

NapoliSana Campania

Gli infermieri hanno un Ordine professionale

La riforma: cosa cambia e cosa ci viene riconosciuto



ORDINE
Tutto ha inizio con la
formazione universitaria

Teresa Rea a pag. 10



ELEZIONI
La Lista Carbone
fa il pieno di voti

Pippo Trio a pag. 11





International Day for Tolerance

16 November

Giornata Internazionale della Tolleranza



16 Novembre





L'Editoriale

di **Ciro Carbone**

Una giornata da incorniciare

“*Gli infermieri di domani la leggeranno sui libri di storia. Sarà ricordata come una pagina memorabile nel racconto entusiasmante della nostra professione. Un giorno speciale, formidabile. Come formidabili sono stati questi ultimi quindici/vent'anni per la nostra professione. Anni vissuti tutti d'un fiato. Una galoppata ventre a terra. Una furia che ci ha portati lontano. Dal deserto, al pari di altre professioni intellettuali. Loro sì, partite molti anni prima di noi.*

Il giorno che da Collegio ci ha trasformati in Ordine, noi tutti l'abbiamo vissuto in diretta. Come una bella pagina di cronaca. Da protagonisti. La stavamo aspettando con ansia da mesi, da anni. Forse anche per questo, non ho voluto perdere nemmeno un istante di quella giornata. Ho voluto respirarla appieno, intensamente. Sapevo che sarebbe entrata nella storia. Almeno così sentivo, lo speravo. E mi piaceva l'idea di poter dire: io c'ero. Così, derogando per una volta ai miei impegni e ai miei affetti, ho chiesto di starci.

Il passi al Senato; l'imbarazzo iniziale; il terrore di non portare a casa il risultato: un caleidoscopio di emozioni, quel giorno a Palazzo Madama. Ad aspettarmi una manciata di amici, ancor prima che colleghi. I più stretti. Compagni di tante battaglie, di tanti successi. E anche di qualche ferita. In tutte le battaglie il dolore unisce e trasforma i compagni in fratelli. Eravamo lì, presi dalla voglia di esserci. Ma anche per tifare. Per attirare la sorte dalla nostra parte. Come quando gioca la squadra del cuore. Eravamo lì anche per stare vicini a lei, la protagonista indi-

scussa di questi quindici/vent'anni e di quella giornata di gloria: la Senatrice. Annalisa, come la chiamano gli amici e i tantissimi infermieri, sempre fieri quando l'abbracciano e le stringono la mano. Una familiarità che lei apprezza. E che a volte incoraggia. E' la sua cultura. Il suo modo semplice e diretto. Di stare con gli altri. La prima senatrice infermiera della storia repubblicana, cinque volte Presidente degli infermieri. Da amici, prima ancora che da colleghi, volevamo partecipare con lei al gran finale. Essere lì, insieme, vicini, nell'attimo che entra nella storia. E' il giorno che vale una vita. Un'esistenza che Annalisa Silvestro, e con lei una manciata di amici, ha speso in buona parte per la professione. Guidata sempre con carisma, competenza, entusiasmo, tenacia. Tutte le qualità che i compagni e gli infermieri apprezzano e gli avversari temono. Ma che tutti le riconoscono. In quel momento però tutte quelle eccellenze e la grinta mai lasciata a casa, sembravano evaporate. Come noi, anche la Senatrice era emozionata, preoccupata, presa da mille dubbi e indaffarata a completare quel sapiente lavoro politico e parlamentare che poi ha condotto tutti noi al successo. Ore di suspense. Un'attesa snervante. Sembrava non arrivasse mai il momento tanto atteso. Poi il Presidente Grasso dà l'annuncio: il Ddl Lorenzin è legge dello Stato. Ora gli infermieri hanno un Ordine. L'ultima di tante conquiste che, una dopo l'altra, ci hanno portato dove quindici/vent'anni fa nemmeno osavamo sperare.

Grazie a voi tutti per questi formidabili anni, grazie per queste intense, impareggiabili emozioni”.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo ufficiale dell'Ordine degli infermieri di Napoli

ANNO XXIII- N. 4 - DICEMBRE 2017

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

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

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Coordinamento Comitato Scientifico

Teresa Rea

Comitato Scientifico

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

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Gennaro Ascione, Margherita Ascione, Angela Capuano, Dario De Martino, Maria Rosaria Esposito, Giampaolo Gargiulo, Rosa Guida, Assunta Guillari, Salvatore Isaia, Rosaria Maglione, Damiano Ottaiano, Concetta Pane, Marco Perrone, Carla Piscopo, Fabio Pisani, Teresa Rea, Gennaro Scarfiglieri, Pippo Trio.

Editore, direzione e redazione: **Ordine infermieri di Napoli**

Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,

Tel. 081 440140, Fax 081 440217

e-mail: napoli@ipasvi.legalmail.it web: www.ipasvinapoli.org

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - GALLERIA UMBERTO I, 50 - 80132 NAPOLI

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



In questo numero:



3 L'Editoriale

Una giornata da incorniciare

di **Ciro Carbone**

6 Ordine degli Infermieri

Gli infermieri hanno un Ordine professionale



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Ordine degli Infermieri 7

Cosa ci viene riconosciuto
Come cambia
l'organizzazione

di Pino De Martino

8 Ordine degli Infermieri

Una riforma attesa da
1mln di professionisti

Il provvedimento ammodernava, dopo 70 anni, la vita degli ordini professionali sanitari. In parlamento per un'intera legislatura.

di Dario De Martino



Ordine degli Infermieri 10

Tutto ha inizio con la
formazione universitaria

di Teresa Rea

11 L'Ordine informa

La Lista Carbone
fa il pieno di voti

di Pippo Trio



L'Ordine informa 12

#NoiSiamoVoi#
il programma elettorale

Organismi regionali
e interregionali,
eletti Ciro Carbone
e Vita Spagnuolo



Politica Sanitaria 14

Infermiere
di famiglia
pronto un nuovo bando

Il programma di formazione promosso dalla Regione e coordinato dall'Ipasvi sarà sicuramente rinnovato. La conferma dall'assessore Marciani.

di Gennaro Ascione

16 Politica Sanitaria

Nuova terapia intensiva
al Santobono Pausilipon

Una struttura all'avanguardia, sia per le sofisticate tecnologie, sia per i criteri di presa in carico del paziente. Con la "terapia intensiva aperta" più spazio all'integrazione con la famiglia dei piccoli ricoverati, considerata parte integrante del percorso di cura del bambino.

di Angela Capuano



NSC Nursing 17

Supplemento
di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 17/32

33 Notizie dall'Ordine

Colpa professionale
e contenzioso sanitario

Corso frontale per mediatore
professionista.

E' riservato a infermieri e dottori commercialisti regolarmente iscritti ai rispettivi ordini

di Gennaro Ascione



Ospedali e territorio 38



Gli infermieri hanno un

di Pino De Martino

Con la conversione in legge del cosiddetto Ddl **Lorenzin**, gli infermieri sono oggi un ordine professionale al pari di tante altre professioni sanitarie. Il provvedimento passato al Senato con 148 voti favorevoli, 19 contrari e 5 astenuti, dà piena attuazione alla tanto attesa riforma degli Ordini professionali sanitari e interviene anche in materia di sperimentazione clinica, introducendo uno specifico riferimento alla medicina di genere e all'età pediatrica. L'annuncio del Presidente **Grasso** arriva mentre una pattuglia di presidenti Ipasvi per l'occasione a Palazzo Madama, circondano la senatrice **Annalisa Silvestro**.

“Abbiamo atteso questo evento da anni. Siamo orgogliosi e felici. Oggi per i quattrecentocinquantamila infermieri italiani è una data storica. Siamo l'ordine professionale più numeroso d'Italia. Un traguardo che completa un percorso di crescita avviato circa vent'anni fa, portando la professione infermieristica nel posto che le compete per competenze, preparazione scientifica e culturale”. Così **Ciro Carbone**, Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli e componente del Comitato Centrale della Fnc Ipasvi. “Non ho voluto perdere neanche un secondo di questa memorabile giornata e ho voluto vivere appieno questo importantissimo traguardo. In futuro potrò dire: io c'ero”. “Oggi facciamo un importante passo in avanti come professione, ma soprattutto diamo maggiori garanzie ai cittadini”, ha detto **Teresa Rea**, Vice presidente del Collegio Ipasvi di Napoli. Con l'approvazione della legge che riforma gli ordini professionali sanitari potremo meglio esercitare uno stretto controllo contro l'esercizio abusivo della nostra professione, anche al fine di proteggere e tutelare i cittadini da impostori e falsi infermieri. Con l'approvazione del Ddl Lorenzin, l'intero sistema sanitario italiano fa un grandissimo passo in avanti, non solo la professione infermieristica”. Di grande rilievo il ruolo e il peso che



il nascente ordine degli infermieri ha svolto fino all'ultimo per portare in porto la legge. Sia la Presidente nazionale **Barbara Mangiacavalli**, sia la past president e senatrice **Annalisa Silvestro** hanno lavorato sodo per portare a casa una conquista storica per la professione infermieristica. Per dare una spinta al Ddl Lorenzin la Federazione nazionale aveva lanciato l'hashtag **#bastaunaseduta** e oltre 500 infermieri avevano scritto direttamente al Presidente del Senato **Grasso**, chiedendo un'accelerazione. “Oggi nasce la **Fnopi**, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, il più grande Ordine professionale italiano per numero di iscritti. Un traguardo per il quale gli infermieri hanno corso per oltre dieci anni, che conferma la crescita della professione e rende giustizia agli oltre 447mila professionisti che ogni giorno si dedicano all'assistenza dei più fragili e ai bisogni di salute delle persone”, ha commentato subito **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale degli infermieri. Una legge che per gli infermieri «apre le porte di una

nuova era». Emozionata oltre ogni immaginazione la senatrice **Annalisa Silvestro**, magna pars di questo provvedimento: “Ero preoccupata e in ansia per come stavano procedendo i lavori al Senato e per il poco tempo a disposizione”, confessa la senatrice. “Abbiamo dovuto esercitare forti pressioni perché il provvedimento era effettivamente in una posizione problematica, critica. E lì c'è stato un gran lavoro di squadra con l'impegno degli infermieri, ma anche di altre professioni, per riportare il decreto in una posizione che consentisse poi la votazione. Il risultato è che oggi festeggiamo un traguardo storico, una giornata di gioia che aspettavamo da vent'anni. Abbiamo raggiunto un traguardo importante che riconosce il percorso formativo, l'evoluzione e la professionalizzazione degli infermieri. Adesso siamo sullo stesso piano delle altre professioni sanitarie, abbiamo le stesse regole e lo stesso prestigio. Dovremo ora essere concentrati e attenti a quanto si scriverà nei decreti attuativi in modo che questo grande passo in avanti venga ulteriormente valorizzato”.



Ordine professionale

Cosa ci viene riconosciuto

Diventando un Ordine si ha un riconoscimento della professione intellettuale dell'infermiere. Una battaglia iniziata oltre 10 anni fa che grazie all'approvazione del DDL Lorenzin il 22 Dicembre 17 ci vede coinvolti in un cambiamento epocale che colloca, finalmente, la nostra professione nel meritato ruolo sociale.

Viene riconosciuta ancor di più la liceità dell'arte sanitaria grazie a delle norme che implementano le sanzioni per chi esercita la professione infermieristica senza averne diritto. L'abusivismo professionale sarà punito con la reclusione e severe ammende.

Il cambiamento in atto è un passo indispensabile affinché le competenze professionali avanzate vengano riconosciute dallo Stato. Sarà data più importanza al nostro codice deontologico, e l'Ordine dovrà essere in grado di tutelare la salute del cittadino facendo in modo che questo venga scrupolosamente rispettato.

Sarà possibile modificarlo e revisionarlo in maniera più semplice e dinamica, nel rispetto della professione e dei cittadini.

Avremo un ente più dinamico e al passo con i tempi, il seggio non sarà unico e per consentire una maggiore partecipazione alla vita dell'ente sarà possibile votare online. E' stato inserito il "vincolo di mandato" per gli organi interni.

Dirigenza Sanitaria del Ministero della Salute: si istituisce un unico livello del ruolo, si estendono ai dirigenti sanitari gli istituti giuridici ed economici previsti per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.



Come cambia l'organizzazione

Innanzitutto, come abbiamo già detto, cambia il nome: da Ipasvi si passerà a Fnopi (Federazione Nazionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche). Tra le novità c'è il fatto che finalmente si dice in maniera molto chiara che gli ordini non possono svolgere funzioni sindacali. Fondamentalmente c'è sempre stata questa ambiguità di base ed è giusto che sia ben specificato. Viene chiarito che gli ordini devono attenersi alle leggi regionali in materia di organizzazione del lavoro. Quindi c'è una netta divisione.

I collegi diventano ordini - Anche a livello provinciale e interprovinciale, ma si prevedono anche le federazioni regionali, oltre a quella nazionale ovviamente.

Quest'ultima sarà composta da 15 membri invece di 7 ed è prevista una quota rosa. Il mandato non durerà più tre anni ma quattro. Introdotto anche il vincolo di mandato. Si cambia anche per i revisori dei conti, che saranno scelti dall'albo.

Arriva il voto online - Cambiano le modalità di voto degli ordini. Si potrà votare anche in più sedi, pure in ospedale e anche online.

Per questa ultima modalità è prevista un'indicazione ministeriale che verrà presto emanata per chiarire tutte le modalità. Il presidente di seggio non sarà più il presidente uscente ma sarà scelto tra tre iscritti all'ordine selezionati a estrazione. Inoltre aumenta il quorum perché le votazioni siano valide.

Addio all'infermiere professionale - Viene finalmente dopo tante polemiche giuridicamente superato il titolo di infermiere professionale.

L'oss entra nell'area delle professioni socio sanitarie - Viene istituita l'area delle professioni socio sanitarie, dove vengono inseriti oss, assistenti sociali ed educatori professionali.

Essere nell'area socio sanitaria non vuol dire che gli oss diventano professionisti sanitari, rimangono oss, con il loro percorso formativo che hanno adesso e con le funzioni che hanno adesso. Quello che succederà in futuro dipenderà anche da noi.



Una riforma attesa da

Il provvedimento ammoderna, dopo 70 anni, la vita degli ordini professionali sanitari. In parlamento per un'intera legislatura. Esulta il ministro Lorenzin: «Sono orgogliosa per l'approvazione del Ddl che porta il mio nome perché s'introducono fondamentali novità per tutto il settore e perché si aggiunge un tassello importante al percorso di riforma del sistema».

di Dario De Martino

Il Ddl Lorenzin era in Parlamento da quasi 1.400 giorni. Ed è stato in forse fino all'ultimo istante nel calendario del Senato, ha infine trovato una finestra utile poco prima di Natale. Si tratta di una grande riforma della sanità, attesa da oltre un milione di professionisti, che prevede una delega al Governo su un ampio ventaglio di materie e una serie di novità normative direttamente applicabili. Il provvedimento ammoderna, dopo 70 anni, la vita degli ordini professionali e ne introduce di nuovi, coinvolgendo nella tutela ordinistica tutte le 22 professioni attualmente riconosciute. Con un'attenzione mirata su trasparenza, turnover e parità di genere. Si riconoscono nuove professioni (osteopati e chiropratici) e si introduce una cornice aperta e oggettiva per le professioni del futuro, con la possibilità di presentare una richiesta di riconoscimento anche da parte delle associazioni più rappresentative e con tempi certi per il percorso. Si inaspriscono le pene per l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie. Più tutele per i pazienti ricoverati in ospedali pubblici e privati: il provvedimento introduce infatti come circostanza aggravante per i reati contro la persona, il fatto che questi siano commessi in danno di persone ricoverate. Il testo interviene in modo importante sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali a uso umano e sui requisiti dei centri autorizzati, allineando l'Italia ai partner Ue, introducendo la medicina di genere e più attenzione alla pediatria nei trial e coinvolgendo le associazioni dei pazienti. Si rafforza la tutela dell'indipendenza delle sperimentazioni, con l'obiettivo di garantire l'assenza di conflitti d'interesse. Si stabilisce la brevettabilità dei risultati di ricerche non profit condotte in ambito pubblico (importante volano per partnership pubblico-privati) e si vara una riforma della farragginosa macchina dei comitati etici, dimezzandone il numero e creando un Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali presso l'Agenzia ita-



liana del farmaco, che assume nuovi importanti compiti.

Un traguardo politico trasversale - «Oggi è una giornata molto importante per la sanità italiana – ha detto a caldo il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** - e sono veramente orgogliosa dell'approvazione definitiva da parte del Senato del Ddl che porta il mio nome perché s'introducono fondamentali novità per tutto il settore e perché si aggiunge un nuovo tassello fondamentale al percorso di riforma del sistema. Questo ddl, che presentai quasi 5 anni fa ha avuto una gestazione lunghissima in Parlamento e introduce misure importantissime per la sanità e per 1 milione di persone che vi lavorano». In effetti si tratta di un provvedimento atteso da più di 12 anni. Giunto in porto a fine di una legislatura chiusa solo pochi giorni dopo l'approvazione. Si tratta, evidentemente di una delle grandi riforme di questa legislatura in campo sanitario. Una legge sulla salute che tocca tutti i cittadini italiani.

Novità per le professioni sanitarie - Si completa l'assetto normativo per tutte le 22 professioni sanitarie (per un totale di oltre 1,2 milioni di professionisti) ognuna delle quali avrà un ordine di riferimento. La legge approvata introduce tre nuovi ordini: per le professioni di infermiere, con 436.000 iscritti complessivi, pari al 64% del totale, per le ostetriche con 20.000 professioniste coinvolte (3%) e l'ultimo per i Tecnici di Radiologia con 28mila operatori, a cui si aggregano le altre 17 professioni, che così portano il totale a 160.000, pari al 24 per cento. Si apre inoltre la possibilità di istituire ex novo un Ordine specifico anche per i circa 65.000 Fisioterapisti, che sono il quasi il



1 mln di professionisti



10% del totale di 680 mila.

Più trasparenza nelle sperimentazioni cliniche - Il primo articolo del provvedimento è dedicato nello specifico alla sperimentazione clinica. Tra le principali novità criteri più stringenti per i centri autorizzati, che avranno l'obbligo di accreditamento, per qualsiasi fase di sperimentazione, con particolare riferimento alle sperimentazioni di fase I. Viene tutelata e rafforzata la sperimentazione in campo pediatrico e della medicina di genere. Più potere ai pazienti, che sono obbligatoriamente inclusi nelle fasi di valutazione e disegno delle sperimentazioni cliniche, con particolare attenzione alle malattie rare. Fari puntati – sulla scia del regolamento Ue 536/2014 che entrerà in vigore nel 2019 - su indipendenza dello sperimentatore, mancanza di conflitti di interesse e trasparenza sulle sperimentazioni cliniche, inclusi gli aspetti di natura finanziaria. Spazio quindi alle tutele ma anche alle semplificazioni da applicare a livello locale. Più facile, con le dovute garanzie, l'utilizzo dei campioni biologici ai fini sperimentali. Vengono poi introdotti meccanismi di ritorno economico rispetto alle attività di ricerca svolte per i centri sperimentali stessi e l'accademia, per valorizzarne ulteriormente il contributo alla ricerca.

Stop alla giungla dei comitati etici - Razionalizzata la macchina dei comitati etici. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge è istituito il centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati etici, con funzioni di coordinamento, monitoraggio e indirizzo per i comitati etici territoriali – elemento di novità rispetto alla situazione attuale. Il Centro di coordinamento sarà istituito presso l'AIFA e sarà composto

da un massimo di 15 membri nominati dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle associazioni dei pazienti. L'istituzione presso AIFA consente un adeguato coordinamento con l'autorità competente per le sperimentazioni cliniche per garantire un allineamento nelle fasi di valutazione ed il rispetto delle tempistiche previste dalla normativa, soprattutto quando sarà implementato il regolamento 536/2014. Il Centro di coordinamento potrà inoltre fornire supporto ai comitati etici su richiesta, per la valutazione degli aspetti etici delle sperimentazioni, come previsto dal Regolamento 536/2014. Lo stesso Centro di coordinamento, nell'ambito delle attività di monitoraggio, può segnalare al Ministero della salute i comitati etici territoriali inadempienti, suggerendone la revoca – anche questo è un elemento di assoluta novità, che colma un vuoto normativo. Arriva poi a opera del centro di coordinamento un modello con gli elementi minimi del contratto unico su base nazionale per le sperimentazioni cliniche. Viene infine introdotta una tariffa unica su base nazionale per le sperimentazioni, da definire nel rispetto dei criteri previsti dal Regolamento 536/2014, di concerto con Aifa. Entro 60 giorni dalla data in vigore della legge dovranno essere definiti i nuovi comitati etici territoriali, nel numero massimo di 40 (almeno uno per Regione). Previsto infine il riconoscimento di tre comitati etici a valenza nazionale, di cui uno riservato alla sperimentazione in ambito pediatrico.

Riordino della professione - Il Ddl stabilisce che la vigilanza su tali Professioni, e sui relativi ordini, passi dal ministero della Giustizia al ministero della Salute. Anche a tali ordini si applicheranno, dunque, le nuove disposizioni relative al funzionamento interno degli Ordini, modificati dal Ddl.

Disco rosso agli abusivi - Si interviene sul reato di esercizio abusivo della professione, per inserire un'aggravante quando il reato riguarda una professione sanitaria e per prevedere in tali ipotesi la confisca obbligatoria dei beni utilizzati per commettere il reato. E in particolare, quando si tratta di beni immobili, si dispone il loro trasferimento al patrimonio del comune ove sono siti, per essere destinati a finalità sociali e assistenziali.

Più tutele per le persone ricoverate - Viene aggiunta nel codice penale (art. 61) una circostanza aggravante per i reati contro la persona commessi in danno di pazienti ricoverati presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socioeducative.

Dirigenti sanitari del ministero della Salute - Si modifica la disciplina vigente relativa al ruolo della dirigenza sanitaria del ministero della Salute: da un lato, si istituisce un unico livello del ruolo, e dall'altro, ai dirigenti sanitari del Ministero si estendono gli istituti giuridici ed economici previsti per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.



Tutto ha inizio con la formazione universitaria



di Teresa Rea

Con l'approvazione del Ddl Lorenzin si può dire completato il percorso di professionalizzazione degli Infermieri italiani. Un percorso avviato più di vent'anni fa. Ora, al pari di tutte le altre professioni intellettuali, ci sarà una tutela ordinistica che favorirà non solo i professionisti, ma anche gli stessi cittadini. Detto questo, va ricordato che tutto ha inizio con l'avvio della formazione accademica.

E' con l'ingresso nell'Università che l'infermiere compie il primo importante passo

verso un sempre maggiore accreditamento professionale, ma anche sociale e relazionale.

A partire dai primi anni novanta la formazione degli Infermieri passa a livello Universitario e questo passaggio ha delle ricadute non solo di status e di immagine per la professione, ma muta profondamente il rapporto tra istituzione formativa e discente. I DM relativi all'emanazione dei profili professionali danno vita a livello normativo ad un rinnovamento radicale che culminerà in alcuni documenti legislativi che avvieranno una rivoluzione copernicana nella storia delle professioni in Italia. In questo senso, la legge 42/99 è una sorta di pietra miliare nel percorso di professionalizzazione, cancellando definitivamente la con-

dizione di ancillarità e ausiliarità dalla definizione delle professioni sanitarie non mediche. Individua un ambito di responsabilità che è definito dal percorso formativo, dal profilo professionale e dal codice deontologico. Il fatto che il Codice sia recepito all'interno di una legge vincola ora i professionisti a un'osservanza delle norme più cogente.

Ora gli infermieri sono parte di un ordine al pari di tante altre professioni intellettuali. E finalmente ci siamo tolti di torno quell'aggettivo "professionale" insopportabile per dei professionisti conclamati. Tutto ciò è un bene per la professione, ma anche per i cittadini e per l'intero sistema sanitario. Ma non dimentichiamo come ci siamo arrivati.

