

NapoliSana Campania

Organo Ufficiale Ordine degli Infermieri di Napoli Anno XXV n°2

NSC
Nursing
Inserto di ricerca infermieristica
All'interno, pagg. 17/29

Responsabilita' professionale e sicurezza delle cure

***“Con una Legge s'è fatta
una rivoluzione”***

Parterre d'eccezione al Convegno di Napoli





14

GIUGNO

**GIORNATA
MONDIALE DEL
DONATORE
DI SANGUE**



L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Competenze avanzate e la politica del rattoppo

La sanità non funziona senza infermieri. Lo abbiamo detto tante volte accompagnando la campagna per le celebrazioni del 12 maggio. Purtroppo non si tratta solo di uno slogan, magari ben riuscito.

Abbiamo già detto dalle colonne di questo giornale dello studio internazionale che stima in un aumento delle mortalità del 20 per cento quando il rapporto infermiere/assistito supera la soglia consigliata dall'Oms di 1/6 (in Campania siamo 1/18). In questo numero aggiungiamo un altro dato allarmante: negli ospedali pediatrici italiani ogni infermiere assiste in media 2,6 pazienti in più rispetto a quanto stabilito dagli standard internazionali, esponendo così i piccoli ricoverati ad un aumento del rischio di mortalità anche del 25-26%. Una situazione inaccettabile. E se finora i rischi peggiori sono stati scongiurati, è solo grazie alla bravura dei nostri infermieri pediatrici, alla loro disponibilità, al grande senso civico e ai forti valori umanitari, al buon cuore di professionisti, e del management aziendale, che pensano prima di tutto a salvare vite umane. In questo caso, giovanissime vite. Ma è una magra consolazione. I nostri infermieri sono bravi e appassionati al loro lavoro. Hanno competenze superiori a quelle loro riconosciute. Lo sappiamo. Lo sanno i loro dirigenti negli ospedali e sul territorio. Lo sanno i manager delle aziende sanitarie e ospedaliere. Anche i medici lo sanno bene, nonostante facciano di tutto per ostacolarci nella crescita.

Anzi, a pensarci bene, forse ci ostacolano proprio perché hanno piena consapevolezza del nostro livello medio di conoscenze e dell'alto potenziale di crescita. Lo sanno gli assistiti e lo rilevano le statistiche. Ma non si può andare avanti rattoppando continuamente un abito ormai in disarmo. Non si può tenere in piedi un intero sistema sanitario facendo leva sulla naturale e professionale propensione al "prenderci cura" degli infermieri. In Campania abbiamo un buco, anzi una voragine. In dodici anni di commissariamento abbiamo perso

all'incirca 9mila posti di lavoro. A livello nazionale ne mancano oltre cinquantamila. L'ultimo report Ocse ci dice che in Italia il rapporto Infermieri /abitanti scende ulteriormente a 5,5 unità ogni mille abitanti, i medici, giusto per avere un parametro di confronto, invece restano stabili su 4 per mille abitanti. E le medie Ocse sono rispettivamente di 8,9 per gli infermieri e di 3,5 per i medici. Per quanto riguarda il numero di infermieri ogni mille abitanti, l'Italia è a otto posti dalla Turchia, fanalino di coda. Regno Unito: 7,8 infermieri ogni mille abitanti, mentre Francia (10,8) e Germania (12,9) sono parecchio al di sopra, con valori circa doppi di quello italiano. Anche la voce posti letto ci racconta di un Ssn in declino.

L'Italia è al di sotto della media Ocse: 3,2 nel nostro paese, 4,7 la media di tutti i paesi. Il record è del Giappone che di posti letto per mille abitanti ne ha 13,1, seguito dalla Corea e da uno dei maggiori partner Ue, la Germania, con 8. L'altro maggiore partner Ue, la Francia, supera ancora una volta la media Ocse con 6 posti letto per mille abitanti. Anche alla luce di questi dati, dobbiamo dire che il sistema sanitario italiano ha bisogno di una cura da cavallo. Un processo di ammodernamento organizzativo. Ma soprattutto ha bisogno di investire in risorse umane. Basta con la politica del rattoppo. A furia di tagliare posti di lavoro agli infermieri il risultato è sotto gli occhi di tutti: cresce la percentuale di rischio per gli assistiti, pediatrici e non, soprattutto negli ospedali, crescono le liste di attesa e la fuga dalle strutture pubbliche diventa biblica; aumenta la disaffezione del cittadino nei confronti del sistema sanitario nazionale, si moltiplicano, infine, i casi di aggressione e di violenze ai danni del personale sanitario.

