

NapoliSana Campania

Aggressioni in ospedale Si lavora nel terrore

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE
Napolisana Campania
nella rete mondiale

Pino De Martino a pag. 31



FORMAZIONE
L'Ordine degli infermieri
incontra le Università

Pino De Martino a pag. 14





NOI POSSIAMO

COLLABORARE

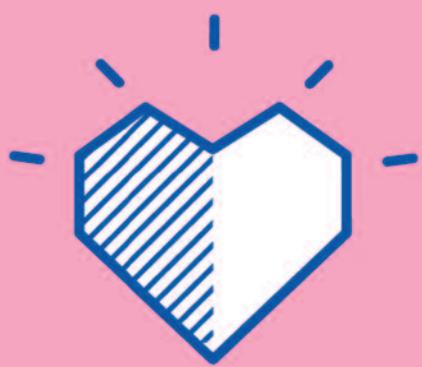


Ispirare



IO POSSO

AMARE



GIORNATA
MONDIALE
CONTRO IL
CANCRO 2018

WORLDGANCERDAY.ORG

UNISCITI A NOI IL 4 FEBBRAIO





L'Editoriale

di **Ciro Carbone**

Il salto di qualità

“Sono 23 anni e poco più che nelle case degli infermieri di Napoli la professione si racconta. Lo facciamo periodicamente attraverso questa pubblicazione. In 23 anni abbiamo raccontato la nostra crescita e le difficoltà che gli infermieri hanno incontrato lungo questo percorso. I successi, gli obiettivi e le battaglie della nostra professione. Abbiamo parlato di cultura e di attualità sanitaria. Abbiamo condotto inchieste, denunciato ritardi. Insomma abbiamo raccontato il nostro lavoro, sul nostro territorio, cercando di informare i nostri iscritti con puntualità e rigore giornalistico. Da qualche anno la rivista ha puntato più in alto, seguendo il trend di crescita della nostra professione. Abbiamo pensato che gli infermieri di Napoli fossero pronti ad un salto di qualità. Così si è dato vita ad un inserto interamente dedicato alla ricerca infermieristica: NscNursing. Una scelta editoriale lungimirante, che ha ritenuto di puntare sulla crescita professionale e culturale degli infermieri, offrendo agli iscritti la possibilità di confrontarsi con pubblicazioni di assoluto valore scientifico, in massima parte firmate da infermieri. Ora, a partire da questo numero, NapoliSana è la prima rivista del CentroSud, edita da un ordine professionale provinciale, ad essere indicizzata. E' la seconda a livello nazionale. Un traguardo prestigioso. Perseguito con il solo scopo di portare nelle case degli infermieri di Napoli (ma non solo), gli approfondimenti scientifici necessari per una professione che ha sete di sapere, altissima formazione e un orizzonte professionale in crescita esponenziale. Siamo un ordine professionale al pari di altre professioni intellettuali. Puntiamo al riconoscimento di competenze avanzate. Allora dobbiamo nutrire il nostro sapere con aggiornamenti professionali adeguati, dal forte peso scientifico e culturale. Noisiamopronti, diciamo in un hashtag di successo. Gli infermieri di Napoli sono pronti per sfide sempre più alte. Ci crediamo tanto in questo processo di crescita che quest'anno abbiamo voluto dedicargli l'evento internazionale di maggiore rilievo: la giornata internazionale dell'infermiere. Celebreremo così, degnamente, con alte personalità accademiche e professionali, questo importante riconoscimento. Poniamo al centro degli interessi della nostra comunità professionale la crescita scientifica dei nostri

saperi e del nostro compito professionale. Del resto lo stiamo dicendo da un po'. E' tempo di profondi cambiamenti nella sanità italiana. E noi infermieri abbiamo il diritto dovere di dire la nostra. Argomentando con cognizioni di causa e con rigore scientifico le nostre proposte per una sanità che tenga al centro gli interessi del cittadino. Siamo allarmati per come vanno le cose. C'è una progressiva e strisciante privatizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia. Un cambio di registro silenzioso e pervicace che sta portando la sanità italiana fuori da quel universalismo delle cure pur presente nella Costituzione. Il Bel Paese corre veloce in questa direzione senza che nessuno, governo, partito, ministero l'abbia esplicitamente dichiarato. Quindi, in maniera ancora più pericolosa e subdola e con il concorso silenzioso di tutti. Secondo i dati Istat il 6,5% della popolazione ritarda o non si cura più. Al Sud i numeri sono tre volte peggio. Nei fatti, siamo da tempo in un sistema misto pubblico/privato, dove quest'ultimo cresce a ritmi esponenziali. Quasi alla stessa velocità del parallelo disinvestimento pubblico: circa 70 mila posti letto in meno, 175 ospedali tagliati, macchinari nell'83% dei casi obsoleti. Nel 2018 il rapporto tra spesa sanitaria e ricchezza prodotta dal Paese scenderà al 6,5%, soglia limite, al di sotto della quale non è più possibile garantire l'accesso alle cure. Nel 2019 calerà al 6,4% mentre nel 2020 al 6,3%. Senza contare l'esercito di professionisti persi negli ultimi anni. Solo di infermieri oggi ne mancano all'appello almeno 50mila, tra i 20mila in più che servirebbero negli ospedali e i 30mila aggiuntivi che sul territorio dovrebbero colmare i bisogni di assistenza dettati dalla cronicità e dall'invecchiamento della popolazione. E se il trend non s'inverte, nel 2021 la professione, tra blocchi del turnover, pensionamenti ed eventuali, ulteriori, tagli alla spesa sanitaria, farà registrare una carenza di almeno 63mila unità, considerando un aumento del 3% di ammalati cronici e non autosufficienti. La nostra posizione è netta. Più infermieri nella sanità italiana, più posti di lavoro per i giovani altamente formati nelle nostre università costretti ad emigrare. Contrastare questo processo di ritirata del pubblico, per continuare ad avere un Servizio sanitario di qualità, universale e solidaristico”

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli

ANNO XXIV- N. 1 - MARZO 2018

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

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

Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Coordinamento Comitato Scientifico

Teresa Rea

Comitato Scientifico

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

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Dario De Martino, Maria Rosaria Esposito, Assunta Guillari, Giovanni Matteo, Rosa Liccardo, Concetta Pane, Teresa Rea, Carmela Serio, Silvio Simeone, Filomena Stile, Pippo Trio.

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

Via santa Maria di Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,
Tel. 081 440140, Fax 081 0107708

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

pec: napoli@ipasvi.legalmail.it

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - GALLERIA UMBERTO I, 50 - 80132 NAPOLI

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



In questo numero:



3 L'Editoriale

Il salto di qualità

di **Ciro Carbone**

6 Allarme Sicurezza

E boom di aggressioni
agli infermieri



di **Pino De Martino**

In questo NUMERO



Allarme Sicurezza

9

Carbone: "Si lavora nel terrore. Fermiamo le violenze"
Il Presidente dell'Ordine di Napoli ha incontrato il Prefetto Carmela Pagano

di Pino De Martino

10 Speciale Congresso

Da Napoli in 300 per il primo Congresso Fnopi

"Noi infermieri. La nostra impronta sul sistema salute": un evento "celebrativo" per consacrare il passaggio da Collegi a Ordini professionali



di Dario De Martino



Speciale Congresso 12

"Nel 2021 mancheranno 63mila infermieri"

di Pino De Martino

14 Università e Formazione

Più infermieristica negli atenei napoletani

L'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli incontra i Rettori Gaetano Manfredi e Giuseppe Paolisso



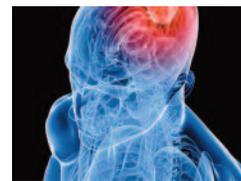
Università e Formazione 15

Intervista al Rettore Manfredi: "Tante opportunità per i giovani con elevata professionalità"

di Pino De Martino

17 NSC Nursing Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 17/32



31 Pubblicazioni Scientifiche

Napolisana Campania nella rete mondiale

di Pino De Martino

33 Infermieri in evidenza

Un ambulatorio pediatrico interamente gestito da infermieri



34 Notizie dall'Ordine

L'Assemblea degli iscritti approva il bilancio



35 Incontro con il Papa

"Tante vite si salvano grazie a voi. La tenerezza medicina preziosa"



37 Dentro la professione

La donazione di sangue. Un'indagine conoscitiva



40 Ospedali e territorio

Allarme Sicurezza

E' boom di aggressioni

Ogni anno circa 1200 atti di aggressione ai danni dei lavoratori della sanità. Ma l'84 per cento dei casi non viene denunciato: spesso non si denuncia per pudore o per paura. Fenomeno in preoccupante espansione.

di Pino De Martino

I numeri dicono che ogni anno si contano circa milleducento atti di aggressione ai danni dei lavoratori della sanità (dati Inail, confermati dal ministero della Salute). Ovvero, il 30 per cento dei 4mila casi totali di violenza registrati nei luoghi di lavoro. E riguardano, in ordine di casi, infermieri, medici, farmacisti e altri professionisti del settore. Sette volte su dieci le vittime delle aggressioni sono donne. In media sono circa tre episodi di violenza al giorno, dalle percosse, agli insulti, fino ai tentativi di stupro. Ma sono numeri che sottomostrano il fenomeno. Sono falsati. Circa l'84 per cento dei casi non viene denunciato. Spesso non si denuncia per pudore e per non scoperciare situazioni di inadeguatezza strutturali. Ma anche per paura di ritorsioni e di nuove e più gravi conseguenze, o solamente per evitare scocciature burocratiche. Insomma, a conti fatti, si stima che meno di un terzo delle aggressioni subite in corsia, pronto soccorso, 118 e via dicendo, vengono denunciati e resi noti.

Il Ministero della Salute - Nella traduzione italiana della definizione del NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health), considera la violenza sul luogo di lavoro come: "Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro" ed è addirittura considerata un importante problema di salute pubblica nel mondo (WHO, 2002).



Purtroppo, ed è questo un ulteriore allarme, il fenomeno registra negli ultimi tempi una crescita esponenziale.

Se in teoria tutti gli operatori della sanità sono potenzialmente a rischio di tutti i tipi di violenza, nella maggior parte delle casistiche il personale sanitario più interessato ed esposto è quello infermieristico, probabilmente a causa della maggior vicinanza e contatto con i pazienti. Ma anche tra i medici i casi stanno aumentando. Tra le aree maggiormente a rischio, l'area territoriale, con i presidi di guardia medica, gli ambulatori, i servizi psichiatrici, quella ospedaliera, ed in particolare il pronto soccorso, e il 118. Nel merito della tipologia dei casi di violenza si individuano: 1) violenza non fisica (psicologica e verbale): insulti, minacce, intimidazioni, stalking; 2) violenza fisica: schiaffi, morsi, bastonate, fino ad arrivare ai casi più gravi di omicidio. L'aggressione proviene non solo dai pazienti ma anche dai parenti

od accompagnatori/visitatori.

Il fenomeno dilaga - La maggior parte delle aggressioni, dicono i dati, è scatenata da una prestazione negata, a cui il paziente pretende di avere diritto, ma che, per legge o anche per mancanza di risorse, non gli può essere erogata. Inoltre il blocco del turnover, la carenza di personale, gli orari massacranti, la carenza di fondi da destinare alla messa in sicurezza delle sedi sono tutti fattori che mettono a rischio la sicurezza dei professionisti della sanità. In sintesi, buona parte del dilagare del fenomeno è da attribuire al progressivo e visibile defianziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli interventi - Siamo di fronte, dunque, a una grave emergenza. Essa mette a grave rischio l'incolumità fisica degli operatori sanitari nello svolgimento dell'attività professionale, ma anche l'ordinario svolgimento delle attività di cura e di assistenza sanitaria, a tutto svantaggio dei cittadini e dell'appli-

agli infermieri



La Federazione: “Non siamo bersagli, né capri espiatori”

“L’infermiere non è un bersaglio, non è un capro espiatorio, non è un contenitore inerme dove riversare rabbia, frustrazione ed inefficienze del sistema”. Lo scrive a chiare lettere la Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (Fnopi), che sollecita il coinvolgimento delle Regioni nell’arginare il fenomeno delle aggressioni nei confronti dei professionisti sanitari. “*Tutto il Servizio Sanitario Nazionale deve impegnarsi affinché l’alleanza infermiere cittadino, che sta alla base della professione infermieristica, possa esprimersi al meglio, al fine di aumentare sicurezza e fiducia*”, dice ancora la Federazione in una nota nella quale esprime solidarietà a tutti i colleghi che sono stati vittima o che rischiano di esserlo durante l’espletamento delle proprie funzioni presso le strutture sanitarie e giudica gli atti di violenza sui professionisti inaccettabili.

Non solo solidarietà - Ma non c’è solo solidarietà nel messaggio della Federazione nazionale. C’è un severo vero monito sul tema della violenza ai danni dei professionisti sanitari. “*È un tema che deve diventare di assoluta priorità di tutte le organizzazioni – scrivono dalla Federazione - perché a pagare disservizi e condizioni inadeguate per un’assistenza degna di questo nome non siano i professionisti di prima linea*”.

Le strategie d’azione – La Federazione propone di disporre la chiusura serale dei reparti e la chiusura notturna degli accessi ai presidi ospedalieri, in combinazione all’impiego massiccio di misure di tipo tecnologico, di videosorveglianza, e alla sperimentazione di forme di potenziamento dei servizi di vigilanza. Secondo la Federazione, il tema della sicurezza va affrontato con una strategia su larga scala. È necessaria una formazione continua degli operatori sugli aspetti della comunicazione e della relazione di aiuto nei confronti delle persone assistite ed è importante che sappiano comunicare con fermezza agli utenti, agli accompagnatori e al personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati. Ma occorre il contributo di tutti: Solo l’impegno comune di tutti (direzioni aziendali, dirigenza infermieristica e medica, coordinatori, professionisti e loro rappresentanti, organizzazioni sindacali, rappresentanti dei cittadini, organi di informazione) può migliorare l’approccio al problema e assicurare un ambiente di lavoro sicuro. Proprio per questo sta lavorando l’Osservatorio per la sicurezza e la prevenzione della violenza sugli operatori sanitari, istituito al ministero della Salute e del quale la Federazione fa parte. Tale organismo è presieduto dal Ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** e ha il compito di raccogliere dati, di fare proposte per la prevenzione, per nuove norme di legge, per misure amministrative e organizzative. L’Osservatorio è composto dal comandante dei Carabinieri del Nas, dal coordinatore degli Assessori alla sanità regionali, dalla Presidente della Federazione nazionale degli infermieri (Fnopi) dal Presidente della FNOMCeO, dal Presidente della Federazione nazionale ordini dei veterinari, dal Presidente della Federazione dei farmacisti, dal Direttore generale dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali e i Direttori generali della Prevenzione, della Programmazione e delle Professioni sanitarie del Ministero.

cazione delle norme costituzionali sul diritto alla salute. Non a caso, dopo aver inoltrato alle aziende sanitarie presenti sul territorio nazionale, una “raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” (raccomandazione per altro ampiamente disattesa), il Ministero della Salute ha inteso promuovere l’istituzione di un “Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari”. Ma non è l’unica carta da giocare per contrastare il fenomeno. Si è parlato di istituire una Commissione parlamentare sulla violenza contro gli operatori sanitari, da cui scaturisca una proposta di Legge per equiparare il reato, in tutti i casi, a quello di violenza a pubblico ufficiale, rendendolo sempre perseguibile d’ufficio e non su querela di parte. Infine, una comunicazione efficace verso la popolazione, tramite spot della Pubblicità Progresso.

Allarme Sicurezza

Osservatorio regionale contro le aggressioni

L'idea è quella d'importare a livello regionale quanto già esistente (anche se da poco) a livello nazionale.

Cioè l'istituzione a livello regionale (Campania) di un Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari, in analogia con quello istituito a livello nazionale. Il compito da assegnare all'organismo, sarebbe quello di un monitoraggio costante e preciso sul fenomeno delle aggressioni.

Cioè raccogliere dati, fare proposte per la prevenzione, per nuove norme di legge, per misure amministrative e organizzative, al fine di intraprendere azioni che impediscano il ripetersi di tali episodi. Ma l'organismo dovrebbe poter svolgere anche una funzione operativa.

Come quella, ad esempio, di sollecitare le aziende ospedaliere e sanitarie operanti sul territorio ad una maggiore

osservanza alle raccomandazioni predisposte dal Ministero della Salute per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Ma anche per intervenire sugli aspetti organizzativi delle singole Asl e Regioni. Spesso, infatti, gli episodi di aggressioni sono scatenati da tematiche legate a problemi anche organizzativi.

Quindi, come per l'organismo nazionale, la promozione di azioni coordinate e corali, mirate a ridare prestigio e dignità alle professioni sanitarie, proteggendo e valorizzando il loro quotidiano lavoro, al servizio dei pazienti e di tutti i cittadini. Dell'Osservatorio fanno parte i rappresentanti delle forze dell'ordine, delle professioni sanitarie (infermieri, medici, veterinari, farmacisti).



Carbone: “Si lavora nel terrore Fermiamo le violenze”



di Pino De Martino

Per ora il documento è sul tavolo del Prefetto. Lo hanno lasciato il Presidente **Carbone** e la Vicepresidente **Teresa Rea** dopo l'incontro a palazzo della Foresteria. Successivamente passerà su quello della Regione, ente competente per la sanità. Sua eccellenza il Prefetto, signora **Carmela Pagano**, ne condivide lo spirito e la finalità. Ha dunque buone chances di realizzazione la proposta avanzata dall'Ordine degli infermieri di Napoli per mettere fine, o quantomeno arginare, il dilagare delle aggressioni nei luoghi di cura. A farne le spese, si sa, sono soprattutto gli infermieri, ma anche medici, vigilanza, e volte anche pazienti. Un tema di grande attualità non solo a Napoli.

L'intervento del Prefetto lo aveva sollecitato lo stesso presidente Carbone dopo l'ennesima aggressione, questa volta ai danni di un'infermiera pediatrica. Un episodio particolarmente cruento, contro il quale l'Ordine

Il Presidente dell'Ordine di Napoli ha incontrato il Prefetto Carmela Pagano per chiedere maggiori controlli. Proposto un osservatorio per la prevenzione.

ha già annunciato la volontà di costituirsi come parte civile. *“Nei nostri ospedali gravi e deplorabili episodi di aggressioni e di violenze al personale sanitario, in primis a quello infermieristico, sono ormai all'ordine del giorno”*, aveva scritto Carbone al prefetto nella richiesta d'incontro prontamente accolta: *“Siamo ormai all'emergenza quotidiana. Fatti esecrabili, da reprimere e da condannare. La carenza di personale, di strutture e mezzi sono senza dubbio una criticità acclarata della sanità Campana e cittadina. Carenze per le quali abbiamo già chiesto da tempo l'intervento del Governatore per accelerare le procedure concorsuali e di reclutamento di adeguate risorse lavorative. Cionondimeno, tali carenze, che pure incidono sulla percezione negativa da parte dei cittadini in merito alla qualità assistenziale ricevuta, non giustificano in alcun modo comportamenti offensivi, violenti e lesivi, contro i quali chiediamo misure repressive e di dissuasione”*.

La denuncia - “I nostri colleghi infermieri, soprattutto quelli impegnati in servizi sensibili e di prima assistenza, lavorano ormai accompagnati dal terrore”, ha denunciato Carbone. “Le forze dell'ordine e quanti preposti alla sicurezza dei cittadini e dei lavoratori, devono comprendere che non possiamo più considerare questi eventi solo come dei gravi, riprovevoli ma isolati episodi. Il personale infermieristico e medico sono continuamente a rischio aggressione.



A scatenare la furia incivile e barbara del violento di turno c'è anche la percezione netta di una carenza di personale, di servizi. Per questo chiederemo anche al Commissario regionale per la sanità e Presidente della Giunta, **Vincenzo De Luca**, di avviare con celerità le assunzioni promesse e di mettere subito mano alla mobilità regionale ed extraregionale, ai concorsi, alla stabilizzazione dei precari”.

Un fronte comune - Un fronte comune con tutte le professioni sanitarie per iniziative forti e congiunte a tutela del personale sanitario è quanto proposto dall'Ordine di Napoli ed è ora al vaglio delle istituzioni. L'idea è di mettere ad uno stesso tavolo le professioni sanitarie coinvolte (infermieri, medici, farmacisti) per valutare azioni concordate a tutela dei lavoratori e dei cittadini.