Cittadinanzattiva

Legge utile per sicurezza, accesso e personalizzazione delle cure

«La Legge approvata affronta aspetti importanti per la vita delle persone, innova il Servizio Sanitario Nazionale e rafforza il protagonismo dei cittadini pazienti nelle sperimentazioni cliniche». Queste le dichiarazioni di Tonino

Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva, in merito all'approvazione del Ddl Lorenzin. «La previsione dell'inasprimento delle sanzioni nel caso di esercizio abusivo della professione e dell'aggravante per i reati commessi nei confronti delle persone ricoverate rappresentano misure che possono contribuire ad una maggiore sicurezza delle cure e dell'assistenza. Sempre in materia di esercizio abusivo della professione bene la pubblicazione delle sentenze e la confisca dei beni utilizzati per commettere il reato. Ora è necessario che questi beni siano utilizzati e finalizzati per garantire un più alto livello di accesso, qualità, sicurezza, innovazione delle cure per i pazienti», ha detto Aceti. «Un altro importante passo in avanti è quello di aver riconosciuto il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nella definizione dei protocolli di ricerca, nella valutazione e autorizzazione delle sperimentazioni cliniche tra i criteri direttivi per l'esercizio della delega al Governo per la revisione della disciplina

in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano. Sempre in tema di sperimentazioni cliniche apprezziamo le misure di semplificazione, in particolare per gli adempimenti formali, e di promozione dell'informatizzazione delle procedure. Bene anche l'attività di coordinamento dei diversi comitati etici dislocati su territorio nazionale». «Tutte queste misure ci preparano alla scadenza di ottobre 2018 quando entrerà in vigore il nuovo Regolamento sulla sperimentazione clinica dei medicinali ed essere più competitivi nella ricerca nel panorama europeo», aggiunge Aceti. «La previsione della predisposizione di un Piano volto alla diffusione della medicina attenta alle differenze per sesso e genere (medicina di genere) è uno strumento in più - continua - per affrontare i temi dell'attenzione alle differenze e della riduzione delle disuguaglianze, sul quale però è importante lavorare subito coinvolgendo anche le organizzazioni civiche. Positiva infine la norma che estende da dieci a quaranta giorni il limite temporale entro il quale le strutture sanitarie e le assicurazioni devono comunicare agli operatori sanitari l'avvio del giudizio promosso dal danneggiato».

L'Ordine
informa

La Lista Carbone fa il pieno di voti

di Pippo Trio

Le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei conti. Superata la soglia dei tremila votanti. Decisa affermazione della lista "Noi siamo voi", guidata dal Presidente Ciro Carbone. Si riconferma alla guida dell'Ordine il gruppo dirigente uscente. Significativo il ricambio generazionale. Soddisfazione anche dall'opposizione.

"E' stata una bella competizione, corretta e civile. Insieme, le due liste che si sono contrapposte lealmente, hanno consentito di raggiungere un grande risultato, che fa molto bene alla professione e all'ordine professionale di Napoli: abbiamo portato al voto oltre 3mila iscritti. Numeri che, anche questa volta, si collocano tra i più alti d'Italia. Numeri che testimoniano un forte radicamento tra gli iscritti, soprattutto da parte del gruppo dirigente uscente. Da oggi, naturalmente, la competizione, leale e generosa va archiviata, e daremo vita come sempre ad un Consiglio direttivo rappresentativo di tutto il corpo professionale". Così il Presidente Ciro Carbone a conclusione di una lunga e faticosa maratona elettorale. Alla fine ha prevalso la lista "Noi siamo voi", guidata dal Presidente Ciro Carbone e composta da una buonissima parte di consiglieri e revisori uscenti. Non poche le new entry. Anche in questa tornata elettorale, Carbone ha voluto sottolineare il processo di rinnovamento inserendo in squadra facce nuove, ma soprattutto giovani leve. "La professione ha bisogno continuamente di rinnovarsi e di adeguarsi anche dal punto di vista generazionale ai nuovi bisogni e alle istanze degli iscritti", aveva detto Carbone ai giornalisti alla vigilia del voto. Un rinnovamento che ha pagato nell'urna. Insieme con il buon lavoro svolto nel triennio appena concluso. Gli infermieri hanno premiato sia l'impegno degli anni passati, sia il sensibile rinnovamento espresso. A parte il pieno di voti messo a segno dalla lista vincente, è da sottolineare la grande partecipazione al voto dimostrata dagli iscritti. "Ci siamo presentati con una squadra rinnovata, con com-

petenze diversificate, con grande voglia di fare e di mettersi in gioco", aveva detto Carbone alla vigilia del voto. E poi: "Rappresentiamo la continuità in tempo di forte destabilizzazione, ma allo stesso tempo innovazione e impegno. In più, abbiamo presentato un programma direi ambizioso e coraggioso insieme". Tra i punti programmatici figurano in particolare la stabilizzazione dei professionisti da ogni forma di precariato; la riduzione del fenomeno della migrazione professionale con impegno a creare i presupposti per un concorso unico regionale per infermieri e infermiere pediatriche e lo

scorrimento delle graduatorie di Mobilità Regionali ed Extraregionali; contrasto al demansionamento degli Infermieri; sostegno ai giovani infermieri, anche attraverso una quota associativa gratuita ai neo laureati a partire dall'A.A. 2017/2018; promuovere e sostenere la Ricerca infermieristica a tutti i livelli; sostenere e valorizzare l'attività libero professionale, contribuire a migliorare l'immagine sociale degli Infermieri; semplificazione amministrativa, possibilità di ricevere gratis i certificati a mezzo PEC; istituzione di premi e borse di studio.

Nonostante la sconfitta e la notevole distanza di preferenze tra le due liste, anche il gruppo "Ipasvi Napoli siamo noi", guidato da Marco Tesone e Vincenzo Signoriello si dice soddisfatto del risultato e dell'esperienza. "E' stato un grande risultato per tutti", dice Marco Tesone alla sua seconda candidatura all'ordine professionale. E aggiunge: "Rispetto alla passata esperienza, la lista ha visto più che raddoppiati i consensi, a testimonianza di un progressivo radicamento nella professione delle nostre posizioni. Ma il

successo più grande penso lo abbia ottenuto la professione stessa, con un'ampia partecipazione al voto e con una competizione leale e trasparente, mai stonata. La nostra lista ha portato al seggio elettorale tanti infermieri che non avevano mai preso parte alle elezioni. E questo è un bene per l'intero ordine professionale. Sul piano dei programmi, va detto che il Presidente Carbone ha promesso che alcune delle nostre proposte ritenute valide e utili saranno prese in considerazione. Se così sarà, sarà veramente quel presidente di tutti che ha detto di voler essere".



NOI SIAMO VOI

NAPOLI 15-16-17 OTTOBRE 2017
ELEZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
E DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI
TRIENNIO 2018-2020

CONSIGLIO DIRETTIVO

CARBONE	CIRO
ACUNZO	GIANCLAUDIO
AMATO	GUIDO
ARTIOLA	GAETANO
ASCIONE	GENNARO
CAPUANO	ANGELA
DE FALCO	GIUSEPPE
DE FALCO	VINCENZO
DE ROSA	GIOVANNI
GRECO	MARIAGRAZIA
LANZUISE	ANIELLO
OLIVIERI	ALESSANDRO
REA	TERESA
SANGES	GENNARO
VOLTURA	COSTANTINO

REVISORI DEI CONTI EFFETTIVI

NADDEI	MARIA
SARAIELLO	VINCENZO
TRIMARCO	LUIGI

REVISORE SUPPLENTE

ASCIONE	MARGHERITA
---------	------------

VOTA
LISTA COMPATTA

info:
orario votazioni dalle ore 7.00 alle ore 19.00
presso la sede del Collegio IPASVI
Via S. Maria di Costantinopoli, 27 - Napoli

f NOI SIAMO VOI

L'Ordine
informa

#NoiSiamoVoi#

Programma elettorale

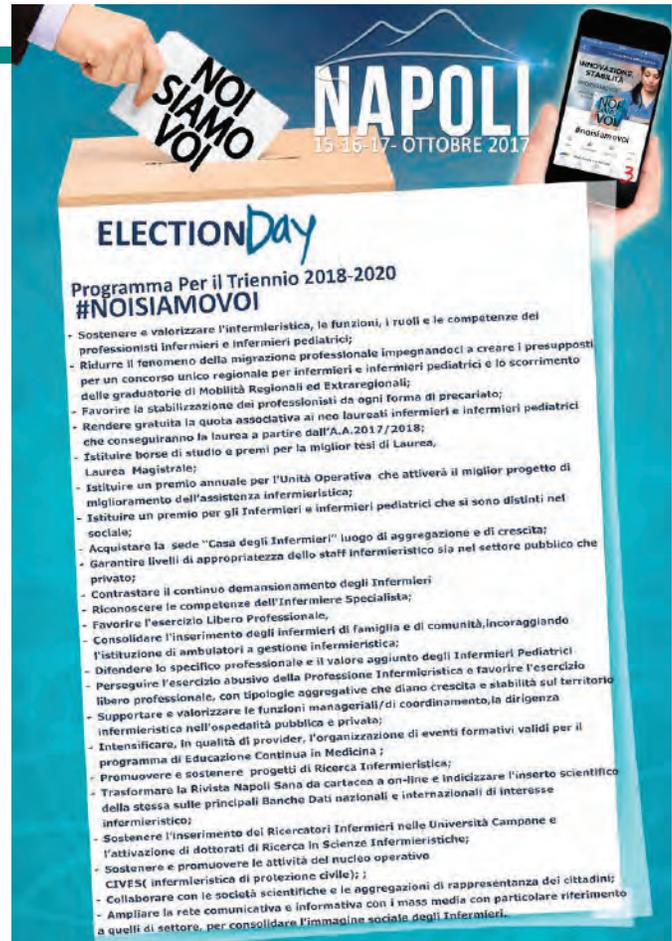
Premessa

I documenti, i convegni, la realizzazione del #NoiSiamoPronti 3.0 che ci ha visti protagonisti a Napoli con più di mille infermieri e studenti provenienti da tutt'Italia, il dibattito sui mass media, le riflessioni avviate con i numerosi stakeholders confermano che si è aperto per la nostra Regione un nuovo tempo: il tempo delle scelte.

E noi una scelta l'abbiamo fatta: quella di essere protagonisti del nostro futuro assumendo un ruolo più forte e di solida presenza dove si discute, si dibatte e si decide per la sanità, per la formazione, per le professioni, per il lavoro.

Con questo spirito ci candidiamo, impegnandoci per gli obiettivi che intendiamo perseguire e raggiungere nel triennio 2018/2020:

- Sostenere e valorizzare l'infermieristica, le funzioni, i ruoli e le competenze dei professionisti infermieri e infermiere pediatriche;
- Ridurre il fenomeno della migrazione professionale impegnandoci a creare i presupposti per un concorso unico regionale per infermieri e infermiere pediatriche e lo scorrimento delle graduatorie di Mobilità Regionali ed Extraregionali;
- Favorire la stabilizzazione dei professionisti da ogni forma di precariato;
- Rendere gratuita la quota associativa ai neo laureati infermieri e infermiere pediatriche che conseguiranno la laurea a partire dall'A.A. 2017/2018;
- Istituire borse di studio e premi per la miglior tesi di Laurea, Laurea Magistrale;
- Istituire un premio annuale per l'Unità Operativa che attiverà il miglior progetto di miglioramento dell'assistenza infermieristica;
- Istituire un premio per gli infermieri /infermiere pediatriche che si sono distinti nel sociale;
- Acquistare la sede "Casa degli Infermieri" luogo di aggregazione e di crescita;
- Garantire livelli di appropriatezza dello staff infermieristico sia nel settore pubblico che privato;
- Contrastare il continuo demansionamento degli Infermieri
- Riconoscere le competenze dell'Infermiere Specialista;
- Favorire l'esercizio Libero Professionale,



- Consolidare l'inserimento degli infermieri di famiglia e di comunità, incoraggiando l'istituzione di ambulatori a gestione infermieristica;
- Difendere lo specifico professionale e il valore aggiunto degli Infermieri Pediatrici
- Perseguire l'esercizio abusivo della Professione Infermieristica;
- Supportare e valorizzare le funzioni manageriali/di coordinamento, la dirigenza infermieristica nell'ospedalità pubblica e privata.;
- Intensificare, in qualità di pro vider, l'organizzazione di eventi formativi validi per il programma di Educazione Continua in Medicina;
- Promuovere e sostenere progetti di Ricerca Infermieristica;
- Trasformare la Rivista Napoli Sana da cartacea a on-line e indicizzare l'inserto scientifico della stessa sulle principali Banche Dati nazionali e internazionali di interesse infermieristico;
- Sostenere l'inserimento dei Ricercatori Infermieri nelle Università Campane e l'attivazione di dottorati di Ricerca in Scienze Infermieristiche;
- Sostenere e promuovere le attività del nucleo operativo CIVES (infermieristica di protezi - Collaborare con le società scientifiche e le aggregazioni di rappresentanza dei cittadini;
- Ampliare la rete comunicativa e informativa con i mass media con particolare riferimento a quelli di settore, per consolidare l'immagine sociale degli Infermieri.

L'Ordine
informa

Organismi regionali e interregionali Eletti **Ciro Carbone** e **Vita Spagnuolo**



Con il completamento delle elezioni per il rinnovo degli organismi dirigenti (Consiglio direttivo e Revisori dei conti) in tutti gli ordini professionali provinciali della Campania, si è proceduto anche al rinnovo delle cariche per i coordinamenti regionali e interregionali. In una riunione convocata ad hoc, i presidenti di Napoli, Salerno, Caserta, Benevento e Avellino hanno nominato **Ciro Carbone**, Presidente dell'Ordine di Napoli, coordinatore regionale.

“Ringrazio i colleghi presidenti di Salerno, Caserta, Benevento e Avellino per la stima e la fiducia accordatami con la nomina a coordinatore regionale. *“Con il passaggio da collegio a ordine professionale – ha detto Carbone – la nostra professione mette più benzina nel motore della professione.*”

Con il nuovo ordinamento interno, gli stessi organismi intermedi rivestiranno un ruolo decisivo e di primo piano nel rapporto con le Regioni.

Insieme, daremo senso e spessore a questo organismo che intende intervenire con proposte costruttive nelle future scelte di politiche sanitarie regionali, alle quali gli in-



fermieri intendono partecipare come protagonisti consapevoli e preparati, al pari di altre figure professionali”.

Nella stessa riunione, con i presidenti

degli ordini provinciali di Isernia/Campobasso e Matera, si è passati alla nomina del nuovo coordinatore interregionale e delle altre cariche.

E' stata eletta presidente **Vita Spagnuolo**, presidente dell'ordine degli infermieri di Matera.

A **Mariacristina Magnocavallo**, presidente di Isernia/Campobasso è andata la vice presidenza.

Al neo eletto presidente di Benevento, **Massimo Procaccini**, la carica di segretario.

Mentre quella di tesoriere è andata a **Rocco Cusano**, che riveste lo stesso incarico presso l'ordine provinciale di Avellino.

Papa Francesco riceve gli infermieri

Il giorno 3 marzo 2018 alle ore 12, presso l'Aula Paolo VI in Vaticano, Papa Francesco riceverà in udienza privata una delegazione degli infermieri guidata dalla Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. Per il Collegio di Napoli potranno partecipare 188 iscritti, oltre Consiglieri e Revisori. Come da informazioni pubblicate sul sito dell'Ordine dallo scorso 15 gennaio 2018, saranno accolte le prime 188 richieste di adesione pervenute.



Politica
Sanitaria

Infermiere di famiglia, pronto

Il programma di formazione promosso dalla Regione e coordinato dall'Ipasvi sarà sicuramente rinnovato. La conferma dall'assessore Marciani.

Antonella Ciaramella: *"Tanta attenzione verso i lavori di qualità".*
Rea: *"Più salute in Campania con l'assistenza sul territorio"*



un nuovo bando

di Gennaro Ascione

L'Europa rifinanzierà il progetto per formare l'infermiere di famiglia. Lo ha confermato l'assessore regionale alla Formazione, **Chiara Marciani**, nel corso del convegno ad hoc organizzato dall'Ordine degli infermieri di Napoli. L'incontro è servito a fare il punto sullo stato dell'arte del progetto a circa un anno dall'avvio e a rilanciare un'iniziativa che ha trovato positivi riscontri, sia tra i giovani infermieri, sia tra i medici in veste di tutor, sia nei rappresentanti delle istituzioni, rimasti favorevolmente colpiti dal forte interesse manifestato. Al momento, infatti, sono 25 gli infermieri già avviati al lavoro attraverso il progetto formativo regionale finanziato con fondi Por (Programma operativo regionale). Il progetto, vale la pena ricordarlo, è destinato a giovani laureati non occupati, sotto i 35 anni di età, ai quali viene offerta la possibilità di realizzare un percorso di studio e di apprendimento professionale prima di avviare un'attività in proprio. La durata massima del tirocinio è di sei mesi e viene concesso un contributo mensile di 500 euro.

Un plauso dai medici - Un progetto giudicato interessante e per il quale sono già state avanzate altre richieste. Tanto, che prim'ancora di aver concluso il primo ciclo, già si è pronti per una nuova edizione. *"L'ordine dei medici non ha fatto bene in questa vicenda così come hanno fatto gli infermieri"*, ha detto complimentandosi per l'iniziativa **Antonio D'Avino**, segretario dei medici pediatri di libera scelta e componente del gruppo di tutor del progetto *"Infermiere di Famiglia"*. Nella sala conferenze del Centro traumatologico di Napoli, erano presenti i giovani infermieri che hanno aderito all'iniziativa. Anche da loro un plauso e un apprezzamento: *"E' stata un'esperienza importante e altamente formativa di assistenza domiciliare, di come va fatta, delle metodiche e via dicendo. Conoscenze che non abbiamo appreso nel corso degli studi regolari. La stessa cosa vale per altre conoscenze: come mirare ad obiettivi educativi come la promozione dell'allattamento al seno e la lotta all'obesità infantile"*, hanno detto in un breve intervento le infermiere **Sara Moccia** e **Gabriella Cozzolino**. Anche gli altri giovani interessati alla seconda edizione del progetto erano in sala. Aspettavano con ansia che l'assessore confermasse il rinnovo per il prossimo anno. Non sono mancati i medici chiamati al compito di tutoraggio e poi l'assessore Chiara Marciani, la consigliera regionale **Antonella Ciaramella**, la vice presidente dell'Ordine degli infermieri di Napoli, **Teresa Rea** e chi scrive.

L'assistenza e il territorio - L'iniziativa presa dall'Ordine degli infermieri di Napoli si colloca sicuramente come un'importante novità nel panorama formativo nazionale. E assume maggiore significato soprattutto perché punta alla formazione di una professionalità di rilievo nel panorama sanitario e assistenziale del futuro. Con l'infermiere di famiglia si punta infatti a potenziare quell'assistenza ter-

ritoriale oggi assolutamente carente in Campania e che invece risulterà determinante per alleggerire l'incontrollata domanda di assistenza che oggi ingolfa i pronto soccorso degli ospedali campani e per quella continuità assistenziale tanto invocata nei processi terapeutici più attenti al paziente. Un concetto ripreso ampiamente dalla vicepresidente Teresa Rea nel suo interessante intervento: *"La qualità dell'assistenza sanitaria in Campania lascia molto a desiderare"*, ha detto subito la Rea senza mezzi termini. *"Eppure, ha aggiunto, formiamo giovani infermieri e medici ad altissimo livello. Da tempo abbiamo chiesto ai vertici sanitari della Regione Campania una maggiore attenzione verso il territorio per agire sugli stili di vita, sulla prevenzione, sulla continuità delle cure. Più prossimità di cura con il paziente vuol dire non solo evitare di ingolfare gli ospedali con ricoveri impropri e costosi, significa anche incentivare il ricorso alle vaccinazioni (anche influenzali, ma non solo); ridurre gli eventi sentinella; evitare crisi glicemiche; educare ad una corretta assunzione dei farmaci. Sono questi i motivi che hanno indotto l'ordine degli infermieri di Napoli a puntare su questa figura professionale emergente. Con la speranza che la sensibilità dimostrata dall'assessore regionale alla formazione Chiara Marciani la si possa riscontrare in futuro anche tra i responsabili della sanità regionale, dai quali ci aspettiamo ancora una maggiore attenzione al territorio e alla professione infermieristica nel suo complesso"*.

Il lavoro di qualità - La consigliera regionale Antonella Ciaramella, ha voluto con la sua presenza in aula confermare ancora una volta il suo particolare impegno politico nei confronti della professione infermieristica. *"Sono impegnata in modo particolare verso questa professione, ma soprattutto nel contribuire a creare e a valorizzare il lavoro nel suo complesso e il lavoro di qualità in maniera specifica. Quindi sono nel posto giusto. Oggi la sanità, prima ancora che altri settori della vita produttiva e sociale, offre queste possibilità. Tra gli obiettivi che questa consiliatura si è posta di raggiungere c'è sicuramente quello di disingolfare gli ospedali e incentivare l'assistenza sul territorio. Due risultati importanti: il miglioramento dell'offerta sanitaria e assistenziale e la creazione di nuovi posti di lavoro in Campania. Entrambi conseguibili attraverso l'obiettivo che vi siete posti e che state egregiamente portando avanti"*.

Gli infermieri i più interessati - L'intervento dell'assessore Chiara Marciani era il più atteso, soprattutto dagli aspiranti al nuovo corso di tirocinio. *"Una volta esauriti i quattro miliardi di euro che hanno finanziato la prima tranche d'iniziativa, il bando verrà sicuramente rinnovato"*. Era la conferma tanto attesa. Per gli infermieri ci saranno tante opportunità aggiuntive. La soglia dei 48 giovani avviati fissata inizialmente per questa professione, potrebbe essere superata grazie al fatto che altri ordini professionali hanno mostrato scarso interesse e perché non sono riusciti ad organizzarsi bene. Quindi più posti di quelli previsti per gli infermieri. E più velocità nell'evadere le richieste. *"Abbiamo avuto un'ingolfamento iniziale"* ammette l'assessore (evase più 500 domande tutte insieme). Ma poi rassicura: *"Chi presenta istanza oggi se la vede approvata in 15 giorni"*.

Politica Sanitaria

Nuova terapia intensiva al Santobono Pausilipon

Una struttura all'avanguardia, sia per le sofisticate tecnologie, sia per i criteri di presa in carico del paziente. Con la "terapia intensiva aperta" più spazio all'integrazione con la famiglia dei piccoli ricoverati, considerata parte integrante del percorso di cura del bambino.

di Angela Capuano*

Ha preso già a funzionare la nuova Terapia Intensiva Pediatrica dell'Aorn Santobono-Pausilipon, inaugurata pochi giorni prima di Natale.

L'innovativa struttura è tra le 23 terapie intensive pediatriche italiane, unica in Campania e nel meridione peninsulare, un'altra si trova in Sicilia.

All'inaugurazione erano presenti il Presidente della Regione Campania **Vincenzo De Luca**, **Enrico Coscioni**, autorità religiose e militari, oltre che tutti i vertici Aziendali: il Direttore Generale **Annamaria Minicucci**, il Direttore Sanitario **Rodolfo Conenna**, il Direttore Amministrativo **Giuseppe Gargiulo**, il Direttore del Servizio Infermieristico Aziendale, nonché Presidente Ordine Professioni Infermieristiche di Napoli, **Ciro Carbone**.

