicettivo (Fordyce et all. 1982). Per tali motivi la rilevazione del dolore deve essere considerata sotto due profili: quantitativo e qualitativo attraverso le scale di valutazione del dolore.

Cosa rappresentano le scale di valutazione

Rappresentano strumenti validi e condivisi. Hanno come scopo il miglioramento dell'intero processo assistenziale attraverso una sistematica raccolta dei dati clinici.

Cosa favoriscono

Una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali, un'omogenea valutazione qualitativa-quantitativa dell'assistenza al paziente, lo scambio di informazioni tra discipline diverse.

Quale è l'obiettivo

Misurare il dolore è il primo passo per poter riconoscere e quindi alleviare la sofferenza.

Tra le scale che rilevano parametri a carattere unidimensionali, ossia che misurano esclusivamente l'intensità del dolore, possiamo far figurare:

- L'analogo visivo Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson, 1974), essa consiste in un segmento di retta lungo 10 cm.
- La Numeric Rating Scale (NRS) (Rodriguez et al., 2004).
- La Verbal Rating Scale (VRS) (Turck et al., 1992).

Tra le scale a carattere multidimensionale, che valutano anche altre dimensioni come la sensoriale-discriminativa, motivazionale affettiva e cognitivo-valutativa, possiamo evidenziare:

- Il McGill Pain Questionnaire (MGPQ) (Melzack, 1975). Scala di valutazione comportamentale
- La Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) (Warden et al., 2003).

CARATTERISTICHE DELLA VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS)

È una scala che rappresenta l'ampiezza visiva del dolore che il paziente avverte attraverso la raffigurazione di una linea di 10 centimetri orizzontale o verticale con due punti di inizio e fine, contrassegnati con "assenza di dolore" e "il dolore peggiore mai sentito". Il paziente deve mettere un punto al livello di intensità che prova.

È semplice e breve da somministrare, anche a bambini di 5 anni e da assegnare il punteggio, ha caratteristiche psicometriche soddisfacenti. Presenta delle limitazioni nei pazienti con difficoltà motorie e percettive, alcuni non riescono a comprendere le istruzioni:

- Vantaggio: Semplice – indipendenza dalla lingua – facilmente ripetibile.
- Svantaggio: Monodimensionale – tendenza al raggruppamento ai numeri centrali – limiti imposti con gli estremi assoluti – risposte caratterizzate da caratteristiche psicofisiche – tasso di insuccesso al 7%.

CARATTERISTICHE DELLA NUMERIC RATING SCALE (NRS)

È costituita da una serie di numeri da 0 a 10; il cui punto di inizio e di fine rappresenta gli estremi del dolore. Il paziente sceglie il numero che corrisponde meglio al suo dolore: 0= nessun dolore, 10= peggior dolore possibile. È semplice e ha dimostrato affidabilità e validità:

- Vantaggi: elimina la necessità della condizione visiva e motoria.
- Svantaggi: tasso di insuccesso del 2%.

CARATTERISTICHE DELLA MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (MGPQ)

Nella rilevazione sull'effetto degli

analgesici è sufficiente una misurazione dell'intensità, la quale può essere valutata attraverso le sopracitate scale. Invece, per rilevare gli aspetti qualitativi e multidimensionali del dolore, Roland Melzack, sostiene che descrivere l'esperienza del dolore solo come intensità significa descrivere il mondo solo come un flusso di colori e luci, senza prendere in considerazione le forme o le strutture dell'esperienza visiva.

Lo strumento messo a punto da Melzack è il McGill Pain Questionnaire/ MGPQ e si compone di 78 aggettivi, tra i quali il paziente deve scegliere quello che meglio descrive il suo dolore. Gli aggettivi sono raggruppati in tre sottoclassi, che fanno riferimento a tre dimensioni: sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva e cognitivo-valutativa.

La valutazione del questionario fornisce la possibilità di conoscere oltre che l'intensità, anche la qualità dell'esperienza del dolore. Nella rilevazione sull'effetto degli analgesici è sufficiente una misurazione dell'intensità, la quale è stata valutata attraverso diverse scale verbali e numeriche. Per la sua complessità l'utilizzo del McGill Pain Questionnaire ne è limitato l'uso nella pratica clinica.