Negli ultimi anni, quindi, il personale sanitario è stato la vittima sacrificale per far quadrare i conti. Questo è un trend da invertire perché la sanità può migliorare e ripartire solo puntando sulle persone che ci lavorano.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli

ANNO XXV- N.2- GIUGNO 2019

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

Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Caporedattore Comitato Scientifico

Ph.D. Teresa Rea

Comitato Scientifico

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

Hanno collaborato a questo numero

Nicolò Maria Acone, Angela Capuano, Graziana Cavone, Ciro Domenico Cristiano, Dario De Martino, Maria Rosaria Esposito, Assunta Guillari, Ilaria Guarciariello, Aniello Lanzuise, Damiano Francesco Ottaiano, Peppe Papa, Giusy Flavia Prussiano, Rita Pulpito, Teresa Rea, Giuseppe Santopaulo, Silvio Simeone, Filomena Stilo, 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 E IMPAGINAZIONE

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

Competenze avanzate
e la politica del rattoppo

di **Ciro Carbone**

6 Responsabilità professionale

“Con una Legge
s'è fatta una rivoluzione”



Una giornata di riflessione sull'attuazione della normativa. Tra i presenti: il Senatore **Amedeo Bianco**, firmatario della Legge; **Annamaria Minicucci**, manager del Santobono/Pausilipon; la d.ssa **Angela Basile**; l'avvocato **Antonio Tafuri**, presidente dell'Ordine professionale di Napoli.

di **Pino De Martino**

In questo NUMERO

Responsabilità professionale 8

Rischio in sanità: il modello italiano

RISK
MANAGEMENT



Con la seconda e la terza sezione, il convegno entra nell'applicazione della legge a due anni dal suo varo e nelle strategie di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

11 Politica sanitaria

Braille Lis, I progetto piace al Ministro

di Dario De Martino



Politica sanitaria 12

Pochi infermieri pediatrici, aumentano i rischi in corsia



Ricerca Aopi Su una media europea di 1 a 4, (come previsto dagli standard di sicurezza) si registrano nella maggior parte degli ospedali pediatrici

italiani punte di 1 infermiere ogni 6/7 pazienti.

di Pippo Trio

14 Politica sanitaria

Venti milioni di italiani pagano per prestazioni essenziali



Il rapporto Rbm-Censis: liste d'attesa troppo lunghe o bloccate e cittadini costretti a rivolgersi al privato. Il 44% degli italiani, soprattutto al Sud, non prenota più in strutture pubbliche. Il Ministro Grillo scarica tutto sulle Regioni.

di Peppe Papa

14 Politica sanitaria

De Luca avvisa il governo: "Pronto alle vie legali"



Attesa per la decisione del prossimo Tavolo tecnico. Il Governatore pronto con la carta bollata nel caso si continuasse con il regime di commissariamento.

di Pino De Martino



NSC Nursing 17

Supplemento di ricerca infermieristica

all'interno, pagg. 17/29

30 Notizie dall'Ordine

"La sanità non funziona senza infermieri"



Celebrata in piazza a Napoli con gazebo per prevenzione e manovre salvavita, la Giornata internazionale dell'Infermiere.

all'interno pagg. 30/31



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche approvato il 13 aprile 2019

FNOPI 32

Il nuovo Codice Deontologico

all'interno, pagg. 32/38



39 Ospedali e territorio

A Villa Betania il premio Buona Sanità 2019

Carbone: "Encomiabile l'impegno per le attività sociali e solidali a favore dei cittadini meno abbienti e per la lotta all'epatite C"

all'interno, pagg. 39/46



Responsabilita' professionale e sicurezza delle cure

“Con una Legge s'è fatta una r

Così la Presidente **Barbara Mangiacavalli**, dopo il saluto di **Ciro Carbone**, nel suo intervento al convegno sulla Legge 24, organizzato dall'Opi di Napoli. Una giornata di riflessione sull'attuazione della normativa. Tra i presenti: il Senatore **Amedeo Bianco**, firmatario della Legge; **Annamaria Minicucci**, manager del Santobono/Pausilipon; la d.ssa **Angela Basile**; l'avvocato **Antonio Tafuri**, presidente dell'Ordine professionale di Napoli.