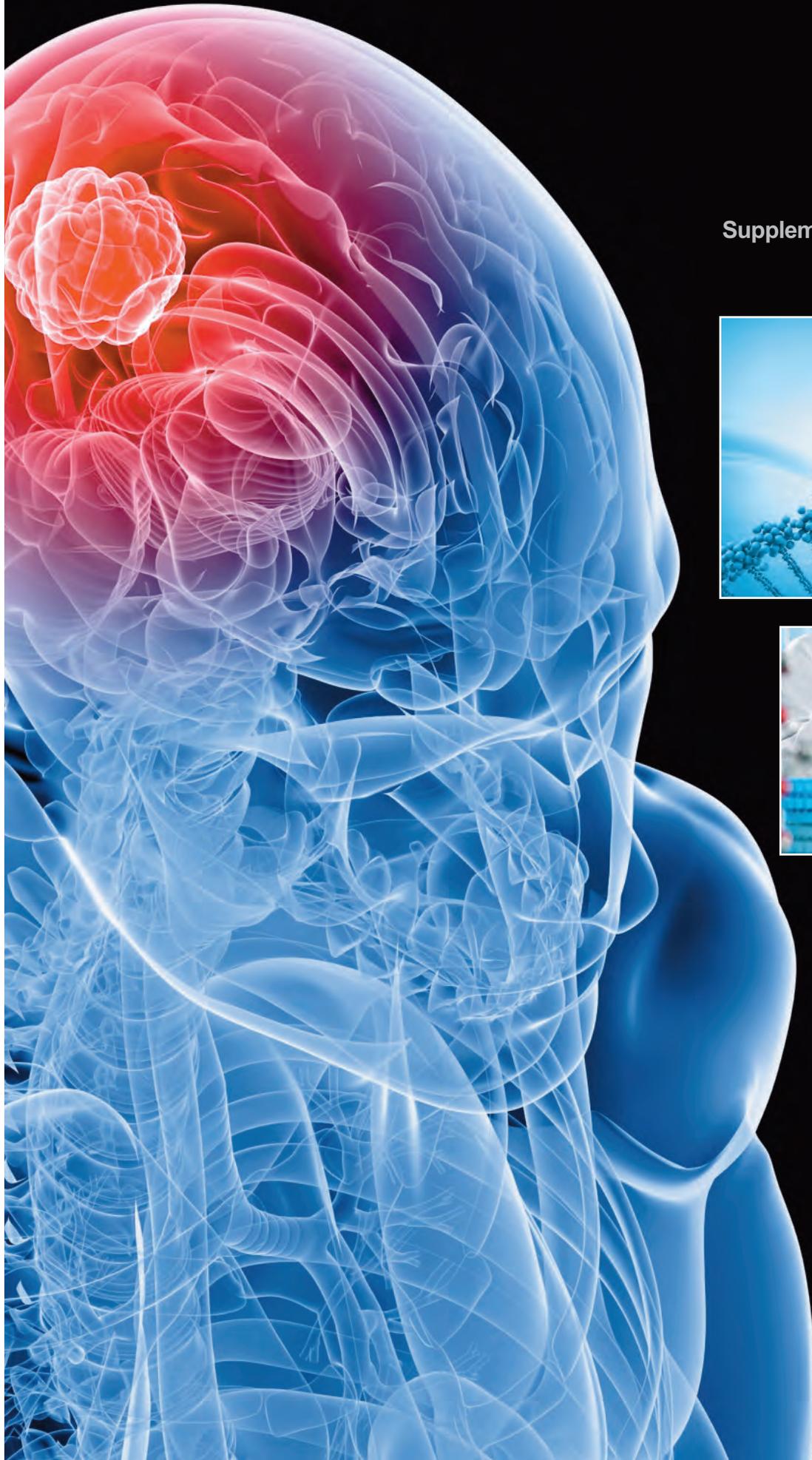
Questa nuova terapia intensiva è parte di un progetto innovativo, non solo dal punto di vista strutturale, ma risponde ai più moderni criteri di presa in carico del paziente che viene accompagnato nel percorso di cura complesso e articolato dalle fase intensiva alla neuroriabilitazione. La struttura si articola su 700 metri quadri. E' dotata di 17 posti letto, di cui 2 di isolamento e 2 di neuroriabilitazione. E' provvista di tecnologie di assoluta avanguardia: respiratori meccanici di ultima generazione; un ecografo wireless portatile utilizzabile con tablet, che consente di semplificare in modo assoluto le manovre di rianimazione; una sala per il telecontrollo a distanza dei bambini in assistenza domiciliare; un sistema di rilevazione del-



l'inquinamento acustico che si illumina al superare del valore dei 10 dB. La nuova Terapia Intensiva sarà una punta di diamante della sanità campana. In linea con quanto previsto dal progetto nazionale "Terapia intensiva aperta", richiamato nella proposta di legge 141/2017, essa sarà caratterizzata dalla forte integrazione con la famiglia del paziente, parte integrante del percorso di cura del bambino. La nuova Terapia Intensiva aprirà le porte ai genitori che potranno rimanere accanto al proprio bambino 24 ore su 24. Per coloro che provengono da fuori regione, sarà possibile fornire ospitalità in alloggi creati ad hoc all'interno della struttura stessa. Tutto

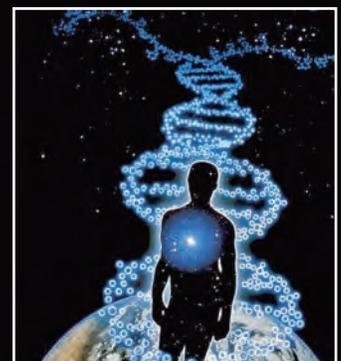
l'impianto organizzativo garantirà una migliore accoglienza e soprattutto l'umanizzazione della cura favorendo la continuità del legame bambino-famiglia, sottolineato da diversi studi scientifici che dimostrano che la ripresa clinica, gli indici di stress, l'ansia dei familiari migliorano se viene garantita la vicinanza tra il genitore e il bambino. L'apertura della Terapia Intensiva dell'AORN Santobono-Pausilipon mira, quindi, a coinvolgere e stimolare il gruppo famiglia nell'intero processo di cura attraverso l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra le famiglie dei piccoli pazienti e l'intera équipe medico/infermieristica.

*Coordinatrice
UOC Rianimazione e Neuroanestesia



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento Ricerca infermieristica

La violenza vista dagli infermieri di psichiatria: esperienza di un'indagine qualitativa

a cura di: Fabio Pisani*, Damiano Ottaiano*, Gennaro Scarfiglieri**,
Rosaria Maglione****, Marco Perrone***, Carmela Serio****

ABSTRACT

Introduzione: Oggigiorno assistiamo ad una costante escalation di episodi di violenza nei confronti dei professionisti della salute; sempre di più sono gli infermieri vittime di tali episodi. Vi è però una branca della medicina che sembra aver offuscato tale attenzione mediatica, ovvero sembra quasi che non se ne parli: la psichiatria. Eppure gli Infermieri dedicati all'assistenza di pazienti con patologie psichiatriche sembrano essere maggiormente esposti a tale tipo di violenza.

Metodo: indagine qualitativa basata sul metodo descrittivo interpretativo descritto da Thorne

Risultati: dall'analisi dei dati sono emersi i seguenti temi: la definizione di violenza (da cui si sviluppano i sottotemi di percezione del rischio e tendenza all'autodifesa da parte degli operatori), fattori che influenzano la gestione del paziente violento (ossia la condizione clinica del paziente, le skills degli operatori ed i fattori dell'organizzazione del SPDC), gli esiti dei fenomeni di violenza (a breve, medio e lungo termine) ed infine la richiesta di supporto.

Conclusioni: I fenomeni di violenza a danno degli operatori sanitari sono in costante aumento ma nell'ambito psichiatrico essi sono una costante che dai dati risulta fortemente sottostimata. La violenza di un paziente su un infermiere può avere differenti risvolti, da esiti puramente fisici, ad esiti che prendono in considerazione la sfera emotiva degli operatori. Comprendere appieno come gli episodi di violenza siano vissuti dagli infermieri permetterà la creazione di percorsi educativi mirati e darà importanti nozioni per l'elaborazione di corretti piani gestionali

INTRODUZIONE

La violenza sul posto di lavoro è intesa come qualsiasi "incidente di aggressività fisico, sessuale, verbale, emotivo o psicologico che si verifica quando gli infermieri sono abusati, minacciati o aggrediti in circostanze legate al loro lavoro"¹.

Il tipo di violenza che colpisce maggiormente gli operatori sanitari è quella proveniente dai pazienti e dai loro caregiver,

Da dati ISTAT¹¹, gli infortuni sul lavoro denunciati dalla Professione Infermieristica sono di 13.375 (non classificati per forma di accadimento), in diminuzione del 3,83% rispetto al 2014

Gli Infermieri dedicati all'assistenza di pazienti con patologie psichiatriche presentano, rispetto ai loro colleghi, un maggiore rischio di subire una violenza sul posto di lavoro³⁻⁴ ed infatti, per questa categoria, sono stati registrati i più alti tassi di segnalazioni seguenti a violenza dei pazienti²⁻⁵⁻⁶ (dal 25% all'80% degli infermieri che lavorano in servizi ospedalieri per pazienti psichiatrici in fase acuta riferisce di aver sperimentato fenomeni di violenza⁷⁻⁸).

Inoltre la stessa letteratura ipotizza un'importante sottostima di tali eventi⁶⁻⁷⁻⁹. L'esposizione a qualsiasi tipo di violenza, a breve o a lungo termine, può determinare effetti negativi per l'organizzazione generale e per gli infermieri¹⁰, effetti che si possono presentare sia nella sfera personale, sia professionale, oltre ad effetti negativi in termini economici, sociali e di qualità delle cure prestate¹¹. Per gli infermieri sono state riscontrate conseguenze di ordine psicologico e fisico.

Nella sfera psicologica rientrano: stress, insicurezza sul posto di lavoro, minor soddisfazione inerente la sfera lavorativa, maggiore incidenza a mobilità inerenti il luogo di lavoro e diminuzione della qualità di vita del professionista. La letteratura annovera anche dei risultati positivi, come una consapevolezza maggiore della inerente sicurezza sul lavoro ed un atteggiamento più positivo rispetto ai colleghi¹⁰.

Per ciò che riguarda la sfera fisica, sono state riportate lesioni e disabilità temporanee o permanenti¹⁰.

Tra le conseguenze riscontrate a livello organizzativo rientrano maggiori tassi di trasferimento del personale¹²⁻¹³, aumenti dei costi sociali legati agli infortuni sul lavoro, diminuzione della qualità delle cure per i pazienti ed inoltre elevati tassi di errori inerenti l'assistenza infermieristica e medica¹⁰⁻¹⁴⁻¹⁵.

Supplemento Ricerca infermieristica

Secondo la legislazione Italiana, gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari devono essere considerati come eventi sentinella e, di conseguenza, richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione³; infatti, all'interno del "Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005 – Dicembre 2012)", la Psichiatria è descritta come area ad alto rischio di atti di violenza a danno degli operatori e come quarta causa di evento avverso sul territorio nazionale (165 casi pari al 8,6%)¹⁶.

Nonostante l'importanza di tale fenomeno, poca attenzione è stata posta dalla letteratura e di numero esiguo sono gli studi che si avvicinano a questo argomento con un'impronta qualitativa, esplorando il vissuto, le emozioni e le conseguenze che tale evento può avere sugli infermieri.

1. OBIETTIVO

Scopo dello studio consiste nell'analisi della percezione, da parte degli infermieri, della violenza subita ad opera dei pazienti psichiatrici e i conseguenti esiti personali e professionali

2. MATERIALI E METODI

Lo studio vuole descrivere il vissuto degli infermieri psichiatrici inerente la violenza subita. Lo studio di ricerca qualitativa si basa sul metodo descrittivo interpretativo descritto da Thorne¹⁷. Tale metodologia ha permesso l'iniziale comprensione di come diversi modelli di assistenza e di organizzazione infermieristica possano influenzare la risposta di un infermiere al fenomeno della violenza¹⁷.

Lo studio è stato autorizzato dal Responsabile del Servizio dell'azienda. I soggetti partecipanti hanno ben compreso e firmato il modulo di consenso informato nel quale venivano spiegate le finalità dello studio e la metodologia di conduzione. Ogni soggetto era libero di rinunciare o ritirarsi in qualsiasi momento senza dover fornire alcuna spiegazione e senza che tale decisione influenzasse la sua vita professionale. Lo studio rispetta la dichiarazione di Helisnki¹⁸.

Il consenso informato, ai fini della partecipazione allo studio è stato sottoscritto da tutti i partecipanti immediatamente prima di

sottoporsi alla compilazione del questionario "anagrafico-professionale" e dell'intervista basata su un questionario semi-strutturato.

2.1 Campionamento

Lo studio è stato condotto nel contesto del SPDC (Servizio psichiatrico diagnosi e cura) afferente all'ASL Avellino, situato presso il P.O. "A. Landolfi" di Solofra (AV). Il campionamento è stato di tipo propositivo, e a far parte dello studio, sono stati ammessi solo coloro che soddisfavano i seguenti requisiti:

1. Personale Infermieristico Coinvolto in fenomeni di violenza da parte dei propri assistiti in ambito psichiatrico
2. Comprensione e firma del consenso informato
3. 5 (Cinque) Anni di esperienza minimi in ambito psichiatrico
4. Comprensione corretta della lingua italiana

Non sono stati presi in considerazione, ai fini dello studio, gli infermieri che rispondevano ai seguenti criteri di esclusione:

1. Personale infermieristico non coinvolto in fenomeni di violenza da parte dei propri assistiti in ambito psichiatrico
2. Assenza del Consenso Informato
3. Meno di 5 anni di esperienza in ambito psichiatrico

In tale studio è stata presa in considerazione la definizione di violenza data dalla "RegisteredNurses' Association of Ontario"¹⁹, poiché permette di analizzare il fenomeno attraverso una visione olistica.

Il campione si compone di 11 infermieri.

2.2 Strumento

I dati sono stati raccolti in un periodo di tre mesi nel 2017 (Giugno- Agosto) utilizzando una scheda anagrafico-professionale, per l'analisi della stratificazione del campione, e un'intervista audio-registrata, basata su un questionario semi-strutturato già presente in letteratura internazionale¹⁹, in pre-

senza del ricercatore principale, eseguita all'interno della struttura ospedaliera subito dopo la fine dell'orario lavorativo. La durata media delle interviste è di circa 25 minuti.

Quasi tutti gli intervistati, nonostante l'invito a descrivere gli incidenti più esplicativi della propria carriera professionale, hanno preferito soffermarsi durante l'intervista sulla descrizione di un unico incidente di violenza da parte dei pazienti in ambito psichiatrico avvenuto durante l'orario di lavoro. Solo un partecipante allo studio ha descritto più di un incidente.

2.3 Analisi dei dati

Le interviste, raccolte con audio-registrazione, sono state ascoltate e trascritte dal ricercatore principale. Durante le stesse l'intervistatore è stato attento ad analizzare la mimica dei partecipanti al fine di comprendere le emozioni che il ricordo poteva suscitare in essi. Le narrazioni raccolte sono state suddivise in schemi, raggruppandole secondo la domanda posta al partecipante.

In seguito attraverso un approccio selettivo e l'utilizzo di un metodo comparativo finalizzato al confronto tra i dati raccolti, sono state individuate le tematiche principali ed i legami con gli eventi narrati. I dati emersi sono stati costantemente rianalizzati durante lo svolgimento dello studio al fine di verificare che non vi siano stati cambiamenti in divenire nelle tematiche riscontrate.

Al fine di ottenere dei risultati che corrispondessero alla verità, il Primo Intervistatore durante lo svolgimento dello studio ha attuato una sospensione del proprio giudizio (bracketing) accantonando le proprie credenze e opinioni sulla tematica oggetto dello studio.

L'analisi dei dati è stata sottoposta ad un riesame da parte di altri ricercatori, non vi è stato alcun elemento di disaccordo. Non sono stati utilizzati software di analisi qualitativa dei dati.

3. Risultati

Il campione in esame è composto da infermieri che prestano servizio presso il SPDC afferente all'ASL Avellino e situato presso il P.O. di Solofra (AV) "A. Landolfi". Il servizio, come affermato dai partecipanti, offre 16 posti letto, di cui 2 riservati per pa-

continua da pagina 19

zienti provenienti dall'Alta Irpinia (territorio afferente all'ex ASL Avellino 1). Durante il turno di lavoro, viene affermato che sono presenti 3 unità infermieristiche ed 1 OSS che non è presente durante il turno di notte.

I partecipanti allo studio sono stati 11 (undici) (tab 1), dei quali 8 (otto) Maschi e soli 3 (tre) femmine, la fascia di età prevalente è 41-50 anni, con una media di anni lavorativi in ambito psichiatrico compresa tra 5-10 anni.

Fra gli infermieri che hanno acconsentito di partecipare allo studio, quattro avevano un Diploma di Istruzione secondaria di Secondo grado e lo stesso numero di Unità ha conseguito la Laurea Triennale: diversamente un infermiere ha conseguito il Diploma Universitario e due infermieri presentavano un titolo di Laurea Magistrale.

Nessun Infermiere partecipante allo studio ha conseguito un Master in "Infermieristica in Salute Mentale-Psichiatrica". Il 64% dei partecipanti ha affermato di aver partecipato a Corsi di Formazione specifici per la gestione dei pazienti ma non vi è stata "una formazione prima dell'immissione al servizio come fanno gli altri Paesi Europei". Tutti gli infermieri affermano che durante la gestione di eventi di violenza non sono stati utilizzati protocolli.

Dall'analisi dei dati si evince che 9 infermieri hanno subito violenza fisica durante la loro esperienza lavorativa svolta in ambito psichiatrico, 7 indicano di essere stati vittima di violenza verbale, un solo infermiere riferisce di aver subito violenze razziali e nessun infermiere ha indicato di esser stato vittima di violenze sessuali.

Durante le interviste, gli infermieri hanno descritto un totale di 12 eventi di violenza, concentrandosi su violenze fisiche che si sono presentate con uso di calci e pugni ma anche di oggetti, arredamenti contundenti (suppellettili ed arredamento) o armi (coltelli). Le violenze fisiche si sono presentate sempre in combinazione con violenza verbale che si è espressa attraverso minacce, insulti ed intimidazioni.

Il 58% dei casi ha interessato pazienti ricoverati in regime di TSO mentre la restante percentuale ha interessato pazienti indicati come stati di Urgenza; infine i pazienti che si ricoverano Volontariamente non sono responsabili di casi di violenza.

3.1 Temi

I temi e relativi sottotemi riscontrati a seguito dell'analisi dei dati sono i seguenti:

3.1.1 Definizione di violenza

Ognuno degli infermieri ha fornito una propria interpretazione di violenza nel paziente psichiatrico, anche se ciò non ha portato ad una definizione precisa di violenza:

"Una definizione universale di violenza credo non ci sia..." (infermiere 2)

"È indefinibile da un certo punto di vista, è indescrivibile" (infermiere 6).

Nelle interviste viene più volte ripetuto il concetto che "la violenza in un paziente psichiatrico non esiste" (infermiere 4) quindi "non puoi dire che il paziente è violento" (infermiere 11) ed anche se molti dei pazienti vengono ricoverati a causa di fenomeni di violenza che possono essere descritti come "un comportamento non adeguato, aggressivo, fuori le regole della società che può provocare danni sia morali che fisici alla persona con cui si interagisce" (infermiere 9): per la maggior parte degli infermieri ciò è un "sintomo, un segno" (infermiere 6) espressione di un "meccanismo di difesa" (infermiere 4). Tutti gli operatori convenivano che l'atto di violenza sia "uno stato transitorio" (infermiere 3) dovuto ad "un discontrollo [...] dei suoi impulsi" (infermiere 1). Solo 4 infermieri analizzano la causa che possa portare a manifestazioni di violenza da parte del paziente, ed essi affermano che sono differenti i fattori scatenanti la violenza come riferito da uno di essi:

"Se noi la vogliamo riportare ai livelli di violenza che possiamo vedere qui dentro, ci possiamo chiedere anche quale è la molla che fa partire la violenza. Fondamentalmente, secondo me, perché si arrivi alla violenza, c'è un mix, ci sono caratteristiche personali, c'è una patologia, che casomai può influenzare, c'è un momento. Queste tre caratteristiche bene o male fanno sì che una cosa possa succedere o no." (Infermiere 6)

> *Rischio intrinseco*

L'Analisi parallela delle interviste ha messo in luce come i fenomeni di violenza in ambiente psichiatrico costituiscano una routine, che inizialmente può avere un impatto emotivo sull'operatore, ma, con l'esperienza, tale impatto tende a scemare.

La violenza verbale non viene percepita, ma viene sminuita, non considerata un peri-

colo; di conseguenza gli intervistati non considerano tali episodi come eventi sentinella da segnalare alle autorità competenti.

Dalle interviste è emerso che anche la violenza fisica, dal momento che è considerata intrinseca al contesto in cui gli operatori prestano servizio, non sia stata mai segnalata come un evento sentinella, nonostante ne sia riconosciuto il potenziale pericolo:

"Un ambiente ad alto rischio di etero o auto-aggressività, deve mettere in conto certe cose, per forza," (Infermiere 6).

> *L'autodifesa degli operatori sanitari*

In tutti i casi osservati, l'infermiere, durante gli eventi di violenza, assume atteggiamenti tali da preservare la propria salute a scapito della cura dei pazienti. Ciò è stato affermato in modo estremistico dall'Infermiere 8 con le seguenti parole:

"Io dico sempre: "se l'aggio acchiappa l'acchiappo e se le devo dare le dò". Anzi, ci tengo a dire, nel periodo di violenza o momento di violenza, io dico sempre "Vita mia, morte tua", non si dovrebbe dire, ma visto che il paziente in quell'attimo non ha ragione, [...] quindi mi difendo alla meglio."

3.1.2 Fattori che influenzano la gestione del paziente violento

Dalle interviste sono emerse tre tipologie di fattori che incidono sulla corretta gestione del paziente violento: il paziente e la sua diagnosi, l'operatore e le sue skills ed infine l'organizzazione del servizio di assistenza.

> *La condizione clinica del paziente*

Dall'analisi e dal confronto delle interviste non emerge una tipologia particolare di paziente che possa essere etichettato come "violento". Tuttavia è stata riscontrata una certa riluttanza da parte degli intervistati a considerare "psichiatrici" i pazienti con disturbi di personalità (Cluster B) e quelli con dipendenza da sostanze stupefacenti. Da ciò è dipesa la separazione, da parte degli infermieri, tra il disagio mentale e l'atto violento, con una conseguente maggiore intolleranza di quest'ultimo^{***21}.

Esistono diverse motivazioni che spingono il paziente ad essere violento. La principale motivazione è la sofferenza al ricovero manifestata soprattutto nei pazienti in regime di TSO (58%), a cui si affiancano altre cause scatenanti come le allucinazioni. Solo in pochissimi casi non viene identificata una vera causa ciò è presente in quei pa-

Supplemento
Ricerca infermieristica

zienti con discontrollo degli impulsi.

Un solo infermiere ha preso in considerazione la valutazione della storia clinica del paziente al fine di prevenire fenomeni di violenza:

“Una cosa è avere a che fare con un paziente che ha avuto una colluttazione e una cosa è un paziente che puoi gestire diversamente, perché un paziente che con una collega ha avuto una colluttazione, tu verso quel paziente ti poni in una maniera diversa, come dicevo prima. Stai attento a non dar-

gli le spalle, stai attento a vari aspetti, però mai far capire al paziente che possa prendere il sopravvento su di te, sui colleghi e sul turno” (Infermiere 10)

Le skills degli operatori

La gestione dei pazienti violenti viene influenzata dai fattori individuali degli operatori, i quali durante gli scontri si trovano ad agire sul piano personale, non mettendo in atto le seppur scarse conoscenze acquisite.