Nelle foto, in alto a sinistra il Presidente Opi di Napoli **Ciro Carbone**. **A destra, il Prefetto di Napoli** **Carmela Pagano**

Speciale
Congresso

Da Napoli in 300 per il primo

“Noi infermieri. La nostra impronta sul sistema salute”: un evento “celebrativo” come ha detto la stessa presidente Mangiacavalli per consacrare il passaggio da Collegi a Ordini professionali. Al Parco della Musica di Roma record di partecipanti. Folta la delegazione napoletana che presenta due lavori nella sezione “Progetti, sperimentazioni e ricerche di buone pratiche”

di Dario De Martino

Più che una folta delegazione, sarebbe meglio definirla una piccola comunità. Un piccolo esercito di circa trecento congressisti che da Napoli hanno raggiunto la Capitale per prendere parte al primo Congresso Fnopi. Cinque i pullman messi a disposizione dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli. Solita impeccabile organizzazione, con tanto di ospitalità in albergo e cena collettiva. Un congresso storico. O per meglio dire “celebrativo”, come lo ha definito la stessa Presidente **Barbara Mangiacavalli**. Il primo Congresso Fnopi, ha di fatto sancito la nascita dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche. Un passaggio, quello ordinistico, di portata enorme, forse ancora non del tutto assorbito e compreso appieno dalla professione. Anche per questo, il congresso romano, ha fatto registrare un record di partecipanti e una massiccio coinvolgimento di infermieri provenienti da tutt'Italia. I lavori si sono aperti, come di consueto, con la chiamata, per la prima volta sul palco, di tutti i 102 presidenti degli Ordini provinciali. Uno scenario da colossale americano. Un meraviglioso colpo d'occhio e un significativo coinvolgimento dei territori. “Siamo infermieri



prima di tutto, e crediamo nella forza della relazione, dell'ascolto, dell'inclusione, dall'autorevolezza che vince sull'autorità. Crediamo in un gruppo allargato, partecipato, che lasci spazio ad autonomie di pensiero e di cultura perché il rispetto della persona parte anche da questo". Sono le parole di Barbara Mangiacavalli che ha voluto aprire così, e non a caso, la sua relazione introduttiva ai circa tremila infermieri riuniti nell'Auditorium Parco della Musica di Roma. “**Noi infermieri. La nostra impronta sul sistema salute**”. Questo il tema del Congresso. Con al centro la ferma volontà di difendere, affermare, consolidare e sviluppare il ruolo da protagonista di una professione, quella infermieristica, in seno al sistema salute. Un'impronta che punta ad un ripensamento complessivo del sistema, dell'organizzazione, dei processi. “*Deve finire l'atteggiamento secondo cui l'infermiere rappresenta*

il 'cuscinetto' tra i bisogni dei pazienti e le esigenze di un' economia che, non per colpa nostra, spesso non li vede e non li affronta per quel che sono”, ha detto la Presidente Mangiacavalli. Tracciando le linee guida del prossimo triennio per la Federazione, Mangiacavalli ha ricordato che nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti sanitari, che riconosca le professionalità acquisite e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale. “La nostra professione ha come scopo il rapporto coi pazienti”, ha detto ancora Barbara Mangiacavalli. “*È per noi un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il patto col cittadino' che da anni ci caratte-*

Congresso Fnopi

rizza. Per noi è essenziale avere una relazione privilegiata con loro, per comprendere come ci vedono e come possiamo soddisfare nel modo migliore i loro bisogni di salute". E questo sarà il filo conduttore della Federazione nei prossimi anni e il Congresso ne stabilirà le necessità e azioni per ottenerle". Durante le tre giornate congressuali si sono succeduti sul palco quattro talk dedicati ai seguenti temi: "Infermieri e cittadini: esercitare guardando al futuro", "Mondo del lavoro: esercitare in sicurezza", "Esercitare in partnership con le altre professioni", "Esercitare al massimo delle potenzialità". Temi dibattuti ai tavoli di lavoro che in contemporanea hanno impegnato i presidenti degli Ordini provinciali, chiamati in questa edizione a costruire dal basso la mozione conclusiva del Congresso (che pubblichiamo a parte in queste pagine), declamata al termine dei lavori da Mangiacavalli, in una sala Santa Cecilia gremita, che poco prima aveva visto la presenza del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

Anche lo scrittore napoletano **Maurizio de Giovanni** ha voluto essere presente. Lo ha fatto con un videomessaggio a cui ha affidato "un saluto molto, molto affettuoso agli amici infermieri". Il famoso "papà" dell'ispettore Lojacono, leader dei "Bastardi di Pizzofalcone", è stato tra i pochi ad alzare da Napoli (nella sua rubrica quotidiana sul Corriere del Mezzogiorno) la voce in favore dell'operato degli infermieri italiani vittime delle situazioni violenze in corsia e nei pronto soccorso. Altra novità di questo Congresso ha riguardato la sezione "Progetti, sperimentazioni e ricerche di buone pratiche". Il Comitato Centrale ha invitato i colleghi a contribuire alla costruzione di un'apposita sessione congressuale, con i propri lavori scientifici/progetti. Una importante opportunità di scambiare opinioni ed esperienze. A questa sessione l'Ordine di Napoli ha contribuito con due progetti presentati da **Concetta Pane** e **Silvio Simeone**, sui quali ci soffermiamo nelle pagine successive.

Una mozione finale scritta dal basso

Gli infermieri, riuniti a Roma dal 5 al 7 marzo 2018 per il primo Congresso della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI), approvano la relazione della presidente Barbara Mangiacavalli e si impegnano a:

- consolidare il loro contributo ai tavoli istituzionali per ottenere sempre maggiori risultati per la professione e fare in modo che questa sia riconosciuta per il suo valore e il suo contributo all'interno del sistema salute
- sostenere le società scientifiche per lo sviluppo e il consolidamento delle buone pratiche
- consolidare le alleanze e le sinergie con le associazioni dei cittadini, creando nuove strategie E danno mandato alla Federazione nazionale e agli Ordini provinciali di:
 - far riconoscere e valorizzare le nuove competenze e da queste delineare un percorso di infungibilità del professionista;
 - attivare un percorso per la certificazione delle competenze
 - promuovere lo sviluppo di una nuova cultura politica all'interno della professione
 - sostenere lo sviluppo dell'esercizio libero professionale anche colmando le attuali carenze normative e rendendo attuativo il neo normato equo compenso
 - rinforzare il ruolo professionale agito identificando le "aree di fragilità" e contrastando l'abusivismo
 - creare sinergie con le rappresentanze sindacali perché sia mantenuta e difesa la dignità dell'infermieristica e valorizzato il suo riconoscimento a tutti i livelli
 - attivare ogni forma di intervento utile a garantire la sicurezza degli operatori e lo sviluppo di programmi di sorveglianza sulla sicurezza
 - affrontare e risolvere la questione organizzativa per tutelare i cittadini e allineare le rinnovate responsabilità degli infermieri, ridisegnando anche i modelli organizzativi
 - attivare modalità di definizione del fabbisogno di infermieri che superino la logica del minutaggio
 - promuovere il confronto e percorsi di studio sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche
 - promuovere lo sviluppo di percorsi di presa in carico nell'ambito della cronicità nel contesto territoriale
 - consolidare la sinergia tra gli ordini professionali e con le altre professioni per il perseguimento di obiettivi comuni
 - attivare tavoli di confronto con l'Università per rendere i percorsi di studio maggiormente aderenti ai bisogni di salute e incrementare il corpo docenti nel nostro settore scientifico disciplinare.



“Nel 2021 mancheranno 63mila

E' l'allarme lanciato dalla Presidente Mangiacavalli nel corso del Congresso di Roma. Nei riquadri, i contributi al Congresso di Silvio Simeone e Concetta Pane, il primo realizzato in collaborazione con

Gianpaolo Gargiulo, Assunta Guillari, Marco Perrone, Gianluca Pucciarelli, Teresa Rea. Il secondo nell'ambito del Coordinamento interregionale Campania, Basilicata e Molise.

ROMA (pdm) – “Infermieri merce rara”, titolavano alcuni giornali il giorno dopo l'apertura del Congresso pubblicando i dati diffusi dalla Federazione. Dati che raccontano di un esercito (oggi gli iscritti agli albi sono 447mila) in sofferenza già da tempo. Oggi ne mancano all'appello almeno 50mila, tra i 20mila in più che servirebbero negli ospedali e i 30mila aggiuntivi che sul territorio dovrebbero colmare i bisogni di assistenza dettati dalla cronicità e dall'invecchiamento della popolazione. E se il trend non s'inverte, nel 2021 la professione, tra blocchi del turnover, pensionamenti ed eventuali, ulteriori, tagli alla spesa sanitaria, farà registrare una carenza di almeno 63mila unità, considerando un aumento del 3% di cronici e non autosufficienti. Mangiacavalli ha ricordato che gli infermieri hanno subito quasi un decennio di riduzioni nel personale del Servizio sanitario nazionale pubblico (- 4,3% dal 2009 al 2016). “Anche gli infermieri potrebbero unirsi al coro – ha detto segnalando come negli ultimi sette anni, a fronte di un significativo aumento dei bisogni di assistenza, le aziende del Servizio sanitario nazionale, dall'ultimo contratto a oggi, che ha coinciso anche con l'era dei tagli legati ai piani di rientro, abbiano rinunciato a oltre 12mila infermieri: il numero più grande di perdite di personale registrato da qualunque categoria faccia parte del servizio pubblico”. “Il Paese – ha aggiunta la Presidente – ha bisogno di infermieri e di infermieristica.



Terapia intensiva in Cardiocirurgia, l'esperienza

di Silvio Simeone

Le cardiopatie congenite sono patologie comuni nella popolazione pediatrica, con un elevato tasso di mortalità nel 1 anno di vita. Seppur con differenze geografiche, la loro incidenza è di circa 10/1000 nati vivi. I genitori spesso scoprono queste malattie dopo la nascita dei loro figli e apprendono che la chirurgia cardiaca in molti casi è l'unica soluzione. L'ospedalizzazione di un membro della propria famiglia, maggiormente di un bambino, ha un impatto negativo della QoL dell'intero nucleo familiare. Stress, ansia, rabbia, paura, depressione, sensazione di perdita di controllo, disperazione, separazione insorgono e posso evolvere anche nei disturbi da stress acuto e disturbi post traumatici. Disturbi del sonno e di alimentazione insorgono nella diade genitoriale. La letteratura internazionale ha indagato l'esperienza inerente la transizione dall'ospedalizzazione di tali bambini al proprio domicilio, con attenzione anche al passaggio in una terapia intensiva post operatoria. Tuttavia l'esperienza della diade genitoriale non è stata oggetto della dovuta attenzione; gli studi presenti si sono soffermati esclusivamente sul vissuto di uno solo dei genitori, la madre. Questo studio, attraverso la metodologia fenomenologica di Cohen ha descritto le esperienze vissute da madri e padri durante il confinamento dei loro figli nell'unità di terapia intensiva post operatoria di cardiocirurgia pediatrica. Tale metodologia combina tra loro caratteristiche della fenomenologia descrittiva (husserliana) e caratteristiche della fenomenologia interpretativa (gadameriana). La modalità di campionamento è stata di tipo propositivo. Questo studio rispetta tutti i principi della dichiarazione di Helsinki.

Prima di firmare il modulo di consenso informato, i genitori sono stati informati dello

infermieri”



dei genitori di bambini ricoverati

scopo e della natura dello studio. È stato garantito il completo anonimato in tutte le fasi dello studio. A tutti i partecipanti è stata garantita l'opportunità di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento.

Il “bracketing” da parte di tutti i ricercatori è il primo step. Tale riflessione critica mira ad escludere i preconcetti dei ricercatori sul fenomeno in esame. Questo approccio ridurrebbe la possibilità di influenzare la corretta estrapolazione dei temi. I partecipanti sono stati intervistati con una domanda aperta per consentire loro piena libertà di espressione. L'intervistatore ha avuto un atteggiamento cordiale durante le interviste per facilitare le conversazioni. L'intervistatore ha trascritto le “note sul campo” nella diario dell'investigatore. Ogni intervista è stata audio-registrata.

Il passo successivo è stata la trascrizione accurata di ogni intervista registrata. Alla saturazione dei dati segue l'estrapolazione dei temi da parte dei singoli ricercatori. Non ci sono state discordanze nel confronto delle essenze estrapolate dalle interviste. Chiedendo ai partecipanti di confermare l'accuratezza degli estratti dell'intervista, è stata garantita la validità finale dei risultati. Dall'analisi dei dati sono emersi tre temi principali: la paura della possibile perdita dei loro figli, la sensazione di aver perso il ruolo di genitori, ed il desiderio di ricevere maggiori informazioni per essere parte attiva del processo di trattamento.

La prevenzione della violenza sul posto di lavoro

di Concetta Pane

Il progetto presentato nel corso del Primo Congresso Fnopi, nasce da un impegno della Presidente del Coordinamento interregionale **Vita Spagnuolo**, dei presidenti di Napoli, Salerno e Campobasso-Isernia, ha portato una survey sugli infermieri dei presidi ospedalieri delle province di Matera, Salerno, Campobasso e Napoli. Attraverso la somministrazione e l'analisi di un questionario anonimo, è stato possibile ricavare informazioni significative sul fenomeno in oggetto. Ma soprattutto è stato possibile analizzare l'applicazione della normativa vigente in materia di strategie di prevenzione. Il progetto è stato elaborato dal gruppo tecnico di lavoro, composto dai Presidenti degli Ordini delle province del Coordinamento Interregionale, nonché dalla collega **Margherita Ascione** e da chi scrive.

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella, che richiedono la messa a punto di opportune iniziative di protezione e prevenzione, tant'è che la preoccupazione di fronte all'aumento di questo fenomeno ha fatto sì che nel 2007, il Ministero della Salute emanasse la raccomandazione n. 8 “Prevenire gli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali”. L'obiettivo di questa indagine è stato quello di indagare sul fenomeno della violenza psicofisica sul luogo del lavoro a danno degli infermieri e verificare l'applicazione della normativa vigente sulle strategie di prevenzione.

L'indagine condotta nel periodo dicembre 2017 gennaio 2018 ha evidenziato potenziali cause che hanno generato episodi di violenza fisica, verbale, mobbing e molestie sessuali, cause da ricondursi a: disorganizzazione nelle procedure lavorative, carenza di personale, ambienti di lavoro non in sicurezza. Lo studio, ha confermato la scarsa aderenza alle raccomandazioni del Ministero della Salute circa la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e laddove implementate delle strategie di prevenzione, esse sono risultate inefficaci. E' da questi risultati che il Coordinamento intende estendere l'indagine su un campione più ampio, maggiormente rappresentativo di tutto il territorio regionale e avviare interventi di formazione mirati a migliorare l'Awareness degli infermieri circa l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali, ma soprattutto avviare Concurrency con il management delle strutture ospedaliere, al fine di progettare strategie più efficaci nel contesto del territorio in cui si opera.

E' chiara la consapevolezza, che questo fenomeno deve essere affrontato in modo sistematico all'interno dei luoghi di esercizio professionale, coinvolgendo tutti i professionisti, imprescindibili attori di un Sistema sanitario, e tutte le organizzazioni, le quali devono supportare il disagio e avviare interventi di sostegno per gli operatori vittime di violenza.

Università e formazione

Università, più infermieristica negli

L'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli incontra i Rettori Gaetano Manfredi e Giuseppe Paolisso. In crescita la domanda di formazione tra i giovani infermieri. Rafforzate le già proficue relazioni tra ordine professionale e rettorati.

di Pino De Martino

C'è tanta domanda di Università tra i giovani infermieri. Il percorso formativo accademico avviato circa 25 anni fa ha contribuito fortemente alla crescita culturale, scientifica e sociale della professione. E di questo gli infermieri, soprattutto i più giovani, ne sono consapevoli. Ora si chiede di più, coerentemente con la crescita professionale declinata attraverso le cosiddette competenze avanzate; la trasformazione in Ordine e le aspettative di maggiore coinvolgimento della professione nelle scelte strategiche del sistema salute Italia. Da queste premesse parte l'azione avviata dall'Ordine degli infermieri di Napoli per costruire un rapporto di maggiore sinergia e di proficue relazioni con le università di Napoli. Un'azione partita con gli incontri che l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli ha tenuto con i rettori delle Università Federico Secondo e Luigi Vanvitelli, rispettivamente i professori **Gaetano Manfredi e Giuseppe Paolisso**.

FEDERICO SECONDO – Nel comunicato stampa redatto al termine della cordiale conversazione, l'incontro è definito dalle parti "proficuo, costruttivo e interessante". "Noi crediamo che un ulteriore sviluppo della professione debba camminare in maniera

parallela con una maggiore integrazione degli infermieri nella vita accademica", aveva detto **Ciro Carbone**, presidente degli infermieri di Napoli, varcando l'austero ufficio del professor **Manfredi**, al secondo piano della sede centrale di Corso Umberto I, al civico 40. Con lui una delegazione ristretta: la senatrice e Past President **Annalisa Silvestro** e la Vicepresidente **Teresa Rea**. Come si dice ancora nella nota diffusa a termine dell'incontro, "c'è stata ampia sintonia sulla richiesta di un ampliamento dell'offerta formativa universitaria, sulla revisione della programmazione dei docenti Med 45, sull'adeguamento e potenziamento dei percorsi formativi per i giovani della Campania, sempre più interessati alle scienze infermieristiche". E poi, come da premessa "valorizzazione della collaborazione tra l'Ordine degli infermieri di Napoli e l'Università Federico Secondo".

Insomma, un costruttivo confronto che è servito anche a mettere a punto le esigenze formative ed organizzative dell'Ateneo da una parte, e la richiesta di maggiore attenzione allo sviluppo e alla promozione della formazione infermieristica, dall'altra. Anche alla luce della cosiddetta Legge Lorenzin, che introduce importanti elementi di modernità e di valorizzazione delle professioni sanitarie nel sistema sanitario nazionale e locale.

LUIGI VANVITELLI – Dall'incontro con il professor Paolisso, rettore dell'Università Luigi Vanvitelli, si è appreso che la prestigiosa Università napoletana ospiterà il primo Corso di Laurea in Nursing d'Italia. Lo ha annunciato lo stesso Rettore dell'Ateneo, **Giuseppe Paolisso**. Il Magnifico ha precisato che l'inizio delle lezioni coinciderà con l'avvio dell'anno accademico 2018/19. L'importante annuncio è stato dato nel corso dell'incontro tra l'Università Luigi Vanvi-



telli con i rappresentanti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli. Con il Professor Paolisso, i rappresentanti dell'Ordine degli infermieri hanno affrontato tematiche che riguardano la formazione dei futuri professionisti, lo sviluppo della disciplina Infermieristica in ambito accademico, la programmazione dei docenti del Settore Scientifico Disciplinare Med/45. Un incontro utile per il miglioramento e il potenziamento dell'offerta formativa, anche alla luce delle mutate esigenze del Sistema Sanitario nazionale e della maggiore e sempre più mirata domanda di salute proveniente dai cittadini. Anche per questo, Rettorato e Ordine degli infermieri hanno convenuto l'esigenza di dare in futuro maggiore rilievo e frequenza a questi appuntamenti, nell'interesse reciproco ed esclusivo di un continuo aggiornamento dell'attività di formazione degli infermieri.

atenei napoletani

L'intervista

“Tante opportunità per i giovani con elevata professionalità”

Parla il professor **Gaetano Manfredi**, Rettore dell'Università Federico Secondo di Napoli. Il Magnifico vede la professione infermieristica in crescita: *“Con una popolazione sempre più anziana la funzione degli infermieri nell'ambito della libera professione indubbiamente cresce e questo crea delle nuove opportunità”*.

di Pino De Martino

E' il numero uno tra i rettori d'Italia e guida una delle Università più antiche al mondo. Il professor **Gaetano Manfredi**, Rettore della Federico Secondo e Presidente della Crui (l'associazione di tutte le università italiane statali e non) parla degli studenti in infermieristica come destinatari di una formazione che contribuisce al formarsi di *“una professionalità elevata che poi riescono a spendere sul mercato del lavoro”*. Una professione che giudica in crescita, soprattutto nella libera professione: *“Con una popolazione che è sempre più anziana la funzione degli infermieri nell'ambito della libera professione indubbiamente cresce e questo crea delle nuove opportunità”*. Anche nel nostro arretrato Meridione: *“Il Sud viene da un periodo molto difficile. Il sistema universitario e formativo ha recuperato questo gap con grande impegno. Oggi c'è una maggiore possibilità anche di reclutamento e in questa fase è importante tener conto, come già l'Ateneo sta facendo, anche dei settori infermieristici in modo da garantire una presenza soddisfacente nell'ambito dei percorsi formativi attivati”*.

Professor Manfredi, poco più di vent'anni fa prendevano il via i corsi di laurea in infermieristica. Qual è il bilancio di questa esperienza?

“Sì. Credo che il bilancio sia estremamente positivo. Anche perché oramai l'offerta delle professioni sanitarie è ben stabilizzata e fornisce agli studenti una professionalità elevata che poi riescono a spendere sul mercato del lavoro”.

Numeri in crescita: ogni anno si formano oltre 15.000 infermieri. Più di 190 Master attivati e 5 Scuole di dottorato....



“I numeri fotografano i fabbisogni nazionali. Ci sono ancora problemi di disequilibrio fra le varie sedi tra offerta e domanda, ma indubbiamente oggi si può ritenere che ci sia una piena stabilità dell'offerta a livello nazionale”.

Qualche problema c'è per i docenti, 35 in tutto quelli strutturati e solo due professori ordinari. Non è poco?

“È importante che nella formazione ci sia anche un coinvolgimento, come già avviene, dei docenti di infermieristica e che tra questi ci siano anche degli infermieri docenti. Ovviamente modalità e numeri dipendono da quella che è l'autonomia dei diversi atenei e dalle dinamiche concorsuali che sono previste dalle norme”.

La libera professione e l'attività assistenziale extra ospedaliera sono le nuove frontiere occupazionali che si aprono ai giovani. Cosa fanno le università per rispondere a queste nuove domande di formazione che provengono dal mercato?

“Con una popolazione che è sempre più anziana la funzione degli infermieri nell'ambito della libera professione indubbiamente cresce e questo crea delle nuove opportunità. Probabilmente è necessario nei profili formativi anche rafforzare l'aspetto dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza agli anziani che rappresentano sicuramente due nuove opportunità importanti”.

continua da pagina 15

L'offerta di Master universitari forse è adeguata come numero, ma spesso si presenta frammentata e disomogenea..

"Il tema dei master è un tema generale perché la formazione post universitaria è necessaria, spesso però sono frammentati. I master ovviamente rientrano nell'autonomia universitaria, ma avere dei meccanismi di accreditamento dei master che ne garantiscano qualità e performance è sicuramente un passo da poter percorrere".

In Italia abbiamo competenze digitali insufficienti. Mentre la sanità è sempre più computerizzata e digitale. Come si risolve questo gap?

"Tutte le professioni si devono confrontare con la rivoluzione digitale perché le competenze digitali rappresentano nel mondo di oggi quello che prima rappresentava la scrittura, quindi una competenza di base. È importante che anche nell'ambito dei corsi di infermieristica vengano inseriti degli insegnamenti e vengano fornite delle competenze in questo ambito per integrare nella sanità digitale anche tutta la componente infermieristica".

Il Sud è in grave ritardo rispetto al resto del Paese, sia nell'offerta formativa universitaria, sia nella programmazione dei docenti Med 45, e nei percorsi formativi. Come si può intervenire per portare la Campania a livello delle esperienze più avanzate?

"Il Sud viene da un periodo molto difficile. Il sistema universi-

tario e formativo ha recuperato questo gap con grande impegno. Oggi c'è una maggiore possibilità anche di reclutamento e in questa fase è importante tener conto, come già l'Ateneo sta facendo, anche dei settori infermieristici in modo da garantire una presenza soddisfacente nell'ambito dei percorsi formativi attivati".



Rosaria Alvaro professore ordinario a Tor Vergata

Importante riconoscimento per la professione infermieristica. Si è tenuta a Roma la cerimonia durante la quale è stata nominata Ordinario all'Università di Tor Vergata la professoressa Rosaria Alvaro, iscritta all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma. Alvaro, infermiera dal 1987, ha lavorato all'Ospedale Sant'Eugenio di Roma, sia presso la sala operatoria e pronto soccorso che presso la Scuola per Infermieri.

E' stata direttore dei corsi Ota/Oss a Roma presso Ospedale Militare Celio, la Casa di Cura Villa Verde la Casa di Cura Aurelia Hospital.