di Pino De Martino

Dopo aver sostenuto con forza il varo della legge, a due anni di distanza l'Opi di Napoli riaccende i riflettori sulla riforma Gelli/Bianco per fare il punto sullo stato d'attuazione. Lo fa alla grande, con un parterre d'eccezione e con uno dei firmatari della Legge 24 sulla gestione del rischio in sanità: il senatore **Amedeo Bianchi**. Nella sede dell'Aorn Santobono-Pausilipon, in via Croce Rossa, si è discusso della legge e del suo livello di applicazione nella sanità italiana. Un convegno articolato in tre sessioni. La prima, moderata da **Barbara Mangiacavalli** e da **Teresa Rea** (vicepresidente Fnopi Napoli) tutta centrata sugli aspetti legislativi, etici e giurisprudenziali. Particolarmente applauditi gli interventi di **Amedeo Bianco**, **Angela Basile**, **Antonio Tafuri** e i saluti di **Ciro Carbone** e di **Annamaria Minicucci**. Per la seconda sessione, “Rischio in sanità: il modello italiano”, moderata da **Vincenzo Arbucci** e da chi scrive, sono intervenuti **Stefano Maria Mezzopetra** (Risk manager Luiss Business School); **Andrea Minarini** (Risk manager Usl Bologna); **Ilaria Guarciariello** (Aorn Moscati



AV); **Nicolò Acone** (Aorn Moscati AV) e **Angela Capuano** (Management Aorn Santobono/Pausilipon). Di prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (Ica) si è discusso infine nella terza sessione, moderata da **Assunta Guillari** (Aou Federico II) e da **Aniello Lanzuise** (Dirigente professioni sanitarie S.M. della Pietà Camilliani) con gli interventi di **Maria Rosaria Esposito** (Management Irccs Fondazione Pacale); **Maria De Chiara** (Aorn Santobono/Pausilipon). Il convegno si apre con i saluti del Presidente Opi Napoli **Ciro Carbone**, della Presidente Fnopi **Barbara Mangiacavalli**, di **Annamaria Minicucci**, manager del Santobono/Pausilipon.

CARBONE - “Questa iniziativa dà continuità all'impegno dell'Opi di Napoli sul fronte della gestione del rischio in sanità. Abbiamo sostenuto con forza questa legge sin dalla prima ora e prima ancora che fosse approvata in Parlamento perché la riteniamo dirimente per lo sviluppo di un sistema sanitario che guardi al cittadino, ai suoi bisogni e alla centralità della sua figura nella gestione dei processi di cura e assistenza sanitaria negli ospedali italiani. Era opportuno fare un approfondimento oggi, a poco più di due anni dalla sua approvazione, per misurare il grado di applicazione,



difficoltà e opportunità. Ma la giornata di oggi è importante anche per un altro motivo. Non è un caso se ad ospitare tanti importanti relatori abbiamo scelto una struttura che è parte dell'Azienda ospedaliera pediatrica napoletana Santobono Pausilipon. Ringrazio ancora la direttrice generale **Annamaria Minicucci** per la cordiale ospitalità. E ringrazio l'intero direttivo dell'Opi Napoli per l'avvio di un nuovo percorso di formazione che da oggi avviamo. Si tratta di un programma di formazione a carattere itinerante.

Cioè porteremo sui luoghi di lavoro le questioni importanti che riguardano la professione infermieristica innanzitutto, ma anche il più generale assetto organizzativo, clinico e assistenziale della sanità italiana e regionale. Saranno tanti e vari i temi che tratteremo. E lo faremo portando relatori ed



Responsabilità professionale e sicurezza delle cure

“rivoluzione”



esperti nei luoghi di lavoro”.