Tutti gli infermieri affermano che la prevenzione primaria di un evento di violenza si basa sul dialogo con il paziente:

“Individualmente, rispetto alla situazione, poi dipende dalla singola situazione, si cerca indubbiamente di lavorare tutti insieme, con gli altri operatori, cercando di non toccare quei tasti che potrebbero far aumentare ancora di più il disagio del paziente e quindi mantenerlo sia ad una certa distanza ma facendogli anche capire che se è venuto per ricoverarsi per cercare di migliorare il suo stato morale magari, si cerca di far capire con il dialogo, nei limiti del possibile.” (Infermiere 2)

Differentemente viene condannato un approccio severo poiché aumenta il rischio che si verifichino fenomeni violenti:

“i fattori che possono incrementare il rischio di violenza, è soprattutto il fatto che per forza si vuole sopraffare il paziente, es-

Tabella 1

NOTE: Sesso (M: maschio; F: femmina); Istruzione (SS: diploma di scuola secondaria di secondo grado; DU: diploma universitario; LT: laurea triennale; LM: laurea Magistrale); Violenza (FIS: fisica; VER: verbale; RAZ: razziale; SES: sessuale); REGIME RICOVERO PAZIENTE (TSO: trattamento sanitario obbligatorio; URG: urgente; VOL: volontario)

	SESSO	ETA'	ISTRUZIONE	ESPERIENZA LAVORATIVA	ANNI DI SERVIZIO IN PSICHIATRIA	FREQUENZA CORSI DI FORMAZIONE	USO PROTOCOLLI	VIOLENZA SUBITA	ORARIO EVENTI	REGIME RICOVERO PAZIENTE
1	M	>50	SS	>10	>10	SI	NO	FIS	NN	TSO
2	M	41-50	SS	>10	>10	SI	NO	FIS-VER	7:01-13:00	URG
3	M	>50	SS	>10	>10	NO	NO	FIS-VER	7:01-13:00	TSO
4	M	41-50	DU	>10	5-10	SI	NO	VER	7:01-13:00	TSO
5	M	41-50	LM	>10	5-10	SI	NO	FIS-VER	13:01-18:00	URG
6	F	26-30	LM	6-10	5-10	SI	NO	FIS-VER	18:01-24:00	TSO
7	M	31-40	LT	6-10	5-10	NO	NO	FIS	NN	URG
8	F	>50	SS	>10	>10	SI	NO	FIS	00:01-07:00	URG
9	F	41-50	LT	>10	5-10	SI	NO	VER	18:01-24:00	TSO
10	M	31-40	LT	6-10	5-10	NO	NO	FIS	00:01-07:00	TSO
11	M	31-40	LT	6-10	5-10	NO	NO	FIS-VER-RAZ	13:01-18:00	TSO

serci una specie di competitività con il paziente nel senso che “io sono il più forte e tu il più debole, devi stare qua e fare quello che dico io”, anche se tu lo fai, anche se viene fatto, però non deve essere fatto in modo duro, che puoi far sì che il paziente già girato per i fatti suoi, e ti metti in competizione dicendo “ma chi si, ma chi non si”, questo può andare, anche se non lo fai, può succedere lo stesso che il paziente diventi violento, ma questo è un errore, secondo me, e in molti casi succedono colluttazioni per questo fatto qua. Una sorta di competitività con il paziente, perché io sono il più forte, tu sei nessuno perché stai in TSO, sei un pazzo scatenato e devi fare quello che dico io”. (Infermiere 10)

> I fattori dell'organizzazione del SPDC

L'organizzazione del SPDC assume per ogni infermiere il ruolo da protagonista sia nella prevenzione, sia nella gestione di pazienti violenti.

Collaborazione tra professionisti

L'elemento predominante è la comunicazione, intesa sia all'interno dell'equipe sanitaria, sia tra quest'ultima ed i servizi di emergenza territoriali.

Nelle interviste è sottolineata la necessità della presenza del medico all'interno del reparto per favorire l'arginazione degli eventi avversi:

“Non è corretto che i medici siano fuori dal reparto, [...] perché anche il medico stando di fuori non vive il vero e proprio paziente, lo viviamo noi, perché siamo noi a contatto con il paziente tutte e 6 ore, tutte e 12 ore, ma il medico lo vede solo se ha un colloquio o se viene informato da noi, oppure se viene in reparto a fare un giro, ma il vero e proprio contatto con il paziente lo abbiamo noi, sta più con noi che con loro. Secondo me stando in reparto, il medico potrebbe valutare di più anche in alcuni casi dove la violenza del paziente prima che accada, perché lo vede.” (Infermiere 11)

ASSENZA DI PROTOCOLLI

La mancanza di protocolli segnalata dagli intervistati comporta inevitabilmente “Un'Improvvisazione dell'assistenza” (Infermiere 1) e l'assenza di una reale consapevolezza dell'attività svolta:

“Il rischio di violenza è aumentato da una disorganizzazione generale e anche da una disorganizzazione interna: quando un ambiente di lavoro è disgregato si è esposti più a rischio, quando un ambiente è compatto il rischio diminuisce.” (Infermiere 6)

È emerso inoltre il bisogno di avere in servizio un numero adeguato di unità infermieristiche ed il bisogno della presenza di presidi adeguati per lo svolgimento delle attività in sicurezza.

continua da pagina 21

3.1.3 Gli esiti dei fenomeni di violenza

Gli infermieri che hanno partecipato allo studio, durante l'intervista, hanno espresso delle reazioni all'evento traumatico simili tra loro.

A BREVE TERMINE

Inizialmente, nello specifico durante l'evento, non sono state descritte delle vere e proprie emozioni come viene affermato:

"Hai scariche adrenaliniche" (Infermiere 1)

"Non si provano emozioni, si cerca di fare quello che si deve fare, non è che ti emozioni, altrimenti sei fregato" (Infermiere 4)

"Non ho provato nessuna emozione, non è stato stressante: perché è il mio modo di essere. Quando lavoro in SPDC sono privo di emozioni soprattutto in questi tipi di situazioni" (Infermiere 3)

"In questi ambienti l'operatore deve comunque montarsi una testa, avere una forma mentis, [...] la cosa difficile in psichiatria è staccare la paura, perché altrimenti non ti rapporti più alla persona per prestarle aiuto, ma stai attento alla persona, ma non valuti bene la cosa. [...] gestire le cose con emozioni che alla fine ti mette nel rischio" (Infermiere 6).

In questi casi gli operatori hanno affermato che non vi è una vera e propria preparazione in queste situazioni, ma il tutto viene influenzato dal carattere della persona. Il bisogno comune espresso è quello di gestire l'evento affinché non ci siano traumi per gli operatori, il paziente stesso o gli altri pazienti che possono essere coinvolti nella colluttazione, al meglio espresso dall'Infermiere 11:

"A caldo penso solo a mettere in sicurezza il paziente e di non avere la peggio [...] un vero e proprio impatto in quel momento tu non lo puoi avere, perché in quel momento tu non pensi a nient'altro che a salvaguardare l'ambiente la salute tua e dello stesso paziente, non c'è un impatto vero e proprio perché tu in quel momento non hai il momento di pensare, in verità."

Appena dopo l'evento, alcuni intervistati hanno riferito di aver provato emozioni quali paura e rabbia (effetti a breve termine), come descritto dall'Infermiere 9:

"Dopo bloccato il paziente e messo in sicurezza con contenzione chimica e contenzione meccanica, forse allora mi è venuta la paura, cioè la paura che qualcosa poteva

sfuggire dal controllo, ci potevamo fare del male, la paura e probabilmente anche la rabbia; perché un infermiere non è preparato a subire violenza quando va sul posto di lavoro."

Alcuni infermieri hanno espresso un senso di inadeguatezza all'ambiente, che può portare ad un risentimento emotivo con "Stanchezza Mentale" (Infermiere 9) e quindi aumentare il rischio di Burn out, che maggiormente si verifica nelle helping professions.²²

A seguito degli eventi, alcuni professionisti si sono interrogati in merito a ciò che hanno vissuto ed a come hanno reagito. L'Infermiere 10 ha affermato:

"L'impatto immediato è "ma dove so capitato?", perché non ero preparato ad affrontare questa tipologia di paziente, disorientato, diciamo preso alla sprovvista, perché a non avevo mai affrontato una situazione del genere":

ed anche l'Infermiere 7 ha precisato:

"Prima di tutto, quando hai subito violenza, un po' di riposo e un po' di riflessione, in che senso. Quando hai subito violenza, "ho agito bene o ho agito male?" una domanda te la devi fare. "Ho sbagliato oppure potevo fare quest'altra cosa", puoi chiedere al medico in quel momento cosa ho fatto perché ha reagito in quel modo il paziente e come mi sono mosso."

A MEDIO TERMINE

A medio termine, gli eventi di violenza hanno avuto dei differenti risvolti sui diversi infermieri. Da alcuni è stata segnalata difficoltà a riprendere la quotidiana attività ed il rapporto con i pazienti, situazione che si è tradotta in "maggiore cautela nell'approccio con il paziente" (Infermiere 2), come testimoniato dall'Infermiere 6:

"Ma quando sono rientrato a lavoro, ho avuto una sensazione di timore, ho avuto una sensazione di difficoltà nel riprendere il rapporto con i pazienti"

Per altri infermieri l'evento è stato vissuto come un'esperienza utile ad identificare i segnali su cui porre l'attenzione al fine di evitare il ripetersi di episodi del genere:

"Prima di arrivare alla violenza fisica comunque si percepiscono i momenti quando il paziente comincia ad alterarsi" (Infermiere 9).

Tuttavia, come testimoniato dagli infermieri 5 e 6, non sono rari i casi in cui un episodio violento non sia preceduto da avvisaglie.

A differenza della violenza fisica, quella verbale non viene percepita come tale e di conseguenza gli intervistati non riferiscono di aver subito traumi psicologici in relazione ad essa.

A LUNGO TERMINE

In generale, non sono stati riferiti traumi a lungo termine a seguito dei casi di violenza sia fisica che verbale e tantomeno è stato inficiato il corretto svolgimento dell'attività assistenziale da parte degli infermieri. Ciò è dovuto al fatto che, all'interno del contesto analizzato, gli atti violenti sono considerati parte della routine:

"Per esempio, subisci uno schiaffo o un'aggressione, però capisci che è ammalato, là per là e passa, [...] è sempre un ammalato che ti aggredisce sia verbalmente, sia fisicamente. Quindi, dopodiché tu dando la terapia, si calma, ti chiede scusa, tu non è che gli dai tanto peso, se no qua dentro non puoi lavorare. Se ne risenti allora vuol dire che non è il tuo ambiente, perché l'ammalato questo è, questo è un pronto soccorso, quindi ti arrivano tutti casi sempre un po' agitati e quindi ammalati violenti e puoi prendere uno schiaffo" (Infermiere 7);

"Quando succedono questi eventi ognuno di noi, purtroppo, ha subito un trauma, pure psicologico, Però il trauma passa perché hai capito che, il paziente che ha commesso questo evento in quel momento non era lui ma bensì poteva essere pure un'altra persona, aveva qualche sdoppiamento di personalità.

Allora alla fine succede questo: quando succedono queste anomalie, uno deve pure mediare e capire le problematiche del paziente. Il paziente in quel momento se è cosciente può essere che ti venga a chiedere scusa oppure viceversa si accorge dell'errore, in un altro momento il paziente può non essere cosciente del comportamento." (Infermiere 5)

3.1.4 La richiesta di supporto

Tutti gli intervistati hanno manifestato il bisogno, dopo l'evento traumatico, di supporto psicologico e di partecipare ad audit in

Supplemento Ricerca infermieristica

modo tale da discutere l'accaduto e prevenire futuri incidenti.

“la possibilità di un colloquio con il medico per cercare di spiegare all'infermiere a che cosa è dovuta la colluttazione, quali potrebbero essere stati gli errori commessi dal medico, dall'infermiere nella gestione del paziente. Tentare di rassicurare l'infermiere che, si farà tutto il possibile che la prossima volta non succederà. Però sarà possibile, si sa che siamo a rischio di violenza però crescendo professionalmente spiegando la situazione”(Infermiere 9)

“...un supporto psicologico, su questo in note generale, perché purtroppo in ambiente sanitario, e anche nel nostro ambiente perché generalmente pure siamo messi a rischio, ci sarebbe bisogno di un aiuto istituzionalizzato cioè l'ASL ha un pull di psicologi e psichiatri, dove nel quale l'operatore ha bisogno si può chiaramente rivolgersi. Perché non è facile lavorare con la sofferenza degli altri, ma è possibile che ad un certo punto la persona distorce il pensiero, a non gestire più la sua sofferenza rispetto alla sofferenza che gli altri gli portavano”(Infermiere 6)

4. Discussione

Scopo dello studio è stato quello di indagare come gli infermieri, operanti in ambito psichiatrico, vivano gli episodi di violenza dei quali siano stati vittime, con l'obiettivo di analizzare quali siano i fattori che influenzano la gestione del paziente violento.

Dall'analisi dei dati raccolti non è stato possibile trarre una vera e propria definizione di Violenza unanimemente riconosciuta dai soggetti intervistati: le idee espresse sono state variegata, ma tutte sono accumulate da una tolleranza nei confronti dei pazienti. Infatti la violenza viene considerata come un'azione difensiva che il paziente manifesta e non riesce a controllarla. Tutti i partecipanti allo studio hanno sempre affermato che tale violenza non dipende dalla loro volontà.

Tali definizioni vanno a confermare i risultati ottenuti nella ricerca di Smith e Hart²³ ed anche quelli presentati dall'ultimo studio su tale tema di Stevenson²⁴. In contrasto con questi risultati, però vi è una parte dei partecipanti che ha mostrato di sviluppare un'intolleranza verso la violenza

espressa in determinate categorie di pazienti, quali i tossicodipendenti e i Cluster B. Questi ultimi risultati vengono confermati da Jonker, Goossens, Steenhuis e Oud⁷, i quali affermano che gli infermieri percepiscono la violenza come inaccettabile, che inoltre non manifesta un bisogno di difesa ma espone ad alti rischi di danni il personale coinvolto. Ciò viene anche supportato dalla poca presenza in letteratura di forti evidenze che collegano tra loro la presenza di una patologia psichiatrica e l'espressione di caratteri di violenza²⁶⁻³¹.

Dallo studio emerge una tendenza allo sviluppo di esiti negativi dell'evento violento a medio termine, ossia al momento del rientro in servizio dell'infermiere. Questo dato non è confermato dalla letteratura per l'assenza di studi in riferimento a tale argomento.

Differentemente da quanto affermato da Malchior, Bours, Schmitz e Wittich¹⁹, lo studio riferisce l'assenza di effetti negativi a lungo termine (come strategie di coping negativo che, col tempo, possono portare al Burn Out) a vantaggio dello sviluppo di maggiore capacità di osservazione dei segni che precedono l'espressione di violenza.

L'ambiente lavorativo viene percepito come un costante rischio intrinseco accettato dagli infermieri intervistati, poiché inscindibile dal contesto lavorativo.

Significativa è la critica all'assistenza somministrata, che si traduce nel bisogno di introdurre protocolli secondo linee guida per prevenire e gestire le manifestazioni violente.

A conferma di quanto affermato dalla letteratura internazionale¹⁰⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸, gli incidenti di lavoro che coinvolgono i pazienti psichiatrici sono denunciati in minima parte, poiché considerati routine, quindi un rischio accettabile. Diversi studi dimostrano come questo atteggiamento sia presente anche in infermieristiche impiegati in altri reparti ed in diversi Paesi²⁹⁻³⁰⁻³¹.

CONCLUSIONI

I fenomeni di violenza a danno degli operatori sanitari sono in costante aumento ma nell'ambito psichiatrico essi sono una costante che dai dati risulta fortemente sottovalutata. La violenza di un paziente su un infermiere può avere differenti risvolti, da

esiti puramente fisici, ad esiti che prendono in considerazione la sfera emotiva degli operatori.

Questo studio mostra come gli infermieri che svolgono attività a contatto con pazienti psichiatrici siano maggiormente esposti a fenomeni di violenza. Consapevoli del rischio che si presenta come una caratteristica intrinseca all'ambiente psichiatrico, gli operatori non sviluppano segni di sofferenza né psicologicamente, né professionalmente conseguentemente ai fenomeni di violenza che li coinvolgono. Al contrario la continua esposizione a questo fenomeno ha temprato gli stessi, riuscendo a fargli acquisire quella capacità critica di riconoscere i segni che precedono gli acting-out aggressivi³².

Fondamentale per gli operatori è la presenza di un'adeguata organizzazione attraverso l'utilizzo di linee-guida e protocolli adattati al contesto specifico, la continua collaborazione di tutta l'équipe e l'utilizzo di presidi adeguati al fine di gestire i casi e diminuirne la frequenza. Importante, però, per gli stessi operatori è anche la fruizione di un supporto psicologico.

Punti di forza e limiti dello studio

Lo studio presenta delle limitazioni. Il campione preso in considerazione è un campione monocentrico. Un campione più ampio potrebbe includere una popolazione maggiormente variegata raggiungendo una diversificazione massima dei partecipanti, che potrebbe offrire nuovi spunti di riflessione.

Anche se il campione comprende solo 11 partecipanti, sono stati descritti eventi differenti che hanno permesso una migliore analisi e confronto dei vissuti degli infermieri. La diversità delle esperienze è un punto di forza dello studio poiché sottolinea l'importanza del problema ed evidenzia, al contempo, come i risultati ottenuti in riferimento alle conseguenze degli eventi di violenza siano stabili all'interno del campione considerato.

Infermiere*

**Studente L.M. Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Università degli Studi di Napoli Federico II

***Infermiere A.O.U. Federico II

****Ostetrica

continua da pagina 23

BIBLIOGRAFIA

1. RegisteredNurses' Association of Ontario. Best practice guideline: Preventing and managing violence in the workplace. Toronto; 2009
2. Istat: Infortuni sul lavoro definiti positivi per Anno evento; 2016
3. Arnetz J, Hamblin L, Essenmacher L, Upfal M, Ager J, Luborsky, M. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *J AdvNurs*. 2014.
4. Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J AdvNurs*; 1999;30:934-41. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01311.x
5. Ministero della Salute, "Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"; 2007.
6. Hesketh K, Duncan S, Estabrooks C, Reimer M, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*; 2003;63:311-21
7. Jonker E, Goossens P, Steenhuis I, Oud N. Patient aggression in clinical psychiatry: Perceptions of mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 2008;15:492-9
8. Moylan L, Cullinan M. Frequency of assaults and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 2011;18:526-34
9. Gates D, Gillespie G, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *NursEcon*; 2011;29:59-66.9
10. Pai H, Lee S. Riskfactors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J ClinNurs*; 2011;20:1405-12
11. Fabbri P, Gattafoni L., Morigi M.; Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari; *L'infermiere*; 2012; n.4
12. Owen C, Tarantello C, Jones M. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv*; 1998;49:1452-7
13. Kisa S. Turkish nurses' experience of verbal abuse at work. *ArchPsychiatrNurs*. 2008;22:200-7
14. Hoel H, Sparks K, Cooper C. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment: A report commissioned by the International Labour. Geneva: International Labour Organization; 2001.
15. Campbell J, Messing J, Kub J, Agnew J, Fitzgerald S, Fowler B, et al. Workplace violence: Prevalence and risk factors in the safeat work study. *Journal of Occupational Health and Environmental Medicine*; 2011;53:82-9
16. Ministero della Salute; "Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005 - Dicembre 2012)"; 2013
17. Thorne S. Interpretive Description. California: Left Coast Press, Inc.; 2008
18. World Medical Association; "Dichiarazione di Helsinki della World Medical Association: Principi etici per la ricerca biomedica che coinvolge gli esseri umani"; 2013; Volume 5: Issue 10: e1000059
19. Melchior M, Bours G, Schmitz P, Wittich Y. Burnout in psychiatric nursing: A meta-analysis of related variables. *J PsychiatrMentHealthNurs*. 1997;4:193-201
20. Kelly N. et al., Registered nurses' experience patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study, *BMC Nursing*; 2015: 14:35 DOI 10.1186/s12912-015-0079-5
21. American Psychiatric Association; DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta Edizione; 2014
22. Gabassi PG, Mazzon M. "Burn-out: 1974-1994, Venti anni di ricerche sullo stress degli operatori socio-sanitari"; 1995
23. Smith M, Hart G. Nurses' responses to patient anger: From disconnecting to connecting. *J AdvNurs*. 1994;20:643-51.
24. Stevenson et al., Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study, *BCM Nursing*; 2015:14:35 DOI 10.1186/s12912-015-0079-5
25. Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E, et al. Riskassessment: the MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press; 2001
26. Atkinson M. Not just part of the job. *Revolution: the Journal for RNs and Patient Advocacy*. 2005;6:18-23.
27. Lanza M, Zeiss R, Rierdan J. Violence against psychiatric nurses: Sensitive research as science and intervention. *Contemp Nurse*. 2006;21:71-84
28. Zuzelo P, Curran S, Zeserman M. Registered nurses' and behavioural health associates' responses to violent inpatient interactions on behavioural health units. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2012;18:112-26
29. Gerberich S, Church T, McGovern P, Hansen H, Nachreiner N, Geisser M, et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*. 2005;16:704-9.
30. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace - a factor in recruitment and retention. *J NursMan ag*. 2002;10:13-20.
31. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence to ward nurses, the work environment and patient outcomes. *J NursScholarsh*. 2009;42:13-22.
32. National Institute for Occupational Safety and Health. "Violence in the Workplace: risk factors and prevention strategies in Current intelligence bulletin. 57"; 1996: No. 96-100.

Le conoscenze in tema di prevenzione dell'osteoporosi ed intervento educativo nelle donne afferenti ad ambulatori di ginecologia: uno studio trasversale

a cura di

Rosa Guida*, Assunta Guillari**, Gianpaolo Gargiulo***, Carmela Serio****, Maria Rosaria Esposito *****

ABSTRACT

Introduzione:

In Italia circa 3,5 milioni di donne ed 1 milione di uomini sono affetti da osteoporosi. Si tratta di una condizione emergente a causa dell'invecchiamento della popolazione, che colpisce il 50% circa delle donne dopo i 70 anni, a seguito del sopraggiungere della menopausa e dei conseguenti cambiamenti fisici. E' stata riscontrata la necessità, da parte delle donne, di maggiori informazioni relative a questa patologia al fine di attuare valide strategie preventive, necessità la cui soddisfazione rientra nelle competenze infermieristiche avanzate.

Obiettivi:

Valutazione delle conoscenze relative alle strategie preventive e l'attuazione di interventi educativi finalizzati al loro miglioramento.

Materiali e metodi:

Il campione reclutato è costituito da pazienti afferenti agli ambulatori di Ginecologia presso due Aziende Sanitarie Locali in provincia di Napoli e Caserta, di età compresa tra i 40 ed i 70 anni alle quali è stato sottoposto un intervento preventivo finalizzato all'incremento delle conoscenze in merito all'osteoporosi, successivamente valutato attraverso l'ausilio di un questionario realizzato ad hoc sulla base dei dati raccolti in letteratura.

Risultati:

È emerso l'intervento educativo attuato, a cui hanno partecipato 54 donne, è stato ritenuto utile, sotto ogni suo aspetto, in buona percentuale.

Conclusioni:

Dallo studio si evince la necessità di realizzare interventi educativi finalizzati a favorire la prevenzione di questa patologia. L'esercizio di tali attività rientra tra le competenze infermieristiche e quindi la funzione educativa dell'infermiere ha assunto una valenza complementare della funzione assistenziale e di cura.

INTRODUZIONE

Si stima che in Italia ci siano oggi circa 3,5 milioni di donne ed 1 milione di uomini affetti da osteoporosi.

Come si evince dallo studio ESOP (Epidemiological Study on the Prevalence of Osteoporosis), condotto nell'anno 2000, la prevalenza di osteoporosi è del 22,8%, per le donne di 40-79 anni, e di quasi il 50%, per le donne di età superiore ai 70 anni. L'osteoporosi è pertanto da considerarsi come una condizione emergente a causa del progressivo e costante invecchiamento della popolazione.

L'incidenza di osteoporosi aumenta dopo i 70 anni nei maschi e già dai 50 anni di età nelle donne.

L'osteoporosi post-menopausale è tra le forme più frequenti della malattia.

La maggior parte delle persone sono ad alto rischio o che hanno una frattura da OP non vengono trattate in tempo utile e/o adeguatamente.

Per le donne il rischio di fratture è tra il 40-50% rispetto al 13-22% per gli uomini.

La causa principale dell'osteoporosi in menopausa è proprio la riduzione degli estrogeni che, in particolare, comporta un incremento del turnover osseo, con prevalenza della funzione osteoclastica, un minore assorbimento intestinale di calcio, con conseguente aumento del paratormone circolante, una ridotta liberazione di calcitonina endogena e un'interferenza con il metabolismo della vitamina D. In menopausa inoltre si possono verificare anche cambiamenti fisici nella donna, tra cui il più frequente è l'aumento del peso corporeo e della massa grassa.

In merito a questi ultimi, le donne infatti, preferiscono essere informate, ricevere una consulenza, ed coinvolte nelle decisioni rilevanti per la loro salute.