CARATTERISTICHE DELLA PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAD) E INSERIMENTO DELLA SCALA PAINAD NEL PROGRAMMA BUSTERMED DELL'AQUI

Introduzione

Il dolore è uno dei più frequenti sintomi nell'anziano affetto da demenza e nonostante ciò è ancora oggi sotto-rilevato e sotto-trattato. Il modo

migliore per l'accertamento del dolore è, come abbiamo illustrato precedentemente, quello di rilevarlo con le scale più appropriate. Mentre per l'anziano con decadimento cognitivo lieve-moderato e gli altri pazienti collaboranti è possibile utilizzare le scale di auto-rilevazione, per altre specifiche tipologie di pazienti è raccomandato, invece, l'impiego di scale osservazionali e la conoscenza di indicatori comportamentali (Tab. 3), che sono la base di molti strumenti di valutazione del dolore negli anziani con demenza grave.

Attualmente nella nostra M.D.A di Medicina Generale SDC, la nosologia dei ricoveri riguarda spesso pazienti affetti da demenza, o da riduzione della vigilanza per patologie croniche, non ultime quelle oncologiche (potremmo aggiungere le percentuali). Per questi ultimi pazienti le scale di auto-rilevazione non valutano correttamente il dolore.

La scala PAINAD, si rivela invece uno strumento veloce ed efficace, dove l'infermiere e l'operatore socio sanitario svolgono un ruolo fondamentale nella rilevazione quotidiana e per tal motivo che si rende auspicabile l'inserimento della scala PAINAD nel programma GECOS dell'AUI.

La Scala PAINAD

La scala PAINAD è stata ideata da Warden et al., (2003), ed è una scala di valutazione comportamentale, utilizzata per pazienti oncologici, non collaboranti, in particolare persone con deterioramento cognitivo severo, alterazione dello stato di coscienza e/o con scarsa comprensione della lingua italiana.

Si basa sull'osservazione di 5 indicatori: respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolazione (Tab. 4).

Tabella 3 - **COMPORTAMENTI DI DOLORE NELLE PERSONE CON DECLINO COGNITIVO TRATTA DA: BRUGNOLLI (2007)**

Espressioni facciali

Lieve aggrottamento della ciglia, espressione triste;
Smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serrati;
Qualsiasi espressione anomala;
Ammiccamento rapido.

Verbalizzazioni, vocalizzi

Sospiri, lamenti, gemiti;
Borbottio, cantilena, chiamare;
Respiro rumoroso;
Richiesta di aiuto;
Espressioni verbali aggressive.

Movimenti del corpo

Postura rigida, tesa, guardinga;
Agitazione;
Aumento del cammino su e giù, dondolamenti;
Movimenti limitati;
Cambiamenti nella marcia o nella mobilità.

Cambiamenti nelle interazioni interpersonali

Aggressività, opposizione alle cure;
Diminuzione delle interazioni sociali;
Atteggiamenti socialmente inappropriati o aggressivi;
Ritrosia.

Cambiamenti nelle attività abituali o routine

Rifiuto del cibo, cambiamenti dell'appetito;
Aumento periodi di riposo;
Cambiamenti del sonno e dei modelli di riposo;
Improvvisa cessazione delle attività abituali;
Aumento del vagabondaggio.

Cambiamenti dello stato mentale

Pianto o essere in lacrime;
Aumento della confusione;
Irritabilità o angoscia.

Tabella 4 - LA SCALA PAINAD

Comportamento	0	1	2	Score
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Lunghi periodi di iperventilazione. Cheyne-Stokes	
Vocalizzazioni negative	Nessuna	Occasionali lamenti Parlare a bassa voce con una qualità negativa o di disapprovazione	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto	
Espressioni facciale	Sorridente o inespressiva	Triste Ansiosa Contratta	Smorfie	
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi, irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico a scatti	
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura	
Punteggio totale				

DESCRIZIONE DEI 5 INDICATORI DELLA PAINAD

Respirazione

L'item della respirazione è considerato "normale", con assegnazione di punteggio 0, quando: la respirazione è caratterizzata da atti respiratori eseguiti senza sforzo, silenziosi e ritmici. L'item del "respiro a tratti alterato e con brevi periodi di iperventilazione" è considerato come respirazione affannosa occasionale; possono inoltre esserci brevi periodi di iperventilazione caratterizzati da intervalli di atti respiratori rapidi e profondi, che durano un breve periodo di tempo, il punteggio che si assegna a questo item è 1.