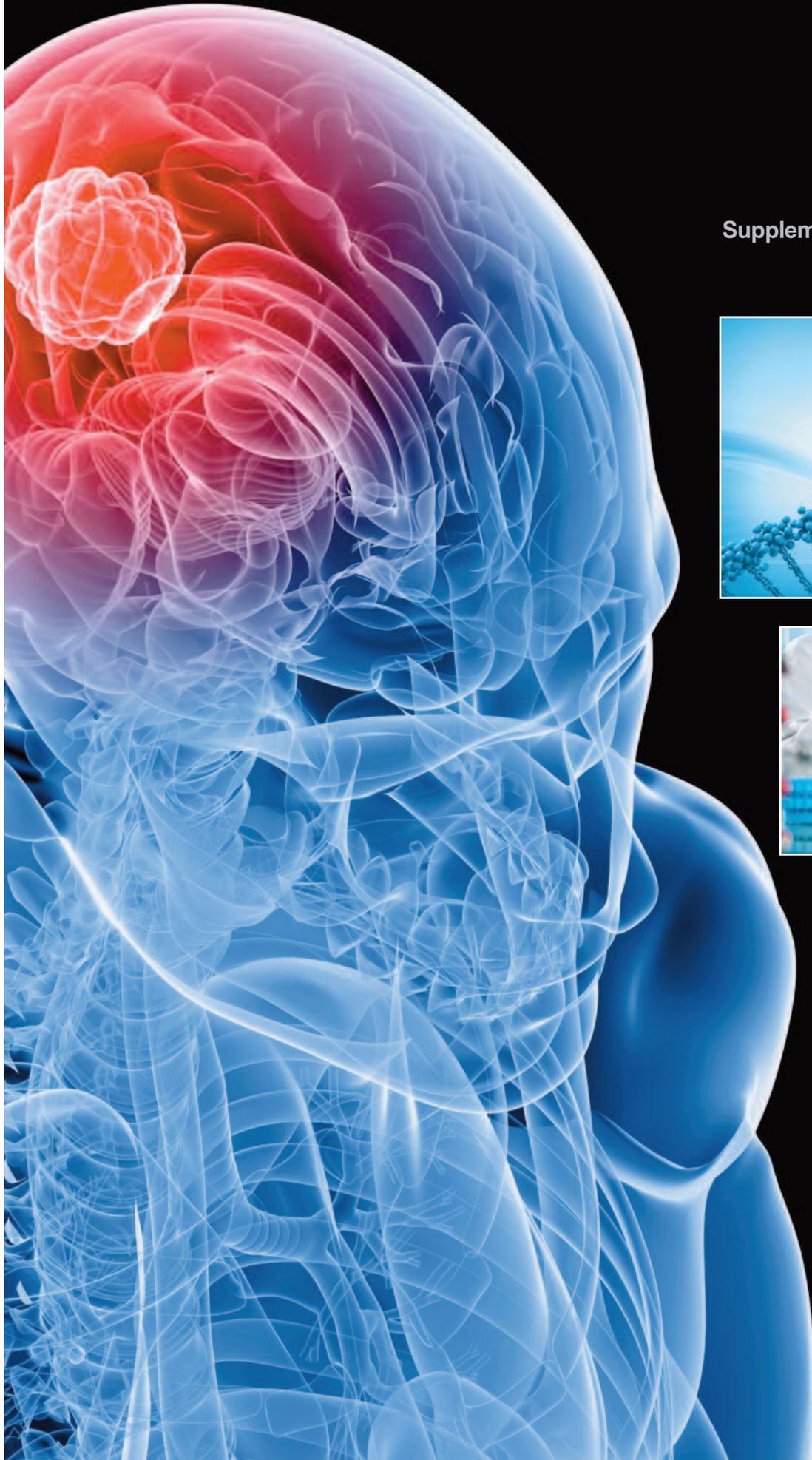
Nel 1995 assume la qualifica di Operatore Professionale Coordinatore presso la Divisione di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Sanitaria San Camillo Forlanini Spallanzani di Roma e dal 1996 di Operatore Professionale Dirigente - Capo Servizi Sanitari Ausiliari presso il dipartimento di Igiene e Sanità

Pubblica per il Diploma Universitario di Scienze Infermieristiche dell'Università di Roma Tor Vergata e dal 2001 al 2005 ha un Incarico di Capo Servizi Sanitari per il supporto organizzativo alle attività clinico assistenziali dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario "Tor Vergata" - Roma. Dal 2005 è Professore Associato di Scienze Infermieristiche Med/45 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma Tor Vergata. Nell'ambito accademico è Presidente del Corso di Laurea Triennale in Infermieristica e Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche ed è Coordinatore profili professionali lauree triennali area sanitaria Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma "Tor Vergata".

Fa parte del collegio dei docenti del

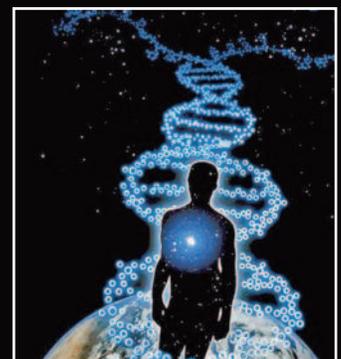
Dottorato di Ricerca in Infermieristica e Sanità Pubblica dell'Università di Roma Tor Vergata. E' delegata del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Tor Vergata per l'Orientamento studenti E' direttore del Master in Management infermieristico e per le professioni sanitarie, Infermieristica in area critica, Camera operatoria Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma Tor Vergata. Autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, è anche membro dell'osservatorio delle professioni sanitarie.

Ad Alvaro le congratulazioni della Fnopi e di tutta la comunità infermieristica.



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Supplemento
Ricerca infermieristica

Valutazione degli atteggiamenti degli infermieri nelle cure dei pazienti morenti: survey in pronto soccorso

Giovanni Matteo*, Assunta Guillari **, Rosa Liccardo ***, Maria Rosaria Esposito ****

RIASSUNTO

Introduzione

Gli atteggiamenti degli infermieri verso la morte e il morire, possono influenzare la qualità delle cure erogate durante le fasi critiche o terminali della vita della persona assistita. In particolare nei Pronto Soccorso, il fine vita in cui gli interventi sono rivolti principalmente a tutte le altre condizioni critiche dei pazienti in pericolo imminente di vita. Tuttavia l'assistenza in tali contesti presuppone che infermieri ma anche gli studenti infermieri, posseggano atteggiamenti positivi nei confronti dei pazienti morenti e della sua famiglia. Diversi studi sono stati effettuati per valutare gli atteggiamenti degli infermieri e studenti del in infermieristica nell'ambito delle cure palliative o pazienti oncologici terminali.

Obiettivo

Descrivere gli atteggiamenti degli infermieri e degli studenti infermieri nelle cure di fine vita in Pronto Soccorso.

Materiale e metodo

È stato condotto uno studio trasversale negli infermieri afferenti ai Pronto Soccorso di due diverse Strutture ospedaliere e su un campione di studenti afferenti al corso di laurea in infermieristica. La valutazione degli atteggiamenti ha previsto l'impiego della scala Frommel Attitudes Toward Care of The Dying (FATCOD) volta ad indagare le diverse dimensioni che costituiscono gli atteggiamenti.

Risultati

Hanno risposto al questionario n. 82 infermieri e studenti infermieri, (50% maschi e 50% femmine). L'età è compresa tra i 19 e 62 anni. I punteggi medi della scala FATCOD per infermieri (103.58) e studenti infermieri (102.42) non riportano sostanziali differenze nelle risposte tra i due gruppi.

Discussione/conclusioni

Gli atteggiamenti positivi degli infermieri e studenti infermieri possono essere migliorati soprattutto verso alcune dimensioni della FATCOD.

Parole chiave: *atteggiamenti, fine vita, infermieri, studenti infermieri, Pronto Soccorso.*

ABSTRACT

Introduction

Nurses' attitudes towards death and dying can influence the quality of care provided during the critical or terminal phases of the life of the assisted person. In particular in the Emergency Room, the end of life in which the interventions are aimed primarily at all other critical conditions of patients in imminent danger of life. However, care in such settings presupposes that nurses but also nursing students have positive attitudes towards dying patients and their family. Several studies have been carried out to assess nurses and nursing students' attitudes of in palliative care or terminal cancer patients.

Aim

Describe nurses and nursing students' attitudes on the end-of-life care in the ER.

Material and method

A cross-sectional study was conducted in the ER of two different hospital facilities and in a degree course in nursing, a sample of nurses and nurses students was enrolled. The assessment of attitudes involved the use of the Frommel Attitudes Toward Care of the Dying (FATCOD) scale aimed at investigating the different dimensions that constitute attitudes.

Results

A total of n. 82 questionnaires were collected, nurses and nursing students, (50% males and 50% females). The age ranges between 19 and 62 years old. The average scores on the FATCOD scale for nurses (103.58) and nursing students (102.42) do not report substantial differences in responses between the two groups.

Discussion / conclusions

Nurses' positive attitudes can be improved above all towards some FATCOD dimensions.

Keywords : *attitudes; nurse; end of life; nursing student; emergency room*

INTRODUZIONE

L'Area dell'emergenza-urgenza è un luogo di cura nella quale i pazienti sono essenzialmente sconosciuti e potenzialmente gravemente malati o feriti. L'infermiere di Pronto Soccorso (PS), può rappresentare il driver di cura e di sostegno anche per le famiglie. Il processo di fornire le cure di fine vita per i pazienti morenti e sostegno alle loro famiglie, viene sottovalutato e c'è poca ricerca disponibile a supporto del contributo e delle azioni dell'infermiere di emergenza nel fine vita¹.

D'altra parte le morti improvvise e scioccanti, eventi acuti o gravi incidenti, sono parte della realtà di tali setting assistenziali nei quali, la morte, non è molto lontana dalla quotidianità di un PS2-3. Inoltre gli atteggiamenti degli infermieri verso la morte e il morire possono influenzare la qualità delle cure erogate durante le fasi critiche o terminali della vita di una persona⁴. Sebbene la morte sia un fenomeno universale che riguarda tutti gli esseri umani, indipendentemente dalle loro condizioni di vita, viene comunque percepita come un evento temuto e pertanto si è poco propensi a parlarne⁴.

Ognuno ha un atteggiamento soggettivo nei confronti della morte, ha un proprio modo di affrontarla e di elaborarla. Gli operatori sanitari, in particolar modo infermieri e studenti infermieri, svolgono un importante e fondamentale ruolo nella cura e nella presa in carico di persone che stanno per morire e dei loro familiari⁵.

I pazienti nel loro fine vita, sperimentano una varietà di bisogni che comprendono non solo i bisogni fisici, che la condizione clinica richiede ma anche bisogni spirituali e sostegno emotivo⁶.

Prendersi cura di queste persone e dei propri cari diventa quindi una grande sfida per la pratica infermieristica perché richiede abilità emotive, professionali e quindi una buona formazione nell'approccio ai morenti. Ovviamente questo tipo di assistenza ha delle ripercussioni di non poco conto sugli operatori sanitari coinvolti. Alcuni studi infatti hanno rivelato che l'assistenza al paziente morente suscita, in coloro che erogano salute e benessere, emozioni negative come sentimenti di impotenza, paura, angoscia e ansia. Queste emozioni poi si ripercuotono inevitabilmente sull'assistenza fornita con un impatto negativo⁶.

In uno studio condotto in Iran su 155 infermieri, afferenti ai reparti di oncologia e terapia intensiva di 3 ospedali, è emersa la correlazione tra il grado di autonomia degli infermieri e le attitudini nei confronti dei pazienti morenti⁷. Il maggior livello di autonomia degli infermieri influenza positivamente le abilità del prendersi cura nel fine vita⁸.

Altro fattore che condiziona gli atteggiamenti degli infermieri e, di conseguenza l'assistenza ai pazienti morenti, è rappresentato dal livello di formazione. L'adeguata competenza professionale presuppone anche la formazione di atteggiamenti assistenziali positivi nei confronti della morte, del paziente e della sua famiglia, già dai corsi universitari di primo livello⁹.

Una buona formazione del professionista garantisce un buon approccio e un'adeguata gestione situazionale nelle scelte e nelle decisioni dei familiari del paziente e nell'elaborazione del lutto¹⁰. È possibile dedurre quanto una buona assistenza al paziente nel fine vita sia legata ad una serie di fattori concatenati gli uni agli altri e

quanto siano indispensabili per i pazienti e i loro familiari.

Tutto questo contesto si amplifica e si complica notevolmente nei PS1 nei quali non lascia sempre, anzi quasi mai, spazio agli aspetti relazionali, comunicativi e al supporto emotivo ai pazienti. Il PS, erroneamente, è considerato un luogo in cui viene trattato il sintomo in emergenza e non il paziente, un posto che tralascia i vissuti delle persone perché la priorità non è la stato psico-sociale ma esclusivamente quello fisio-patologico.

Dalla letteratura emerge che gli atteggiamenti degli infermieri verso la cura per i malati terminali possono avere un importante influenza sull'assistenza erogata (Mastroianni, 2015).

Tali studi hanno esaminato le associazioni tra gli atteggiamenti personali verso la morte e la cura dei pazienti morenti. La maggior parte di questi studi si sono concentrati sulla figura dell'infermiere I1 o studenti infermieri nella cura dei pazienti oncologici terminali.

A nostra conoscenza, non ci sono studi in Italia e pochi a livello internazionale⁴ che hanno indagato gli atteggiamenti degli infermieri e studenti infermieri nel fine vita nelle aree di emergenza-urgenza ed in particolare in PS. Tali conoscenze potrebbero contribuire a promuovere l'adozione di atteggiamenti positivi negli infermieri e studenti infermieri, nelle cure di fine vita in PS.

2 OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è quello di descrivere gli atteggiamenti degli infermieri e degli studenti infermieri nelle cure di fine vita in PS.

3 MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio trasversale, nel periodo tra Giugno e Settembre 2017, con campionamento di convenienza di infermieri afferenti al PS del P.O. di "Pineta Grande" (n. 20) in provincia di Caserta ed al PS dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli (n. 60). Il campione di studenti infermieri ha incluso tutti gli studenti che frequentavano il 3° anno (n. 40) del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", sede di Castel Volturno. La scelta di includere il 3° anno di corso è stata fatta considerando che, il linea con le attività didattiche programmate, l'insegnamento sull'infermieristica nelle cure di fine vita fosse stato completato.

Strumento di indagine

Dalla revisione della letteratura, emerge che la scala Frommel Attitudes Toward Care of The Dying (FATCOD) è uno strumento efficace per valutare l'atteggiamento degli infermieri e studenti infermieri rispetto al fine vita. La scala è stata validata in diverse lingue^{10,12}, ed è stata effettuato anche in Italia il processo di adattamento culturale e analisi delle proprietà psicometriche per la validazione del FATCOD A e B (Mastroianni, 2015)

Lo strumento descrive le attitudini degli intervistati (infermieri e studenti infermieri) nelle cure di fine vita mediante 30 affermazioni, di cui 15 dichiarazioni positive (items 1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 e 30) e 15 dichiarazioni negative (items 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 26, 28 e 29) con 5 possibilità di risposta per ciascuna affermazione: sono fortemente contrario, sono contra-

continua da pagina 19

rio, non so, sono d'accordo, sono decisamente d'accordo. Il punteggio per ogni affermazione spazia da 1 a 5. Nelle dichiarazioni positive viene attribuito punteggio 1 (sono fortemente contrario) e 5 (sono fortemente d'accordo), mentre per le dichiarazioni negative i punteggi si invertono.

Il possibile range del punteggio totale della scala va da 30 a 150. Un alto punteggio determinerà atteggiamenti positivi degli infermieri verso la cura dei pazienti morenti mentre un punteggio basso indicherà il contrario. Dalla Scala FATCOD emergono sei dimensioni legate a:

- paura/malessere (items 1, 3, 5, 7, 8, 13, 14, 15 e 26); ☹
- comunicazione (items 2, 6, 11, 27, 28 e 30);
- relazione (items 9, 10, 17, 21 e 29);
- famiglia come cura (items 12, 18 e 20);
- cura della famiglia (items 4, 16 e 22);
- cura attiva (items 19, 23, 24 e 25).

La dimensione *paura/malessere* raggruppa 9 items. Considera emozioni, quali la paura, il disagio, la speranza che gli infermieri avvertono e che quindi condizionano i loro atteggiamenti nei confronti dei pazienti in fine vita.

Le dimensioni *comunicazione e relazione* invece sono concetti che vanno di pari passo nell'assistenza ad un malato terminale. Instaurare un rapporto basato sulla comunicazione e quindi sulla fiducia è uno dei concetti di base dell'infermieristica. Un paziente informato e rassicurato è un paziente più compliant al piano terapeutico ed al percorso programmato dai professionisti della salute. Una buona relazione infatti promuove il benessere del paziente e la crescita esistenziale di chi presta assistenza⁹.

La capacità infatti di rispondere a domande complesse sulla vita e la morte fa la differenza nell'abilità degli infermieri che affrontano malati in fine vita.

Le dimensioni *famiglia come cura e cura della famiglia* nonostante sembrino etimologicamente riguardare lo stesso campo d'azione sono considerate secondo due differenti punti di vista.

La cura della famiglia infatti è uno degli obiettivi posti dall'infermiere nella gestione del lutto, nella sua elaborazione e nella fase preparatoria al lutto stesso.

La famiglia come cura invece prevede il coinvolgimento dei parenti ed altre persone significative durante la cura al fine di gestire meglio i loro bisogni fisici, clinici, spirituali, sociali e psicologici. In uno studio condotto in Cina evidenzia l'importanza del coinvolgimento delle famiglie nel processo di morte del proprio caro per gli infermieri poiché i parenti spesso fungono da intermediari tra i pazienti morenti e gli infermieri stessi¹³.

La dimensione *cura attiva* infine raggruppa quattro items il cui obiettivo è quello di indagare quanto gli infermieri siano a favore o contrari a determinati processi assistenziali. L'obiettivo ultima della cura attiva è quello di mantenere una buona salute relativa alla qualità della vita.

Sono stati somministrati rispettivamente FATCOD-A agli infermieri e del FATCOD-B8 agli studenti infermieri del 3° anno del Corso di Laurea. La differenza delle due versioni è limitata alla eliminazione delle parole "infermiere" o "cura" in nove elementi del modulo FATCOD B rispetto alla versione originale (Mastroianni, 2015).

Considerazioni etiche

Prima di procedere alla somministrazione dei questionari è stata chiesta e ottenuta l'autorizzazione dal Direttore Sanitario del P.O. "Pineta Grande" (CE) e dal Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie dell'AORN del "A. Cardarelli" (Na). Il questionario è stato auto-somministrato e tutti hanno partecipato su base volontaria. È stata specificato e garantito l'anonimato ed il rispetto della privacy.

Ogni questionario inoltre è stato codificato con un numero di protocollo e riportato nel database per l'analisi dei dati.

Raccolta e analisi dei dati

I questionari sono stati consegnati ai Coordinatori Infermieristici di ciascun PS e successivamente distribuiti agli infermieri, che su base volontaria e in orario di servizio, li hanno compilati. A tutti è stata chiarita la natura dell'indagine e lo scopo dello studio, nonché il tempo richiesto per la compilazione, circa 10 minuti.

Una volta compilati, i questionari sono stati posti in una cartellina dedicata allo studio, denominata "FATCOD Infermieri" presente nella stanza del Coordinatore Infermieristico.

Per gli studenti infermieri è stato consegnato il questionario a fine lezione nell'aula didattica del P.O di Castel Volturno; i questionari sono stati consegnati il giorno successivo e posti in una cartellina dedicata, conservata nella segreteria della sede del corso di laurea.

Terminata l'indagine i questionari sono stati organizzati con il numero di protocollo e inseriti nel database. Ogni voce di ogni sessione è stata codificata al fine di agevolare l'immissione dei dati nel file Excel e poi trasportata nel software statistico SPSS versione 22 per l'analisi dei dati.

Di ogni singolo questionario è stato calcolato:

- il punteggio totale attribuendo ad ogni risposta i valori da 1 a 5 a seconda della dichiarazione espressa in relazione al singolo items (negativa o positiva);
- il punteggio di ognuna delle sei dimensioni che compongono il FATCOD.

La modalità adottata ha consentito di misurare:

- il punteggio totale medio di tutti i questionari;
- il punteggio totale medio di entrambi i gruppi presi in esame;

I dati sono stati organizzati per effettuare l'analisi descrittiva, l'obiettivo dell'analisi descrittiva è quello di sintetizzare in forma tabellare tutte le informazioni.

RISULTATI

Dei 100 questionari distribuiti agli infermieri e studenti presi in esame, sono stati restituiti n. 82. In particolare hanno risposto: n. 35 (42.7%) degli studenti del corso di laurea che rappresenta l'88% del nostro campione; n. 47 (53.7%) su 60 questionari distribuiti agli infermieri. Difatti non si è riusciti a distribuire a tutti gli infermieri afferenti all'AORN Cardarelli (n.60), dei 40 consegnati ne sono stati restituiti n. 34 (85%) mentre dei 20 consegnati presso il P.O di Pineta Grande, sono stati restituiti solo n.13 (65%).

Nella Tabella 1 sono riportate le caratteristiche generali del campione.

Relativamente al sesso il campione è distribuito equamente, 50% (n.41) maschi e 50% (n.41) femmine. La fascia di età in cui rientra il campione è ampia, dai 19 ai 62 anni, con una media di 37.7 anni. Solo nel FATCOD-A (per gli infermieri) era possibile indicare

gli anni di servizio in PS, i risultati evidenziato un periodo piuttosto ampio, 1 a 41 anni lavorativi.

Tabella 1: Caratteristiche generali del campione (n.82)

	n	%
Sesso		
Maschi	41	50
Femmine	41	50
Età	37.7±13.8 (19-62)*	
Ruolo		
Infermiere	47	57.3
Studente	35	42.7
Anni di servizio in PS	47 20.5±9.7 (1-41)*	
Azienda ospedaliera		
Cardarelli	34	41.5
Pineta Grande	48	58.5
-Mean±Standard deviation *(range)		

Nella **Tabella 2** sono riportate, per ogni item, le percentuali di risposta di tutti i partecipanti per ogni opzione di risposta: FC (fortemente contrario), C (contrario), NS (non so), D (d'accordo), FD (fortemente d'accordo). La suddivisione delle 6 dimensioni, **Tabella 3** a pagina 22 (Punteggi medi della scala FATCOD e delle singole dimensioni con relativa percentuale), ha permesso di rilevare le medie per singolo gruppo, infermieri 103.58 mentre gli studenti 102.42 con una media del campione totale di 104.35. Anche nelle singole dimensioni della FATCOD, non vi sono sostanziali differenze nelle risposte tra i due gruppi.