Per tale motivo, un punto importante per prevenire l'osteoporosi post-menopausale è proprio l'informazione accompagnata ad interventi per preservare la resistenza ossea, quali una dieta adeguata, con maggiore assunzione di frutta e verdura ed un sufficiente apporto di calcio, proteine e vitamina D, la cessazione dell'uso del tabacco, l'identificazione e il trattamento dell'alcolismo e il trattamento

continua da pagina 25

dei fattori di rischio per la caduta. -9 Il management degli interventi preventivi rientra nelle competenze infermieristiche avanzate, che sono integrate in percorsi assistenziali strutturati attraverso modelli organizzativi che favoriscono il coordinamento multiprofessionale e la continuità delle cure. Ogni donna, in particolare quelle in fase perimenopausale, dovrebbero ricevere sufficienti indicazioni per questa patologia definita "ladra di ossa". Da più studi della letteratura emerge l'importanza di un intervento educativo finalizzato ad attuare "strategie" per prevenire l'osteoporosi. Immediatamente e sei mesi dopo un intervento educativo, un gruppo di donne ha mostrato un aumento significativo nella conoscenza, nella sensibilità e gravità del problema, nei benefici e negli ostacoli percepiti, nell'auto-efficacia, nell'alimentazione e

nell'importanza a camminare. E' stato dimostrato un aumento delle conoscenze sulla prevenzione dell'osteoporosi con pre e post-test eseguiti immediatamente prima e dopo la sessione di informazioni.

La conoscenza è aumentata significativamente dopo l'intervento. I risultati mostrano l'efficacia del programma di un intervento e l'importanza di interventi educativi per migliorare i comportamenti di prevenzione dell'osteoporosi. Questo suggerisce che fornire messaggi facilmente accessibili alla comunità in generale può influenzare positivamente il cambiamento delle conoscenze sulla prevenzione dell'osteoporosi. Pertanto, per gli infermieri, iniziare a sensibilizzare le donne nella fase perimenopausale riguardo l'osteoporosi e i suoi effetti negativi, rappresenta un sistema attivo per farla conoscere e prevenire.

1.2 OBIETTIVI

Lo scopo di questo studio è la valutazione delle conoscenze sulla prevenzione dell'osteoporosi nella popolazione selezionata. Un ulteriore obiettivo è quello di migliorare, attraverso un supporto decisionale le conoscenze sulla prevenzione dell'osteoporosi. Infine, applicare un intervento educativo sulla base di evidenze scientifiche utile a migliorare la conoscenza e ridurre il rischio di osteoporosi.

1.3 MATERIALE E METODO

Studio trasversale, con un campione di convenienza costituito da pazienti afferenti agli ambulatori di Ginecologia presso due Aziende Sanitarie Locali in provincia di Napoli e Caserta. Il campione è stato selezionato in base età.

Sono state incluse nello studio le donne con età compresa tra i 40 e 70 anni.

Lo studio è indirizzato alle donne in fase perimenopausale. Ai responsabili delle ASL è stata presentata la richiesta per la raccolta dei dati nella quale oltre all'adesione allo studio, è stato indicato anche lo scopo. Lo studio è stato condotto in conformità ai principi etici della Dichiarazione di Helsinki. L'intervento è stato strutturato con un colloquio, fornendo informazioni verbali, supportate da elementi cartacei tra cui un opuscolo. Inoltre, è stato richiesto ai partecipanti, il consenso informato e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Alle partecipanti è stato somministrato un questionario, compilato in maniera anonima.

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003 sulla tutela dei dati personali, l'elaborazione dei dati è stata effettuata in forma aggregata e non ha determinato nessuna diffusione nominativa. La restituzione del questionario è

stata soltanto l'implicita accettazione dell'utilizzo dei dati. Dopo aver compilato il questionario, ogni paziente ha ricevuto un opuscolo informativo creato appositamente come fonte di supporto decisionale.

Una parte del campione è stata selezionata e sottoposta al DeFRA, un test di autovalutazione del rischio di fratture da fragilità ossea. Il Defra, elaborato dalla SIOMMMS - SIR (Società Italiana dell'Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro- Società Italiana di Reumatologia) ed utilizzato solo in Italia, rappresenta il corrispettivo FRAX. Di fatti, il metodo più utilizzato e, sviluppato dall'OMS per la valutazione del rischio di frattura ossea è proprio l'algoritmo FRAX.

Questo è uno strumento analitico che consente di valutare il rischio individuale di frattura dell'anca a dieci anni e fornisce importanti informazioni cliniche per stabilire la necessità di intervento terapeutico.

Pertanto DeFRA (valutazione del rischio di frattura derivata da FRAX®), in Italia è riconosciuto come uno strumento utile per stimare facilmente il rischio di frattura a lungo termine.

L'utilizzo di DeFRA consente di documentare in maniera oggettiva la gravità e il potenziale impatto dell'osteoporosi migliorando la percezione del rischio sia da parte del paziente che degli altri operatori sanitari. Proprio nelle donne con un'età superiore ai 50 anni, servendosi di un computer, è stato possibile calcolare in maniera soggettiva il rischio di fratture, il cui risultato è stato stampato e fornito alla donna, accompagnato da alcuni consigli (eseguire o meno una MOC o una visita specialistica) sulla base del calcolo del punteggio ottenuto dal sito ufficiale del Defra Test.

Per ogni partecipante è stato effettuato un intervento educativo, principalmente per quanto riguarda il ruolo del calcio e della vitamina D per la prevenzione dell'osteoporosi, con lo scopo di incitare le donne ad iniziare quanto prima metodi di prevenzione.

Gli items relativi all'intervento educativo sono stati:

- *Adeguato apporto di calcio*
- *Disponibilità di vitamina D*
- *Corretta alimentazione*
- *Attività fisica*
- *Cessazione fumo di sigaretta*
- *Evitare abuso di alcool*
- *Non eccedere nell'uso di caffeina*

Infine, è stato valutato l'intervento educativo. Infatti, è stato somministrato un questionario alle donne che effettuavano un secondo accesso all'ambulatorio per avere una stima dell'efficacia dell'intervento e della soddisfazione delle pazienti. Per la valutazione dell'intervento educativo è stata utilizzata la "Scala di accettabilità di un processo decisionale. "Acceptability test" si riferisce alla comprensibilità delle componenti di un processo decisionale, alla sua durata, alla quantità di informazioni, all'equilibrio nella presentazione delle informazioni ricevute.

1.3.1 Strumenti utilizzati: questionario, intervento educativo

- *Questionario*

Il questionario creato ad hoc è stato strutturato dopo un'accurata ricerca bibliografica e una revisione della letteratura.

In particolar modo il questionario è stato elaborato da uno studio eseguito in una comunità attraverso la somministrazione di un test prima di ricevere informazioni riguardo l'osteoporosi e lo stesso test somministrato

Supplemento Ricerca infermieristica

Tabella 1 Caratteristiche generali del campione (n.242)

	N	%
Età	52.5* (42-68)+	
Livello di istruzione		
Licenza elementare	52	21,5
Scuola media inferiore	110	45,5
Scuola media superiore	65	26,9
Laurea	15	6,2

Media Range+.

dopo aver ricevuto la sessione di informazioni.

Si compone di 10 item scaturiti dalle linee guida di prevenzione raccomandate dell'OA (Australian Osteoporosis) sull'osteoporosi. Il questionario è preceduto da una sezione dedicata alla raccolta di informazioni anagrafiche quali: età e livello di istruzione. E' suddiviso in due sezioni:

- **Conoscenze**
- **Informazioni**

Nella parte relativa alle conoscenze sull'osteoporosi sono presenti 14 domande a cui ogni donna deve rispondere con il relativo "Vero", "Falso", "Non so" in base alle proprie conoscenze. Queste domande riguardano i principali fattori di rischio per l'osteoporosi quali: abuso di alcool, fumo di sigaretta e un eccessivo consumo di sale nella dieta. Sono presenti anche domande relative alla prevenzione, l'importanza del calcio e della vitamina D, la loro fonte principale e il ruolo dell'attività fisica. Altri quesiti invece si basano sulla conoscenza generale dell'osteoporosi: se le fratture sono l'unica conseguenza, se colpisce anche gli uomini e la causa principale che determina l'osteoporosi post-menopausale. Mentre, nella sezione dedicata alle informazioni, è stato chiesto se già precedentemente avevano acquisito informazioni riguardo alla prevenzione dell'osteoporosi e da chi. Nell'ultima domanda si chiedeva la necessità di ulteriori informazioni. La somministrazione di ogni questionario è stata preceduta da una breve descrizione del motivo per cui è stato eseguito, così da avere un primo approccio con la paziente.

- **Opuscolo**

Come supporto decisionale, l'opuscolo ha

representato un modo efficace per avere un primo impatto sulla patologia e suscitare interesse nelle donne. Lo scopo dell'opuscolo era anche quello di lasciare alle pazienti in modo schematico, informazioni di prevenzione. Nella prima parte dell'opuscolo è stato definito il concetto di osteoporosi, il suo legame con la menopausa e le complicanze che può provocare quali, oltre alle fratture, crolli

vertebrali e alterazioni morfologiche. Sono stati indicati successivamente gli interventi su come prevenire l'osteoporosi quali: adeguata dieta, attività fisica, disponibilità di vitamina d, eliminazione di alcool, fumo di sigaretta ed eccesso di caffeina. Infine, sull'opuscolo era presente il test DeFra per la valutazione del rischio di frattura da fragilità, al quale, come precedentemente definito, sono state sottoposte le donne con un'età maggiore di 50 anni.

- **Intervento educativo**

L'intervento educativo è stato basato su un colloquio con la paziente finalizzato a supportare le decisioni da prendere e spiegarle i dell'opuscolo. Attraverso l'utilizzo di sistemi cartacei è stato possibile iniziare un'educazione relativa alle corrette abitudini per la salute delle ossa. In particolare il ruolo del calcio e della vitamina D.

Sono state fornite informazioni circa l'importanza della dieta, della riduzione del sale e delle proteine, in quanto determinano una riduzione del calcio e del suo assorbimento. Inoltre è stato presentato un test di autovalutazione di calcio, per determinare, in maniera approssimativa se la dieta è adeguata. Nella parte finale del foglio educativo, è presente la sezione "A tavola con il calcio" in cui vengono elencati alcuni cibi ricchi di calcio e la quantità di fabbisogno giornaliero per ogni età. Per le donne con un'età inferiore ai 50 anni sono indicati circa 800 mg di calcio, mentre per le donne in post-menopausa o con un'età superiore ai 50, si consiglia un apporto di calcio da 1200 a 1500 mg in assenza di terapia sostitutiva con estrogeni. Nel caso di terapia sostitutiva con estrogeni, il fabbisogno è uguale a quello degli anziani maschi

(1000 mg).

Un altro foglio educativo è stato realizzato per la vitamina D. Anche qui vengono definite le proprietà della vitamina D per la salute delle ossa. Questo ormone infatti permette l'assorbimento di calcio e fosforo per prevenire e risolvere l'osteopenia e l'osteoporosi. Specie in menopausa la vitamina D è un'alleata delle ossa e della linea. Il corpo produce vitamina D a seguito dell'esposizione al sole. Alle pazienti di questo studio, come per il calcio, è stato somministrato un breve test di autovalutazione della vitamina D derivante dall'esposizione a sole. E' stata chiesta la durata dell'esposizione al sole giornaliera che, per avere una sufficiente produzione di vitamina D, deve superare i 40 minuti. Nelle persone sopra i 65 anni è frequente una condizione di carenza di vitamina D, specie nei mesi invernali, a causa della riduzione della capacità della pelle di produrre vitamina D.

- **Valutazione intervento educativo**

La valutazione dell'intervento è stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario, in cui le pazienti dovevano indicare le loro opinioni. Il test "Acceptability" (of a decision aid) "è riconosciuto dall'Ottawa Hospital utilizzato per Patient decision aid. Prima sono state esaminate diverse sezioni quali: l'impatto sull'osteoporosi, i fattori di rischio, l'informazione sull'autocura e gli interventi per la prevenzione. Ad ognuna è stato associato un valore indicato con "Mediocre", "Sufficiente", "Buono" o "Eccellente". Sono state valutate anche le caratteristiche del lavoro, la quantità delle informazioni, la lunghezza della presentazione, i pareri riguardo ai test di autovalutazione e se il supporto decisionale si è ritenuto utile.

1.4 RISULTATI

Il campione dello studio è costituito da 242 pazienti in fase perimenopausale. Le donne partecipanti hanno un'età media di 52.5 anni con un range compreso tra i 42 ai 68 anni. Nella seguente tabella sono riportate le caratteristiche generali del campione. (Tabella 1)

Nella prima parte del questionario sono presenti informazioni anagrafiche come l'età e il livello di istruzione. I risultati della Tabella 1 mostrano che, una buona parte delle partecipanti ha un diploma di scuola media inferiore (il 45,5%), 65 pazienti hanno con-

continua da pagina 27

N

seguito un diploma di scuola media superiore con il 26,9%, mentre 52 donne, con una percentuale minore di 21,5% ha una licenza elementare. Soltanto 15 pazienti che corrispondono al 6,2% del campione totale ha conseguito una laurea. Il livello di istruzione può essere utile per valutare eventuali differenze di conoscenze tra le differenti pazienti.

Nella **Tabella 2** sono presenti tutti i risultati corretti di ogni singola domanda.

Dai risultati in Tabella 2 si evince come le donne siano più preparate riguardo determinati quesiti e meno rispetto ad altri. Per esempio 227 donne, con un totale di 93,8% sa che per la salute delle ossa è importante praticare regolarmente attività fisica. Anche riguardo ai principali fattori di rischio per l'osteoporosi, le donne risultano piuttosto informate. Difatti, il 78,9% conosce l'importanza di evitare lunghi periodi in posizione seduta e come l'attività sportiva aiuti a formare le ossa più forti. Sono a conoscenza del fatto che il fumo e l'alcool danneggiano la salute delle ossa, rispondendo in maniera corretta, rispettivamente con una percentuale dell'86,8% con 210 pazienti e del 78,5% con 190 pazienti. L'81% sa del calcio nella dieta e su come una ridotto apporto di calcio può aumentare il rischio di osteoporosi; una percentuale minore del 63,3% sa che si dovrebbero includere più porzioni di calcio nella dieta. solo il 47,9% conosce l'influenza del sale nel ridurre l'assorbimento del calcio.

In merito ai sintomi che si possono avere nell'osteoporosi, il 64,4% ha specificato come le persone possano sentire le loro ossa più deboli. Il 61,6% sa che per l'osteoporosi post-menopausale la causa principale è la riduzione di estrogeni e il 72,7% è al corrente che l'osteoporosi colpisce anche gli uomini, seppur con frequenza minore. Per quanto riguarda le conseguenze dell'osteoporosi, sul quesito "l'osteoporosi può provocare solo fratture", meno della metà del campione ha risposto correttamente con una percentuale del 42,1%. Infine, le pazienti presentano una scarsa conoscenza sull'importanza della vitamina D. Il 39,7% afferma che il corpo ha bisogno di vitamina D per l'assorbimento del calcio e solo il 39,3% sa che il cibo non è principale fonte di vitamina D.

La seconda sezione del questionario riguarda le informazioni. Si è ritenuto opportuno conoscere le fonti delle informazioni

prima di ricevere l'intervento educativo. Nella Tabella 3 si evince che il 28,1% è stato informato dal medico di medicina generale, il 16,1% ha acquisito informazioni tramite internet, solo il 14% ha ricevuto prima dello studio informazioni da un infermiere e il restante 8,7% da altre fonti quali colleghi o riviste. Ma, il 33,1% non ha mai ricevuto informazioni a riguardo. In questo spazio dedicato alle informazioni, un dato rilevante è il bisogno di ricevere ulteriori informazioni; l'88% ha bisogno di ulteriori informazioni rispetto al 12% del campione (**Grafico 1**).

Inoltre il 96,5% ha trovato le informazioni dell'opuscolo utili e solo per il 2,5% non è stato così. Il 59,7% del campione totale è stato sottoposto al DeFRA test per la valutazione del rischio di frattura da fragilità ossea. Come si evince dalla tabella 4, le donne con un'età inferiore ai 50 anni e che non hanno ricevuto la valutazione del rischio sono 97 e rappresentano il 40,3% del totale. Rispetto al campione totale, le donne con un rischio basso sono il 16,2%, quelle con rischio intermedio sono il 34,4% e il 9,1% ha un rischio elevato. Le percentuali calcolate rispetto al campione selezionato per il DeFRA sono riportate nel **Grafico 2**. (15% con un rischio elevato, il 27% con un rischio basso e 58% ha un rischio intermedio).

In ultima analisi, sono stati calcolati i risultati della valutazione dell'intervento educativo eseguita in 54 donne. Nella **Tabella 5** sono espressi i risultati per ogni singola sezione dell'intervento. L'impatto dell'intervento sull'osteoporosi è stato mediocre solo nel 5,6%, eccellente nell'11%, sufficiente nel

Tabella 2 Corrette conoscenze del campione

	Risposta	
	corretta	
	n	%
Una dieta a basso contenuto di calcio aumenta il rischio di osteoporosi	196	81
Si dovrebbero includere 3-5 porzioni di alimenti ricchi di calcio nella nostra dieta quotidiana	154	63,6
Il cibo è la principale fonte di vitamina D	95	39,3
Il corpo ha bisogno di vitamina D per aiutare ad assorbire il calcio	96	39,7
L'abuso di alcool è dannoso per le ossa	190	78,5
L'attività sportiva come il nuoto e ginnastica possono aiutare a formare le ossa forti	191	78,9
Le persone affette da osteoporosi possono sentire le loro ossa deboli	156	64,5
Lunghi periodi in posizione seduta sono utili per la resistenza ossea	191	78,9
Il fumo di sigaretta danneggia le ossa	210	86,8
L'osteoporosi può colpire anche gli uomini	176	72,7
Il sale riduce l'assorbimento del calcio	116	47,9
L'osteoporosi può provocare solo fratture	102	42,1
La diminuzione di estrogeni è la causa principale dell'osteoporosi post-menopausale	149	61,6
Per la salute delle ossa è importante praticare regolarmente attività Fisica	227	93,8

27,8 e il 55,7% lo ha ritenuto buono. Nel caso dei fattori di rischio, nessuna paziente ha ritenuto mediocre questa sezione, per il 16,7% è stata sufficiente, per il 48,1% buona e il 35,2% ha detto che era eccellente.

Circa le informazioni sull'autocura, soltanto una persona le ha definite mediocri con l'1,8%, il 16,8% le ha definite eccellenti e il 40,7% sia buone.

Gli interventi di prevenzione sono risultati eccellenti nel 40,7%, buoni nel 53,8%, sufficienti solo in 3 persone con il 5,6% e nessuno li ha ritenuti mediocri. (**Grafico 3**)

Nella seconda parte della valutazione dell'intervento educativo sono state indicate le opinioni in merito alla formazione ricevuta, i cui risultati sono presenti nella Tabella 6.

La presentazione è stata definita troppo lunga per il 25,9% dei partecipanti, nel 74,1% dei casi è stata giudicata giusta e in nessun caso è stata ritenuta troppo corta. Le informazioni ricevute per 6 persone sono state poche (11,1%), per 10 troppe (18,5%) e 38 persone hanno ritenuto giusta la quantità di informazioni (70,4%).

Per quanto riguarda i test di autovalutazione, il DeFRA è stato considerato facile nel 75,9% e difficile nel 24,1%, invece quelli del calcio e vitamina D e il resto del documento educativo è risultato molto difficile solo nel



Grafico 1

Supplemento
Ricerca infermieristica

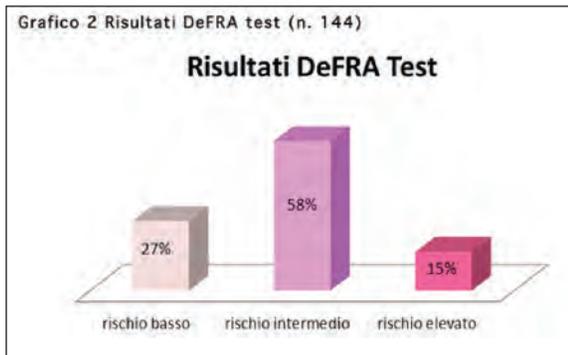
3,7% e facile nel 96,3%.

Il 94,44% del campione ha ritenuto le informazioni acquisite sufficienti per supportare la scelta decisionale circa le strategie di prevenzione dell'osteoporosi, mentre per il 5,56% non sono state sufficienti.

In merito al personale supporto decisionale fornito per la prevenzione dell'osteoporosi, il 94% del campione lo ritiene utile (**Grafico 4**).

1.5 DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati effettuata, riguardo le conoscenze dell'osteoporosi e delle sue strategie di prevenzione è risultato che le pazienti presentavano alcune lacune in merito. La maggioranza riconosce il fumo di sigaretta come fattore di rischio.



L'uso di prodotti del tabacco è dannoso per lo scheletro e per la salute generale, bisogna consigliare ai pazienti di smettere di fumare.

Una parte minore delle partecipanti, identifica l'alcool, tra i principali fattori di rischio di danneggiamento osseo.

L'assunzione di alcool di più di due bevande al giorno per le donne o tre bevande al giorno per gli uomini è dannosa per la salute delle ossa, aumenta il rischio di caduta.

L'assistenza sanitaria femminile incentrata sui rischi di frattura legati allo stile di vita come dieta, esercizio fisico e alcol appare necessaria per prevenire la frattura ossea nell'osteoporosi postmenopausale.

Dai risultati si evince come vengono sottovalutati l'importanza del calcio e in modo particolare della vitamina D, e non se ne conosce la fonte principale.

Per prevenire l'osteoporosi in età avanzata, un'adeguata assunzione di calcio e più frequente di cibi come latticini, fagioli, pesce e

frutta, che aiutano l'assorbimento del calcio dovrebbe essere indicata per le donne in postmenopausa.

Anche la vitamina D svolge un ruolo fondamentale nell'assorbimento del calcio, nella salute delle ossa, nelle prestazioni muscolari, nell'equilibrio e nel rischio di caduta.

La maggior parte dei partecipanti allo studio ha individuato l'attività sedentaria come fattore di rischio per l'osteoporosi e ha identificato l'attività fisica come un metodo efficace di prevenzione.

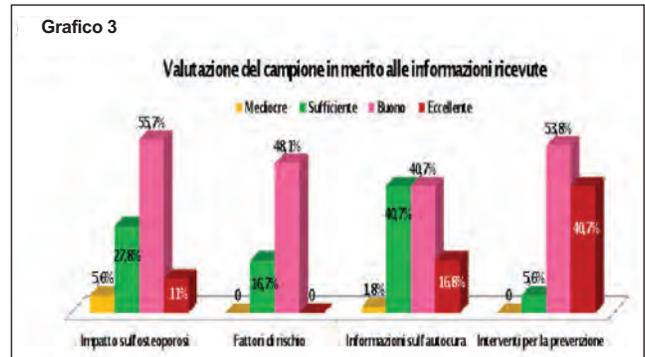
Tra i molti benefici per la salute, l'esercizio fisico, con pesi e potenziamento muscolare può migliorare l'agilità, la forza, la postura e l'equilibrio, il che può ridurre il rischio di cadute.

La NOF (National Osteoporosis Foundation) sostiene fermamente l'attività fisica per tutta la vita a tutte le età, sia per la prevenzione dell'osteoporosi che per la salute generale.

Per quanto concerne la dieta, poche sono le pazienti che comprendono il ruolo del sale e non sanno che un uso eccessivo riduce l'assorbimento del calcio.

Inoltre, una percentuale ancora minore conosce le conseguenze dell'osteoporosi, identificandone come unica le fratture.

Questa mancanza di conoscenza si evince anche da altri studi effettuati sul territorio nazionale. Difatti, da un'indagine condotta dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da), esplorando la consapevo-



lezza delle donne italiane rispetto al tema dell'osteoporosi e alla possibilità di prevenirla attraverso stili di vita e alimentazione, emerge che l'osteoporosi è un tema su cui solo il 29% delle intervistate si sente abbastanza informato.

Le donne di età maggiore ai 55 anni hanno mostrato la mancanza di percepire il rischio di frattura. Interventi di prevenzione dovrebbero essere rivolti alle donne che hanno già questa età ma anche alle donne che presto la raggiungeranno.