L'item "respiro alterato" descrive una condizione in cui la respirazio-

ne è affannosa, rumorosa e vi può essere gorgoglio. Il lungo periodo di "iperventilazione" è caratterizzato da un'eccessiva velocità e profondità delle respirazioni, che durano un tempo considerevole.

Il respiro di "Cheyne-Stokes" è una forma di respiro patologico in cui la persona alterna fasi di apnea anche lunga, a fasi in cui passa gradatamente da una respirazione profonda ad una più superficiale, che termina nuovamente nella fase di apnea.

Vocalizzazione negativa

L'item della vocalizzazione negativa "nessuno" è caratterizzato da vocalizzazione che abbia una qualità neutra o piacevole, oppure, se il paziente è privo di consapevolezza, da assenza di vocalizzazioni negative, a questo item si assegna il punteggio

0. Tra gli items "Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative" fanno parte gemiti o lamenti occasionali, caratterizzati da suoni involontari inarticolati più rumorosi del solito, che spesso iniziano e finiscono bruscamente. Oppure "parlare a bassa voce con una qualità negativa o di disapprovazione" è un tipo di vocalizzazione negativa caratterizzata da borbottii, piagnistei, o imprecazioni a bassa voce con un tono lamentoso, sarcastico o caustico. A tutti questi items si assegna il punteggio di 1. Spesso i pazienti con dolore che non riescono a comunicarlo fanno uso di ripetuti "richiami" caratterizzati da frasi o parole usate ripetutamente in un tono che suggerisce ansia, disagio o angoscia. "Lamenti forti e gemiti" sono suoni involontari inarticolati più rumorosi del solito, spesso iniziano

e finiscono bruscamente. Il "pianto" è caratterizzato da un'espressione di emozione accompagnata da lacrime. Potrebbero esserci singhiozzi o pianto silenzioso. A questi ultimi items viene assegnato il punteggio 2.

Espressione facciale

Item "sorridente o inespressivo". Se paziente è rilassato e sorridente, oppure se il suo sguardo è inespressivo possiamo attribuire un punteggio 0 alla scala PAINAD.

Se invece il paziente ha uno sguardo "triste" e caratterizzato da uno sguardo depresso e che comunica ansia e l'espressione del suo volto è contratta, allora dovremmo attribuire un punteggio 1 alla scala.

Infine, l'espressione del volto del paziente è spaventata e comunica paura, allarme o ansia acuta. Gli occhi sono spalancati, vi è un aumento delle rughe sulla fronte, gli angoli della bocca sono virati verso il basso e tutto il volto assume l'espressione di una "smorfia", possiamo assegnare un punteggio 2.

Linguaggio del corpo

Il primo item indica un atteggiamento posturale calmo, riposato e "rilassa-

to". Il punteggio che possiamo assegnare è 0.

Un atteggiamento posturale "teso" significa che il paziente è presenta il corpo o parti dello stesso contratte, in particolar modo la mascella, che appare serrata. L'espressione è di preoccupazione ed apprensione. L'agitazione si rivela in "movimenti irrequieti" ossia potrebbero essere osservati ripetuti movimenti di contatto, stratonatura o sfregamento del corpo. A tali comportamenti si assegna un punteggio 2.

Con il termine "rigidità" si definisce uno stato del corpo in cui le braccia e/o le gambe sono tese e inflessibili. Il tronco potrebbe apparire dritto e inflessibile, i pugni sono serrati o possono essere aperti e chiusi ripetutamente o tenuti saldamente chiusi. Le "ginocchia piegate" sono caratterizzate dall'atteggiamento posturale di flettere le gambe e tirare le ginocchia verso il petto (simile alla posizione fetale). In genere l'aspetto è turbato. Il "movimento afinalistico" consiste in movimenti che sono indice di resistenza all'approccio o alla cura. La persona può tentare di colpire, calciare, afferrare, tirare pugni, tentare di mordere o altre forme di

assalto verso il personale. A questi ultimi items si assegna un punteggio 2.