MANGIACAVALLI – “Condivido e trovo degno d’interesse il programma di formazione itinerante annunciato dal Presidente **Ciro Carbone**. Abbiamo bisogno di discutere tra noi, di confrontarci sugli aspetti più importanti della sanità e della nostra professione. Se poi lo facciamo facendo formazione sui luoghi di lavoro meglio ancora. Per quanto riguarda il tema al centro di questo interessante confronto di oggi, dico che bisogna ringraziare gli onorevoli **Bianchi e Gelli** per questa legge che io ritengo rivoluzionaria. Si perché apre le porte alla multiprofessionalità. Quella sulla responsabilità è una legge importantissima perché prima di tutto ristabilisce un percorso in cui non saranno più avvocati e tribunali la ‘guida’ dei pazienti, ma una ritrovata serenità nel loro rapporto con i professionisti sanitari, definendo con chiarezza quando i professionisti non sono imputabili per colpa grave e come vanno risolte le controversie. Ma lo è anche perché riconosce l’assoluta trasversalità della rilevanza dei compiti e delle



azioni di tutte le professioni impegnate nell’assistenza e per soddisfare i bisogni dei pazienti”.

MINICUCCI – “Ho molto piacere di ospitare presso una delle strutture dell’azienda che ho l’onore di dirigere una così importante discussione su un tema altrettanto importante. Molte attività che i medici conservano per se potrebbero essere trasferite agli infermieri. Ma i medici faticano a cedere ad altre figure professionali parte delle loro competenze”.

BASILE – Una dotta riflessione umanistica e filosofica l’intervento di **Angela Basile**, già dirigente delle professioni sanitarie e componente del team multidisciplinare che ha riscritto il Codice deontologico degli infermieri. La Basile centra il suo discorso sul concetto di “prendersi cura”. Un concetto molto apprezzato e ripreso più volte dagli altri relatori nel corso del convegno. Un atto alla base di ogni attività di carattere assistenziale e infermieristico, dunque la giusta cornice etica e deontologica

dentro la quale incastonare le riflessioni tecnico/scientifiche che inevitabilmente sorgono nell’affrontare il tema della sicurezza in sanità.



BIANCO – “L’approccio sistemico con cui è stata pensata la legge vuol dire mettere insieme aspetti che si condizionano a vicenda. Non abbiamo mai pensato di mettere giù una legge per parare la schiena agli operatori. Volevamo piuttosto una legge per garantire la sicurezza delle cure. Un

principio che è parte importante del diritto alla salute della persona assistita. Considerando la persona come referente essenziale delle attività sanitarie coinvolte. Abbiamo dunque lavorato avendo questa filosofia di fondo. Ed abbiamo portato a casa una legge d’iniziativa parlamentare che ha portato elementi di equilibrio e ridotto le procedure di rivalsa. Due buone cose. Ma non abbiamo risolto tutto”. La legge 24 è una mediazione. Una buona mediazione che tiene in equilibrio i tanti aspetti della questione”.



Responsabilità' professionale e sicurezza delle cure

Rischio in sanità: il modello italiano

Con la seconda e la terza sezione, il convegno entra nell'applicazione della legge a due anni dal suo varo e nelle strategie di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

(pdm) Ad aprire questa seconda parte del convegno sono due autorevoli manager del rischio in sanità. Si tratta di **Stefano Maria Mezzopera**, risk manager e formatore presso la Luiss Business School e **Andrea Minarini**, direttore medicina legale e risk management Usl Bologna. –

MEZZOPERA – “Fino al 2003 non c'è stata nessuna gestione del rischio in sanità, in tutta Italia. Ora, da due anni abbiamo una legge che consente la gestione del rischio. E possiamo dire che nel novanta per cento dei sinistri registrati fin qui, la causa scatenante è una cattiva gestione. Dunque, le regole ci sono, anche le procedure, bisogna applicarle. In questo senso il problema è anche di natura culturale, non solo organizzativo. Bisogna rimettere al centro del processo di cura l'individuo. Ritornare ai valori essenziali, per cui l'uomo è un fine e non un mezzo”. (“...la scienza è inutile, se non serve a mettere in valore l'umanità”. (Immanuel Kant – Critica della ragion pratica).