Nel **grafico 1** a pagina 22, sono rappresentate le dimensioni in percentuale delle risposte di tutto il campione. In particolare: il 30% per paura e malessere; il 20% per comunicazione; il 15% relazione; il 13% su cura attiva e l'11% per cura della famiglia e famiglia come cura.

Tabella 4 Confronto con il campione di studenti infermieri

	Svezia	Turchia	Palestina	Svezia
Autore	Henoch et al. (2013)	Arslan et al. (2014)	Abu-El-Noor et al. (2016)	Hagelin et al. (2016)
Media ±DS	125.5±8.2	95.2±14.1	96.96±8.3	119.5 ±10.6

Discussione

L'indagine effettuata ha voluto indagare gli atteggiamenti degli infermieri e studenti infermieri in merito al fine vita in PS attraverso la scala FATCOD. I nostri risultati mostrano che non ci sono sostanziali differenze tra i due gruppi, come riportato da altri studi che hanno comparato il gruppo di infermieri con gli studenti^{6,7}.

In base al punteggio medio del campione emerge che, l'atteggiamento degli intervistati verso la cura e la morte dei pazienti in PS sia

Tabella 2: Risposte dei partecipanti al questionario FATCOD

	Livello di accordo				
	% FC	% C	% NS	% D	% FD
1. L'assistenza infermieristica ad un paziente terminale è un'esperienza formativa utile	6.1	4.9	9.7	54.9	24.4
2. La morte non è la cosa peggiore che può succedere ad una persona	7.3	14.6	32.9	39	6.1
3. Mi sentirei a disagio a parlare con il paziente terminale della sua morte imminente	4.9	24.4	34.15	32.9	3.7
4. L'assistenza infermieristica alla famiglia del paziente dovrebbe continuare durante tutto il periodo del lutto e della sua elaborazione	2.4	26.8	9.8	46.3	14.6
5. Non vorrei assistere un paziente terminale	3.7	9.8	20.7	46.3	19.5
6. L'infermiere che assiste un paziente terminale non dovrebbe essere colui che gli parla della morte	1.2	23.2	30.5	37.8	7.3
7. Per me potrebbe essere frustrante il tempo dedicato all'assistenza infermieristica di un paziente terminale	3.7	12.2	13.4	47.6	23.2
8. Mi sentirei sconvolto se il paziente terminale che assisto perdesse ogni speranza di sentirsi meglio	7.3	41.5	28.05	19.5	3.7
9. È difficile stabilire una stretta relazione con il paziente terminale	4.9	25.6	21.95	32.9	14.6
10. Ci sono momenti in cui il paziente terminale si augura di morire	1.2	14.6	8.5	58.5	17.1
11. Quando un paziente chiede "infermiere sto morendo?" penso sia meglio cambiare discorso con qualcosa di più allegro	9.8	28.05	28.05	30.5	3.7
12. La famiglia di un paziente terminale dovrebbe essere coinvolta nella cura dei bisogni fisici del proprio caro (per esempio: cura dell'alimentazione dell'igiene personale)	1.2	8.5	12.2	40.2	37.8
13. Spero che la persona di cui mi sto prendendo cura, muota quando io non ci sono	1.2	20.7	26.8	43.9	7.3
14. Ho paura di diventare amico di una persona che sta morendo	6.1	20.7	26.8	37.8	8.5
15. Vorrei fuggire via quando il paziente sta per morire	2.4	9.8	15.85	48.8	23.2
16. Le famiglie necessitano di un sostegno psicologico per accettare i cambiamenti di umore e comportamentali del paziente terminale	2.4	7.3	7.3	48.8	34.15
17. Nel momento in cui il paziente si avvicina alla morte, l'infermiere che lo assiste dovrebbe distaccarsi emotivamente	9.8	34.15	17.1	31.7	7.3
18. Le famiglie dovrebbero aiutare il proprio caro rendendo la vita che gli resta, la migliore possibile	1.2	4.9	4.9	46.3	42.7
19. Il paziente terminale non dovrebbe prendere decisioni sulla cura dei suoi bisogni fisici (cura dell'alimentazione, dell'igiene personale ecc.)	4.9	20.7	26.8	42.7	4.9
20. Le famiglie di un paziente terminale dovrebbero mantenere l'ambiente del proprio caro il più normale possibile	4.9	4.9	2.4	63.4	24.4
21. Il paziente terminale trae beneficio nel parlare delle proprie emozioni	1.2	7.3	17.1	57.3	17.1
22. L'assistenza infermieristica dovrebbe essere estesa anche alla famiglia del paziente terminale	8.5	18.3	10.1	41.5	20.7
23. Gli infermieri che assistono un malato terminale dovrebbero consentirgli di avere un programma flessibile di visite	1.2	6.1	21.95	58.5	12.2
24. Il paziente terminale e la sua famiglia dovrebbero essere coloro che prendono decisioni	2.4	13.4	30.5	46.3	7.3
25. La dipendenza dai farmaci antidolorifici non deve preoccupare quando il paziente è in fase terminale	2.4	8.5	12.2	57.3	19.5
26. Mi sentirei a disagio se, entrando nella stanza di un paziente terminale, lo trovassi a piangere	8.5	32.9	25.6	30.5	2.4
27. Al paziente terminale bisognerebbe dare risposte sincere circa le sue condizioni	1.2	15.85	20.7	46.3	15.85
28. Preparare le famiglie alla morte e al morire non è responsabilità dell'infermiere che assiste il paziente	2.4	12.2	25.6	41.5	18.3
29. I familiari che sono vicini al paziente terminale spesso interferiscono con il lavoro degli operatori sanitari	13.4	56.1	14.6	13.4	2.4
30. L'infermiere può aiutare i pazienti a prepararsi alla morte (aiutare a portare a termine atti per lui importanti, aiutare a compiere riti religiosi o a preparare secondo il suo culto ecc.)	1.2	6.1	13.4	61	18.3

FC (fortemente contrario); C (contrario); NS (non so); D (d'accordo); FD (fortemente d'accordo).

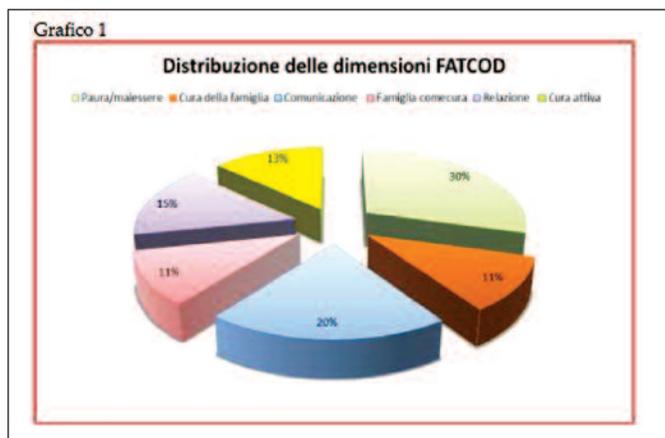
tendenzialmente positivo, 104.35 su un punteggio massimo di 150. Secondo quanto presente in letteratura infatti, quanto maggiore è il punteggio medio del FATCOD tanto più positivo sarà l'atteggia-

continua da pagina 21

mento dei professionisti verso la cura e la morte dei malati terminali (Mastroianni, 2015; Wolf, 2015; Braun, 2010). Questi risultati però vanno interpretati con cautela, non essendoci un chiaro cut-off di valutazione delle risposte positive o negative ma una valutazione delle medie in base ai punteggi ottenuti. L'analisi, pertanto dei risultati ottenuti, va effettuata con la letteratura di riferimento.

Sebbene la media delle risposte sia alta, la comparazione con studi analoghi mostrano risultati più bassi rispetto allo studio svedese su un campione di 100 studenti (media tra i 125-126) e gli infermieri (media 129-130) che lavorano nelle unità oncologiche, cure palliative o reparti chirurgici (Henoch, 2014). Risultati leggermente più bassi sempre in un altro studio svedese, su un campione di studenti afferenti ai tre anni del corso di studio, mostrano comunque livelli più alti di atteggiamenti positivi rispetto ai nostri risultati¹⁰.

L'indagine condotta da Hagelin conferma l'ipotesi dello studio secondo il quale i livelli di atteggiamenti positivi più alti si sono ri-



levati negli studenti del terzo anno rispetto a quelli del primo poiché il percorso di studio e l'esperienza di tirocinio verso i pazienti morenti, aumentano la consapevolezza del caring e riducono la paura di affrontare il fine vita e sostenere i familiari nella perdita del proprio caro.

Altro studio effettuato solo sulla popolazione di studenti infermieri al quarto anno in Palestina¹⁴, (si assume che sia comparabile al nostro terzo anno), e quello effettuato in Turchia¹⁵, mostrano invece dei risultati più bassi, (media 96.96 Abu-El-Noor; media 95.22 Arslan) rispetto al nostro campione (**Tabella 4**).

Gli autori di questi studi suggeriscono che tale similitudine di risultati sia dovuta alla condivisione dei paesi arabi di alcuni valori religiosi e culturali che possono influenzare gli atteggiamenti verso i

Tabella 3: Punteggi medi della scala FATCOD delle singole dimensioni

		Infermieri (n.47)		Studenti (n.35)	
Medie Totali		104.35		103.58	
		103.58		102.42	
Totali singola dimensione	Paura/Malessere	30.91	30%	29.47	28%
	Cura della famiglia	10.67	10%	11.34	11%
	Comunicazione	20.56	20%	20.4	19%
	Famiglia come cura	12.61	12%	11.8	11%
	Relazione	16.47	16%	15.67	15%
	Cura attiva	14.57	14%	13.73	13%

pazienti morenti. Atteggiamenti positivi nei dipartimenti di emergenza sono emersi dallo studio condotto su un campione di 1879 infermieri membri del Emergency Nurses Association (ENA) negli Stati Uniti I. L'alto livello (media 131±10) degli atteggiamenti verso le cure del fine vita riportati in questo studio, mostrano un livello di consapevolezza e abilità degli infermieri dettato sia dalla formazione che dall'esperienza in questi ambiti.

Gli infermieri dell'emergenza sono consapevoli, infatti, che le

proprie opinioni culturali e le credenze sociali possono influire nel fine vita.

Ma emerge anche altro, la mancanza di tempo, spazio e risorse incide anche sull'assistenza ai pazienti morenti e supporto ai familiari. Tali aspetti rappresentano una sfida per il care in tali ambiti per il carico emotivo e mancate risorse adeguate. Lo studio è stato condotto utilizzando il metodo misto, attraverso le interviste sono emerse le difficoltà degli infermieri che non erano relative alle abilità, consapevolezza o atteggiamenti ma piuttosto all'idea che il PS sia il "luogo meno adatto per morire" per il caos, il rumore e per l'imprevedibilità delle attività nell'emergenza.

Il livello degli atteggiamenti del nostro campione, comparato con lo studio di Wolf, è moderatamente inferiore e riportano atteggiamenti meno positivi.

In particolare le dimensioni della cura della famiglia e famiglia come cura, riflettono la mancata consapevolezza del supporto ai familiari e nell'elaborazione del lutto. Paura, angoscia, e l'ansia sono descritte come le barriere più frequenti agli atteggiamenti appropriati verso la morte e il morire.

La paura che gli studenti spesso affrontano quando si prende cura di un paziente terminale, possono essere collegati alla paura di perdere il sé, la paura dell'ignoto e paura del dolore e della sofferenza (Braun et al., 2010).

La scelta del campione degli studenti del 3° anno ha confermato tale grado di formazione, gli studenti hanno atteggiamenti positivi in questa dimensione, probabilmente perché hanno già affrontato la morte durante le ore di tirocinio e completato il percorso formativo. L'età giovane e la mancata esperienza degli studenti verso la morte, infatti influenzano gli atteggiamenti¹⁶ come riportato nello studio di Hugelin negli studenti infermieri del primo anno del corso di laurea rispetto agli altri.

La Scala FATCOD è un valido strumento per poter meglio comprendere gli atteggiamenti degli infermieri e studenti infermieri ma è necessario correlare tali dati con altre variabili, come le condizioni socio-demografiche e le convinzioni religiose che possano influenzare gli atteggiamenti verso la morte.

Altro limite è rappresentato dalla ridotta dimensione del campione e dal mancato confronto con le due Strutture ospedaliere prese in esame, troppo diverse per essere correlate tra loro.

CONCLUSIONI

L'assistenza infermieristica ai pazienti in fine vita ha un enorme peso sul personale infermieristico. L'infermiere è chiamato a mettere in campo abilità professionali, una buona capacità comunicativa e relazionale e al contempo a gestire le proprie emozioni per poter garantire una buona assistenza al paziente in fine vita.

Lavorare quotidianamente a contatto con la morte porta a conseguenze inevitabili per il vissuto del personale. Tali situazioni possono essere fonti di sentimenti importanti: senso di angoscia, paura, timore di non essere in grado di affrontare determinate situazioni, impotenza, senso di responsabilità.

Gli atteggiamenti degli infermieri possono essere migliorati so-

prattutto verso alcune dimensioni della FATCOD come "Famiglia come cura", "Cura della famiglia" e "Cura attiva" in merito alle attitudini verso la gestione del lutto, il coinvolgimento dei parenti ed altre persone significative durante la cura al fine di gestire meglio i loro bisogni fisici, clinici, spirituali, sociali e psicologici.

* Infermiere

** Dottorando di ricerca in Scienze infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Infermiere A.O.U. Federico II-Napoli

*** Infermiere

**** Dottorando di ricerca in Scienze infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Infermiere Coordinatore, Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale"-Napoli

BIBLIOGRAFIA

- 1 Wolf LA, Delao AM, Perhats C, Clark PR, Moon MD, Baker KM, et al. Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 2015 Sep;41(5):e23-33.
- 2 Manton A. Death in the Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 2016 May;42(3):195.
- 3 Labelli E, Bertossi L, Cortello C. Morte e morire: le emozioni vissute dagli infermieri in pronto soccorso. *Aniarti.* 2011; 28(3): 31.35.
- 4 Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J, Shimoinaba K. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J.* 2013; 7: 14-21
- 5 Dunn K.S , Otten C. , Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum.* 2005; 32(1), 97-104;
- 6 Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influenced nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing.* 2012; 18(6), 267-273.
- 7 Iranmanesh S, Razban F, Ghazanfari Z , Nejad AT. Nurses' professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran. *Int J PalliatNurs.* 2014 Jun; 20(6): 294-300.
- 8 Iranmanesh S, Razban F, Ghazanfari Z, Nejad AT. Nurses' professional autonomy and attitudes toward caring for dying patients in South-East Iran. *Int J Palliat Nurs.* 2014 Jun; 20(6): 294-300.
- 9 Mastroianni C, Piredda M, Taboga C, Mirabella F, Marfoli E, Casale G, Matarese M, Frommelt K, De Marinis M. Frommelt attitudes toward care of the dying scale form B: psychometric testing of italian version for students. *Omega (Westport).* 2015; 70(3): 227-250
- 10 Henoeh I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Johansson Sundler A, et al. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying scale: aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nurs.* 2014 Jan-Feb;37(1):E1-11.
- 11 Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum.* 2010; 37(1): E43-E49
- 12 Wang LP, Li YJ, YanWZ, Li GM. Development and psychometric testing chinese version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale, Form B in nurses and nursing students. *J Cancer Educ.* 2016 Mar; 31(1): 123-30;
- 13 Zheng R, GuoQH, Dong FQ, Owens G. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs. Stud.* 2015; 52: 288-296;
- 14 Abu-El-Noor NI, Abu-El-Noor MK. Attitude of Palestinian Nursing Students Toward Caring for Dying Patients: A Call for Change in Health Education Policy. *J Holist Nurs.* 2016 Jun;34(2):193-9.
- 15 Arslan, D, Akca N. K., Simsek N, & Zorba P. Student nurses' attitudes toward dying patients in Central Anatolia. *Int J Nurs Knowl.* 2014 Oct;25(3):183-8.
- 16 Hagelin CL, Melin-Johansson C, Henoeh I, Bergh I Ek K, Hammarlund K, et al. Factors influencing attitude toward care of dying patients in first-year nursing students. *Int J Palliat Nurs.* 2016 Jan;22(1):28-36.

L'influenza delle nonne sull'alimentazione dei bambini in età prescolare: il vissuto esperienziale delle mamme

Carmela Serio *, Filomena Stile**, Teresa Rea***, Assunta Guillari****

RIASSUNTO

Introduzione

Il problema dell'obesità e del sovrappeso in età infantile ha assunto particolare rilevanza in Sanità Pubblica. In Italia circa 1 milione di bambini è in eccesso ponderale. Nella società contemporanea, molte sono le famiglie nelle quali entrambi i genitori lavorano e spesso i nonni si prendono cura dei nipoti, occupandosi anche della loro alimentazione. L'obiettivo di questo studio è stato quello di comprendere il ruolo percepito delle nonne sulle abitudini alimentari dei bambini in età prescolare attraverso la percezione delle mamme.

Materiali e Metodi

Indagine qualitativa, condotta con metodologia fenomenologica secondo Cohen, incentrata sull'intervista di dieci donne con almeno un figlio/figlia in età prescolare (4-6 anni) che hanno dichiarato l'aiuto da parte delle nonne. Il campionamento di convenienza è stato effettuato presso dell'Associazione di Promozione Sociale "Neomamme" nella città di Monopoli (BA), dal Settembre 2017 all'Ottobre 2017.

Risultati

Dall'analisi fenomenologica sono emersi i seguenti temi:

- Il tempo con i nonni, all'interno del quale è emerso il sottotema relativo alla disciplina alimentare adottata o meno dalle figure di accudimento;
- Il cibo ed il senso di colpa;
- La percezione dell'aspetto del bambino, all'interno del quale è emerso il sottotema relativo alle strategie per evitare il sovrappeso.

Discussione

L'analisi fenomenologica ha evidenziato l'importanza del supporto dei nonni (in particolare della nonna materna) nell'educazione alimentare. I nonni paterni appaiono indulgenti (spesso in relazione al tempo limitato che trascorrono con i nipoti) e tendono ad utilizzare il cibo come veicolo di emozioni positive. L'analisi ha evidenziato inoltre l'inclinazione della maggior parte delle madri ad utilizzare il gioco o la lettura piuttosto che il cibo come strumento per compensare la propria lontananza durante la giornata. Dall'analisi è, inoltre, emerso che le madri hanno una percezione nella norma della corporeità dei loro bambini e che ciò è il risultato della combinazione di attenzione alla dieta e attività sportiva.

Parole chiave: *obesità e sovrappeso infantile, alimentazione, percezione delle mamme, nonni; caregiving informale; stili genitoriali, ricerca qualitativa fenomenologica.*

ABSTRACT

Background

Obesity and overweight during the childhood are a very relevant public health problem. In Italy, about 1 million children are in overweight. The contemporary society has plenty of dual income families and usually the grandparents are the ones who use to take care of grandchildren and their diet. The goal of this research is to understand mothers' perception about the role of the grandmothers in their sons' diet.

Methods

Qualitative research, carried out accor-

ding to the Cohen's phenomenological methodology, focused onto the interview of 10 women with at least one pre-school age (4-6 years old) son/daughter. The convenience sampling has been carried out at the Social Promoting Association "Neomamme" in Monopoli city (BA) from September 2017 through October 2017.

Results: The following themes have been extrapolated from the study:

- The time spent with the grandparents, in which the sub-theme relating to the eating discipline adopted or not by the caregivers emerged.
- Food and guilt
- The perception of the child's appearance, in which the sub-theme relating to the strategies to avoid overweight emerged

Conclusion

The phenomenological analysis has underlined the importance of the support of the grandparents (especially the maternal grandmothers) in food education of the grandchildren. The paternal grandparents appear to be indulgent (often in relation to the limited time they spend with their grandchildren) and appear to use food as a vehicle for positive emotions. The analysis also highlighted the tendency of most mothers to use playing or reading rather than food as a tool to compensate for distance during the day. The analysis showed that mothers have a normal perception of their children's body shape and this is the result of combining attention to diet and sports.

Keywords: *childhood; obesity; overweight; nutrition; qualitative; grandparents; caregiving.*

Supplemento Ricerca infermieristica

INTRODUZIONE

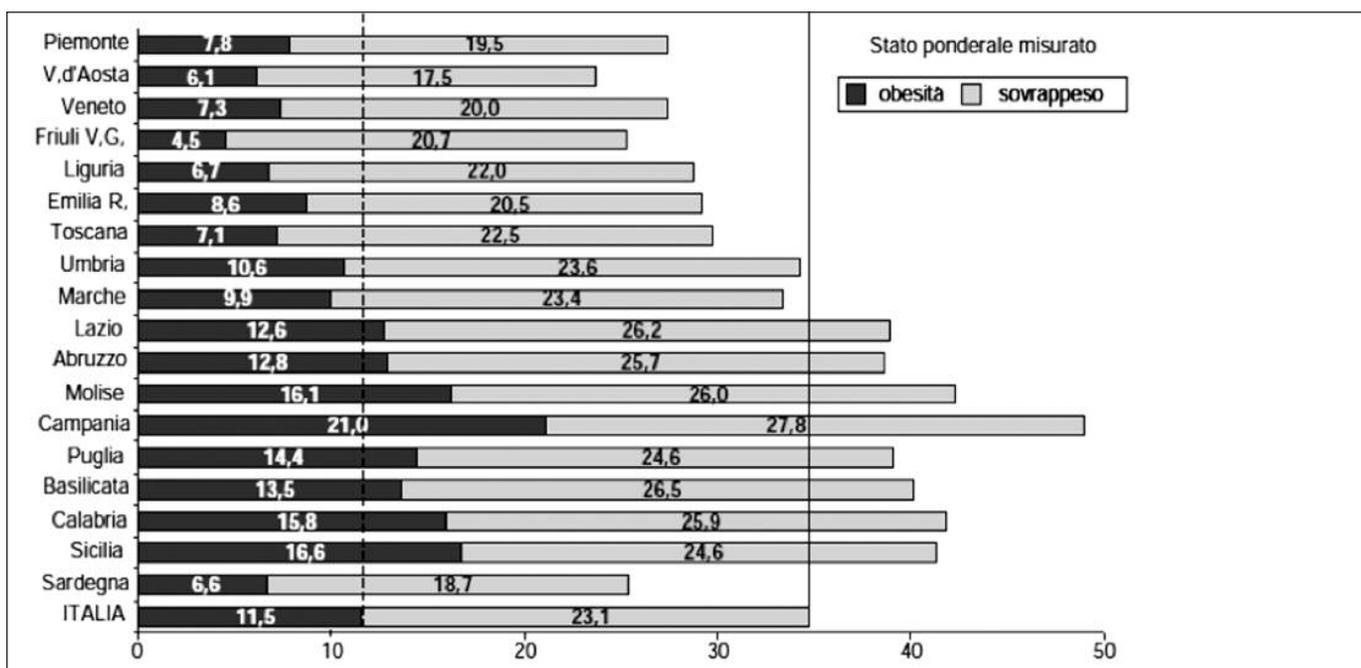
L'obesità è una condizione patologica caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, causata nella maggior parte dei casi da errati stili di vita quali: alimentazione scorretta, dieta ipercalorica e inattività fisica¹. L'obesità è quindi una condizione ampiamente prevenibile, che purtroppo interessa tutte le fasce d'età in tutto il mondo¹.