I comportamenti dei pazienti affetti da demenza che indicano espressione del dolore possono essere facilmente confusi con i Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Il personale sanitario può quindi interpretare agitazione, aggressione, cambiamenti dell'umore e problemi del sonno come sintomi neuropsichiatrici (Flo et al., 2014; Monroe, Parish, & Mion, 2015).

Il problema principale è appunto quello di riuscire a distinguere i comportamenti di dolore dai BPSD. Lo studio di Ahn & Horgas ha dimostrato che comportamenti aggressivi sono espressione di dolore solo nelle persone con decadimento cognitivo grave non comunicanti. Altri studi hanno dimostrato che comportamenti di agitazione come lamentarsi, ripetere frasi e domande, costante richiesta di attenzione, imprecazioni o aggressioni verbali rispondono al trattamento del dolore. Anche l'irrequietezza e il continuo muoversi avanti e indietro sembrano essere sensibili agli analgesici.

Consolabilità

L'item "non necessita di consolazione" indica che non vi è nessuna necessità da parte della persona di essere consolata, poiché è in uno stato di benessere, tale per cui la persona appare serena. In tal caso si assegna punteggio 0.

"Distratto o rassicurato da voce o tocco" indica l'interruzione di un comportamento quando si parla al paziente o lo si tocca. Il comportamento si interrompe durante il periodo di interazione, senza alcuna indicazione che la persona sia in difficoltà. Si



assegna il punteggio 1.

“Inconsolabile, non si distrae né si rassicura” con questo item si indica l’incapacità da parte dell’operatore sanitario di consolare il paziente o interrompere con parole o azioni un comportamento. Il punteggio da assegnare sulla scala PAINAD è 2:

- Modalità di utilizzo della scala PAINAD.
- Osservare il paziente per cinque minuti prima di annotare il suo comportamento e rilevare i comportamenti secondo i 5 indicatori della PAINAD. Il paziente può essere osservato in condizioni diverse (ad esempio a riposo, durante un’attività, durante l’assistenza, dopo la somministrazione di antidolorifici. Valutare il dolore è il primo passo per riconoscerlo e, successivamente, alleviarlo.

Modalità di utilizzo della scala PAINAD

Osservare il paziente per cinque minuti prima di annotare il suo comportamento e rilevare i comportamenti secondo i 5 indicatori della PAINAD. Il paziente può essere osservato in condizioni diverse (ad esempio a riposo, durante un’attività, durante l’assistenza, dopo la somministrazione di antidolorifici. Effettuare una valutazione del sintomo, assegnando un punteggio da 0 a 2 per ogni indicatore o comportamento della scala PAINAD, effettuare la sommatoria degli stessi per avere un punteggio totale. A ciascuno di questi comportamenti è attribuito un punteggio che va da 0 a 2. L’assegnazione del punteggio si basa sulla corrispondenza tra comportamento del paziente e le descrizioni fornite per ciascun livello dei 5 indici, ai quali viene dato un punteggio che consente poi una sovrapposibilità con le altre scale numeriche in uso (ad esempio la NRS),

ovvero un valore 1-3 può essere indice di dolore lieve, 4-7 dolore moderato e 8-10 dolore grave.

- Se è presente un punteggio indicante dolore rimuovere eventuali cause scatenanti reversibili.
- In alternativa, intervenire con le terapie appropriate.
- Rivalutare regolarmente i sintomi per verificare l’efficacia del trattamento.

Quando deve essere valutato il dolore

- All’ingresso.
- A intervalli regolari.
- Ogni volta che vi sia una nuova segnalazione di dolore.
- Dopo un appropriato intervallo di tempo in seguito a ciascun trattamento farmacologico e non (es.: dopo 20-30 minuti dall’assunzione parenterale, un’ora dopo la somministrazione orale).
- A intervalli regolari dopo l’inizio del piano del trattamento.
- Prima della dimissione.