MINARINI – “La professione che ha maggiormente contribuito alla costruzione di modelli di gestione del rischio in sanità è senza

RISK
MANAGEMENT



dubbio quella degli infermieri. Arrivati per ultimi in questo campo, hanno testimoniato un impegno fuori dal comune e offerto un valido aiuto in una fase delicata dell'applicazione della legge Gelli/Bianco. Alla luce delle esperienze fin qui maturate, possiamo dire che oggi abbiamo alcuni obiettivi da perseguire per continuare a migliorare l'applicazione della legge e limitare, per questa via gli incidenti: Aumentare la consapevolezza delle criticità presenti nei vari percorsi di qualità e sicurezza in ogni presidio sanitario. Intanto il trend segnala ancora un aumento del contenzioso. Nelle regioni meridionali maggior parte delle controversie. Per esse nel 2018 si sono spesi complessivamente 190 milioni di euro”.

L'organizzazione presentata parte dalla disamina della normativa in riferimento ai requisiti per l'accreditamento istituzionale quali i requisiti strutturali, organizzativo, tecnologici, gestionali ed aggiungendo a questi i requisiti professionali. Tracciare l'eccellenza delle organizzazioni vuol dire, secondo il modello italiano di gestione del rischio, considerare quelle che sono le specifiche professionalità ed eccellenze dei professionisti sanitari, considerare cioè il fattore umano. La sanità, l'eccellenza non è fatta solo di norme e strutture, ma la sicurezza è data dagli operatori. Proprio per questo motivo si sono definiti i requisiti professionali con relative specifiche competenze per i professionisti che operano in particolari settori quali la terapia intensiva pediatrica. Un pool di professionisti che devono essere specificatamente pronti a rispondere ai bisogni di salute dei pazienti trattati senza perdere di vista la famiglia se-

L'eccellenza in Terapia intensiva pediatrica

di Angela Capuano*



condo il modello della family centered care (FCC). Lo sforzo che deve muovere le organizzazioni sanitarie deve essere volto verso i professionisti, unici garanti di un modello assistenziale e di una presa in carico globale. Per formulare e mostrare la complessità di quanto detto è stato presentato un modello di simulazione che evidenzia i colli di bottiglia, cioè le code, che vengono a crearsi durante l'erogazione delle prestazioni sanitarie. In tal modo ripianificando e riorganizzando l'attività prestatore, si ottiene un modello funzionale più rispondente alle esigenze dei pazienti, ad ogni paziente sarà garantito il giusto tempo relativamente alla giusta sicurezza ed al soddisfacimento dei bisogni assistenziali.

* Posizione organizzativa “Rischio clinico e sicurezza del paziente Igiene ambientale e Infezioni ospedaliere- Aorn Santobono/Pausilipon.

Responsabilità' professionale e sicurezza delle cure



“LA GESTIONE DEL RISCHIO IN SANITA' E LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI-BIANCO

La Pubblica Amministrazione, e dunque anche le Organizzazioni sanitarie, sono state negli ultimi anni oggetto di un profondo rinnovamento, teso a rivalutare i vecchi assetti organizzativi così da rinnovarne le modalità operative.

Le strutture pubbliche hanno potuto sperimentare l'applicazione di modelli di gestione propri dell'approccio economico aziendale sviluppando una maggiore sensibilità alla qualità dei servizi offerti ed alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini. Le Aziende Sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate, riconoscendo l'importanza della gestione del rischio in ambito sanitario e in ottemperanza ai nuovi dettami normativi, si sono adoperate per l'adozione di processi di Risk Management. L'A.O.R.N. “San Giuseppe Moscati” di Avellino ha aderito al “*Modello Italiano di Gestione Del Rischio In Sanità*”, al fine di un miglioramento continuo nella sicurezza delle cure e della persona assistita. Il modello applicato, descrive i requisiti che deve soddisfare un'Organizzazione che abbia la volontà di dimostrare la propria efficace gestione del rischio in ambito sanitario ed è applicabile a tutte le strutture ospedaliere e sanitarie, pubbliche e private, che svolgono attività cliniche, diagnostiche o connesse.

La sua implementazione è partita da una fotografia del rischio, su base soggettiva ed oggettiva e i risultati raggiunti sono stati certificati da Ente terzo.