Il problema dell'obesità e del sovrappeso, soprattutto nell'età infantile, ha assunto particolare rilevanza in Sanità Pubblica, sia per le implicazioni dirette sulla salute fisica, psicologica e sociale del bambino, sia perché tali condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie nell'età adulta (diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardio- e cerebro-vascolari, dismetabolismi, cancro della mammella e del colon-retto, ecc.)².

In Italia, 1 bambino su 3 è in condizione di sovrappeso/obesità, i dati evidenziano che circa 1 milione di bambini è in eccesso ponderale ed esistono notevoli differenze tra le Regioni² (Figura 1).

Figura 1. Grafico tratto dal documento "OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fi-

sica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. ISS". Percentuale di sovrappeso e obesità nei bambini di 8-9 anni di età, per Regione.



sica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. ISS". Percentuale di sovrappeso e obesità nei bambini di 8-9 anni di età, per Regione.

I fattori chiamati in causa come determinanti dell'aumento di obesità, sono molteplici². In primo luogo viene indicato il miglioramento delle condizioni socio-economiche, associato

allo stile di vita sedentario e al diffondersi di comportamenti alimentari rivolti al consumo di alimenti già precotti ad alto contenuto calorico².

La letteratura suggerisce che gli interventi di prevenzione dell'obesità infantile, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola per il suo ruolo educativo, ma soprattutto, della famiglia attraverso programmi integrati al fine di promuovere l'adozione di stili di vita più sani².

In tutte le culture, la famiglia costituisce un'istituzione sociale e un supporto fondamentale per le donne e i bambini². Negli ultimi anni, la letteratura internazionale ha evidenziato il ruolo di altri "caretakers"³: figure di accudimento in aggiunta alle madri. Tra queste figure una maggiore attenzione viene data al ruolo delle nonne³.

A tale proposito, l'antropologo Van Esterik (1995) sostiene che l'acquisizione di atteggiamenti di accudimento accettati culturalmente e le pratiche delle giovani madri dipendono in gran parte dall'educazione che esse ricevono da parte di donne più esperte, in particolare dalle nonne³.

Nella società contemporanea, molte sono le famiglie nelle quali entrambi i genitori lavorano e, laddove si rendono disponibili, sono i nonni a rappresentare le figure di accudi-

mento maggiormente desiderabili⁴. Da uno studio europeo del 2011 (SHARE: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe-2011), si evince che l'Italia è il paese dove il 33% dei nonni si prende cura quotidianamente dei nipoti, contro l'1,6% della Danimarca o il 2,9% della Svezia⁴.

Pertanto, è sembrato interessante indagare il pensiero delle

continua da pagina 25

donne lavoratrici, madri di bambini in età prescolare, rispetto al grado d'influenza diretta delle nonne, sull'alimentazione del bambino.

OBIETTIVO DELLA RICERCA

Indagare il contributo delle nonne sulle abitudini alimentari dei bambini in età prescolare attraverso il pensiero delle mamme.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Indagine qualitativa, condotta con metodologia fenomenologica secondo Cohen.

Il metodo Cohen

Il metodo fenomenologico secondo Cohen⁵ è stato scelto per condurre questo studio perché permette una comprensione profonda dell'esperienza vissuta dalle persone coinvolte⁵.

Il metodo Cohen prevede una serie di steps susseguenti. Il primo step consiste nel "bracketing"⁵ definito come "Tecnica di Riflessione Critica". Trattasi della descrizione per iscritto, da parte dei ricercatori, del proprio punto di vista e percezione circa il fenomeno oggetto di indagine, in modo da ridurre la possibilità che i temi estratti dall'analisi riflettano i pregiudizi dei ricercatori anziché l'esperienza dei pazienti. Questa procedura consente di accantonare ogni pregiudizio affinché non influenzi la pura essenza dei temi estrapolati.

Il secondo step consiste nella conduzione delle interviste nell'ambiente naturale dei partecipanti, mantenendo un atteggiamento di accoglienza da parte degli intervistatori, in modo da facilitare la descrizione della loro esperienza.

Le interviste sono condotte con domande aperte per dare completa libertà ai partecipanti di descrivere cos'è più importante per loro. Il luogo dell'intervista è stato scelto dai soggetti partecipanti allo studio, proprio per poter mettere maggiormente gli stessi a proprio agio.

Tutte le interviste sono audio-registrate. Durante e subito dopo le interviste, i ricercatori trascrivono note sull'ambiente in cui è avvenuta l'intervista, il linguaggio non verbale e le proprie riflessioni⁵.

Il reclutamento dei soggetti partecipanti allo studio termina con il raggiungimento "della saturazione dei dati".

Il termine saturazione dei dati si riferisce alla ridondanza dei temi estrapolati⁶. Dopo aver effettuato le interviste, i ricercatori si occupano dell'ascolto e trascrizione delle stesse, arricchendole delle note raccolte sul campo per l'estrapolazione dei temi dalle varie esperienze.

Le interviste vengono trascritte meticolosamente, parola per parola e analizzate dai ricercatori prima singolarmente e poi in gruppo, per favorire il confronto e la discussione critica.

Nell'estrapolazione dei temi non ci sono state discrepanze di pensiero, tra i vari ricercatori.

Al termine, per confermare l'attendibilità dei temi, questi ultimi sono stati ripresentati ai soggetti dello studio che

hanno tutti confermato quanto estrapolato dalle interviste.

Popolazione di riferimento

Donne con almeno un figlio/figlia in età prescolare (4-6 anni) che dichiarano l'aiuto da parte delle nonne.

Criteri di inclusione

- Donne/madri di almeno un bambino in età prescolare, la cui nonna materna e/o paterna sia vivente;
- Donne italiane;
- Donne lavoratrici;
- Accudimento del bambino da parte di almeno una delle nonne;
- Perfetta comprensione della lingua italiana;
- Firma del consenso informato.

Criteri di esclusione

- Donne che non abbiano un bambino in età prescolare;
- Famiglie con nessuna delle due nonne viventi;
- Assenza di accudimento da parte delle nonne;
- Donne con problemi cognitivi;
- Donne straniere;
- Volontà a non voler partecipare allo studio.

Campionamento

Il campionamento è di convenienza. L'autorizzazione alla conduzione dell'indagine è stata inoltrata alla Presidente dell'Associazione di Promozione Sociale di Monopoli (BA). L'indagine ha visto la collaborazione dell'ostetrica referente dell'APS "Neomamme".

È stato raccolto il consenso informato e, alle donne che hanno deciso di partecipare all'indagine, è stato spiegato lo scopo dell'indagine. Successivamente, previo appuntamento telefonico, le donne sono state contattate dalle ricercatrici e le interviste sono state condotte presso le loro abitazioni. Lo studio rispetta i principi della convenzione di Helsinki.

Strumento

Per le interviste sono state utilizzate tre domande a risposta aperta. La scelta ha trovato giustificazione nel fatto che questa tipologia di domanda permette ampia possibilità, da parte del soggetto intervistato, consente di descrivere realmente le proprie esperienze⁷. È stato, inoltre, impiegato un diario finalizzato alla raccolta delle note sul campo (relative a riflessioni personali, al setting e al linguaggio non verbale usato da ogni singola donna intervistata).

Le interviste, audio registrate, hanno avuto durata media di circa 10 minuti. La saturazione dei dati è stata raggiunta dopo 11 interviste.

RISULTATI

Per garantire l'anonimato e il rispetto della privacy è stata predisposta una codifica composta da un codice numerico e due iniziali fittizie assegnate ad ogni partecipante, a cui cor-

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione

CODE	INITIAL	ETA'	N° FIGLI	EDUCAZIONE	IMPIEGATA
01		30	2	Laurea	SI
02		33	2	Laurea	SI
03		33	2	Laurea	SI
04		32	2	Diploma media superiore	SI
05		31	2	Laurea	SI
06		29	2	Diploma media superiore	SI
07		35	3	Diploma media superiore	SI
08		32	2	Laurea	SI
09		31	2	Laurea	SI
10		30	2	Diploma media superiore	SI

rispondevano caratteristiche socio-demografiche, come riportato nella **Tabella 1**.

L'età media delle partecipanti è 31,6 anni (range 29-35).

Il livello d'istruzione è medio-alto, 6 partecipanti risultavano aver conseguito il diploma di laurea e le restanti il diploma di scuola media inferiore.

La maggior parte delle partecipanti hanno dichiarato di avere due figli (Media 1,8) tranne una che ha dichiarato di averne tre.

Infine, tutte hanno dichiarato di essere occupate.

I temi ed i relativi sottotemi emersi dall'analisi fenomenologica hanno mostrato come sia importante la collaborazione dei nonni nell'educazione alimentare dei bambini.

I temi ed i rispettivi sottotemi emersi sono: "il tempo con i nonni", con il sottotema "vizi vs virtù"; altri temi dominanti sono "il cibo ed il senso di colpa", e la "percezione dell'aspetto del bambino". Sottotema derivante da quest'ultimo tema principale sono le "strategie per evitare il sovrappeso".

1. Il tempo con i nonni

Il primo tema emerso, è stato il tempo cospicuo che i bambini trascorrono con i nonni durante l'arco della giornata.

Tutte le madri intervistate hanno riferito che i loro genitori sono le figure di accudimento di supporto, così come di seguito evidenziato (08GQ): << Eh ...sì!...Loro sono tutti i giorni con i miei genitori...perché per via del lavoro...(OMISSIS)... sono molto aiutata dai miei genitori>>.

I nonni paterni, pur essendo figure di accudimento, trascorrono un tempo molto limitato con i nipoti.

Durante il tempo che i bambini trascorrono con i nonni materni, vengono consumati dei pasti e, come riferito da gran parte delle intervistate, spesso si tratta di un pasto principale. Dalle interviste, di seguito anche riportata una a mo di esem-

pio, è emerso che questa è un'abitudine consolidata(01AZ):<< Allora sì ... capita purtroppo spesso che ... che ... lo lascia a mia madre e ... (con tono rassegnato) ... soprattutto durante l'ora di pranzo!>>. Questa prassi diventa occasionale, solo perché i bambini pranzano a scuola (asilo).

1.1 Vizi vs Virtù

Altro elemento di notevole importanza, è la qualità dell'alimentazione dei bambini, in particolare l'esistenza o meno di una "disciplina della corretta alimentazione". Da questa analisi sono risultati due comportamenti contrastanti da parte delle nonne:

- Disciplina alimentare, le nonne (esclusivamente materne) pongono attenzione sulla qualità dell'alimentazione dei loro nipoti, limitando gli eccessi e collaborando con le madri nel seguire una linea di condotta sana e condivisa, come riportato dalla partecipante:

(09 HP): << ... mia madre è molto attenta alla dieta del bambino [...] segue anche molto le mie direttive>>.

- Tendenza ad un'eccessiva "indulgenza alimentare", è questo il caso della totalità delle nonne paterne segnalate dalle intervistate, le quali cercano attraverso delle concessioni appetibili, di conquistare l'affetto dei nipoti. In tutti i casi, questa condotta non viene quasi mai ostacolata dalle madri, poiché è associata ad un tempo molto esiguo che i bambini trascorrono con loro, come espresso dall'intervistata: (03 CU) <<Quelle rare volte che resta con la nonna paterna...la si accontenta su tutto... e tipo anche se io non sono d'accordo...ma più di dirlo...alla fine che fai? [...] La vede poco la bambina ... perché ci sta meno e ... quindi quando andiamo... mi scoccia bacchettarla>>.

Questo atteggiamento indulgente delle nonne paterne è adottato anche da alcune nonne materne, le quali tendono a proporre ai loro nipoti delle alternative alimentari meno

continua da pagina 27

sane, ma più inclini ai loro gusti per assecondarli e coccolarli, come si evince dalle parole della seguente partecipante (01 AZ): << ... se mangia con me...mangia quello che c'è a tavola...se invece mangia a casa di mia madre...mangia quello che vuole lui...pur di non farlo piangere lo vizia>>, oppure utilizzano la ghiottoneria come premio per aver mangiato il cibo sano ma meno gradito (07 FR): << ... mia madre [...] cerca di tenerla buona, cercando di dirle che se sta buona e mangia quello che non le piace...dopo avrà un panino con -omissis->>

In questa categoria spicca anche il caso di una partecipante, la quale sottolinea che a non essere esattamente virtuosi non siano tanto le nonne, quanto piuttosto i nonni (06 ES): <<quando c'è mio suocero e ... mio padre... i nonni maschi ... vedo che, se lui fa una richiesta... che, anche un gelato fuori orario ... ad esempio... capito? ... loro non dicono di no!>>.

2. Il cibo ed il senso di colpa

Dall'analisi delle interviste è stata individuata una scarsa tendenza a questo fenomeno, come pure una preferenza, da parte delle madri, a sopperire la mancanza del gioco o altre attività (10 IO): <<no...comunque non uso il cibo per accontentare...no... e nemmeno per non sentire il senso di colpa, anche perché non amano molto mangiare e.... quindi ... no! ... A volte preferisco il gioco oppure uscire a fare una passeggiata...oppure a volte mi chiedono di leggere delle favole!>>.

Tuttavia una partecipante, ha affermato di utilizzare il cibo come palliativo al senso di colpa, dovuto all'allontanamento per motivi di lavoro.

3. La percezione dell'aspetto del bambino

Un tema ricorrente nelle interviste consiste nella percezione, da parte delle madri, della fisicità dei loro bambini, percepita in tutti i casi come normale. In altri termini, le madri non considerano i loro figli in sovrappeso.

3.1 Le strategie per evitare il sovrappeso

In tutte le interviste è emerso come i bambini non siano soggetti a vita sedentaria, sia per la loro effettiva vivacità (4DU): << si muove sempre...non sta mai fermo! ... forse questo lo agevola un po'...con lo smaltimento>>, sia perché praticano attività fisica (07 FR) :<< la bambina fa [...] due giorni di danza e due di atletica>>.

A ciò si aggiunge il fatto che molte mamme tendono a non tenere in casa cibo spazzatura (10 IO) :<<...cerco a casa di non avere schifezze... anche le bevande...non ho né aranciate...ho solo acqua...oppure le merendine le mangiano solo la mattina insieme al latte...magari...però per il resto...non ho cioccolate...non ho, a casa, di queste cose>>, ed i bambini non ne manifestano una particolare inclinazione (05 DT):<< non mangia molte cose dolci...a volte sì...ne ha desiderio, ma, per fortuna, non va dietro alle schifezze>>.

DISCUSSIONE

Scopo dello studio è stato comprendere la percezione delle mamme, rispetto al ruolo delle nonne sull'alimentazione dei figli.

I temi ed i relativi sottotemi emersi dall'analisi fenomenologica, hanno mostrato come sia importante la collaborazione dei nonni, nel dare supporto sia nell'accudimento che nell'educazione alimentare dei propri nipoti.

Come confermato dalla letteratura³, la figura prevalente è la nonna materna. La nonna materna è abbastanza sensibile e attenta alla "disciplina alimentare", ma allo stesso tempo non rinuncia ad "assecondare" i gusti del bambino.

La nonna materna assume, per una delle nostre intervistate, un peso talmente rilevante sull'educazione del proprio bambino da ritrovarsi, in alcune situazioni, a non avere la stessa autorità della madre. I nonni paterni appaiono oltremodo indulgenti, soprattutto a causa del limitato tempo che trascorrono con i nipoti.

Tempo che viene percepito limitato in quanto alcuni attimi della giornata sembrano essere scanditi da orari rigidi e regole genitoriali ferree. Il sottotema correlato al tempo, trova fondamento in letteratura, dove si riscontra la tendenza, da parte dei nonni, ad utilizzare il cibo come veicolo di emozioni positive^{8,9}, spesso aggirando la disapprovazione delle madri⁹. Questo atteggiamento è stato percepito dalle mamme, nei confronti delle, le quali appaiono più indulgenti al fine di accattivarsi l'amore dei nipoti con l'ausilio di cibi preferiti e poco sani. Nel primo tema principale il ruolo della scuola è stato percepito come fattore protettivo circa l'alimentazione dei bambini. I bambini che pranzano a scuola evitano l'assunzione di calorie in eccesso, rispetto a quanto avverrebbe in presenza dei nonni. Dalla ricerca in letteratura, è stata riscontrata una tendenza da parte dei genitori all'utilizzo improprio del cibo come ricompensa¹⁰ o in generale, come detto in precedenza, si associa l'uso del cibo a sentimenti positivi^{8,9}. Nelle interviste è stata indagata se e in che misura, le madri tendono ad utilizzare il cibo (in particolare "cibo spazzatura") come strumento per compensare la lontananza durante la giornata. L'analisi ha mostrato una scarsa propensione delle madri ad usare il cibo come strumento di compenso per l'assenza temporale.

Le donne riferiscono di preferire il gioco o la lettura, anche se una percentuale, non trascurabile, delle nostre intervistate è ancorata a questa "cattiva" abitudine.

Il tema ricorrente è la percezione che le madri hanno circa la corporeità dei loro figli, da tutte percepita nella norma.

Da tutto ciò emerge che l'educazione alimentare non è scontata ed è influenzata molto da dinamiche familiari.

Il ruolo della famiglia è fondamentale, richiede un approccio sinergico, come riscontrato in letteratura^{3,11,13}, per favorire un'adeguata attenzione alla dieta dei bambini.

Una strategia vincente risulta essere l'eliminazione quotidiana di cibi ricchi di grassi e bevande zuccherate e la pra-

Supplemento Ricerca infermieristica

tica costante di un'attività sportiva. In questa fase delicata della vita della vita del bambino, le famiglie compresi i nonni, dovrebbero essere affiancati e sostenuti dal Pediatra e dall'Infermiere Pediatrico di famiglia¹⁴, per essere coinvolti in programmi educativi sulla correttezza dell'alimentazione e sulla promozione di corretti stili di vita.

LIMITI

Unlimite dello studio è rappresentato dall'esiguità del campione, che ne determina una mancanza di variabilità e l'impossibilità nella generalizzazione dei risultati. Queste limitazioni sono tipiche degli studi di tipo fenomenologico¹⁶ che, tuttavia, forniscono informazioni essenziali sia per una

visione olistica sia per una partenza corretta di studi maggiori. Un ulteriore limite è dato dal fatto che il nostro studio indaga la percezione delle mamme circa il comportamento alimentare dei propri figli durante il tempo passato insieme ai nonni, e dunque, non fornisce un quadro reale di ciò che possa realmente accadere tra nonni e nipoti e delle possibili e differenti dinamiche relazionali rispetto a tale fenomeno.

*Ostetrica Libero Professionista

**Ostetrica P.O. Valle d'Itria

***PhD, Infermiera A.O.U Federico II

**** PhD Studente in Infermieristica e Sanità Pubblica,
Infermiera A.O.U Federico II

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Obesity and overweight. Fact sheet. Reviewed February 2018 (consultato: Maggio 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
2. Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D. OKkio alla SALUTE: surveillance system on nutrition and physical activity in children attending primary school. Results 2008. Rapporti ISTISAN 09/24.
3. Judi A. The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. *Matern Child Nutr.* 2012 Jan;8(1):19-35.
4. SHARE. The "grandparent effect" on education. Study compares intergenerational influence of grandparents in ten different countries. Survey of Health, Ageing and Retirement in (consultato: Ottobre 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.share-project.org/press-news/share-research-findings/new-scientific-findings/the-grandparent-effect-on-education.html#c1203>.
5. Cohen MZ, Kahn D, Steeves R. Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers. Thousand Oaks, California: Sage, 2002.
6. Proter E, Cohen MZ. Phenomenology In: Trainor A., Graue E., eds. *Reviewing Qualitative Research in the Social Sciences*. New York: Routledge, 2013.
7. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
8. Farrow C. A comparison between the feeding practices of parents and grandparents. *Eating Behaviors*. *Eat Behav.* 2014 Aug;15(3):339-42.
9. Hoare A, Virgo-Milton M, Boak R, Gold L, Waters E, Gussy M, Calache H, Smith M, de Silva AM. A qualitative study of the factors that influence mothers when choosing drinks for their young children. *BMC Res Notes*. 2014 Jul 5;7:430.
10. Roberts L, Marx JM, Musher-Eizenman DR. Using food as a reward: An examination of parental reward practice. *Appetite*. 2018 Jan 1;120:318-326.
11. Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017 Apr 11;14(1):47
12. Ash T, Agaronov A, Young T, Aftosmes-Tobio A, Davison KK. Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017 Aug 24;14(1):113
13. Nepper MJ, Chai W. Parental Views of Promoting Fruit and Vegetable Intake Among Overweight Preschoolers and School-Aged Children. *Glob Qual Nurs Res.* 2017 Feb 8;4:2333393617692085.
14. DDL n°1727 del 20 Dicembre 2014. Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare. Senato della Repubblica, XVII Legislatura (consultato: Luglio 2017). Disponibile all'indirizzo: <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDL-PRES/903836/index.html?stampa=si&spart=si&toc=no>.
15. Ridley RT, Peggy AD, Bright JH, Sinclair D. What Influences a Woman to Choose Vaginal Birth After Cesarean?. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002 Nov-Dec;31(6):665-72.
16. Moffat M, Bell J, Porter M, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *BJOG.* 2007 Jan;114(1):86-93

Supplemento Ricerca infermieristica

Napolisana nella rete mondiale delle

di Pino De Martino

Da ventitrè anni nelle case degli infermieri di Napoli e della Campania; oltre cento pubblicazioni; una tiratura media di oltre 25mila copie. Sono solo alcuni dei numeri importanti di Napolisana, la rivista di aggiornamenti professionali, cultura e attualità sanitaria edita dall'Ordine degli infermieri di Napoli e diretta da chi scrive. Per un lungo periodo, Napolisana è diventato l'organo d'informazione anche degli ordini professionali di Salerno, Avellino, Benevento e Caserta. Raggiungendo a quella data una diffusione media di oltre 35 mila copie: tra i periodici più diffusi della Campania e del Sud. Fu questo il motivo della sua trasformazione, dieci anni fa, in NapolisanaCampania, testata rimasta invariata anche ora che s'appresta a raccogliere un prestigioso traguardo. Da oltre tre anni, la rivista ha dato vita ad un inserto interamente dedicato alla ricerca infermieristica: NscNursing. Una scelta editoriale lungimirante, che ha ritenuto di puntare sulla crescita professionale e culturale della professione, offrendo agli iscritti la possibilità di confrontarsi con pubblicazioni di assoluto valore scientifico in massima parte firmate da infermieri. Ciò è stato reso possibile grazie ad un generoso e competente Comitato scientifico e un agguerrito team review, costituito ad hoc. Ad essi va il mio più sentito ringraziamento e convinto apprezzamento. Si tratta di un gruppo di giovani e brillanti menti, raffinati professionisti, senza i quali non ce l'avremmo mai fatta. Si è trattato di un lavoro impegnativo, a volte gravoso, affrontato con spirito di servizio e di amore per la professione, per il quale non basterà mai elencarne i meriti. Grazie a questi tre anni eroici di pubblicazioni altamente qualificate e di assoluto rigore scientifico, oggi Napolisana è la prima rivista del CentroSud edita da un ordine professionale provinciale ad essere indicizzata. "L'infermiere" a parte (organo ufficiale della Federazione) con l'Italian Journal of Nursing", (la rivista edita dall'Ordine degli infermieri di Milano, Lodi, Monza e Brianza, da pochi mesi in rete) Napolisana è la seconda a livello nazionale. Un traguardo prestigioso. Una meta che premia anni d'impegno profuso da un gruppo di lavoro tenace e preparato. Un riconoscimento conquistato anche grazie ad un editore, l'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, che ha investito e creduto in un progetto editoriale che finanzia e sostiene ininterrottamente dal 1995. Con il solo scopo di portare nelle case degli infermieri di Napoli (ma non solo), aggiornamenti professionali, scientifici e non, cultura infermieristica e attualità sanitaria nazionale e regionale. Sono gli alimenti essenziale per nutrire il corpo di una professione solo da poco riconosciuta come ordine professionale al pari con altre attività intellettuali. Sono i motivi per i quali, questo gruppo dirigente ha ricevuto il pubblico plauso da parte della Presidente Nazionale Barbara Mangiacavalli (in un riquadro nella pagina accanto, ndr). Ma



che significa un giornale indicizzato? Significa che NapolisanaCampania è inserita nell'indice mondiale delle pubblica-

pubblicazioni scientifiche

zioni scientifiche e che pubblicare un articolo su di essa ha un indice di rilevanza (impact factor) proporzionale a quello della rivista. In altre parole, ogni pubblicazione scientifica su Napolisana sarà potenzialmente visibile a livello mondiale grazie alla rete capillare e universale delle banche dati che ospiteranno il nostro giornale. Il contratto sottoscritto nei giorni scorsi dal Presidente dell'Ordine degli infermieri di Napoli, **Ciro Carbone**, impegna NapolisanaCampania con Ebsco Publishing, Inc, importante società con sede a Ipswich (Massachusetts, Usa), titolare di una delle principali banche dati internazionali per pubblicazioni a carattere scientifico sanitario.