Spiegazione

Informare sempre il paziente e/o i familiari (autorizzati a ricevere notizie cliniche in conformità alla legge sulla privacy) sulle strategie terapeutiche proposte e sui risultati attesi dai trattamenti programmati, ponendo particolare attenzione alle modalità comunicative. L’informazione deve essere completa e comprensibile in relazione benefici e alla necessità della terapia antalgica, agli eventuali effetti collaterali attesi, sfatandone pregiudizi o paure verso taluni farmaci quali ad esempio la morfina. Un’adeguata spiegazione permette di:

- Ridurre l’ansia.
- Coinvolgere il paziente, la famiglia/chi assiste; la persona si sente presa in carico e maggiormen-

te seguita e si sente considerata non solo quando sente un dolore insopportabile.

- Migliorare lo stato d’animo del paziente e dei familiari.
- Migliorare la qualità di vita del paziente e dei caregivers è un dovere etico e morale che l’infermiere e il medico assumono di farsene carico (Frankl, 1987).

Nel caso della gestione del dolore in pazienti con alterato stato di coscienza la scala PAINAD se usata come una parte di un approccio globale alla gestione del dolore può aiutare a ridurre la probabilità di provare dolore non riconosciuto e non trattato. Gli infermieri e gli operatori OSS in tal senso sono i fornitori principali di assistenza sanitaria, spesso responsabili della valutazione del dolore e le loro capacità di pensiero critico e collaborazione con le altre figure mediche sono essenziali.

Conclusioni

Scopo di questo protocollo è la necessità di considerare il dolore non solo fisicamente, ma cognitivamente, relazionalmente, affettivamente e socialmente, accennando ai diversi strumenti per la rilevazione dello stesso e ponendo l’enfasi infine sulla scala PAINAD che rileva il dolore nei pazienti non collaboranti.

Quest’ultimo aspetto è necessario poiché sono sempre di più i pazienti ricoverati presso la nostra MdA che non sono in grado di comunicare adeguatamente il loro stato di disagio e dolore. Infatti la conoscenza, l’accertamento e la valutazione sono il primo passo per il controllo del dolore e la valutazione è il primo elemento fondamentale, per poi dar vita ad un adeguato piano terapeutico.

Quota 100, oltre 2.200 infermieri in meno da subito in Veneto

a cura della REDAZIONE

Il servizio pubblico potrebbe perdere di colpo oltre 2.200 infermieri, mentre circa 7.500 rientrerebbero nei parametri per accelerare il pensionamento perché hanno raggiunto quota 100 a fine 2018.

NUMERI CHE FANNO PREOCCUPARE...

Quota 100: il servizio pubblico potrebbe perdere di colpo oltre 2.200 infermieri, mentre circa 7.500 rientrerebbero nei parametri per accelerare il pensionamento perché hanno raggiunto quota 100 a dicembre 2018.

Il dato, calcolato in base agli anni di anzianità lavorativa e all'età anagrafica degli infermieri dipendenti del SSN, è stato elaborato dal Centro studi della Federazione degli Ordi-

ni delle professioni infermieristiche (FNOPI) ed è riferito alla situazione a fine 2018.

Un dato allarmante, una necessità cogente: gli infermieri che escono dalla professione attiva devono essere subito rimpiazzati, al di là della politica e dell'economia. Questo solo però non è sufficiente, va superato anche il blocco del turn over e le attuali carenze devono essere coperte. È impensabile indebolire i servizi e farlo per di più a maggior danno pro-



prio del territorio, dove personale e servizi sono più scarsi e gli assistiti sono più fragili perché caratterizzati da forme di cronicità, età il più delle volte avanzata e spesso non autosufficienza. Da tempo la FNOPI e gli OPI provinciali richiamano l'attenzione della politica e delle Istituzioni su questa questione. Di fatto, seguendo il trend attuale di turn over e di fabbisogno di professionisti, a livello nazionale, si sarebbe raggiunta nel 2021 una carenza di quasi 64mila unità, oggi di 51-53mila infermieri.