L'esperienza del Moscati di Avellino

di Ilaria Guarciariello* e Nicolò Maria Acone**



In particolare, nell'ottica della cultura propria del Risk Management e di un nuovo approccio gestionale, l'AORN ha sviluppato un percorso di redazione-adozioni di procedure aziendali, sia cliniche sia organizzativo-gestionali, caratterizzato dalla massima partecipazione e condivisione da parte di tutti gli operatori coinvolti ed interessati nonché un sistema di gestione dei sinistri, che comprende le diverse fasi di competenza tecnica, giuridica e medico legale. Tale sistema assicura un'istruttoria interna delle richieste risarcitorie, anche in caso di autoritenzione del rischio, e la definizione della posizione presa dall'Azienda, in merito ad ogni comunicazione pervenuta. L'A.O.R.N. “San Giuseppe Moscati” di Avellino è stata la prima Azienda Ospedaliera in Italia ad ottenere il certificato di qualità per la gestione del rischio, di primo livello a novembre 2014 e di secondo livello a settembre 2016, da parte di Bureau Veritas, azienda francese, leader a livello mondiale nella valutazione e analisi dei pericoli legati alla qualità, all'ambiente, alla salute, alla sicurezza e alla respon-

sabilità sociale. *Ilaria Guarciariello – Borsista c/o U.O. Gestione del rischio clinico, Aorn San Giuseppe Moscati;

**Nicolò M. Acone - Borsista c/o U.O. Gestione del rischio clinico, Aorn San Giuseppe Moscati.

Responsabilità professionale e sicurezza delle cure

Le infezioni correlate all'assistenza: prevenzione e gestione

di Maria Rosaria Esposito*

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un aspetto prioritario della qualità e della sicurezza delle cure erogate. Per definizione l'ICA è un'infezione che si verifica durante il processo assistenziale che al momento del ricovero non era manifesta né in incubazione e che può anche manifestarsi anche dopo la dimissione del paziente. Le ICA costituiscono un problema rilevante in tutti i setting sanitari, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali.

Negli ultimi anni il tema delle ICA è sempre più aggravato dalla diffusione del fenomeno antibiotico resistenza, difatti le infezioni sono sostenute nel 75% dei casi da microrganismi multiresistenti e pertanto rappresentano, secondo European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), un pericolo significativo per la salute pubblica. In Europa sono circa 4,1 milioni i pazienti che contraggono ogni anno un'ICA, circa il 7% dei ricoveri ospedalieri. Il numero di decessi, come conseguenza diretta di queste infezioni è di almeno 37mila l'anno. Lo studio di prevalenza sulle ICA e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti, protocollo ECDC, condotto in Italia su 14.773 pazienti arruolati, ha rilevato che l'8,03% dei pazienti presentavano una ICA i cui patogeni responsabili erano spesso multi-resistenti, con una media del 6,5% delle prevalenze tra gli ospedali; sull'utilizzo degli antibiotici è emerso che il 44,5% dei pazienti ricoverati era in trattamento antibiotico, frequenza superiore al 35% rilevata a livello europeo.

Nonostante la produzione scientifica e l'applicazione delle best practice, i tassi ICA restano inaccettabilmente alti ed è una importante causa di morbilità e mortalità, rappresentando un danno iatrogeno per i pazienti ed un indicatore della qualità delle cure. La sicurezza delle cure è un parametro di qualità oggi essenziale e irrinunciabile per i sistemi sanitari avanzati e deve essere garantito ai pazienti da parte dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie, oltre che dimostrato pubblicamente.

Allora quali strategie possiamo adottare per ridurre le ICA e la diffusione dei microrganismi multiresistenti? Agli infermieri è richiesta la partecipazione all'interno dei programmi di "antimicrobial stewardship" ovvero una serie di interventi diretti al monitoraggio e a migliorare l'uso di antimicrobici sia in ambito comunitario che ospedaliero per ottenere i migliori esiti clinici nel trattamento e nella prevenzione delle infezioni, il minor danno per il paziente e il minimo impatto sullo sviluppo di resistenze. Essi de-



vono inoltre favorire l'applicazione delle strategie multimodali promosse dall'OMS, come l'applicazione di modelli o Framework per la valutazione della prevenzione e controllo delle infezioni (Infection Prevention and Control Assessment Framework) e il Framework dell'Igiene delle mani, che rappresentano una vera e propria cassetta degli attrezzi quale strategia multimodale per la riduzione delle ICA.