Ma NapolisanaCampania è già pronta a moltiplicare la propria visibilità. Stiamo infatti già al lavoro per stringere nell'immediato futuro rapporti con altre importanti società titolari di banche dati altrettanto importanti.

Prima di chiudere, voglio ringraziare ancora una volta pubblicamente quanti hanno reso possibile questo cammino.

Al generoso e infaticabile Comitato scientifico, ai colleghi responsabili della parte grafica e dell'impaginazione, un grazie di cuore. E, last but not least, l'editore di riferimento. Grazie al gruppo dirigente dell'Ordine degli infermieri di Napoli, per quest'ennesima grande soddisfazione professionale.

Grazie per la fiducia da tanti anni accordatami.

Grazie per la totale libertà con la quale ho potuto svolgere il mio incarico in tutto questo cammino.

Ma soprattutto grazie ai lettori, non solo infermieri, ma soprattutto infermieri, senza i quali tutto questo non sarebbe mai avvenuto.

“Importante traguardo per la professione Un plauso al gruppo dirigente di Napoli”

Barbara Mangiacavalli commenta l'importante traguardo raggiunto dalla rivista

Pubblichiamo di seguito la dichiarazione della Presidente **Barbara Mangiacavalli** resa ai microfoni di Radio Vomero news, in occasione del Congresso Nazionale celebrato a Roma, presso l'Auditorium del Parco della Musica a Roma. La Presidente **Barbara Mangiacavalli** rivolge al gruppo dirigente di Napoli importanti parole d'apprezzamento. In particolare, si sofferma sull'importante e prestigiosa indicizzazione dell'organo di stampa ufficiale dell'Ordine degli infermieri di Napoli, NapolisanaCampania.



"La rivista dell'Ordine degli infermieri di Napoli - dice Barbara Mangiacavalli - ha raggiunto un risultato enorme dal punto di vista scientifico. Con l'indicizzazione, gli articoli pubblicati saranno inseriti in un elenco internazionale e chiunque si metta a fare una ricerca scientifica sull'argomento troverà quegli articoli. Si tratta quindi di un grande sviluppo scientifico della rivista e ovviamente di sviluppo scientifico della professione, soprattutto dei colleghi di Napoli. Quello che è ulteriormente importante sottolineare - dice infine Mangiacavalli - è che si tratta della seconda o terza rivista indicizzata in Italia, ma la prima del Sud. Un plauso dunque al Consiglio direttivo dell'Ordine di Napoli che ha voluto perseguire questo importante risultato".

Alla presidente Mangiacavalli va il nostro ringraziamento per l'importante attestato di stima nei confronti del gruppo dirigente e di tutti gli infermieri di Napoli, e per le lusinghiere e generose parole.



PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne 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.

Un ambulatorio pediatrico interamente gestito da infermieri

NAPOLI - Si chiama AIPAV (Ambulatorio Infermieristico Pediatrico degli Accessi Vascolari) ed è il primo e unico in Italia nel suo genere. Totalmente gestito da infermieri specializzati è dedicato ai



bambini oncologici e non, portatori di cateteri venosi centrali a medio e lungo termine. **Ciro Carbone**, per anni alla guida degli infermieri negli ospedali Santobono/Pausilipon, non ha voluto mancare alla cerimonia inaugurale con questo indirizzo di saluto: "Cogliamo al meglio questa occasione e facciamoci trovare pronti. Con il varo di questo ambulatorio abbiamo realizzato una gran bella cosa. Una struttura che ha molti padrini. La mia firma l'ho apposta con convinzione due giorni prima di andare in pensione. Io ci credo e sono qui a testimoniarlo, anche in rappresentanza dell'Ordine degli infermieri di Napoli che ho l'onore di guidare. Abbiamo fatto un investimento sulle persone, sul gruppo. Ora dobbiamo dimostrare di esserne all'altezza. Come infermieri abbiamo tanti occhi puntati addosso e non possiamo permetterci errori. Oggi comincia un lavoro duro e faticoso. Dove e quando ci sarà la possibilità, credo sia opportuno allargare questo gruppo di partenza con altre competenze. Farlo crescere, senza paure e senza rintanarsi. Soprattutto dobbiamo puntare a lavorare uniti. Da soli non si va da nessuna parte. Solo lavorando in equipe con le altre professioni sanitarie, soprattutto con l'area medica, possiamo raggiungere quegli obiettivi che stanno a cuore a tutti quelli che come noi prestano la loro opera e i loro saperi per il benessere altrui. In questo caso la cura dei bambini e il supporto ai familiari. In bocca al lupo a voi tutti".

L'assistenza del paziente pediatrico oncologico è da sempre considerata uno dei processi assistenziali più complessi nel panorama della medicina pediatrica. L'AORN Santobono - Pausilipon, centro nazionale pediatrico d'eccellenza e di riferimento, ha sempre dedicato particolare attenzione alle esigenze dei piccoli pazienti e su iniziativa di un gruppo di infermieri specializzati in impianto e gestione degli Accessi Vascolari a medio e lungo termine, ha dato il via ad un progetto che garantisca l'appropriatezza delle prestazioni assistenziali erogate e valorizzasse le specialità professionali. Partito in via sperimentale nel 2014 AIPAV è oggi una realtà di riferimento non solo aziendale; attivo cinque giorni a settimana offre servizi di impianto e gestione routinaria di cateteri venosi centrali (CVC-PICC-PORT), gestione delle complicanze, consulenze specialistiche, corsi di formazione per il personale infermieristico e medico, corsi di orientamento e gestione per i familiari.

Sotto procedimento disciplinare: Flash Mob di solidarietà per Rossana

Era presente anche **Ciro Carbone**, presidente dell'Ordine degli infermieri di Napoli, al Flash Mob di solidarietà con **Rossana Bianchi**, l'infermiera che, all'Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli, contestò il governatore De Luca per le condizioni lavorative al limite del sopportabile. Al Governatore impegnato in pompa magna nell'ennesima inaugurazione di un reparto ospedaliero, la coraggiosa infermiera disse tutto quello che pensava della sanità campana, fatta per lo più di nastri tagliati, annunci e tanti, tanti record negativi: dai Lea, alle liste d'attesa, dal record per l'emigrazione sanitaria a quello delle aspettative di vita. *"Siamo senza infermieri, senza personale. Ci facciamo in quattro, non abbiamo materiali, non abbiamo più nulla. Siamo ridotti all'osso"*. Furono queste le parole crude, ma vere, pronunciate pubblicamente da **Rossana Bianchi** e per le quali la dipendente dell'Asl Napoli2 Nord è in attesa di sapere cosa le accadrà a livello disciplinare. Sulla vicenda, il **Presidente Carbone** commentò così: *"Quanto denunciato dalla collega **Rossana Bianchi** corrisponde al vero, è cosa nota a tutti ed è un disagio che l'Ordine degli infermieri di Napoli ha più volte denunciato nelle opportune sedi istituzionali. Stupisce quindi la decisione di provvedimenti disciplinari nei confronti di chi non ha fatto altro che dire quanto è vero ed è a conoscenza di tutti"*, ha detto **Ciro Carbone** a nome dell'Ordine degli infermieri di Napoli.



Notizie
dall'Ordine

L'Assemblea degli iscritti approva il bilancio

Con le relazioni del Presidente **Ciro Carbone**, del tesoriere **Gennaro Sanges** e del presidente dei Revisori dei Conti, **Vincenzo Saraiello**, si è tenuta a Casrellammare di Stabia l'annuale appuntamento con l'Assemblea degli iscritti.

All'ordine del giorno l'approvazione dei bilanci consuntivo 2017 e di previsione 2018. Con un lungo applauso, l'Assemblea ha accolto la relazione introduttiva del Presidente Carbone. Dopo la lettura delle relazioni consuntivo 2017 e di previsione 2018 da parte del tesoriere Gennaro Sanges e del Presidente dei Revisori dei Conti Vincenzo Saraiello, si è passati alle votazioni.

L'Assemblea ha approvato il bilancio consuntivo 2017 e di previsione 2018.



Riapre il Pronto Soccorso del Cto



Dopo sette lunghi anni ha ripreso l'attività il Pronto soccorso del Cto a Napoli. Centotrenta posti letto per iniziare, e l'ambizione di dare una mano nel decongestionare il Cardarelli. La struttura fu chiusa nel 2011 nell'ambito della riorganizzazione degli ospedali rientrati nell'Azienda dei Colli (Monaldi, Cotugno e Cto). L'ex direttore generale del Cto, Giuseppe Longo, ha sottolineato con soddisfazione l'obiettivo raggiunto di un rafforzamento della rete dell'emergenza, mentre l'attuale commissario Giuseppe Matarazzo ha evidenziato: "Diamo una risposta al sovraffollamento del Cardarelli con un pronto soccorso medico chirurgico di impronta moderna dotato di triage e tac di ultima generazione, che serve un bacino di 300 mila persone ma che naturalmente è aperto alla città intera. Una bella sfida che siamo sicuri di vincere". Oltre centodieci le nuove assunzioni tra gli infermieri, ventidue tra i medici.

Incontro
con il Papa

“Tante vite si salvano grazie a voi La tenerezza medicina preziosa”

Il Santo Padre ha ricevuto in udienza privata una delegazione di 6.500 infermieri provenienti da tutt'Italia. Nutrita rappresentanza dell'Ordine degli infermieri di Napoli.

Discorso commovente e ricco di significato: *“La vostra professione è una vera e propria missione che fa di voi degli esperti in umanità”*.



ROMA - *“Sono lieto di incontrarvi e, prima di tutto, vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone e per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante!”*. Sono state queste le prime parole del discorso di **Papa Francesco** pronunciato nell'Aula Paolo V in udienza privata con 6.500 infermieri. A guidare la folta rappresentanza dell'Ordine il Comitato centrale della Federazione Nazionale degli Ordini. La Presidente **Barbara Mangiacavalli** ha offerto al Santo Padre come dono simbolico:

la prima edizione della vita del patrono degli infermieri, San Camillo De Lellis. Un'antica stampa del secolo X Ottavo.

Professione insostituibile - *“È davvero insostituibile – ha detto Papa Francesco – il ruolo degli infermieri nell'assistenza al malato. Al pari di nessun altro, l'infermiere ha una relazione diretta e continua con i pazienti, se ne prende cura quotidianamente, ascolta le loro necessità ed entra in contatto con il loro stesso corpo, che accudisce. È peculiare l'approccio alla cura che realizzate con la vostra azione, facendovi carico inte-*

gralmente dei bisogni delle persone, con quella tipica premura che i pazienti vi riconoscono, e che rappresenta una parte fondamentale nel processo di cura e di guarigione”.

Infermieri esperti in umanità - Il Papa si è rivolto agli infermieri sottolineando che *“prendendovi cura di donne e di uomini, di bambini e anziani, in ogni fase della loro vita, dalla nascita alla morte, siete impegnati in un continuo ascolto, teso a comprendere quali siano le esigenze di quel malato, nella fase che sta attraversando. Davanti alla sin-*

continuad da pagina 35

golarità di ogni situazione, infatti – ha continuato -, non è mai abbastanza seguire un protocollo, ma si richiede un continuo – e faticoso! – sforzo di discernimento e di attenzione alla singola persona. Tutto questo fa della vostra professione una vera e propria missione, e di voi degli “esperti in umanità”, chiamati ad assolvere un compito insostituibile di umanizzazione in una società distratta, che troppo spesso lascia ai margini le persone più deboli, interessandosi solo di chi ‘vale’, o risponde a criteri di efficienza o di guadagno”.

La chiave della tenerezza - “Stando con i malati ed esercitando la vostra professione – ha aggiunto il Papa -, voi toccate i malati e, più di ogni altro, vi prendete cura del loro corpo. Quando lo fate, ricordate come Gesù toccò il lebbroso: in maniera non distratta, indifferente o infastidita, ma attenta e amorevole, che lo fece sentire rispettato e accudito. Facendo così, il contatto che si stabilisce con i pazienti porta loro come un riverbero della vicinanza di Dio Padre, della sua tenerezza per ognuno dei suoi figli. Proprio la tenerezza: la tenerezza è la “chiave” per capire l’ammalato. Con la durezza non si capisce l’ammalato. La tenerezza è la chiave per capirlo, ed è anche una medicina preziosa per la sua guarigione. E la tenerezza passa dal cuore alle mani, passa attraverso un ‘toccare’ le ferite pieno di rispetto e di amore”.

Un lavoro usurante - Ma il Papa non ha dimenticato i problemi che tutti i giorni affrontano gli infermieri nella loro professione, dando anche una tirata di orecchi a chi gestisce e programma la sanità. “Non stancatevi mai di stare vicini alle persone con questo stile umano e fraterno, trovando sempre la motivazione e la spinta per svolgere il vostro compito. Siate anche attenti, però - ha affermato con forza -, a non spendervi fino quasi a consumarvi, come accade se si è coinvolti nel rapporto coi pazienti al punto da farsi assorbire, vivendo in prima persona tutto ciò che accade loro. Quello che svolgete è un lavoro usurante, oltre che esposto a rischi, e un eccessivo coinvolgimento, unito alla durezza delle mansioni e dei turni, potrebbero farvi perdere la freschezza e la serenità che vi sono necessarie. State attenti! Un altro elemento che rende gravoso e talora insostenibile lo svolgimento della vostra professione è la carenza di personale,

che non può giovare a migliorare i servizi offerti, e che un’amministrazione saggia non può intendere in alcun modo come una fonte di risparmio”. Papa Francesco davanti ai 6.500 infermieri ha anche avuto un momento di commozione personale ricordando un episodio della sua vita: “Vorrei rendere omaggio – ha detto il papa agli infermieri - a un’infermiera che mi ha salvato la vita. Era un’infermiera suora: una suora italiana, domenicana, che è stata inviata in Grecia come professoressa, molto colta...

Ma sempre come infermiera poi è arrivata in Argentina. E quando io, a vent’anni, ero in punto di morte, è stata lei a dire ai dottori, anche discutendo con loro: “No, questo non va, bisogna dare di più”. E grazie a quelle cose, io sono sopravvissuto. La ringrazio tanto! E vorrei nominarla qui, davanti a voi: suor Cornelia Caraglio. Una brava donna, anche coraggiosa, al punto da discutere con i medici. Umile, ma sicura di quello che faceva. E tante vite, tante vite si salvano grazie a voi. Grazie di tutto questo!”.

Il saluto della Presidente Mangiacavalli



Santo Padre,

è con immensa gioia e gratitudine che siamo qui, innanzi a Lei. Rappresentiamo tutti gli Infermieri d’Italia. Siamo persone che si prendono cura di altre persone, nel naturale cammino umano durante il tempo della sofferenza, della malattia e del morire e della morte. Siamo persone, che hanno scelto di dedicare la propria vita personale e profes-

sionale, posando lo sguardo sull’altro, andando verso l’altro, verso il più fragile con attenzione e cura e quella tenerezza di cui più volte Lei ha trattato. Scelta professionale, nel senso più nobile del termine. L’infermiera che ha aperto l’era moderna della nostra professione, Florence Nighthale, scriveva che l’assistenza infermieristica è un’arte. Un lavoro artigianale, per rifarci a un’espressione che lei, Santo Padre, usa spesso. Un’arte che però non ha a che fare con la tela o con la pietra, ma con un corpo “tempio dello spirito di Dio”. L’essere Infermiere, non è semplicemente una tecnica, ma un processo che coinvolge anima, mente ed immaginazione. Si deve possedere un’immaginazione creativa, una sensibilità di spirito, un intuito originale che precede i bisogni delle persone che ci si affidano. Dunque si debbono possedere qualità metafisiche, ma anche competenze clinico assistenziali moderne e rinnovate. Difatti, i nostri percorsi di laurea conducono ai massimi livelli accademici, sino ai dottorati di ricerca, che hanno quale fine il miglioramento delle nostre competenze scientifico umane. Siamo professionisti che non eseguono dettagli meccanici. Tutti i riti e le cerimonie che il culto



moderno dell’efficienza possono escogitare, tutte le nostre apparecchiature scientifiche, potrebbero non salvarci, se non custodiamo gli elementi intellettuali e spirituali della nostra arte e se mai vedessimo i mezzi più importanti dei nostri fini. L’assistenza infermieristica, gli infermieri tutti, hanno l’alto valore di servizio alla vita, vogliamo vivere la fedeltà all’uomo, del cui valore la norma è garante. L’attenzione a questo, costituisce per l’infermiere, una fonte di principi e norme che illuminano la coscienza e la orientano, specialmente nella complessità delle odierne possibilità, a scelte sempre più rispettose della vita e della sua dignità. È questo il vero esame di ammissione all’arte Infermieristica, la pietra angolare, che sorregge l’edificio e lo costruisce sulla roccia. Gli infermieri, si assumono Padre Santo, il patrimonio culturale della propria umanità. Grazie Padre Santo ed è con gratitudine che La invitiamo al nostro Congresso nazionale della Federazione degli Ordini degli Infermieri che si apre lunedì 5 marzo, dopodomani, a Roma e se mai questo non le fosse possibile, ci assicuri la Sua preghiera anche i nostri cari infermi, perché possiamo sempre assolvere al nostro mandato di bene e di servizio, con tenerezza e gioia. Grazie.

La donazione di sangue Un'indagine conoscitiva

ABSTRACT

La donazione di sangue è alla base della medicina trasfusionale, branca sempre più integrata con tutte le principali pratiche assistenziali. La cronica carenza di donatori mette in crisi ciclicamente gran parte delle attività assistenziali. Questa survey vuole indagare quali possano essere le motivazioni che frenano i cittadini nella donazione.

Materiali e metodi: l'indagine conoscitiva si è svolta somministrando un questionario costituito da 24 domande a risposta multipla ad un campione di convenienza.

Risultati: I partecipanti allo studio hanno un'età superiore ai 18 anni, in maggioranza di sesso maschile. Il 78% del campione ha dichiarato di non essere donatore; ma soltanto il 2% non è idoneo alla donazione. Le scarse conoscenze riguardo le tecniche della donazione di sangue messe in evidenza dalla studio svolto, insieme ad alcune storiche paure sembrano essere il principale ostacolo alla donazione volontaria.

Conclusioni: Le informazioni ottenute circa la non corretta consapevolezza inerente il corretto iter di donazione ematica possono essere da spunto per la creazione di interventi mirati utili ad implementare l'adesione degli individui alla donazione.

Parole chiave: donazione, sangue, campagne informative, medicina trasfusionale

BACKGROUND

La donazione di sangue consiste nel prelievo di un determinato volume di sangue da un soggetto sano, chiamato donatore, al fine di trasferirlo in un soggetto che ha bisogno di sangue o di uno dei suoi componenti, chiamato ricevente. Le attività sanitarie italiane necessitano sempre più frequentemente l'apporto della medicina trasfusionale. Tuttavia la donazione di sangue è ancora oggi un punto critico della comunità assistenziale. Esistono dei limiti importanti alla donazione del sangue, anagrafici e non. I dati demografici e strutturali della popolazione italiana delineano in modo estremamente chiaro il quadro di un Paese che invecchia. Esistono inoltre anche limiti definibili sanitari, per cui oltre alle malattie infettive trasmissibili, costituiscono una pregiudiziale della donazione anche condizioni cliniche assai più comuni, quali ipertensione arteriosa, presenza di malattie croniche, assunzione di antibiotici o trattamenti medici e diagnostici (estrazioni dentarie, endoscopie) nel periodo immediatamente precedente il prelievo. La letteratura indica generalmente che sia i donatori sia i non donatori hanno un'immagine non positiva sulla donazione di sangue anche se poche

persone sono ben informati sulla reale necessità di sangue. La letteratura internazionale ha recentemente iniziato a rivolgere la sua attenzione a tali aspetti⁸, con però scarsissime evidenze derivanti dalla realtà italiana. Per questo comprendere il significato che i cittadini italiani attribuiscono alla donazione, gli eventuali dubbi e preoccupazioni ad essa collegati e le motivazioni che possono spingere i cittadini italiani a donare il proprio sangue assume particolare rilevanza.