Oggi, con quota 100 la situazione presenta un'evoluzione drammatica, gli infermieri che verrebbero a mancare sono quasi 75mila, 22mila da

subito. La cronaca di un problema annunciato dunque che sostanzia un pericolo reale e immediato per assistenza servizi e soprattutto pazienti. Il sistema non funziona senza infermieri: Il rapporto numerico infermieri pazienti era già ai limiti del rischio prima di 'quota 100.

Studi internazionali, Oms e Ocse hanno ampiamente spiegato che riducendo il numero di pazienti assistiti da un infermiere (il numero ideale per abbattere la mortalità del 20% sarebbe 1:6) l'assistenza migliora la sua qualità e si riduce il rischio.

Ora, con la fuoriuscita di questo numero di infermieri il rapporto, già critico, cambia ancora e la situa-

zione si aggrava. Ovviamente non tutti opteranno per "Quota 100": è possibile pensare che data la lunga permanenza in servizio e gli stipendi mediamente non alti (nel SSN sono in media di 31-32mila euro/anno), circa il 30% di chi possiede i requisiti scelga questa possibilità.

L'assunzione di responsabilità da parte di tutti gli stake holder e azioni concrete per far fronte all'emorragia di professionisti che si realizzerà nel nostro SSN non si possono più procrastinare.

Per consultare i dati di ogni singola regione: www.fnopi.it



NOI E GLI ALTRI

“Gli infermieri per fare
la differenza”

a cura della REDAZIONE

09-02-2019

UN RINGRAZIO DEL CUORE !!!
SIETE STATI FANTASTICI.

Ion Teu

Buon giorno
Tutti!

GRAZIE DI AVERMI AIUTATO A
LIBERARMI IL NASO SONO CERTA
CHE STARO MOLTO MEGLIO (NON HO
DA GIULIA VARCHETTA. SENTITO
NIENTE)
e un grazie speciale anche dalla mamma
Siete veramente Affetti. Grazie
Ariana, mano di
giulia.

A volte basta poco... 16/4/2019
un gesto, un sorriso,
una parola fertile...
Ti cambiano la giornata!!
Grazie al personale perché
siete veramente con
AMO V.

Grazie di vero cuore a Dott.ssa,
Dott.ssa, Infermiera per la cura
disponibilità, cordialità, gentilezza e
professionalità.
GRAZIE ANCORA MA



20/03/2019

Mi hanno ricostituito il naso e il conchimo
 uccello giusto in tempo. Vengo dalla provincia d'A
 e lì è tutto molto diverso, qui c'è un'efficienza e una
 gentilezza fuori dal comune. Ringrazio tutto lo Staff
 tutto.

Lauria celaturo

13/04/2019 Grazie a tutti.
 un bacio alla
 dottoressa Daniela
 Vido ♥

21/03/2019

Grazie vi ringrazio per le cure che avete prestato
 poi, finalmente potrò ripartire con il naso. Riccardo

21/3/2019

Grazie di esservi preso cura del mio
 coniglio, Nicolò

23/3/19

ORA MI SENTO MEGLIO PERCHÉ
 SONO STATI MOLTO BRAVI
 ETTORE

Gf: Gioiò

E' FATTA

GRAZIE RAGAZZI

GRAZIE

GRAZIE

GRATIE

Dado x

Complimenti a tutto il personale,
 dai medici alle infermiere e tutto il
 personale, per la gentilezza, la pazienza
 e l'umanità. GRAZIE per aver reso
 la degenza serena e "piacevole".

Alessia

RECENSIONI

In modo giusto. Medicina Narrativa nelle cure di fine vita

di LAURA D'ADDIO

Da L'Infermiere Online n1/2019 - Scaffale

INFORMAZIONI

TITOLO:

In modo giusto.
Medicina Narrativa nelle cure di
fine vita

AUTORE:

Marta De Angelis e Paolo Trenta

EDIZIONI:

Maria Margherita Bulgarini
Firenze, 2018

PAGINE: 261

PREZZO: 18 euro

C'è un modo giusto per vivere il morire e la morte? A questa domanda fondamentale cercano di dare una risposta Marta De Angelis, una giovane dottoressa di Cure Palliative, e Paolo Trenta, un sociologo con una ampia e matura esperienza in Medicina Narrativa. Lo fanno con un volume di estremo interesse sia per gli addetti ai lavori, sia per le persone comuni: in ambedue le prospettive la morte e il morire saranno parte del proprio cammino. In modo giusto cerca appunto di dare risposta a quel quesito che ci siamo posti in partenza, per giungere a una considerazione che ormai accomuna tutti coloro che si riconoscono nella Medicina Narrativa, a cui è dedicata questa collana dell'editore Maria Margherita Bulgarini: non può riconoscersi un modo giusto, per così dire unico, universale, bensì il modo giusto, ovvero quello che ciascuno di noi riconosce come tale, in base alla sua esistenza, alle sue scelte, ai suoi valori. Il percorso che offre il volume è decisamente degno di attenzione per il suo particolare valore: come ci dice Stefania Polvani, Presidente della Società Italiana di Medicina Narrativa, è "un prezioso scrigno di reazioni: pensieri ed esperienze di pensatori, di professionisti, di scrittori, di ammalati e di loro familiari e amici" (pag. 8).

Nella prima parte l'approccio sociologico ci aiuta a inquadrare le problematiche del nostro tempo sulla morte. Ci viene così descritta la decostruzione della morte (pag. 52), definita da Bauman come la scomposizione in piccole parti, ognuna delle quali affrontabile separatamente, e successivamente la medicalizzazione della morte, per giungere a analizzare, con una ricca ed ampia rassegna di autori, la morte nella società postmortale. Gli Autori giungono così a riaffermare "l'ineludibile esigenza di comporre, connettere, collegare in un'unica trama vita e morte, poiché è quest'ultima che definisce il senso del vivere e la sua intima ed esclusiva essenza" (pag. 75).

Essenziale, in questo percorso di cura della morte, è il ruolo dei professionisti e degli operatori sanitari: infatti "plasmare la propria storia sino alla fine della propria vita può essere fatto solo con un accompagnamento solidale, caldo e competente, da parte di chi conosce le cose cui va incontro e conosce anche i rimedi lenitivi per contenere e limitare le sofferenze inutili" (pag. 117).

Ma una parte fondamentale dell'opera è proprio quella finale, nella quale vengono presentate le storie di varie persone, che da una parte (quella della persona paziente e dei suoi cari) e dell'altra (quella dei professionisti) raccontano il complesso quanto affascinante percorso della fine della vita, affinché la storia di ciascuno possa essere di aiuto all'altro, persona o professionista che sia. L'intento degli Autori si dimostra, dopo 262 pagine, ampiamente soddisfatto: "solo così è possibile, come abbiamo provato a dimostrare, costruire per ogni persona un vivere la fine della vita e un morire 'in modo giusto', senza dolori inutili, 'sazio di giorni', 'al momento giusto', come nel suo Zarathustra ha ammonito Nietzsche" (pag. 260).





Ferie, si possono frazionare?

Sono un'infermiera e mamma di due bambine di nove e sette anni; da circa 10 anni lavoro in un ospedale pubblico della provincia di Verona. Nella realtà della mia unità operativa è prassi la rotazione delle ferie durante il periodo estivo e quest'anno mi toccherebbe il periodo dal 1/6 al 15/06, vi sono novità introdotte dal nuovo contratto di lavoro del maggio 2018?

Anna

di MARINA VANZETTA

Gentile Collega,

Il nuovo contratto (articolo 12), rispetto alla fruizione del periodo di congedo estivo recita: *"Compatibilmente con le oggettive esigenze del servizio, il dipendente può frazionare le ferie in più periodi."*

La fruizione delle ferie dovrà avvenire nel rispetto dei turni di ferie prestabiliti, assicurando comunque al dipendente che ne abbia fatto richiesta il godimento di almeno quindici giorni continuativi di ferie nel periodo 1 giugno - 30 settembre o, alternativamente, in caso di dipendenti con figli in età compresa nel periodo dell'obbligo scolastico che ne abbiano fatto richiesta, nel periodo 15 giugno-15 settembre al fine di promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro."

Pertanto nella pianificazione delle ferie della sua unità operativa tale aspetto va debitamente considerato.

Stefano Bernardelli
Consigliere

www.opiverona.it



**Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Verona**

Via Ca' di Cozzi, 14/A - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@opiverona.it