Uno dei punti di forza di questo studio è che la nostra sessione di informazioni e il questionario sono stati sviluppati in modo da riflettere le linee guida e le evidenze sulla prevenzione dell'osteoporosi.

In merito alle conoscenze già acquisite, una cospicua parte delle pazienti afferma di non aver ricevuto da alcuni informazioni e, l'88% del campione ha indicato di aver bisogno di ulteriori indicazioni. Questo è un risultato fondamentale che evidenzia l'importanza di iniziare un supporto decisionale e conseguente intervento educativo.

Pertanto, nell'intervento educativo si è ritenuto opportuno spiegare sia nozioni generali della malattia, le eventuali complicanze e sistemi di prevenzione. Grazie all'opuscolo, utilizzato come strumento di supporto decisionale, è stato possibile trasmettere messaggi in maniera semplice ed immediata e, il 96,5% ha ritenuto utili tutte le informazioni presenti. Dai risultati della valutazione del supporto decisionale, si evince la soddisfazione dell'intervento che mostra gli effetti positivi della formazione nelle donne. Questo studio si configura come un supporto decisionale, poiché c'è una presentazione delle informazioni e tutti gli strumenti utilizzati, come l'opuscolo, il rischio di frattura da fragilità, i fogli educativi si possono definire



continua da pagina 29

veri e propri supporti, validi per aiutare i pazienti a prendere decisioni.

Si tratta di un singolo intervento educativo e ciò ne rappresenta un limite, si necessita di interventi più continuativi per un'efficace educazione. Oltre a ciò, non è stato possibile rivalutare le conoscenze del campione a cui è stato effettuato l'intervento e per tale motivo non siamo in grado di valutare un effettivo miglioramento.

Il campione, costituito da sole donne in fase perimenopausale ne rappresenta un limite. Anche se l'osteoporosi è un problema frequentemente femminile, può essere utile effettuare un intervento esteso anche al sesso maschile e all'intera popolazione ed indagare così con un'analisi statistica più approfondita.

Lo studio effettuato conferma l'importanza del ruolo infermieristico che ha avuto l'opportunità di contribuire nel migliorare il livello di conoscenze delle donne in fase perimenopausale per l'adozione di stili di vita sani, e misure di prevenzione per l'osteoporosi; avendo così un ruolo attivo nella promozione della salute.

CONCLUSIONI

La promozione della salute si pone come un complesso organizzato di conoscenze diffuse rispetto non solo agli aspetti fisico-biologici umani, ma anche ai rapporti uomo-uomo e uomo-ambiente, e le reciproche influenze; si tratta di un insieme di conoscenze che coinvolgono trasversalmente discipline attinenti il lavoro degli operatori, degli amministratori, degli educatori e di tutti i cittadini, nelle diverse condizioni di "sani" e di "malati". Ciò significa che, affinché gli

interventi mirati al mantenimento e alla promozione della salute della popolazione possano essere efficaci, occorre creare condizioni tali per cui essi possano divenire realizzabili per i gruppi cui sono rivolti.

A causa del progressivo aumento della malattia osteoporotica, risulta importante im-

Tabella 3 Fonti di informazione

	n	%		
Acquisizione di informazioni:				
MMG	68	28.1		
Infermiere	34	14		
Internet	39	16,1		
Altro	21	8.7		
Nessuna	80	33.1		
	Sì		No	
	n	%	n	%
Bisogno di ulteriori informazioni	213	88	29	12
Informaz. contenute nell'opuscolo utili	236	96.5	6	2.5

stare un'educazione finalizzata alla prevenzione dell'osteoporosi e alla sua gestione.

La letteratura indica il bisogno di interventi educativi e preventivi soprattutto nelle comunità, al fine di informare, in modo particolare, le donne in fase perimenopausale e gli uomini di mezza età, circa i rischi dell'osteoporosi e come prevenirla. In base a ciò, abbiamo sperimentato l'importanza di supporti decisionali volti a determinare una migliore conoscenza e sollecitare i pazienti ad usare strategie di prevenzione. A riguardo, l'infermiere assume un ruolo centrale come

Tabella 4 Risultati DeFRA Test

	n	%
Rischio basso	39	16.2
Rischio intermedio	83	34.4
Rischio elevato	22	9.1
Età <50 anni	97	40.3

le metodiche di prevenzione e la sua gestione, migliorando la qualità di vita di ogni singola persona. L'informazione sull'osteoporosi può essere correttamente realizzata singolarmente attraverso riunioni a piccoli gruppi o attraverso l'utilizzo di supporti come opuscoli, fogli illustrativi. Anche la tecnologia web è di estrema utilità per la messa a punto di siti dedicati all'argomento e rivolti alla popolazione.

L'educazione rappresenta un momento in cui l'infermiere assume anche un ruolo tecnico per chiarire dubbi e incertezze della persona fornendo validi supporti per le decisioni da prendere. Gli operatori sanitari devono incoraggiare le persone a migliorare i comportamenti di self-care che sono necessari per promuovere e mantenere stili di vita sani, come smettere di fumare, svolgere attività fisica, seguire diete adeguate, assumere regolarmente farmaci in base alla prescrizione e trascorrere almeno 10-15 minuti all'aria aperta per un'esposizione ai raggi solari. In questo contesto, gli infermieri sono particolarmente importanti.

Provvedere a progetti educativi in questo senso e offrire progetti di formazione per la popolazione da parte degli infermieri o altro personale sanitario, è un'efficace metodo per iniziare a ridurre il fenomeno. E' essenziale lavorare alla costruzione di una strategia glo-

Tabella 5 Valutazione dell'intervento educativo

	Mediocre		Sufficiente		Buono		Eccellente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Impatto sull'osteoporosi	3	5.6	15	27.8	30	55.7	2	11
Fattori di rischio	0	0	9	16.7	26	48.1	19	35.2
Informazioni sull'autocura	1	1.8	22	40.7	22	40.7	9	16.8
Interventi per la prevenzione	0	0	3	5.6	29	53.8	22	40.7

promotore di Salute Pubblica.

L'intervento educativo da parte del personale infermieristico fornisce informazioni che aiutano a migliorare le conoscenze generali dell'osteoporosi,

	n	%
La lunghezza della presentazione è stata:		
Troppo lunga	14	25.9
Troppo corta	-	-
Giusta	40	74.1
La quantità di informazioni è stata:		
Troppe informazioni	10	18.5
Poche informazioni	6	11.1
Giusta	38	70.4
La presentazione delle informazioni è stata:		
Indirizzata sulle opzioni di cura di sé e sullo stile di vita	14	25.9
Indirizzata sui fattori di rischio	14	25.9
Equilibrata	26	48.1

Tabella 6 Opinioni in merito alla formazione ricevuta

Supplemento Ricerca infermieristica

bale per la prevenzione dell'osteoporosi, perché la popolazione non comprende con chiarezza come l'osteoporosi possa essere prevenuta. Dunque, la sfida più grande per prevenire l'insorgenza di osteoporosi è quella della conoscenza. Possiamo quindi affermare che la funzione educativa dell'infermiere

ha assunto una valenza complementare della funzione assistenziale e di cura; questi aspetti sono sempre più interdipendenti e sinergici.

* Infermiera - Cath Lab Manager P.O. Pineta Grande, Castel Volturno

** Coordinatore Infermieristico AOU

Federico II, PhD Studente in Infermieristica, Università Tor Vergata

*** Infermiere AOU Federico II

**** Ostetrica libero professionista

***** Coordinatore Infermieristico CIO-INT G. Pascale, PhD Studente in Infermieristica, Università Tor Vergata

BIBLIOGRAFIA

- SIOMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro) "Linee Guida per la Diagnosi, Prevenzione e Terapia dell'Osteoporosi" -2012
- Gualano, M. R., Sferrazza, A., Cadeddu, C., De Waure, C., La Torre, G., Ricciardi, G., Epidemiologia dell'osteoporosi post-menopausale nel mondo e in Italia, *Italian Journal of Public Health*, 2011; (8(2) Supplemento 2): 3-22
- Looker AC1, Borrud LG, Dawson-Hughes B, Shepherd JA, Wright NC. Osteoporosis or low bone mass at the femur neck or lumbar spine in older adults: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief*. 2012 Apr;(93):1-8.
- Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, McCloskey EV, Jönsson B, Kanis JA. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). *Arch Osteoporos*. 2013;8:136.
- Who's at Risk? International Osteoporosis Foundation
- Stacey D, Jull J, Beach S, Dumas A, Strychar I, Adamo K, Brochu M, Prud'homme D Middle-aged women's decisions about body weight management: needs assessment and testing of knowledge translation tool. *Menopause*. 2015 Apr;22(4):414-22.
- F. Cosman, S. J. de Beur, M. S. LeBoff, E. M. Lewiecki, B. Tanner, S. Randall, and R. Lindsay. *Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis*. *Osteoporosis International*. 2014;25(10):2359-2381.
- Julián-Almárcegui C, Gómez-Cabello A, Huybrechts I, González-Agüero A, Kaufman JM, Casajús JA, Vicente-Rodríguez G. Combined effects of interaction between physical activity and nutrition on bone health in children and adolescents: a systematic review. *Nutr Rev*. 2015 Mar;73(3):127-39.
- Zhu K1, Prince RL. Lifestyle and osteoporosis. *Curr Osteoporos Rep*. 2015 Feb;13(1):52-9.
- Alvaro R, Pennini A, Zannetti EB, Cittadini N, Feola M3, Rao C, D'Agostino F, Vellone E, Tarantino U. Bone care nurses and the evolution of the nurse's educational function: the Guardian Angel® research project. *Clin Cases Miner Bone Metab*. 2015 Jan-Apr;12(1):43-6.
- Khani Jaihooni A, Hidarnia A, Kaveh MH, Hajizadeh E. The effect of a prevention program based on health belief model on osteoporosis. *J Res Health Sci*. 2015 Winter;15(1):47-53.
- Carranza-Lira S, Lanuza-López MC, Sandoval-Barragán MP Comparison fracture risk calculated by FRAX tool. *Ginecol Obstet Mex*. 2014 Sep;82(9):591-4.
- Rossini M1, Adami S, Bertoldo F, Diacinti D, Gatti D, Giannini S, Giusti A, Malavolta N, Minisola S, Osella G, Pedrazzoni M, Sinigaglia L, Viapiana O, Isaia GC. Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis. *Reumatismo*. 2016 Jun 23;68(1):1-39.
- AM'O Connor & A Cranney Sample Tool: Acceptability Osteoporosis, 2002.
- Ebeling PR, Daly RM, Kerr DA, Kimlin MG. Building healthy bones throughout life: an evidence-informed strategy to prevent osteoporosis in Australia *Med J Aust*. 2013 Oct 7;199(7 Suppl):S1.
- Ayo-Yusuf OA, Olutola BG. Epidemiological association between osteoporosis and combined smoking and use of snuff among South African women. *Niger J Clin Pract*. 2014 Mar-Apr;17(2):174-7
- Maurel DB, Boisseau N, Benhamou CL, Jaffre C. Alcohol and bone: review of dose effects and mechanisms. *Osteoporos Int*. 2012 Jan;23(1):1-16. Epub 2011 Sep 17
- Tatsuno I, Terano T, Nakamura M, Suzuki K, Kubota K, Yamaguchi J, Yoshida T, Suzuki S, Tanaka T, Shozu M. Lifestyle and osteoporosis in middle-aged and elderly women: Chiba bone survey. *Endocr J*. 2013;60(5):643-50. Epub 2013 Jan 18.
- Lim YS, Lee SW, Tserendejid Z1, Jeong SY, Go G1, Park HR. Prevalence of osteoporosis according to nutrient and food group intake levels in Korean postmenopausal women: using the 2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey Data. *Nutr Res Pract*. 2015 Oct;9(5):539-46.
- IOM (Institute of Medicine). 2011. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Granacher U, Gollhofer A, Hortobágyi T, Kressig RW, Muehlbauer T. The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review. *Sports Med*. 2013 Jul;43(7):627-41
- O.N.Da. (Osservatorio Nazionale Sulla Salute della Donna) Indagine "Donne, Osteoporosi e Vitamina D". Maggio 2014
- Ceausu I. Education and information: important tools in assessing the risks and prevention of osteoporosis fractures. *Climacteric*. 2010 Dec;13(6):530-3.

PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

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

Colpa professionale e contenzioso sanitario

Corso frontale per mediatore professionista. E' riservato a infermieri e dottori commercialisti regolarmente iscritti ai rispettivi ordini

di Gennaro Ascione

Con la legge sulla responsabilità professionale che coinvolge anche gli infermieri e con l'entrata in vigore dell'obbligatorietà dell'istituto della mediazione, sta via via prendendo sempre più importanza anche in Italia il ruolo dell'infermiere forense come mediatore professionista, ovvero "l'infermiere quale soggetto terzo ed imparziale che guida le parti in lite alla ricerca di un accordo che soddisfi le esigenze di entrambe". E' per questo motivo che l'Ordine professionale degli infermieri di Napoli, in collaborazione con Medi (Organismo di mediazione dell'Ordine dei dottori commercialisti di Napoli), il Cup (Comitato unitario delle professioni) e l'Ailf hanno organizzato un corso di mediatore professionista riservato agli infermieri e ai dottori commercialisti regolarmente iscritti ai rispettivi ordini professionali. L'iniziativa è stata presentata nel corso di un convegno, tenuto nella sede dell'Ordine degli infermieri di Napoli, al quale hanno preso parte tra gli altri **Maria Luisa Vitale**, responsabile dell'Associazione infermieri legali e forensi della Campania; **Riccardo Izzo**, Presidente Medi Napoli; **Fabio Rossi**, Presidente Commissione Sanità dell'Ordine dei Commercialisti di Napoli e chi scrive, nella qualità di Consigliere dell'Ordine degli infermieri. Il Corso intende proporre un focus su: "Colpa professionale e contenzioso in ambito sanitario" per conferire ai partecipanti, al termine delle lezioni frontali (50 ore abilitanti), l'attestato di mediatore professionista. Il titolo consente l'accREDITAMENTO gratuito come mediatore presso l'organismo Medi dell'Odcec Napoli.

Il Comitato scientifico è composto da **Ciro Carbone**, **Riccardo Izzo**, **Matteo De Lise**, **Gennaro Ascione**, **Caterina Feste**, **Kim Savojni**. Per l'iscrizione è possibile inoltrare domanda a mano o via mail a organismo.medi@odcec.napoli.it A coordinare la parte burocratica del corso sarà **Isabella Ascione**, 081.7643787.

Su come si diventa, dove può operare e gli sviluppi futuri dell'infermiere forense si è soffermata con una dotta relazione, Maria Luisa Vitale. "Sappiamo che il mediatore non è un giudice, né un arbitro", ha detto la rappresentante dell'Ailf. "Il mediatore, quindi, non giudica e non sentenzia, ma aiuta le parti interessate a comporre bonariamente la lite sorta, cercando di condurle verso una soluzione condivisa e reciprocamente gratificante". E con l'aumento vertiginoso dei contenziosi davanti ai magistrati, alimentati anche da procuratori legali spregiudicati, interessati professionalmente ed economicamente a patrocinare sempre più cause, cresce inevitabilmente l'utilità e il ruolo del moderatore professionista. Su



questo tema si è soffermato con particolare attenzione Riccardo Izzo, nella sua qualità di presidente Medi: "Da qualche anno il contenzioso per controversie in materia di responsabilità da danno medico e sanitario sta assumendo proporzioni sempre più importanti. Dal 1994 ad oggi - racconta Izzo - il numero delle controversie fra utenti e strutture sanitarie o singoli professionisti è più che quadruplicato con un trend di crescita che allo stato supera il 15 per cento annuo".

A ulteriore conferma della crescente conflittualità tra assistiti e sanitari sono le considerazioni conclusive del Presidente Commissione Sanità dell'Ordine dei Commercialisti di Napoli, Fabio Rossi. "La frequenza delle cause da infezione ospedaliera sta aumentando in maniera esponenziale, perché la giurisprudenza richiede alle strutture la prova completa di aver adottato tutte le misure idonee a prevenire il contagio. Per quanto riguarda i profili di diretto interesse dei mediatori, il problema principale è costituito dalla contemporanea gestione delle posizioni di sanitari e strutture. La legge Gelli ha introdotto una importante limitazione alla responsabilità personale dei sanitari, disponendo che rispondono solo per dolo o colpa grave".

Notizie
dall'Ordine

Formazione, turismo e cultura Convenzione con Prestigio Italia

L'Ordine degli infermieri di Napoli informa gli iscritti di aver stipulato un'interessante convenzione con l'associazione culturale di promozione turistica Prestigio Italia. Lo scopo è quello di contribuire al benessere psico-fisico degli iscritti, attraverso iniziative promosse dall'associazione nell'ambito della cultura, dello studio, delle attività ludiche, tempo libero e viaggi, conciliando vita e lavoro.

La presente convenzione offre una vasta gamma di servizi e opportunità per favorire le relazioni sociali, l'intrattenimento e l'esperienza culturale che hanno come finalità il relax. La convenzione offre prezzi scontati proponendo al contempo la qualità eccellente dei prodotti e delle offerte dedicate. Oltre alla cultura e il turismo, altri preziosi vantaggi della presente convenzione riguardano la formazione e le lingue straniere. Infatti, attraverso le convenzioni stipulate con la British School, Prestigio Italia è in grado di offrire agli iscritti corsi di formazione di lingua Inglese al fine di migliorare le proprie competenze linguistiche e di comunicazione con un insegnamento specializzato sul linguaggio e la terminologia medica specifica. Non meno importante è l'offerta formativa con l'Università telematica Pegaso, per la quale si è partiti prendendo spunto dalle esigenze dei professionisti della salute, i quali avvertono, sempre più, l'esigenza di una formazione specialistica. L'obiettivo didattico primario è quello di offrire la possibilità di acquisire competenze specifiche nei vari ambiti della medicina. (per gli interessati ad una delle lauree o master della Pegaso, oltre allo sconto previsto dalla convenzione, Prestigio Italia offre regalo a scelta per i master da prendere in visione sul sito, e tesi di laurea per i neolaureati.

Tessera servizi Prestige Card - Di seguito sono elencate alcune convenzioni su cui gli iscritti possono usufruire degli sconti tramite la Prestige card: ristoranti e pizzerie; viaggi e vacanze; trasporti marittimi; soggiorni in appartamenti-hotel- b&b; gite organizzate; corsi di formazione per artigianato e mestieri; corsi per appassionati di cucina-pizzaiolo-pasticciere; corsi di studio università private; cene spettacolo; vacanze studio; transfer ed escursioni- visite guidate culturali; eventi per matrimoni-compleanni -battesimi- e per qualsiasi altro evento in location di eccellenza;

- consulenza gratuita per finanza agevolata e autoimprenditorialità; attività culturali per bambini; musei; teatri; servizi finanziari e assicurativi.

Turismo e Cultura - Sul sito web di Prestigio Italia sarà attivata per il mese di Gennaio, una piattaforma di e-commerce per la distribuzione e vendita di pacchetti, tours, hotels, attività e servizi turistici in genere, forniti da una società creata per la vendita dei prodotti turistici è autorizzata a svolgere le attività di tour operator e agenzie di viaggio. Aderisce al "Fondo Happy Holidays" ed è coperto dalla polizza per la Garanzia del Turismo di UnipolSai n. 1/72025/319/100091337;

La British School -Attraverso questa convenzione, sarà possibile offrire agli iscritti corsi di formazione di lingua Inglese al fine di migliorare le proprie competenze linguistiche e di comunicazione con un insegnamento specializzato sul linguaggio e la terminologia medica specifica. Per i corsi di lingua inglese lo sconto riservato agli iscritti all'ordine degli infermieri sui vari livelli di corso va dal 6 al 8% per le singole richieste. Allo scopo di offrire un maggiore sconto, che va dal 30 al 40% sui prezzi ufficiali.

Offerta formativa: in sede per il superamento di uno dei livelli A1 - A2 - B1

- B2.1 il costo ufficiale e' di €

1.130,00. Il costo riservato agli iscritti all'Ordine degli infermieri è di € 750,00 a persona per un corso di h. 60 incluso materiale didattico minimo 10 partecipanti (max 13). Pagamento in unica soluzione ad inizio corso

Per ulteriori informazioni gli interessati possono contattare la segreteria di Prestigio Italia ai numeri di tel. 081.204853-Cell.3202946675, referenti: Dott. Antonio Nocella - Franco Chiara, oppure inviare richiesta via email: info@prestigioitalia.org.



Dentro la
Professione

Promozione dell'allattamento al seno: rilevazione dell'applicazione dei 10 passi Oms-Unicef

a cura di Carla Piscopo*

Concetta Pane**, Margherita Ascione**

L'allattamento al seno costituisce il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati. Esso rappresenta il naturale proseguimento del rapporto fisico tra madre e neonato, iniziato durante la gravidanza ed esercita un'influenza biologica ed emotiva unica sulla loro salute. Per cui, la protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno sono una priorità di salute pubblica, tanto da essere considerato un obiettivo principale nei programmi di promozione e valutazione della qualità in ambito sanitario, nell'appropriatezza e nei risultati delle cure. Infatti, la frequenza, la durata e l'esclusività dell'allattamento al seno, secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sono di per se stessi indicatori dello stato di salute, sia a livello individuale (donna e bambino) che della comunità nel suo complesso (famiglia e società), oltre che indicatori di qualità degli interventi sanitari, qualità della vita e dell'attenzione della comunità al proprio futuro.

Secondo la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA/Rete internazionale per la promozione dell'allattamento), l'allattamento al seno è: "un indicatore del progresso reale della salute di tutte le comunità, localmente e globalmente." Purtroppo l'allattamento al seno in molte realtà non è pienamente promosso e sostenuto: i dati italiani sono ben lontani dall'ideale del 50% dei bambini allattati esclusivamente al seno a 6 mesi auspicato dall'Oms e dall'Unicef. Anche se, il Progetto Obiettivo Materno Infantile nazionale (POMI del 2000), attualmente in vigore, indichi chiaramente funzioni, compiti, azioni ed indicatori utilizzabili a favore della promozione dell'allattamento al seno e del sostegno alla donna durante lo svolgimento della gravidanza, del parto, del puerperio ed oltre. Ciò nonostante,



l'impegno di operatori sanitari, responsabili e manager dei servizi non è ancora omogeneamente orientato verso questo obiettivo. Tassi ridotti ed interruzione precoce dell'allattamento al seno hanno importanti conseguenze sanitarie e sociali negative, per le donne, i bambini, la collettività e l'ambiente. Sono associati ad una maggiore spesa sanitaria e fanno aumentare le ineguaglianze. Affinché si possa iniziare e proseguire l'allattamento al seno con buoni risultati è necessario che, durante la gravidanza e dopo il parto, le madri abbiano il sostegno attivo del sistema sanitario, ma anche dell'intero sistema sanitario; tutti gli operatori sanitari con cui le gestanti e le neo madri entrano in contatto, dovrebbero impegnarsi a promuovere l'allattamento al seno, a fornire le giuste informazioni e a dimostrare una solida preparazione pratica sul metodo stesso, per cui la formazione di base e l'educazione continua per tutte le categorie di operatori sanitari devono essere migliorate.

I messaggi che si trasmettono agli indivi-

dui e alla collettività devono essere coerenti con le politiche, le raccomandazioni e le leggi, ma anche con le pratiche all'interno dei servizi sanitari e sociali. I neo genitori e quelli in attesa, hanno il diritto a ricevere informazioni complete e corrette. Secondo il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei sostituti del latte materno, i governi dovrebbero assumersi la responsabilità di assicurare che venga divulgata un'informazione obiettiva e coerente sull'alimentazione dei lattanti e dei bambini ad uso delle famiglie e di quanti sono coinvolti nel campo della nutrizione dei lattanti e dei bambini. Tale responsabilità dovrebbe riguardare sia la pianificazione, la produzione, la progettazione la diffusione, che la verifica delle informazioni.