Obiettivo

Scopo dell'indagine è quello di comprendere il livello di conoscenza e disponibilità riguardo la donazione di sangue per poter in futuro individuare strategie idonee per aumentare il numero di donatori.

Materiali e metodi

Lo strumento utilizzato a tale scopo è stato un questionario¹⁰, composto da 24 domande a risposta multipla stato sottoposto un campione di convenienza di 50 cittadini di età superiore ai 18 anni. (Allegato 1 pag. 38) L'indagine è stata svolta nella città di Napoli, da Marzo a Maggio 2016. In calce al questionario è presente l'Informativa a partecipare allo studio, la quale specifica la garanzia dell'anonimato e lo scopo del questionario. Lo studio rispetta i principi della

dichiarazione di Helsinki. Nessuno degli autori ha conflitti di interesse od ha ricevuto un qualsiasi tipo di compenso per la consultazione dello studio. Al fine di avere una maggiore dimestichezza con lo strumento e per comprenderne l'effettiva ricezione da parte della popolazione in studio lo stesso è stato testato su un gruppo di studenti del terzo anno del corso di Laurea triennale in Infermieristica pediatrica della Seconda Università degli Studi di Napoli. Ad ogni somministrazione sono state chiarite le finalità dell'indagine a voce. Prima di procedere alla somministrazione dei questionari per ogni partecipante è stato richiesto un consenso scritto al trattamento dei dati personali. La compilazione era del tutto facoltativa ed assolutamente anonima. L'analisi dei dati è stata effettuata in due fasi. In primo luogo sono state lette ed analizzate le risposte per ogni singola domanda del questionario; in secondo luogo sono stati classificate attraverso il foglio di calcolo elettronico Excel, elaborando successivamente grafici e tabelle per i principali risultati

Risultati

I partecipanti allo studio hanno un'età superiore ai 18 anni, la maggioranza è di sesso maschile. Il 20% ha un'età tra i 18-25 anni, il 47% tra i 25-35 anni, il 24% tra i 35-45 anni e solo il 9% ha un'età superiore ai 45 anni (Tabella 1 a pag. 36). Lo studio ha messo in evidenza che un'alta percentuale di persone non donano (78%) e che a donare sono in prevalenza i maschi rispetto alle femmine. I risultati mostrano che solo il 2% del campione ha particolari patologie che impediscono loro di donare, mentre il 98% potrebbe donare. Il 62% non è consapevole che non può donare per 4 mesi dopo aver fatto un tatuaggio. Il 7% afferma di aver sentito parlare di donazione di sangue durante una visita medica, il 35% in televisione, il 39% parlando con parenti e amici, il 18% da depliant e cartelloni pubblicitari (Tabella 2).

Il 52% non è a conoscenza di cosa si intende per donazione di emoderivati., il 90% dei soggetti a cui è stato somministrato il questionario afferma di non donare per paura di contrarre una malattia. Il 55% del campione afferma che

continua da pagina 37

BACKGROUND

La donazione di sangue consiste nel prelievo di un determinato volume di sangue da un soggetto sano, chiamato donatore, al fine di trasferirlo in un soggetto che ha bisogno di sangue o di uno dei suoi componenti, chiamato ricevente.

Le attività sanitarie italiane necessitano sempre più frequentemente l'apporto della medicina trasfusionale. Tuttavia la donazione di sangue è ancora oggi un punto critico della comunità assistenziale. Esistono dei limiti importanti alla donazione del sangue, anagrafici e non. I dati demografici e strutturali della popolazione italiana delineano in modo estremamente chiaro il quadro di un Paese che invecchia.

Esistono inoltre anche limiti definibili sanitari, per cui oltre alle malattie infettive trasmissibili, costituiscono una pregiudiziale della donazione anche condizioni cliniche assai più comuni, quali ipertensione arteriosa, presenza di malattie croniche, assunzione di antibiotici o trattamenti medici e diagnostici (estrazioni dentarie, endoscopie) nel periodo immediatamente precedente il prelievo. La letteratura indica generalmente che sia i donatori sia i non donatori hanno un'immagine non positiva sulla donazione di sangue anche se poche persone sono ben informati sulla reale necessità di sangue. La letteratura internazionale ha recentemente iniziato a rivolgere la sua attenzione a tali aspetti,⁸ con però scarsissime evidenze derivanti dalla realtà italiana. Per questo comprendere il significato che i cittadini italiani attribuiscono alla donazione, gli eventuali

dubbi e preoccupazioni ad essa collegati e le motivazioni che possono spingere i cittadini italiani a donare il proprio sangue assume particolare rilevanza.

Obiettivo

Scopo dell'indagine è quello di comprendere il livello di conoscenza e disponibilità riguardo la donazione di sangue per poter in futuro individuare strategie idonee per aumentare il numero di donatori.

Materiali e metodi

Lo strumento utilizzato a tale scopo è stato un questionario¹⁰, composto da 24 domande a risposta multipla stato sottoposto un campione di convenienza di 50 cittadini di età superiore ai 18 anni. (Allegato 1 pag. 38) L'indagine è stata svolta nella città di Napoli, da Marzo a Maggio 2016. In calce al questionario è presente l'Informativa a partecipare allo studio, la quale specifica la garanzia dell'anonimato e lo scopo del questionario. Lo studio rispetta i principi della dichiarazione di Helsinki. Nessuno degli autori ha conflitti di interesse od ha ricevuto un qualsiasi tipo di compenso per la conduzione dello studio. Al fine di avere una maggiore dimestichezza con lo strumento e per comprenderne l'effettiva ricezione da parte della popolazione in studio lo stesso è stato testato su un gruppo di studenti del terzo anno del corso di Laurea triennale in Infermieristica pediatrica della Seconda Università degli Studi di Napoli.

Ad ogni somministrazione sono state chiarite le finalità dell'indagine a voce. Prima di procedere alla somministrazione dei questionari per ogni partecipante è stato richiesto un consenso scritto al trattamento dei dati personali. La compilazione era del tutto facoltativa ed assolutamente anonima. L'analisi dei dati è stata effettuata in due fasi. In primo luogo sono state lette ed analizzate le risposte per ogni singola domanda del questionario; in secondo luogo sono stati classificate attraverso il foglio di calcolo

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche del campione

Di che sesso è?	%
M	55%
F	45%
Fasce di età (anni)	
18-25	20%
25-35	47%
35-45	24%
>45	9%

elettronico Excel, elaborando successivamente grafici e tabelle per i principali risultati

Risultati

I partecipanti allo studio hanno un'età superiore ai 18 anni, la maggioranza è di sesso maschile.. Il 20% ha un'età tra i 18-25 anni, il 47% tra i 25-35 anni, il 24% tra i 35-45 anni e solo il 9% ha un'età superiore ai 45 anni (Tabella 1 a pag.36). Lo studio ha messo in evidenza che un'alta percentuale di persone non donano (78%) e che a donare sono in prevalenza i maschi rispetto alle femmine. I risultati mostrano che solo il 2% del campione ha particolari patologie che impediscono loro di donare, mentre il 98% potrebbe donare. Il 62% non è consapevole che non può donare per 4 mesi dopo aver fatto un tatuaggio. Il 7% afferma di aver sentito parlare di donazione di sangue durante una visita medica, il 35% in televisione, il 39% parlando con parenti e amici, il 18% da depliant e cartelloni pubblicitari (Tabella 2).

Il 52% non è a conoscenza di cosa si intende per donazione di emoderivati., il 90% dei soggetti a cui è stato somministrato il questionario afferma di non donare per paura di contrarre una malattia. Il 55% del campione afferma che donerebbe in situazioni di emergenza per una persona a cui tiene, il 28% se avesse informazioni sul procedimento tecnico, il 14% se ottenesse vantaggi concreti (analisi di sangue gratis, giornata di permesso da lavoro). Il 47% del campione ritiene che la migliore strategia per una campagna informativa è rappresentata dalla partecipazione ad incontri con un esperto, il 18% sostiene invece che la migliore strategia è la distribuzione di depliant con informazioni tecniche sulle procedure ed il 23% predilige incontri con qualcuno che ha già donato.

Discussione

Dall'analisi dei nostri dati si evidenzia come gli uomini tra i 25-35 anni sono risultati essere i soggetti maggiormente propensi

Tabella 2. Quesiti riguardanti la conoscenza sulla donazione di sangue

E' consapevole che dopo aver fatto un tatuaggio non può donare per 4 mesi?	%
Si	38%
No	62%
Sa cosa si intende per donazione e trasfusione di sangue ed emoderivati?	
Si	48%
No	52%
Dove hai sentito parlare di donazione?	
Durante una visita medica	7%
Televisione	35%
Parlando con parenti e amici	39%
Depliant o cartelloni pubblicitari	18%
Altro	0%

Dentro la Professione

a donare; tale dato conferma il trend della letteratura internazionale. La maggior parte del campione donerebbe per motivi umanitari e altruistici in quanto solo il 14% si recherebbe negli appositi centri di donazione per donare al fine di ottenere vantaggi economici. La donazione di sangue a pagamento è proibita dall'etica comune e dalla normativa vigente; la Dir. 2002/98 si pone come obiettivo il miglioramento della tutela della salute dei donatori di sangue e dei soggetti riceventi stabilendo principi inscindibili cui le donazioni devono rispondere, [...] quali la donazione volontaria e non remunerata. Le nozioni circa la donazione di sangue dichiarate dal nostro campione sono state da loro reperite attraverso mass media (televisione, internet). Proprio come dichiarato dalla letteratura internazionale. Per quanto concerne i quesiti riguardanti le conoscenze sulla donazione di sangue abbiamo riscontrato che le tecniche e i vincoli imposti dalla procedura sono sconosciuti a gran parte di essi (il 52% non è a conoscenza di cosa si intende per donazione di emoderivati). Dalla nostra analisi si evidenzia la scarsa comunicazione e informazione sull'argomento, e proprio la letteratura presente evidenzia tali aspetti come ostacoli ad una corretta donazione ematica.

Un recente studio internazionale annovera la paura dell'ago e la paura di contrarre malattie tra i principali motivi che influenzano in senso negativo la scelta della donazione ematica. Gli stessi motivi sono emersi dall'analisi dei nostri dati. La nostra survey rileva che la miglior strategia che invoglierebbe la popolazione a donare sarebbe la partecipazione a incontri con esperti in grado di dare informazioni adeguate che rassicurino il donatore nella completa mancanza di rischi. L'infermiere dovrebbe essere in grado di attuare l'azione educativa in qualunque realtà si trovasse ad operare e in qualsiasi momento della sua attività assistenziale.

Come si riscontra dal Codice Deontologico, art. 40: L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere, l'infermiere gioca un ruolo fondamentale nell'educare e diffondere quella che viene chiamata "la cultura del donare".

Proprio per l'empatia con cui svolge la propria professione, l'infermiere è la persona che meglio può comprendere stati d'animo, angosce e soprattutto paure delle persone,

ma nello stesso tempo ha la conoscenza e la capacità di rassicurare ed incoraggiare le persone sfatando falsi miti, dando spiegazioni, educando le persone al fine di farle riflettere e sensibilizzarle.

Lo studio presenta alcuni limiti relativi allo strumento e al metodo utilizzato: il questionario utilizzato non è stato validato psicrometricamente; inoltre il campionamento di convenienza utilizzato potrebbe non essere correttamente rappresentativo dell'intera popolazione. I risultati ottenuti possono comunque essere un punto di partenza per studi futuri aventi lo scopo di indagare le conoscenze della popolazione sulla donazione di sangue per poter poi creare interventi educativi mirati.

Conclusioni

Il sangue umano è stato da sempre considerato nella cultura dell'uomo come fonte inesauribile di energia vitale.

L'impossibilità di ottenerlo tramite procedimenti chimici e il suo larghissimo impiego terapeutico rendono il sangue sempre insufficiente. Le scarse conoscenze della popolazione generale in materia di donazione sono da forte limite per tale pratica. L'ideazione di interventi mirati potrebbe aiutare al superamento di tale barriera.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Marconi. La donazione di sangue fa bene anche a te, Milano, pag 13
2. Castelnuovo. G, Menici. R, Fedi. M. La donazione in Italia: Situazione e prospettive della donazione di sangue, organi, tessuti, cellule e midollo osseo, Milano, Springer Verlag, 2011, pag.45
3. Indagine CENSIS. La donazione di sangue alla luce della evoluzione demografica del paese, Roma, Gennaio 2012, pag2
4. Indagine CENSIS. La donazione di sangue alla luce della evoluzione demografica del paese, Roma, Gennaio 2012, pag3
5. Ferguson E. Conscientiousness, emotional stability, perceived control and the frequency, recency, rate and years of blood donor behavior. Br J Health Psych. 2004;9:293-314.
6. Piliavin JA. Why do they give the gift of life: a review of research on blood donors since 1977. Transfusion. 1990;30:444-59.
7. Kristoffer Solvsten Burgdorf, Jacob Simonsen, Anna Sundby, Klaus Rostgaard, Ole Birger Pedersen, Erik Sorensen et al, Socio-demographic characteristics of Danish blood donors, 2017.
8. G.F. Ferrari. Diritto Pubblico comparato ed europeo, 2011 - II, G. Giappichelli Editore, Torino
10. Urgesa.K, Hassen.N, Seyoum.A, Knowledge, attitude, and practice regarding voluntary blood donation among adult residents of Harar town, Eastern Ethiopia: a community-based study, 2017, 8: 13-20
12. Bednall TC, Bove LL. Donating blood: a meta-analytic review of self-reported motivators and deterrents. 2011, 25(4):317-34
13. Mishra SK, Sachdev S, Marwaha N, Avasthi A. Study of knowledge and attitude among college-going students toward voluntary blood donation from north India. 2016, 7:19-26
14. Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Il Codice deontologico dell'Infermiere, Ed. 2009, Capo IV, Art. 40
15. Antonazzo. M. Il ruolo dell'infermiere nella donazione degli organi: aspetti di etica e bioetica. Milano, IJN N°8/2013, pag 43
16. Castelnuovo. G, Menici. R, Fedi. M. La donazione in Italia: Situazione e prospettive della donazione di sangue, organi, tessuti, cellule e midollo osseo, Milano, Springer Verlag, 2011, pag.3
17. Benci. L, Aspetti giuridici della professione infermieristica 6° Edizione, Mc Graw Hill, 8: 216-222
18. Suddarth B, Smeltzer S, Bare B, Infermieristica medico-chirurgica, Casa Editrice Ambrosiana, Milano; 2007

Ospedali e territorio

Il Santobono intitola Palabimbo a cavia dei nazisti



NAPOLI - Il napoletano Sergio De Simone fu l'unico italiano di un gruppo di 20 bambini ebrei sottoposto a sperimentazioni da parte dei medici nazisti. Con questa motivazione l'Ospedale Santobono ha deciso di intitolare il Palabimbo, la tensostruttura per conferenze dell'ospedale pediatrico più grande del Sud Italia, alla memoria della cavia dei nazisti.

Alla cerimonia d'inaugurazione era presente anche il fratello di Sergio De Simone, Mario, nato dopo la guerra. «Da diversi anni porto la storia di mio fratello nelle scuole perché è necessario che i ragazzi, uomini di domani, abbiano ben impresso nella loro testa quanto è accaduto, le atrocità che sono state commesse su persone e bambini inermi la cui unica colpa è stata di essere di religione ebraica». Di padre napoletano e mamma istriana, dopo la deportazione in Lager venne scelto quale cavia sperimentale e trasferito in una struttura di Amburgo. Al piccolo Sergio e ai suoi sfortunati compagni, vennero inoculati dei bacilli tubercolari per verificare delle teorie sperimentali prive di alcun fondamento scientifico. Successivamente tutti i bambini vennero barbaramente trucidati a pochi giorni dalla liberazione. L'intitolazione del Palabimbo cade nel periodo di celebrazioni in memoria delle vittime della shoah e si propone come un'affermazione forte dei valori etici fondamentali cui la scienza e la medicina devono attenersi. Estremamente significativa in

questo senso è stata la presenza dei Direttori Generali di tutti gli Ospedali pediatrici italiani riuniti in Associazione. Il momento commemorativo, introdotto dal Direttore Generale dell'Azienda Santobono Pausilipon Anna Maria Minicucci, ha visto la presenza, oltre che del fratello di Sergio De Simone e del Cardinale Crescenzo Sepe, anche di Enrico Coscioni, consigliere per la sanità del presidente della Regione, di Paolo Petralia, presidente dell'associazione ospedali pediatrici Italiani, del Rabbino della comunità ebraica di Napoli dottor Ariel Finzi.



L'Istituto Pascale al centro della ricerca internazionale

NAPOLI - L'Istituto dei tumori Pascale ha ospitato il presidente del più grande consorzio europeo di ricerca traslazionale, Eattris e la più importante Società scientifica di oncologia al mondo, Esmo. Durante l'incontro sono state gettate le basi per una nuova alleanza per sconfiggere il cancro. Oltre la rete oncologica campana. Oltre la rete del Mediterraneo. Questa volta si va ben oltre i confini nazionali. Dopo la firma dell'accordo con il console del Benin per avviare una rete oncologica in Africa con Puglia e Basilicata per costituire l'Area vasta oncologica inter-regionale con un unico comitato etico e procedure peculiari di valutazione delle prestazioni sanitarie erogate ai pazienti, ora si va oltre. E' Nata al Pascale una nuova alleanza europea per sconfiggere il cancro. I partners questa volta sono il consorzio europeo di infrastrutture di ricerca traslazionale (80 Istituti - tra cui il Pascale in 12 Paesi) Eattris e la più vasta società scientifica di oncologia al mondo, Esmo. Quasi a



voler tacitare le polemiche nate con la dichiarazione chock dell'oncologo Marfella, arriva la sigla del nuovo accordo. «Questo incontro è un'ulteriore tappa verso quell'apertura alla cooperazione e all'integrazione del Pascale - spiega il manager Attilio Bianchi - con altre istituzioni scientifiche nazionali ed internazionali, che rappresenta uno dei miei obiettivi strategici per garantire le migliori cure contro ai tumori ai pazienti campani e non solo».

Tumore pediatrico del cervelletto

Scoperta al Ceinge molecola killer

NAPOLI - «Il tumore pediatrico del cervelletto, il medulloblastoma-gruppo 3, si potrà sconfiggere». L'annuncio è di Massimo Zollo, docente di Genetica presso l'Università Federico II di Napoli e Principal Investigator del Ceinge che ha coordinato l'equipe di ricercatori. Dopo anni di lavoro annunciano l'interessante scoperta. I ricercatori hanno svelato come nascono e proliferano le metastasi ed hanno sperimentato in vivo un nuovo farmaco in grado non solo di fermarne la crescita, ma di invertire il processo da maligno in benigno. Per il momento la molecola è stata testata sui topi da laboratorio ed è risultata pienamente efficace e senza controindicazioni. Ora dovrà essere sottoposta agli studi di tossicità e farmacodinamica nell'uomo, perché possa essere utilizzata a scopo terapeutico nei bambini. Un traguardo importante per la diagnosi e la cura di un tipo di tumore pediatrico per il quale fino ad oggi non esisteva alcuna terapia efficace. Nasce così una nuova speranza per la diagnosi e la cura di un male che affligge i bambini. Il successo dello studio è stato consacrato con la pubblicazione sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale Brain (Oxford, Journal of Neurology). I ricercatori hanno identificato il meccanismo di azione del processo metastatico che parte da



medullosfere, le cellule staminali tumorali, presenti nel cervelletto e genera metastasi nella colonna spinale del bambino affetto. Questa azione è stata replicata in modelli murini, che hanno subito xenotrapianto delle cellule di gruppo 3 ed è stato dimostrato che è possibile inibire il processo di proliferazione e di migrazione di queste cellule che non sono più in grado di attivare il processo metastatico grazie all'uso del nuovo farmaco messo a punto dal gruppo di ricerca. Un altro dato presente nel lavoro dimostra che la combinazione tra le

diiazioni alle cellule metastatiche di MB gruppo 3 e la presenza del farmaco raggiunge un effetto superiore rispetto al singolo utilizzo delle due componenti terapeutiche e che è quindi applicabile nell'ambito di protocolli di terapia convenzionale per i tumori definiti «ad alto rischio» nel bambino. Inoltre, grazie agli studi di Next-Generation-Sequencing svolti nella facility del Ceinge e coordinati da Francesco Salvatore e da Valeria d'Argenio, sono state identificate le mutazioni occorrenti durante la progressione tumorale con il sequenziamento dell'intero genoma delle cellule metastatiche del bambino affetto da medulloblastoma del gruppo 3. Alla ricerca ha partecipato il team di neurochirurgia dell'Ospedale Santobono, con Giuseppe Cinalli, Lucia Quaglietta e Antonio Verrico. Vittoria Donofrio, medico del Santobono, ha curato l'aspetto patologico e clinico insieme a Felice Giangaspero dell'Università la Sapienza di Roma e Angela Mastronuzzi dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma. Gli studi molecolari legati alla sintesi e alla definizione attraverso studi dinamici di interazione del farmaco con la proteina Prune-1 sono stati condotti da Aldo Galeone del dipartimento di Farmacia della Federico II di Napoli, e da Roberto Fattorusso dell'Università L. Vanvitelli di Napoli.



Ospedali e territorio

Neoplasie ai polmoni Monaldi leader in Italia



NAPOLI. L'ospedale Monaldi è primo in Italia per interventi chirurgici sui pazienti affetti da tumore al polmone con tecniche mini-invasive in videotoroscopia o Vats (Video-assistedthoracoscopy). Un primato per la sanità campana e un riconoscimento che arriva per il quarto anno consecutivo con 160 interventi nel solo 2017. Della nuova tecnologia innovatrice per la chirurgia toracica ne hanno beneficiato oltre 560 pazienti. Si tratta di interventi chirurgici molto più sicuri e meno traumatici. La novità infatti è che non sarà più necessario ricorrere all'apertura della cassa toracica e alla divaricazione delle costole per permettere al chirurgo di operare manualmente. Sono interventi effettuati in toraco-scopia, con tre fori all'interno dei quali sono inseriti micro strumenti di ultima generazione. Grazie alla nuova tecnologia si riduce di molto il dolore post-operatorio, ma anche il rischio di emorragie, così come i giorni di degenza ospedaliera. Nel 2011 la degenza media era scesa da 12 ad 8 giorni, fino ad arrivare agli attuali 4. Considerando che un solo giorno di degenza costa circa 900 euro, si può affermare che dal 2011 si sono risparmiati oltre 2 milioni di euro: «Potremmo fare ancora di più - spiega Carlo Curcio, direttore Uoc Chirurgia Toracica Ospedale dei Colli - Se potenziassimo le nostre risorse potremmo ridurre l'esodo di pazienti residenti nel meridione, anche nella stessa città di Napoli, che emigrano al Nord per essere curati ed operati per tale patologia, per il solo motivo di essere curati prima e non per sfiducia nelle nostre strutture o nei nostri operatori. In questo modo potremmo ridurre la lista di attesa, con ulteriore risparmio economico per la nostra regione, che è costretta a "rimborsare" i costi per la cura di questi pazienti alle regioni del nord». Secondo l'associazione italiana di Oncologia Toracica (Aiot) ogni anno in Italia si registrano circa 38 mila nuovi casi di tumore al polmone. Il 15% dei quali in Campania. Il Registro Tumori Campano evidenzia maggiori tassi di incidenza del tumore al polmone rispetto alla media nazionale. Fenomeno dovuto forse al fatto che la Campania è la regione con la più alta percentuale di fumatori negli ultimi venti anni. «Sono tantissimi i device che hanno rivoluzionato gli interventi chirurgici - continua Curcio - tra questi, i bisturi con radiofrequenza e le suturatrici meccaniche, che mettono al riparo dalle eventuali emorragie post-intervento. Da quando sono state introdotte abbiamo avuto una notevole riduzione di emorragie intra e postoperatorie e mi preme sottolineare che oggi con questi strumenti di ultima generazione sono molto più sicuri».

Ricerca Pascale La mela Annurca blocca caduta capelli in chemio

NAPOLI - La mela Annurca potrebbe ridurre la perdita dei capelli negli ammalati oncologici sottoposti a chemioterapia. E' quanto sostiene uno studio condotto dal Pascale e dal Dipartimento di Farmacia dell'Università di Napoli "Federico II". Si tratta ancora di una fase sperimentale, iniziata sulle pazienti affette



da tumore al seno. Nel corso della ricerca, avviata due anni fa e che ora è arrivata alla fase pre-clinica, partendo da alcuni componenti della mela annurca rivelatisi benefici sulla caduta dei capelli nei soggetti sani, gli scienziati hanno osservato che somministrando una grossa dose di questo integratore nei soggetti affetti da tumore un mese prima della chemioterapia e continuando a somministrarlo durante tutto il ciclo, i capelli in alcuni pazienti non sono caduti. "In base ai nostri studi preliminari - afferma Ettore Novellino direttore del dipartimento di Farmacia dell'Ateneo Federico II - l'utilizzo per alcune settimane dell'estratto procianidico di mela Annurca nei malati di cancro, preventivamente all'avvio dei cicli di chemio e durante il trattamento, sembrerebbe ridurre o bloccare la caduta dei capelli.

Riscontro questo che è stato casualmente osservato in pazienti che già assumevano l'integratore per abbassare il colesterolo e che una volta ammalati di cancro si sono dovuti sottoporre ad un ciclo di chemioterapia.

Abbiamo notato che in questi soggetti i capelli o non cadevano affatto o venivano persi in misura considerevolmente inferiore. Adesso verificheremo con metodo scientifico quest'osservazione che incrocia la ricerca clinica e valorizza un prodotto che sta suscitando interesse scientifico in tutto il mondo e in particolare nell'ambito delle malattie metaboliche e della tricologia". "Lo studio si basa su un solido razionale biologico, - dice Michelino De Laurentiis, direttore della UOC di Oncologia Medica Senologica del Pascale. Partendo da questi dati, abbiamo deciso di procedere alla fase sperimentale clinica.

Santa Maria delle Grazie Nuovo reparto di urologia

POZZUOLI - E' stato ufficialmente aperto il reparto di Urologia dell'ospedale Santa Maria delle Grazie. Una struttura di eccellenza che l'ospedale attendeva da 10 anni e che permetterà di evitare a tanti cittadini campani di andare fuori regione per curarsi. Il taglio del nastro alla presenza del presidente della Regione, Vincenzo De Luca, il direttore dell'Asl Na 2, Antonio D'Amore, il sindaco Vincenzo Figliolia. Il nuovo reparto di Urologia è stato realizzato in otto mesi di lavoro. I quindici posti letto, in 450 metri quadrati, permettono di superare la carenza che il reparto di Urologia del Santa Maria delle Grazie ha sempre lamentato. Finora in molti casi, per ovviare a tale carenza, i pazienti dell'Urologia venivano "appoggiati" in altri reparti dell'ospedale. La nuova struttura rappresenta un ulteriore passo avanti anche sul piano tecnologico. Il nuovo reparto potrà contare infatti su una sala operatoria per il Day Surgery interna e uno "stone center" (Centro per la calcolosi) basato sul trattamento con la metodologia così detta del "bombardamento dei calcoli". A breve il reparto potrà contare anche su un sistema chirurgico robotizzato. Una rete wifi dedicata servirà per la consultazione e la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti in modalità elettronica. Grazie ai tablet in dotazione al personale sanitario, oltre alla consultazione delle cartelle cliniche informatizzate sarà possibile allertare in tempo reale i sanitari circa problemi emergenti, grazie ai sistemi informativi integrati con la diagnostica. Questo sistema permette anche una maggiore velocità nella ricezione degli esami e quindi nella messa a punto della terapia. L'accesso telematico a tali cartelle è esteso ai medici di famiglia, così da permettere un passaggio di informazioni tra l'ospedale e il territorio. Il reparto è dotato di un sistema di somministrazione informatizzata dei farmaci basato sull'utilizzo di uno speciale carrello capace di identificare digitalmente il paziente mediante un braccialetto e di azzerare gli errori nella gestione della terapia. Nella realizzazione del nuovo reparto è stato prestato particolare riguardo al comfort dei pazienti. Ogni posto letto è dotato di un televisore ascoltabile solo mediante l'uso degli auricolari. Inoltre, una tisaneria è a disposizione dei pazienti, così da poter preparare bevande calde. Il reparto di Urologia del Santa Maria delle Grazie realizza ogni anno circa 700 interventi di cui circa il 70% per patologie oncologiche. Presso la struttura è possibile essere sottoposti a interventi chirurgici con tecnologia laser e con tecnologia microper.



Fratture al femore, «Moscati» fra i migliori

AVERSA - Non solo disagi e problemi per l'ospedale «San Giuseppe Moscati» di Aversa. I dati ufficiali per l'anno 2016 del Piano Nazionale Esiti - sviluppato dall'Agencas che fornisce valutazioni di efficacia e qualità delle cure - confermano, infatti, il primato del nosocomio normanno sia in Campania che a livello interregionale (Abruzzo, Basilicata, Calabria e Molise) nel trattamento delle fratture del collo del femore nei pazienti over 65 anni entro le 48 ore dall'accesso in pronto soccorso. L'ospedale aversano si attesta intorno al 67% (125 su 186), superiore rispetto alla media nazionale (58%) e alla media Regionale (24%). Non si tratta di una pagella, tengono a precisare i redattori bensì di «uno strumento per il miglioramento delle performance». Soddisfatti i vertici dell'Asl Caserta, ovvero il direttore generale Mario De Biasio, il direttore sanitario Arcangelo Correrà e il direttore amministrativo Amedeo Blasotti. «A seguito degli indirizzi approvati dalla Regione Campania per la definizione del percorso assistenziale nelle fratture di femore nel paziente anziano, individuando quale pratica clinica prioritaria l'intervento entro le 48 ore dall'accesso in pronto soccorso del paziente anziano con diagnosi di frattura del collo del femore - afferma il direttore del reparto di Orto-Traumatologia del Moscati, Achille Pellegrino - di concerto con la Direzione Sanitaria e con i reparti di Anestesia e Rianimazione, di Cardiologia e del Servizio Trasfusionale, abbiamo stilato e approvato un documento per il Fast-Track delle fratture del femore prossimale, nei pazienti over 65, riservando loro una sorta di corsia preferenziale già in pronto soccorso con l'attribuzione al triage di un codice giallo e attivando un protocollo diagnostico-terapeutico con criteri di inclusione e esclusione all'intervento chirurgico nelle 48 ore». L'introduzione del Fast-Track ha determinato una diminuzione sia della degenza media pre-operatoria che post-operatoria con una marcata riduzione delle complicanze da allettamento o piaghe da decubito.

Ospedali e territorio

Pineta Grande investe 80 milioni di euro

CASERTA - Il "futuro è oggi" a Pineta Grande, la struttura sanitaria di Castel Volturno (Ce) che ha avviato la realizzazione di un programma di espansione del valore di 80 milioni di euro e che lo renderà entro il 2020 uno degli ospedali privati più grandi del Mezzogiorno. Stando al progetto, Pineta Grande passerà dagli attuali 150 posti letto a circa 400. La strategia aziendale punta a garantire ancora più qualità nell'assistenza e specializzazione delle cure, con l'obiettivo di aumentare ulteriormente l'attrattiva della struttura soprattutto per chi viene da fuori Regione. L'ampliamento dell'ospedale Pineta Grande prevede la realizzazione di alcuni nuovi edifici per complessivi 45.000 mq, tra cui un edificio di sei piani che si affiancherà alla struttura già esistente. Cinque nuovi piani saranno destinati alla degenza permettendo un aumento di 250 posti letto, mentre un ulteriore piano sarà dedicato al laboratorio per la ricerca Scientifica. Il progetto prevede l'introduzione di nuove specialità mediche e chirurgiche, l'ampliamento dell'attuale struttura di Pronto Soccorso, una galleria commerciale e l'ampliamento del punto ristoro. La nuova struttura ospiterà dieci nuove sale operatorie che si affiancheranno alle dieci sale già in attività. Il valore complessivo dell'investi-



mento del I° lotto è di 50 milioni di euro, di cui circa 33,4 milioni provenienti dal Contratto di Sviluppo siglato con il Ministero dello Sviluppo Economico nel 2014. Ancora, 4,8 milioni di euro provenienti dalla partnership con la multinazionale del settore medicale Medtronic-NGC; 15 milioni di euro derivanti dall'aumento di capitale sociale sottoscritto dagli azionisti e 1,8 milioni di euro di mutuo bancario.

I posti letto accreditati con il sistema Sanitario Regionale saranno 314 e sono la ri-

sultante della concentrazione di posti letto già accreditati presso altre case di cura rientranti nella disponibilità del gruppo proprietario di Pineta Grande (80 posti letto della Casa di Cura Padre Pio di Mondragone, 54 posti letto della Casa di Cura Villa Bianca di Napoli, 49 posti letto della casa di cura Villa Ester di Avellino). La necessità di concentrare tali posti letto in un'unica struttura deriva dall'obbligo di dare seguito al Decreto "Balduzzi" e dall'opportunità di ottenere interessanti economie di scala.

BOSCOTRECASE - Per l'Ospedale S. Anna di Boscotrecase la Regione ha messo a disposizione 5 milioni e mezzo di euro. Un cospicuo finanziamento che servirà a dare il via a interventi di ristrutturazione e adeguamento della struttura. Una riqualificazione che porterà all'aumento di posti letto e all'adeguamento dei reparti, con l'apertura dell'Osservazione breve intensiva (Obi) e l'attivazione di due ambulatori per attività vascolari dedicati alla prevenzione dell'aneurisma dell'aorta addominale.

Fiore all'occhiello dell'ospedale, in questo campo già da anni eccellenza a livello nazionale, sarà il potenziamento del «progetto femore», per migliorare ancora gli standard e trattare chirurgicamente le fratture del collo del femore entro le 48 ore dal trauma. Il collaudo permetterà a breve la consegna di sei nuovi posti letto per la degenza in Ortopedia e Chirurgia, già dotati di 16 e 14 posti, con altri tre destinati alla terapia sub-intensiva in adiacenza del

Al S. Anna investimenti e riorganizzazione

blocco operatorio. Saranno ampliati gli spazi per la Pediatria (10 posti) con il centro che diventerà punto di riferimento per la cura delle malattie croniche e il diabete infantile.

Dismessa la sala parto, i 16 posti letto serviranno a potenziare Otorinolaringoiatria e Oculistica. Ortopedia avrà 12 posti letto, 6 l'Utic (terapia intensiva coronarica), Medicina 14.



Rummo e Sant'Alfonso insieme Via all'Azienda ospedaliera San Pio

BENEVENTO - Nasce l'Azienda ospedaliera San Pio. Nel corso della visita a Pietrelcina, terra di Padre Pio, Papa Francesco ha benedetto la targa che suggella il nuovo corso degli ospedali «Rummo» di Benevento e «Sant'Alfonso» di Sant'Agata dei Goti. Due realtà che conserveranno il loro nome e la loro identità, spiega il manager Renato Pizzuti: «I due ospedali impegnati sia nell'urgenza che nella lotta ai tumori, seppure mantenendo la propria identità, risponderanno a un'unica strategia aziendale. Ci tengo a precisare che i due presidi non cambieranno nome, ognuno manterrà il suo, ma li rivaluteremo riunendoli sotto il nuovo nome. Abbiamo ritenuto opportuno chiamarla come San Pio, nel giorno emblematico della visita del Papa a Pietrelcina. Non a caso il logo della nuova azienda è costituito da un esagono, un ramoscello e un puntino rosso. L'esagono che, secondo Pitagora, rappresenta il simbolo della creazione, descritto come due triangoli che si uniscono, raffigura i due ospedali che si sono fusi, contestualmente, rievoca la forma dell'ambulacro centrale della chiesa di Santa Sofia, monumento sannita dichiarato patrimonio dell'Unesco. Il ramoscello, che prende origine dall'esagono, rappresenta la vita, la rinascita e ricorda sia l'olmo presso il quale San Pio ricevette le stimmate, che il noce, l'albero leggendario sotto il quale si riunivano le streghe di Benevento. Il puntino rosso al centro dell'esagono, che evoca le stimmate del santo di Pietrelcina e il sangue, è inteso anche come simbolo della sofferenza dei malati. La sua posizione sta proprio a indicare la centralità della comunità rispetto all'azione dell'azienda sanitaria, in un'ottica di sviluppo sociale, economico e culturale, che delinea il concetto di inclusione, accoglienza e accessibilità a tutti. Il logo appunto, costituito da un esagono, un ramoscello e un puntino rosso. L'esagono che, secondo Pitagora, rappresenta il simbolo della creazione, descritto come due triangoli che si uniscono, raffigura i due ospedali che si sono fusi, ma, contestualmente, rievoca la forma dell'ambulacro centrale della chiesa di Santa Sofia, monumento sannita dichiarato patrimonio dell'Unesco;



il ramoscello, che prende origine dall'esagono, rappresenta la vita, la rinascita e ricorda sia l'olmo presso il quale San Pio ricevette le stimmate, che il noce, l'albero leggendario sotto il quale si riunivano le streghe di Benevento; il puntino rosso al centro dell'esagono, che evoca le stimmate del santo di Pietrelcina e il sangue, è inteso anche come simbolo della sofferenza dei malati. La sua posizione sta proprio a indicare la centralità della comunità rispetto all'azione dell'azienda sanitaria, in un'ottica di sviluppo sociale,

economico e culturale, che delinea il concetto di inclusione, accoglienza e accessibilità a tutti».

Già da alcuni mesi, i presidi ospedalieri, intitolati a Gaetano Rummo e a Sant'Alfonso Maria dei Liguori, sono stati unificati in un'unica azienda ospedaliera nell'ambito della quale il «Rummo», che attualmente ha più di 400 posti letto, continuerà a rappresentare uno snodo significativo nella rete dell'emergenza, mentre l'ospedale di Sant'Agata dei Goti sarà sede di un polo oncologico che fornirà prestazioni di alta specialità, nell'ambito della neurochirurgia, della chirurgia onco-addominale e dell'oncologia medica.

Direttori generali, ecco i campani

ROMA – Nell'elenco pubblicato dal Ministero della Salute dei nuovi direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitari, mancano i dirigenti: Attilio Bianchi ex dg del Ruggi di Salerno e attuale numero uno dell'Istituto Pascale di Napoli; Antonietta Costantini a capo dell'Asl Napoli 3 Sud e Franklin Picker, alla guida dell'Asl di Benevento. C'è, invece, un altro ex dg dell'Azienda ospedaliera salernitana, Nicola Cantone, rimosso dal suo incarico in seguito a indagini di organi regionali di controllo. Una nota pubblicata in fondo a ogni pagina dell'elenco, puntualizza che «sulle dichiarazioni sostitutive rese dai candidati sono in corso i controlli». Dunque, eventuali errori o possibili ricorsi potrebbero comportare l'aggiornamento dell'elenco. Tra gli altri figurano: Mario Forlenza, che è a capo dell'Asl Napoli 1 tra le più grandi d'Italia, e che al Ruggi ha svolto diversi incarichi; Oreste Florenzano, attuale direttore amministrativo del Ruggi; l'ex dg Ruggi Vincenzo Viggiani; l'ex direttore amministrativo Salvatore Guetta; Maria Virginia Scafarlo che dal Ruggi è passata all'Asl Napoli 2Nord; Antonio Giordano, che a capo dell'Asl di Salerno.

Ospedali e territorio

Nuovo Ruggi in 5 anni, costerà 400 milioni



SALERNO - Il nuovo Ruggi di Salerno, sorgerà nell'area ex Finmatica e si integrerà il San Leonardo. Per realizzarlo, si sta predisponendo un bando internazionale di progettazione che dovrebbe essere pronto entro il mese di aprile. Sarà finanziato dalla Regione Campania (soggetto attuatore) con 400 milioni: 327 dal Patto per lo sviluppo e

altri 75 milioni di fondi che arrivano dal Piano straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. Stazione committente è la Soresa. In prospettiva, le funzioni del nuovo ospedale salernitano dovranno essere integrate con quelle dell'attuale. Tra le ipotesi in campo quella di farne un polo d'eccellenza per la ricerca. «Sarà il più moderno della Campania e - chiarisce il presidente - quando saremo quasi pronti partiremo con le gare per i nuovi macchinari e le nuove attrezzature. In attesa che il nuovo Ruggi sia costruito, all'attuale ospedale cittadino sono in arrivo anche 10 milioni per il miglioramento dei flussi d'accesso al plesso e per lavori di ristrutturazione e messa a norma; 9,8 milioni per l'efficiamento energetico e 500mila euro di fondi del Cipe per l'antincendio. Salvo anche l'ospedale Da Procida che era fatalmente destinato alla chiusura e che, invece, avrà un totale di 131 posti letto e diventerà il più importante polo pubblico di riabilitazione con l'inserimento anche dell'unità spinale, unico caso in Campania. Occorreranno cinque anni per realizzare il nuovo complesso ospedaliero.



“Moscati e Rummo non saranno declassati”

AVELLINO - Il delegato alla sanità Enrico Coscioni scongiura l'ipotesi di una competizione tra i presidi di Irpinia e Sannio. «Niente tagli per Moscati», dice netto. «L'ospedale del capoluogo non sarà declassato». Dalla Regione fanno sapere che ci sarà una difesa ad oltranza dei due ospedali principali nelle aree interne. Sia per quanto riguarda il Moscati di Avellino, che il Rummo di Benevento. «Rimarranno entrambi punti di secondo livello con tutte le specialità di questa identificazione. Saranno fondamentali e centrali per le reti dell'emergenza, perché la grande partita è qui». Così Enrico Coscioni, consigliere del governatore Vincenzo De Luca sulla sanità, per fugare preoccupazioni e allarmismi sul futuro delle strutture sanitarie. Coscioni parla da Bagnoli Irpino, a margine del convegno sulla sanità di prevenzione promosso dall'Istituto zooprofilattico del Mezzogiorno. Annuncia i prossimi passi: «Ad aprile il decreto finale per la rete emergenza-urgenza, rete dell'infarto. Attiva su tutta la regione. Oltre ad individuare gli hub e gli spoke per la complessa rete dell'infarto, che rappresenta la questione maggiormente legata al tempo, metteremo in rete flussi del 118, tablet delle ambulanze per esempio, info da dove verranno dimessi i pazienti trattati. Insomma - osserva - si tratta di qualcosa di innovativo».

L'ospedale di Eboli diventa Dea di primo livello

EBOLI - L'ospedale "Maria Santissima Addolorata" diventa Dea di primo livello. È quanto emerso dai vertici regionali in merito alla distribuzione dei nuovi dipartimenti. L'ospedale ebolitano si affiancherà dunque a quello di Battipaglia e di Roccaspede. Una promozione per il lavoro svolto sul territorio anche da parte di dirigenti, medici e personale infermieristico. I posti letto sono 330, di cui 166 ad Eboli. La sede del dipartimento sarà il "Santa Maria della Speranza" di Battipaglia, il direttore sanitario è quello attuale, il dottore Mario Minervini. Il direttore sanitario avrà tre sostituti nei tre ospedali. 1166 posti letto per il "Maria Santissima Addolorata" sono fondamentali per rilanciare la struttura, sempre parlando però su base di dipartimento. Il presidente del Consiglio comunale, l'avvocato Fausto Vecchio, chiarisce: «Sempre più ospedale qualificato e come dipartimento promosso a Dea di primo livello. Cardiologia ci sarà anche a Battipaglia, più piccola, come filtro per portare i casi importanti ad Eboli. E dieci posti sono previsti come riabilitazione anche a Roccaspede. Avere reparti qualificati con attrezzature e tecnologia all'avanguardia è il nostro obiettivo e ci stiamo riuscendo insieme con i vertici della Asl».



FIAGOP

Federazione Italiana Associazioni
Genitori Oncoematologia Pediatrica
Onlus



Childhood
Cancer
International



**XV GIORNATA
MONDIALE
CONTRO IL CANCRO
INFANTILE**



15 febbraio 2017 - ore 11

Lancio di palloncini bianchi
in tutta Italia

“...per i nostri bambini che lottano”



UFFICIO NAZIONALE
PER LA PASTORALE
DELLA SALUTE
della Conferenza Episcopale Italiana

Mater Ecclesiae:
«Ecco tuo figlio...
Ecco tua madre».
E da quell'ora il discepolo
l'accolse con sé»

(Gv 19,27)

Realizzazione a cura di Nuova Editoriale Romani
www.editorialeromani.it
Grafico di Matteo Borelli

AVVISO SACRO

XXVI GIORNATA
MONDIALE
del
MALATO

11 febbraio 2018