E' importante sostenere la madre, al momento della dimissione e al rientro a casa, per aiutarla a controllare l'ansia e la paura di non avere abbastanza latte, rappresentando quest'ultima una delle principali cause di abbandono dell'allattamento. Ansia e paura sono spesso originate dalle inimicizie e

continua da pagina 35

confuse informazioni fornite da familiari e amiche. E scatenano nella neo mamma dubbi e insicurezze che la portano a credere di essere incapace di nutrire il proprio bambino, soprattutto se il neonato fatica ad attaccarsi al seno e continua a piangere. Il sostegno alla madre che allatta dovrebbe essere fornito rafforzando la fiducia nella sua capacità di prendersi cura del bambino e favorendo in tal modo la produzione di latte. Bisogna ricordare che molte madri sono dimesse prima che sia sopraggiunta la montata lattea e che l'allattamento al seno si sia stabilizzato. Se la mamma verifica che il bimbo cresce bene, appare in buona salute e bagna abbondantemente da cinque a sette pannolini al giorno ed emette da due a quattro scariche di feci nelle 24 ore, non ci sono indicazioni a modificare il regime alimentare.

Il percorso di promozione dell'allattamento, iniziato in ospedale, dovrà ovviamente proseguire, una volta che la madre rientra a casa, con il sostegno dei servizi territoriali, a partire dai pediatri di base e dai consultori.

Innumerevoli sono le prese di posizione ufficiali di organismi ed istituzioni, sia nazionali ed internazionali che operano nel campo della salute e dell'alimentazione, le quali ribadiscono come il latte materno costituisca il nutrimento ideale per i bambini nei primi sei mesi di vita e proclamano la necessità di promuovere e proteggere l'allattamento al seno.

In particolare, si rende doveroso applicare in ogni struttura sanitaria e non, che viene a contatto con le donne gravide e, non solo, le "Dieci raccomandazioni per promuovere e supportare l'allattamento al seno nei punti nascita" (tabella 1), incluse nella Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF del 1992, per cercare di rallentare se non invertire la vertiginosa impennata di utilizzo di sostituti del latte materno.

L'ASL NA 3 Sud attenta alla promozione al sostegno e alla promozione dell'allattamento al seno, ha valutato, presso un distretto sanitario, l'applicazione dei "10 passi dell'OMS-UNICEF" per la promozione dell'allattamento al seno", attraverso un'indagine conoscitiva condotta nei centri vaccinali del distretto, al fine di rilevare la

percentuale di bambini allattati al seno al momento della somministrazione di una dose di vaccino. L'indagine, condotta allo scopo di aumentare la percentuale di bambini allattati al seno, ha permesso di individuare le aree critiche sulle quali intervenire. Il distretto sanitario considerato, comprendente 4 comuni dell'area vesuviana con un'utenza di 120 mila abitanti, consta di due centri vaccinali, con una natalità annuale di circa 1.200 bambini. Lo studio è stato condotto per un periodo di 30 giorni, durante i quali è stato somministrato un questionario ai genitori che hanno portato i loro bambini al centro vaccinale: sono state rilevate informazioni sul piccolo (tipo di parto, sesso del neonato, data di nascita, peso alla nascita) e sui genitori (età e titolo di studio dei genitori), sulla gravidanza (partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita e informazioni ricevute sull'allattamento), sul ricovero in ospedale e momento del parto, sul rientro a casa e situazione attuale riguardo l'alimentazione. Prima di procedere alla somministrazione dei questionari è stata richiesta ed ottenuta l'autorizzazione dalla Direzione Sanitaria Distrettuale ed il consenso alla partecipazione allo studio a tutti i partecipanti, garantendo il rispetto dei trattamenti dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003. La definizione circa le modalità di allattamento sono quelle dell'OMS: allattamento esclusivo (consumo di latte umano senza aggiunta di supplementi di alcun genere, fatta eccezione per vitamine, minerali e farmaci), allattamento predominante (integrazione con liquidi diversi dal latte non umano), allattamento complementare (integrazione con latte non umano), allattamento artificiale. L'insieme delle modalità "esclusivo" e "predominante" costituiscono l'allattamento completo. Le domande poste ai genitori sono state formulate in maniera tale da valutare il discostamento tra il modus operandi nelle strutture sanitarie e il protocollo dei "Dieci passi dell'OMS".

Dall'indagine effettuata è emerso che la maggioranza delle mamme ha ricevuto informazioni circa i vantaggi del breastfeeding (allattamento al seno) da professionisti sanitari quali ginecologi e pediatri, ostetrica e infermiere. Nonostante l'aver ricevuto informazioni, gran parte delle mamme ha affermato di aver attaccato al seno il proprio



bambino dalle 2 alle 24 ore successive la nascita. Ciò contrasta il fenomeno del "Breast Crawl" secondo il quale tutti i neonati, posti sull'addome della madre dopo la nascita, sono capaci di trovare il seno da soli e di decidere quando fare la prima poppata. Il breast crawl rappresenta una sequenza normale di comportamento per cui, dopo 15 minuti di relativa inattività, hanno luogo la suzione e i movimenti di rooting (presa) che raggiungono la massima intensità dopo 45 minuti. Questi risultati suggeriscono innanzitutto che un comportamento alimentare or-

Dentro la Professione

ganizzato si sviluppa in modo prevedibile durante la prima ora di vita, oltre che a promuovere l'inizio precoce dell'allattamento al seno con i relativi vantaggi che ne derivano.

Dallo studio è stato inoltre possibile osservare che, nonostante un'alta percentuale di mamme abbia partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita, ha comun-



que partorito con taglio cesareo, rinunciando al breast crawl. Questo ci fa supporre che il solo frequentare un corso preparto, non basti a fornire informazioni alle madri per affrontare un parto naturale, rinunciando così a partecipare attivamente alla nascita del proprio bambino. Si è evidenziato inoltre che la maggioranza delle mamme ha effettuato il rooming-in, dando così la possibilità alla puerpera e al neonato di stare a stretto contatto da subito dopo il parto. Questa filosofia favorisce un attaccamento al seno precoce e la suzione del colostro, indispen-

sabile per il benessere del bambino, oltre che rafforzare il legame e la conoscenza reciproca tra madre e figlio.

Nonostante la maggioranza abbia affermato di aver praticato il rooming-in, buona parte dichiara comunque di non aver attaccato al seno il proprio bambino nelle due ore successive al parto: in contrasto con la pratica del rooming-in, è la percentuale delle risposte date all'item inerente la consapevolezza delle madri sulla somministrazione di altra bevanda al proprio bambino durante la permanenza in ospedale. Molti dei genitori dichiarano di non esserne a conoscenza e di non sapere se al proprio bambino sia stata somministrata altra bevanda.

Questo dato favorisce una riflessione su come le donne, pur affermando di aver praticato il rooming-in, non ne conoscano in pieno il significato: se avessero tenuto, notte e giorno, il proprio bambino nella stanza, avrebbero sicuramente saputo con quale bevanda era stato alimentato. Inoltre è evidente che le figure professionali più a stretto contatto con la mamma al momento della degenza non adottano la filosofia del rooming-in e non le informano, come potrebbero e dovrebbero, sui vantaggi e sui benefici dell'allattamento al seno.

Nonostante una elevata percentuale di mamme dichiarò di non aver avuto problemi di allattamento al seno dopo la dimissione dall'ospedale e di allattare a richiesta, purtroppo non pratica l'allattamento al seno, ma più del 60% dichiara di nutrire il proprio bambino solo con il latte artificiale.

Di conseguenza risulta evidente come la pratica del breastfeeding, sia poco applicata e come i genitori non siano ancora bene informati sui vantaggi di alimentare il proprio bambino con latte materno.

Dallo studio è emerso che, nonostante le mamme abbiano partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita, praticato il rooming-in e ricevuto informazioni sui vantaggi dell'allattamento al seno, nutrono comunque il proprio bambino con latte

artificiale. L'indagine ha evidenziato la necessità di indirizzare interventi di miglioramento della formazione del personale che organizza i corsi preparto e sulla creazione di una rete di collaborazione interdisciplinare tra l'ospedale e territorio, affinché si possa promuovere e sostenere l'allattamento al seno con riferimento alle indicazioni OMS/UNICEF, note come i "10 passi". Il percorso formativo del personale è il presupposto per modificare l'organizzazione delle cure perinatali e neonatali che creano situazioni sfavorevoli al successo dell'allattamento: a tal proposito ogni azienda sanitaria dovrebbe adottare un protocollo secondo il quale tutte le donne assistite dovrebbero essere informate, per poter decidere in modo consapevole, sui benefici dell'allattamento al seno e le conseguenze dell'uso dell'alimentazione artificiale. Atenta alle conclusioni dell'indagine, l'Asl Na 3 Sud ha formato tutto il personale operante nei consultori familiari e nelle UOMI ospedaliere, al fine di garantire formazione omogenea a tutti gli operatori, secondo il format di 20 ore dell'OMS. Inoltre ha avviato campagne di promozione dell'allattamento al seno allestendo in tutti i punti nascita pubblici aziendali e privati presso case di cura accreditate (attenendosi al concetto di equità in salute) pannelli in forex che elencano i "10 passi dell'allattamento al seno", avviando inoltre, durante la settimana mondiale dell'allattamento (SAM), presso 10 distretti aziendali, campagne di promozione all'allattamento al seno in piazza e/o Open Day Consultoriali, con animazione per i bambini e distribuzione di gadget alle mamme. L'Asl Na 3 Sud attivando tutte le strategie possibili per aumentare il tasso di bambini allattati al seno, al momento della dimissione dal punto nascita, è riuscita a passare da un tasso del 63,05% del 2012 all'80,85% del 2016.

Per l'anno 2017 i dati saranno disponibili dal mese di gennaio 2018.

* Infermiera Centro Trapianti
Policlinico S. Orsola - Malpighi

** Infermiere pediatriche, ASL Napoli 3 Sud

Ospedali e territorio

Un asilo nido per i piccoli dell'ospedale Pausilipon

NAPOLI – Un asilo nido per i piccoli pazienti del Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale pediatrico Pausilipon. Il progetto dell'asilo nido in ospedale intende rispondere alle esigenze educative e di socializzazione dei bambini ricoverati, tenendo conto dei fattori che possono influenzare in modo significativo il loro sviluppo, e al bisogno reale di supporto delle famiglie dei piccoli lungodegenti. La fascia di età sino ai 36 mesi è infatti molto delicata, perché al bambino viene richiesto di acquisire competenze e abilità importanti su tutti i piani, da quello motorio a quello cognitivo e affettivo-relazionale. La malattia, le pesanti cure e la lungodegenza, interrompono questo processo, causando isolamento sociale e psicologico. Per consentire ai bambini di proseguire il loro percorso educativo anche all'interno dell'ospedale, il servizio è curato da educatori specializzati e qualificati - sulla base di specifici progetti educativi - ed è svolto nel rispetto delle indicazioni ricevute dal personale sanitario. Le attività educative sono condotte dall'Impresa Sociale "Dalla Parte Dei Bambini" che aderisce al Consorzio PAN, istituito da Intesa Sanpaolo insieme con importanti reti dell'imprenditoria sociale, con l'obiettivo di garantire servizi per l'infanzia di qualità certificata a livello europeo. L'apertura della struttura rientra nel programma



educativo

Intesa Sanpaolo per bambini lungodegenti. Un progetto con il quale la Banca offre gratuitamente servizi di asilo nido ai bambini sino a 36 mesi,

lungodegenti

presso i re-

parti di oncologia

di ospedali di eccel-

lenza. All'Ospedale Pausili-

pon di Napoli, il servizio di asilo

nido viene offerto nelle Strutture Com-

plesse di Oncoematologia Pediatrica, Oncologia

Pediatrica e Trapianto Midollo Osseo e

nell'Unità Operativa Day Hospital. All'inau-

gurazione sono intervenuti Lucia Fortini, As-

sessore all'Istruzione e Politiche Sociali della

Regione Campania, Anna Maria Minicucci, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon, Rachele Furfaro, Direttore Servizi Educativi e Scuole Internazionali "Dalla Parte Dei Bambini", Elena Jacobs, Chief of CEO Staff di Intesa Sanpaolo, Francesco Guido, Responsabile della Direzione Regionale di Campania, Basilicata, Calabria e Puglia di Intesa Sanpaolo e Direttore Generale del Banco di Napoli.

A Napoli chirurgia touchless, 'senza toccare'

Napoli - Si chiama "touchless", cioè senza tocco. E' il nuovo sistema chirurgico inaugurato nell'ospedale degli Incurabili, Asl Napoli 1 Centro. Il nuovo sistema consente di visualizzare e soprattutto di manipolare in modalità "touchless", solo con gesti e voce, gli esami radiologici del paziente che contestualmente viene operato. Le immagini visualizzate vengono selezionate, evidenziate e manipolate a distanza secondo comandi che il chirurgo impartisce

con dei semplici gesti manuali e mediante comandi vocali che il sistema sente o "vede" con una particolare telecamera. Il nuovo sistema che entra in funzione nell'ospedale degli Incurabili è il risultato di una ricerca tecnologica ed applicativa, a seguito di un accordo firmato circa 3 anni fa tra l'Asl Napoli 1 Centro e il Cnr. "Questo - ha detto Vincenzo De Luca, presidente della Regione Campania - è l'ospedale con il livello di più alta produttività dell'Asl Napoli 1, un merito che va riconosciuto a chi qui lavora". Il sistema touchless consente al chirurgo di controllare le immagini Tac,



di risonanza magnetica o di radiologia in genere, presenti nel fascicolo sanitario elettronico del paziente durante l'intervento, senza dover toccare alcuna superficie, mantenendo la completa sterilità.

Ospedali
e territorio

De Luca promette 4mila nuove assunzioni

NAPOLI - "Chiediamo di fare 4mila nuove assunzioni di medici e infermieri nel 2018. Così possiamo bandire concorsi riservando una quota per i precari non ancora stabilizzati. Dunque, 4mila assunzioni di cui 3mila per stabilizzare precari".

Questo uno degli obiettivi del presidente della Campania, e commissario alla Sanità, Vincenzo De Luca che, nel corso della tradizionale conferenza stampa di fine anno, sottolinea come siano stati finora "stabilizzati un terzo dei lavoratori precari". Restando in tema, uno dei più caldi e delicati dell'intero sistema campano, il governatore ricorda anche di aver "firmato un'intesa con le cliniche private" evidenziando "è la prima volta che, dopo decenni, ci avviamo a chiudere intese a gennaio con strutture private accreditate che sono il 30% del settore".

De Luca ha fatto il punto degli interventi avviati: "Abbiamo aggiornato il fabbisogno, e possiamo fare intese biennali.

E' ok con le riabilitazioni e anche per quanto riguarda il problema dei laboratori, soprattutto quelli piccoli con meno di 70mila prestazioni che, per legge, non potrebbero avere l'accreditamento". Fra gli obiettivi da raggiungere nel nuovo anno, il presidente cita quelli sul Cto con apertura del pronto soccorso di primo livello a gennaio e quella del pronto soccorso generale tra gennaio e febbraio. Globalmente parlando, il commissario punta a sopperire al



meglio rispetto "alla mancanza di una piattaforma informatica unica per la sanità campana" e aggiunge "Oggi abbiamo una piattaforma unica per la certificazione dei debiti, i pagamenti e il controllo delle prescrizioni". L'obiettivo finale è di evitare servizi esterni puntando su una piattaforma "tutta interna, che deve essere tale per ragioni di autonomia".

NAPOLI - Il presidente dell'Istituto superiore della sanità, Walter Ricciardi lancia l'allarme: a Napoli «Si muore otto anni prima che nelle altre città, colpa della gestione locale della Sanità. Un divario nato con la riforma costituzionale del 2001».

La soluzione potrebbe essere un piano Marshall per la Sanità nel meridione d'Italia. «Oggi nascere nel meridione d'Italia significa nascere nelle parti del continente europeo più derelitte, perché di fatto quelle regioni sono quelle che hanno gli indicatori di aspettativa di vita peggiori d'Europa». Non lasciano dubbi interpretativi le parole di Ricciardi.

Ma l'Iss smorza gli entusiasmi Napoli la peggiore d'Europa

«E un divario originato nel 2001 con il cambiamento del Titolo V della Costituzione - continua Ricciardi - che di fatto ha dato alle regioni la quasi esclusiva potestà di organizzare e di gestire». Il divario tra

nord e sud «è aumentato in questi quindici anni. Oggi una persona che nasce in Campania, Sicilia o in Calabria, regioni con meno servizi, ha un'aspettativa di vita fino a quattro anni inferiore». E al sud aumenta anche il tasso di ospedalizzazione, il che vuoi dire che «la persona che potrebbe essere curata benissimo a casa va in ospedale quando è troppo tardi. È come se vivessimo in due paesi.

I cittadini del Sud vivono in un paese e i cittadini del Nord vivono in un altro paese». Un divario che in un quindicennio ha cambiato radicalmente l'aspettativa di vita.

Ospedali e territorio

Cardarelli, impronte digitali anti furbetti

NAPOLI - «Entro marzo tutti i marcatempo dei dipendenti saranno eliminati, sostituiti con un nuovo sistema di rilevazione della presenza tramite il sistema per la rilevazione delle impronte digitali». L'annuncio è del direttore generale dell'ospedale «Cardarelli» di Napoli, **Ciro Verdoliva**, dopo il parere favorevole ottenuto dal Garante per la protezione dei dati personali. L'iter per l'adozione dei sistemi di lettura dei dati biomedici era stato avviato dalla Direzione generale a seguito del cosiddetto scandalo dei «furbetti del cartellino» all'ospedale **Loreto Mare** di Napoli. «Una scelta necessaria – spiega allora Verdoliva - arrivata anche su

richiesta dei nostri dipendenti, evidentemente desiderosi di dimostrare a tutti che al Cardarelli non ci sono furbetti».

Prima di introdurre il nuovo sistema, la Direzione del Cardarelli ha voluto chiedere un parere sulla legittimità di questa tecnologia, a garanzia della privacy dei dipendenti. Nel parere del Garante si specifica che «l'obiettivo principale dell'installazione del sistema di rilevazione biometrica non è di accertare la prestazione lavorativa del singolo dipendente», ma «di garantire che ogni dipendente registri l'inizio della prestazione lavorativa unicamente per se stesso e non per altri colleghi». Le apparecchiature per la



rilevazione delle impronte digitali verranno installate entro gennaio 2018 e il Cardarelli sarà il primo ospedale pubblico di Napoli a introdurre questa tecnologia.

In Campania cesarei al 60%

NAPOLI - L'obiettivo è quello di raggiungere "il 25% di parti cesarei nel 2018" anche se la Campania è ancora ferma "al 60% circa". Sono i dati che riferisce **Enrico Coscioni**, consigliere alla Sanità del governatore della Campania **Vincenzo De Luca** e riportati dall' **Agenzia Dire**. La Regione ha deciso di avviare i controlli in 6 strutture, tra ospedali e centri accreditati, che si discostano dalla media regionale con l'obiettivo di ridurre la quota di tagli cesarei "nel più breve tempo possibile - dice Coscioni -. In meno di un anno abbiamo recuperato il 20% perché partivamo da numeri disastrosi: oltre l'80% di cesarei". Inefficienze ma anche punte d'eccellenza come l'ospedale evangelico **Villa Betania** di Napoli e il **San Leonardo**, ospedale di **Castellammare di Stabia** dove si registra solo il 13% di nascite con cesareo. "È un dato eccezionale come è eccezionale quello della **Federico II** di Napoli. In quella struttura - spiega Coscioni - siamo al 33% ma si pensi che viaggiamo su cifre di oltre 2300 interventi. ogni anno".



Endometriosi, la Regione Campania approva la legge a tutela delle donne

NAPOLI - Promuove la prevenzione e la diagnosi precoce dell'endometriosi, nonché la sua conoscenza e relative conseguenze dal punto di vista sanitario, sociale e lavorativo.

Questi gli obiettivi del disegno di legge 'Misure per la tutela delle donne affette da endometriosi' approvato dalla Regione Campania. Con il ddl regionale si istituiscono anche l'Osservatorio regionale sull'endometriosi ed il Registro regionale dell'endometriosi, per la raccolta e l'analisi dei dati clinici e sociali riferiti alla malattia.

Presidio medico alla Stazione Centrale



NAPOLI - Un protocollo d'intesa, ratificato dalla Regione Campania, è stato siglato da Umberto Lebruto, direttore produzione Rete Ferroviaria Italiana, e Mario Forlenza, direttore generale Asl Napoli 1 Centro. Alla firma ha fatto seguito una breve cerimonia di inaugurazione dei locali messi a disposizione da RFI in comodato d'uso gratuito. Scopo fondamentale del protocollo è quello di fornire agli operatori del Servizio Sanitario spazi e strumenti necessari a svolgere interventi di primo soccorso, 24 ore su 24, nella Stazione centrale di Napoli, dove gravitano quotidianamente circa 150mila persone tra viaggiatori, accompagnatori e frequentatori abituali di un luogo divenuto ormai parte integrante della città. «RFI si è resa disponibile - ha dichiarato Lebruto - non solo a sostenere l'iniziativa della Regione Campania che ha ratificato questo protocollo, ma anche a offrire un punto di riferimento stabile agli operatori sanitari, e a fornire un'autolettiga elettrica in grado di velocizzare gli interventi di soccorso nelle aree di stazione».

«Negli anni scorsi era stata eliminata l'ambulanza negli spazi della Stazione centrale di Napoli. È stata una scelta assolutamente irresponsabile»: ha detto invece Vincenzo De Luca. «Siamo partiti da un episodio traumatico che si è verificato in estate - ha affermato - quando un cittadino è morto perché non avevo avuto il soccorso in tempo utile». «Abbiamo ragionato con RFI e reperito i locali - ha aggiunto - dove abbiamo collocato un'ambulanza medicalizzata già in un mese abbiamo fatto almeno 300 interventi. Questo è il primo passo verso una riorganizzazione generale del 118 - ha concluso - essenziale per dare serenità ai nostri cittadini».

Infermieri e medici in un docu-web sull'Aorn Cardarelli

NAPOLI - Un docu-web per mostrare il difficile lavoro quotidiano di medici, infermieri e operatori socio-sanitari dell'ospedale più grande del Sud Italia. È questo l'obiettivo della mini-serie "In Prima Linea" prodotta da VocediNapoli.it con il contributo dell'Azienda Ospedaliera Cardarelli diretta da **Ciro Verdoliva**. Il lavoro degli autori, **Ciro Cuozzo** e **Mario Titone**, è stato presentato, con la proiezione dei primi due episodi, lo scorso 10 gennaio nell'aula Mediterraneo della struttura ospedaliera, davanti ad oltre 150 dipendenti del nosocomio, soprattutto medici e infermieri, operatori dell'informazione. Nella prima puntata, girata al pronto soccorso, è protagonista un'anziana colta da infarto. Nel secondo episodio protagonista è Francesca, una giovane talassemica madre di tre figli che da 30 anni si reca, una volta alla settimana, in ospedale per ricevere una trasfusione. «Una realtà che nella sua normale straordinarietà troppo spesso resta sconosciuta ai più - sottolinea il Direttore generale **Ciro Verdoliva** -, ma che è la dimostrazione di come 'lavoriamo per garantire salute' non sia solo uno slogan, bensì un obiettivo vissuto con passione e professionalità. I mini racconti di Voce di Napoli mostrano con scene prese dal reale e non costruite ad hoc il lavoro infaticabile di medici, infermieri, oss e di quanti operano ogni giorno in ospedale. Professionisti della sanità pubblica, donne e uomini, che dedicano il loro tempo, la loro azione e il loro lavoro ai pazienti 24 ore su 24, 7 giorni su 7 per 365 giorni l'anno». «L'obiettivo di VocediNapoli.it - aggiunge il direttore della testata online **Davide Nunziante** - è quello di mostrare immagini senza filtri. Una cronaca secca e onesta di quanto accade all'interno del più grande ospedale della città e del Mezzogiorno mettendo in evidenza il lavoro di medici e infermieri, ma anche le storie e il vissuto dei pazienti. Abbiamo proposto al direttore Verdoliva di mostrare il lavoro dietro le quinte che spesso resta sconosciuto ai più. In questo modo, raccontando quanto accade senza altri fini, crediamo di fornire ai cittadini uno spaccato reale, un servizio che consente di conoscere cosa succede negli ospedali campani, cosa possono aspettarsi, nel bene e nel male». «Nel nostro viaggio all'interno del Cardarelli - sottolineano Cuozzo e Titone - abbiamo trovato tanti fiori all'occhiello che fanno del Cardarelli una vera e propria eccellenza della nostra regione». Gli episodi del docu-web saranno pubblicati ogni giovedì alle 14 sul sito:

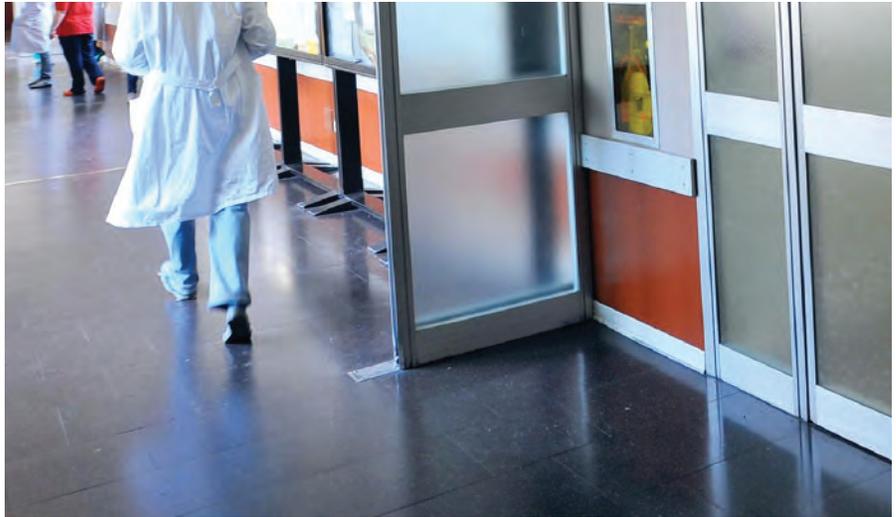
VocediNapoli.it.



Ospedali e territorio

AMOR, la rete oncologica mondiale Made in Napoli

Si chiama AMOR, acronimo di Alianza Mundial Oncologica en Rede. La proposta è del direttore generale del Pascale: "se il tumore è un problema planetario, dice il manager, va trattato attraverso relazioni mondiali e, dunque, occorre, che i sistemi sanitari di tutto il mondo siano organizzati in rete, al fine di garantire condivisione delle conoscenze e sostenibilità." Con una pagina intera sul giornale più diffuso del Sud America, El Tiempo, per la prima volta in questa fetta di mondo si parla del modello multidisciplinare, della medicina personalizzata, quale approccio ideale alla battaglia globale che va fatta contro il cancro. E a parlarne è il direttore generale del Pascale. Concetti espressi nel convegno di presentazione del più grande ospedale oncologico dell'America Latina, tenutosi a Bogotá. E' qui che è stato lanciato Amor, l'alleanza mondiale basata sulla rete oncologica, come uno spartiacque nel modo di combattere i tumori, oltre il proprio territorio nazionale. Tant'è che il Pascale viene considerato, oggi, nell'America Latina come uno dei più importanti centri del mondo per le cure oncologiche. All'indomani della chiusura



dei lavori il Pascale ha siglato un accordo con l'Istituto dei tumori di Bogotá per quanto riguarda la robotica, prevedendo la formazione dei medici colombiani, l'elettrochemioterapia, gli studi clinici congiunti sul vaccino contro il cancro metastatico al seno triplo negativo, che inizieranno quest'anno. Inoltre è stato stilato un protocollo con l'Università FUCS per un master biennale in

oncologia che si svolgerà in Colombia con docenti dell'Istituto napoletano. Ma la vera rivoluzione per la sanità del sud America è nella collaborazione che il Pascale ha messo a disposizione per quanto riguarda la rete oncologica. Portando ad esempio l'Istituto dei tumori di Napoli, il direttore ha spiegato il sistema della rete. "L'approccio multidisciplinare - ha detto il manager a Bogotá - è lo strumento migliore per affrontare il tumore. Nel nostro Istituto siamo organizzati in dipartimenti di organi con personale altamente specializzato che si dedica esclusivamente e con alta specializzazione alla ricerca e al trattamento di ogni distretto corporeo. Le attività sono condotte congiuntamente attraverso un gruppo oncologico multidisciplinare che studia il singolo caso clinico e propone la strategia di cura condivisa. La rete - ha concluso - è l'unica risposta alle 4mila persone che ogni giorno, nella sola comunità Europea, muoiono di cancro. Questa non è una statistica, è una grande guerra planetaria. Ogni guerra che provocasse questo numero di vittime sarebbe riportata, ogni giorno, nei titoli dei quotidiani e nei telegiornali. E invece accade che ognuno di noi combatte la sua piccola battaglia nei propri reparti o nei propri ospedali. Si deve lavorare invece con un respiro ed una prospettiva globali".

Nocera, all'Umberto I nuove sale operatorie

NOCERA INFERIORE - Ristrutturazioni e due nuove sale operatorie per potenziare il blocco operatorio del terzo piano. Erano strutture vecchie di 30 anni ed era necessario ammodernarle. Ora l'ospedale di Nocera inferiore ha anche una moderna centrale di sterilizzazione per l'intero ospedale, ma in grado anche di poter essere utile a tutti gli ospedali del comprensorio. L'intervento di ristrutturazione è costato poco più di 350mila euro. Fondi accantonati dall'Asl di Salerno. Con sette sale operatorie a disposizione si potranno ridurre le liste di attesa. Resta, però, il nodo del personale. Un'altra opera che sta per essere completata è la divisione di rianimazione, unità operativa rivolta come un calzino. Attualmente il reparto è suddiviso in due piani differenti, cosa che ha provocato anche le proteste degli infermieri. Lavori in corso, ma di entità ben inferiore, anche al pronto soccorso.



Ospedali
e territorio

Salute a tutti! Una finestra sulla sanità

Troppo spesso si sottovaluta quello che ci viene dato senza che nemmeno lo chiediamo. Quasi sempre gli onori sono di chi calca le scene e non di chi, con cura e dedizione, predispone e sostiene lo spettacolo, restando dietro le quinte.

La presentazione del docu-web sul Cardarelli "In prima linea", tenutasi oggi presso l'Aula Mediterraneo del Cardarelli è un'occasione per puntare l'attenzione sulla quotidianità eccezionale del personale dell'ospedale più importante del Sud Italia. E non parlo soltanto dei medici, ai quali pure va tributata stima e ammirazione per la competenza e la professionalità indispensabili a svolgere con meritato successo una professione impegnativa, totalizzante per molti versi. Parlo degli infermieri, di coloro che erogano assistenza, responsabili "in prima linea" del percorso di cura e dell'educazione sanitaria del paziente, al quale troppo spesso non è riconosciuta l'effettiva importanza. Le storie ordinarie e straordinarie degli angeli delle corsie ospedaliere meritavano, così come ogni profilo professionale ripreso con fedeltà dalle puntate del docu-web, la giusta valorizzazione. Con il recente riconoscimento dell'Ordine si è ottenuto un risultato attesissimo da varie categorie di operatori sanitari, aprendo la professione infermieristica a nuovi traguardi, ampliando gli orizzonti non soltanto professionali ma emozionali, di un percorso che prima che lavorativo è esistenziale. Perché le vite di chi dedica tempo alla cura dell'altro non sono vite ordinarie: in molti casi si arricchiscono di soddisfazioni, non di rado sono tenute ad affrontare situazioni difficili, sempre sono richieste loro forza e presenza.

A questa categoria professionale, a cui sono particolarmente legato, rinnovo l'invito a rendere partecipi i lettori di Salute a tutti, il nuovo portale web sulla salute campana del quale sono direttore editoriale, delle tante storie, belle, sempre importanti, relative alla propria esperienza nel campo ospedaliero. Storie, difficoltà, esigenze, segnalazioni: la redazione di Salute a tutti vi invita a scrivere alla mail redazione@saluteatutti.it. Accoglieremo le vostre testimonianze, pronti a farci cassa di risonanza delle vostre preziose voci.

Salvatore Isaia

Perfezionamento in oncologia, medici cinesi all'ospedale Pascale

NAPOLI - Medici oncologi, chirurghi, ricercatori, radiologi, radioterapisti, sono arrivati da ogni parte della Cina per formarsi in campo oncologico al Pascale. L'accordo è quello che sigla la collaborazione tra il Pascale e la Terra dei ciliegi, firmato lo scorso maggio a margine di una missione a Pechino e Shangai del direttore generale, Attilio Bianchi. La prima di una lunga lista di sanitari con gli occhi a mandorla è già da tempo presso il Pascale. Complessivamente, saranno 450 gli specialisti che nei prossimi tre anni si alterneranno nei reparti dell'Istituto dei tumori di Napoli. I primi 32 professionisti sono da tempo stati presentati ai tutor e assegnati ai reparti di riferimento. Fino a gennaio la loro presenza al Pascale consisterà nella frequentazione dei reparti e dei servizi nelle ore mattutine, mentre nelle ore pomeridiane studiano nell'aula di radioterapia dove seguiranno lezioni generali e dove verrà loro illustrato il sistema sanitario in vigore in Italia, nonché le organizzazioni degli ospedali, delle università e degli Istituti di ricerca a carattere scientifico. Sempre nel pomeriggio le lezioni frontali di approfondimento a partire dall'epidemiologia dei tumori.

AVERSA – Una struttura da 1200 metri quadrati del tutto autonoma dal punto di vista diagnostico perché fornita di tac, servizio ecografico e radiologia ad uso esclusivo. Dieci posti di osservazione intensiva breve (Obi) per i codici verde, giallo e rosso, collegati alla medicina d'urgenza che tornerà ad essere separata dalla medicina generale.

Queste alcune delle caratteristiche del nuovo pronto soccorso dell'ospedale Moscatti. Un evento per la città di Aversa e per tutti i comuni dell'hinterland presenti con i rispettivi sindaci in occasione del taglio del nastro fatto dal presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca,

Nuovo pronto soccorso al Moscatti di Aversa

insieme al direttore generale dell'Asl Caserta Mario De Biasio, al direttore sanitario dell'ospedale Angela Maffeo.

Unico neo la dotazione di personale, in particolare quello medico, che ad oggi è di soli 9 medici, gli stessi che dovranno far fronte alle esigenze dei pazienti che faranno ricorso alle cure del nuovo pronto soccorso. Ma, a detta del presidente De Luca, i medici arriveranno.



**Ospedali
e territorio**

Lotta ai disturbi alimentari A Salerno il centro-pilota



SALERNO - Prende il via da Salerno la rete pubblica regionale per i disturbi del comportamento alimentare. La struttura di via Martin Luther King, nel rione Mariconda, dove è presente anche il dipartimento di salute mentale, è il primo centro residenziale pubblico della Campania per anoressici e bulimici che hanno bisogno di assistenza continuativa. La struttura sarà punto di riferimento per tutte le altre province e contribuirà a ridurre la mobilità passiva per questo tipo di disturbi.

Al taglio del nastro erano presenti con il governatore **Vincenzo De Luca** tutti i big della sanità salernitana. Il suo consigliere alla Sanità **Enrico Coscioni**, il manager dell'Asl **Antonio Giordano**, quello del Ruggi **Giuseppe Longo**, il direttore del centro pilota regionale dell'ateneo Vanvitelli di Napoli **Mario Maj** e infine il direttore del dipartimento di salute mentale dell'Asl di Salerno **Giulio Corrivetti**. Il centro residenziale è dotato, attualmente, di 8 posti letto, estendibile a 16 in futuro, e sarà gestito, attraverso un accordo di cooperazione, firmato ieri mattina a margine della manifestazione di inaugurazione, dal centro pilota regionale per i disturbi dell'alimentazione dell'ateneo Vanvitelli di Napoli e dall'Asl di Salerno, insieme al Ruggi. Ci sono 4 camere

da letto, un centro diurno, un soggiorno, una sala per le attività ricreative e una sala da pranzo con cucina attrezzata. Saranno condivisi, accanto a tutta la riabilitazione nutrizionale, anche piani individualizzati e percorsi di pasto assistito. «Tutto serve a creare una atmosfera di valore casalingo – ha sottolineato il direttore Corrivetti - I pazienti potranno godere di lungo degenze, (dai 3 ai 6 mesi) perché è una struttura ad alta intensità assistenziale. Nel percorso di assistenza saranno coinvolti psichiatri, internisti, nutrizionisti clinici, psicologi, dietiste, infermieri, che accompagneranno i pazienti dall'accesso ambulatoriale alla consulenza nutrizionale, alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, alla psicoterapia familiare, alla psicoeducazione, alla farmacoterapia delle eventuali complicanze fisiche e psichiatriche. Per i casi più critici c'è il ricovero residenziale. In Campania i pazienti affetti da anoressia nervosa sono circa 15mila. 45mila, invece, sono quelli che soffrono di bulimia nervosa. 100mila quelli per disturbo alimentare da alimentazione incontrollata.

Ad essere colpiti sono prevalentemente gli adolescenti o i giovani adulti, soprattutto ragazze o donne, ma sono in aumento anche gli uomini.

San Leonardo: ok per l'Obi, ma manca il personale

CASTELLAMMARE. Nel lungo corridoio verde c'è uno stanzone con sei posti letto, monitor e strumenti medici di ultima generazione.

E' l'area riservata ai pazienti arrivati in pronto soccorso per un minimo di sei ore ad un massimo di 36.

Accanto, la stanza rosa dedicata alle vittime di violenza, donne e bambini che hanno bisogno di particolare assistenza. Sullo stesso lato, l'area di isolamento per pazienti infettivi. Stanze monitorate da un'unica postazione grazie alle telecamere, che permetteranno al personale di tenere sotto controllo i nuovi spazi e non lasciare mai soli i pazienti. Sulla carta è tutto pronto, i lavori sono terminati. Ad essere ancora carente invece è il personale. Nell'Obi (osservazione breve) si potranno gestire i pazienti eliminando ricoveri impropri. Si tratta di posti letto monitorati.

Settantaduemila accessi all'anno, circa duecento al giorno, per un bacino d'utenza di 80mila persone. I numeri del reparto di Pronto Soccorso stabiese sono di tutto riguardo. Per questo la direzione sanitaria ha concluso in questi mesi l'assunzione di 11 nuovi medici per Medicina d'Urgenza che affiancheranno i 15 camici bianchi già in servizio tra prima linea e reparto. Per gli infermieri invece non ha prodotto frutti la manifestazione d'interesse indetta dal direttore del San Leonardo Savio Marziani, scaduta venerdì, nella quale si dava la possibilità di chiedere mobilità volontaria agli infermieri con oltre 10 anni di servizio in pronto soccorso.

Nessuno ha risposto, tutti gli infermieri restano al loro posto ma non bastano.

Cartella digitale, sperimentazione al Ruggi d'Aragona

SALERNO - Parte, in via sperimentale, nel reparto di Cardiocirurgia dell'Azienda ospedaliero-universitaria 'San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona' di Salerno, la cartella clinica digitale. Grazie al tablet, infatti la cartella diventa informatizzata: i tempi di attesa per il paziente si accorciano, si eliminano spese accessorie inutili e si rende il servizio sanitario più efficiente e in linea con i tempi. La Cartella clinica Elettronica consente inoltre la raccolta e la gestione immediata di tutti i dati clinici del paziente, su supporto informatico integrato. Attraverso la digitalizzazione della cartella clinica è possibile inoltre l'aggiornamento e la visualizzazione delle informazioni cliniche e sanitarie del paziente, in modo semplice e immediato. Sul nastro di partenza anche l'App «anti caos» già annunciata in pronto soccorso che segnala, in tempo reale il flusso dei pazienti presso il reparto. La rivoluzione che sta per approdare nel plesso ospedaliero-universitario di via San Leonardo è frutto di una convenzione con l'Aorn "Cardarelli" di Napoli per l'utilizzo del web application multiplatforma per la gestione del pa-



ziente, destinato all'uso in mobilità da parte degli operatori sanitari. Il sistema vedrà protagonisti gli infermieri «armati» di tablet, sui quali saranno in evidenza, in tempo reale, i

flussi di pazienti in entrata e in uscita trasmessi alla direzione strategica. Accettazioni e dimissioni sono elaborate dal software che stilerà grafici per ogni singolo reparto.

L'ospedale di Benevento, assieme al "Sant'Alfonso" di Sant'Agata, ha lo stesso numero di posti letto dell'Ospedale del Mare: sono gli ospedali riuniti del Sannio. E'

lo stesso governatore Enzo De Luca a parlare di ospedali riuniti. Dal primo gennaio, i due presidi sono una sola realtà, con il nosocomio santagatese che diventerà un polo oncologico. A stabilirlo il decreto commissariale n. 54 del presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca.

Il passaggio di testimone del «Sant'Alfonso» dalla Asl al Rummo si concretizzerà il primo gennaio 2018 e consentirà l'interazione tra le due strutture.

L'azienda ospedaliera conserverà la conduzione dell'Emergenza Urgenza, mentre il presidio ospedaliero di Sant'Agata avrà la gestione del polo oncologico. In attesa del nuovo Piano Ospedaliero, che andrà a definire l'assetto delle strutture sanitarie regionali, la

Ospedali riuniti Rummo e Sant'Alfonso Via al polo oncologico di Benevento

fusione tra le due strutture ospedaliere porterà il «Rummo», alla gestione di 544 posti letto, a pari livello del «Moscato» di Avellino e con il «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta. Quindi, minori rischi di accorpamento con altre strutture ospedaliere regionali.

Il Polo Oncologico rappresenta l'opportunità per il Sannio e per le province vicine al suo territorio di avere un punto di alta specializzazione oncologica, capace di orientare su Sant'Agata il flusso di mobilità passiva diretto verso altre regioni. Inoltre, il provvedimento di accorpamento scongiura il rischio di soppressione o di ridimensionamento del «Sant'Alfonso». «A Benevento sono stati fatti due miracoli», ha aggiunto De Luca nel corso dell'incontro con i manager locali. «L'ospedale di Sant'Agata era destinato a morire, anzi, era già morto, e il territorio del Sannio non avrebbe avuto, probabilmente, un Dea di secondo livello».

Ospedali e territorio

Paleopatologie, presenza cancro in mummie conservate a Napoli

Napoli - Il cancro non è una malattia dei tempi moderni, causata dall'inquinamento o dallo stile di vita moderno, ma è una patologia risalente nel tempo.

A sostenerlo l'equipe della Divisione di Paleopatologia dell'Università di Pisa, diretta dalla professoressa Valentina Giuffra, che ha analizzato con moderne tecniche istologiche, immunoistochimiche e molecolari le decine di mummie rinascimentali conservate nella sacrestia annessa alla chiesa di San Domenico Maggiore a Napoli. Il risultato dello studio, pubblicato sulla rivista internazionale *Lancet Oncology*, è l'individuazione di tre casi di neoplasia maligna in individui tra i 55 ed i 70 anni: un carcinoma basocellulare (ovvero un tumore cutaneo) che ha colpito il volto del duca Ferdinando Orsini di Gravina (circa 1490-1549), un adenocarcinoma avanzato del retto nella mummia del re Ferrante I di Aragona (1424-94) ed un adenocarcinoma del colon in fase iniziale di infiltrazione nella mummia del principe Luigi Carafa di Stigliano (1511-76). "Sono



scoperte estremamente importanti perché non solo rappresentano tre dei cinque tumori maligni dei tessuti molli mai diagnosticati in paleopatologia - afferma il professore Gino Fornaciari, da decenni impegnato sullo studio delle mummie napoletane - ma sono stati tutti diagnosticati in una stessa ristretta popolazione, quella della corte aragonese della Napoli rinascimentale a cavallo tra il '400 ed il '500". Si scopre così che, se nel piccolo gruppo di undici mummie (dieci uomini ed una donna) tre soggetti svilupparono un tumore maligno, c'è una prevalenza di malattia neoplastica del 27%, un dato assai vicino al 31% riscontrato nei paesi industrializzati moderni. "Possiamo ipotizzare - conclude il dottore Raffaele Gaeta, coautore della pubblicazione - che nel passato il cancro sia stata una malattia relativamente frequente tra gli individui oltre i 55 anni, almeno per le classi elitarie del Rinascimento che vivevano più a lungo e che potevano permettersi abitudini alimentari e stili di vita non distanti dalle nostre".

more maligno, c'è una prevalenza di malattia neoplastica del 27%, un dato assai vicino al 31% riscontrato nei paesi industrializzati moderni. "Possiamo ipotizzare - conclude il dottore Raffaele Gaeta, coautore della pubblicazione - che nel passato il cancro sia stata una malattia relativamente frequente tra gli individui oltre i 55 anni, almeno per le classi elitarie del Rinascimento che vivevano più a lungo e che potevano permettersi abitudini alimentari e stili di vita non distanti dalle nostre".

Il 'Curto' di Polla si potenzia con il laser ad eccimeri

vista come la miopia. Un macchinario che è stato assegnato al "Curto" dopo un bando del 2015. La chirurgia refrattiva è un tipo di chirurgia usata dal medico oculista per correggere, intervenendo sulla cornea o sul cristallino, i vizi refrattivi dovuti ad un difetto di focalizzazione delle immagini sulla retina. Tali difetti sono principalmente la miopia, l'ipermetropia, l'astigmatismo; ad essi si deve aggiungere la presbiopia; loro entità viene espressa in diottrie e, nel caso dell'astigmatismo, anche da un asse (espresso in gradi), che ne indica l'orientamento. Tutti i vizi refrattivi possono essere corretti ricorrendo a diversi tipi di intervento: la classificazione primaria è tra chirurgia corneale e intraoculare.

POLLA - E' attivo nel reparto di Oculistica dell'ospedale di Polla, nel Vallo di Diano, il laser ad eccimeri, apparecchiatura d'eccellenza e all'avanguardia in dotazione all'Unità Operativa di Oculistica. Si tratta di un'utile strumentazione laser che ha la capacità di rimuovere parti microscopiche con estrema precisione e che viene utilizzata per eliminare o ridurre difetti comuni della

Premiate le infermiere del Rizzoli

FRATTAMAGGIORE. Il Presidente della Regione Vincenzo De Luca e il Direttore Generale dell'Asl Napoli 2 Nord Antonio d'Amore, hanno consegnato riconoscimenti al personale dell'Azienda Sanitaria nell'ambito del premio «colle-gaemplare». I premi, diretti a tutto il personale dipendente non dirigenziale dell'Asl Napoli 2 Nord, sono stati assegnati in base alle segnalazioni dei colleghi e a verifiche effettuate dalla direzione. Tra i destinatari dei riconoscimenti, l'ospedale Rizzoli di Lacco Ameno per l'assistenza nel post terremoto e due dipendenti che si sono particolarmente distinti nell'emergenza ai feriti: un'infermiera che ha perso la casa ma nonostante questo si è dedicata anima e corpo alle fasi del soccorso, e la caposala in pensione, rientrata in servizio per offrire il suo contributo. La cerimonia di premiazione si è tenuta nella sala convegni dell'Asl a Frattamaggiore. Nell'occasione sono state consegnate due targhe speciali al personale di due strutture sanitarie: l'ospedale Anna Rizzoli di Lacco Ameno per la gestione dell'assistenza in occasione del terremoto; il pronto soccorso dell'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli per la professionalità nonostante i ripetuti episodi di violenza subiti nei mesi scorsi. Sono state poi consegnate targhe di riconoscimento ai singoli dipendenti; Sabato Tortorella, infermiere dell'ospedale di Pozzuoli; Barbara Settembre, infermiera dell'ospedale di Ischia; l'equipe del 118 di Frattamaggiore (Giuseppina Del Prete, Giuseppe Imperatore, Cuono Rea); Anna Maria Giannetti, infermiera dell'ospedale di Giugliano; Giovanna Cecere, infermiera del Servizio Dipendenze di Acerra; Carolina Molino, tecnico del servizio informatico aziendale; Anna Di Meglio, assistente sociale del Distretto 38 di Marano; Gennaro Schiano, infermiere dell'ospedale di Pozzuoli; Sossio Privato, responsabile laboratorio di analisi di Frattamaggiore; Francesca D'Ambra, caposala in pensione dell'ospedale di Ischia.



**DALLA
PARTE
DEI
POVERI**

unicef  | GIORNATA MONDIALE DELL'INFANZIA

Giornata Mondiale dell'infanzia

UNICEF/UN068435/Noorani