“L'agire” infermieristico deve configurarsi come un agire intellettuale: prassi e consuetudine non possono essere modelli di riferimento professionale, poiché il rischio per definizione è associato ad ogni attività umana e non eliminabile. Se non possiamo eliminarlo allora cerchiamo di ri-conoscerlo il più possibile per difenderci dai suoi potenziali effetti dannosi poiché è un dovere deontologico da parte dei professionisti nei confronti dei pazienti e un dovere sociale delle organizzazioni sanitarie nei confronti delle società che affidano loro risorse per tutelare e promuovere la propria salute. Del resto, fare bene le cose la prima volta costa meno e rende sostenibili i sistemi sanitari.

* Rappresentante regionale Anipio – Posizione organizzativa (funzionale) e qualità risk management Cio presso Int Irccs Fondazione Pascale.

Braille Lis, il progetto piace al Ministro

di Dario De Martino

“E' una iniziativa di enorme portata sociale e di grande civiltà. Come Opi Napoli l'abbiamo sottoscritta da subito con convinzione e con slancio.

Un nostro iscritto sta seguendo con dedizione e passione ogni evoluzione del progetto e dopo la presentazione al Presidente della Repubblica **Sergio Mattarella** e al Presidente della Camera dei Deputati, **Roberto Fico**, è stata la volta del ministro della Salute **Giulia Grillo**. Un passaggio importante, per un progetto altrettanto importante che continueremo a seguire con rinnovata passione e attenzione”.

Così **Ciro Carbone**, Presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, nel suo intervento nel corso della presentazione al ministro della Salute Giulia Grillo del progetto “**Braille Lis**” dedicato ai disabili sensoriali, presentato da un gruppo di Ordini provinciali degli Infermieri. Positiva e lusinghiera la risposta della Grillo.

Il ministero aderisce al Progetto Braille-Lis che presto sarà sul suo sito, promuoverà borse di studio e dottorati di ricerca e con le Regioni e inserirà nel Patto per la salute l'infermiere di famiglia.

Tra le iniziative proposte al ministero della Salute per favorire le necessità delle comunità dei ciechi e dei sordi: essere posti nelle medesime condizioni di chi vede e sente.

Un'area del sito del ministero dedicata ai disabili sensoriali, la nomina di un referente al tavolo di lavoro nazionale della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), il sostegno con borse di studio alle migliori tesi di laurea degli stu-



denti in infermieristica dedicate alle disabilità sensoriali e il supporto al dottorato di ricerca sulle disabilità sensoriali.

Sono queste le iniziative che seguono lo sviluppo del “Progetto disabili sensoriali Braille-LIS” partito a febbraio 2017 per iniziativa dell'Ordine di Carbonia Iglesias a cui hanno aderito altri 18 Ordini delle professioni infermieristiche (Bologna, Frosinone, Pordenone, Pavia, Napoli, Ragusa, Rimini, Pescara, Foggia, Ancona, Alessandria, Oristano, Firenze-Pistoia, Teramo, Salerno, Treviso, Forlì Cesena, Campobasso-Isernia), che conclude con proposte operative il suo percorso al ministero della Salute dopo che a maggio 2019 è stato costituito un gruppo di lavoro al massimo livello della rappresentanza professionale presso la FNOPI. “*Daremo spazio sul nostro sito all'iniziativa – ha detto agli infermieri il ministro della Salute Giulia Grillo – perché il ministero è per i professionisti e anche per i cittadini, e faremo di tutto per promuovere la massima sensibilizzazione sul tema in tutto il Governo e sui siti di tutti i ministeri, aderendo al progetto e facendo in modo che anche altre professionalità lo facciano proprio. È vero che gli infermieri rappresentano la prima frontiera delle professioni sanitarie d'aiuto per l'assistenza, ma vogliamo che tutti facciano la loro parte. Noi faremo la nostra anche rispetto alla vostra richiesta di borse di studio e dottorati: è un compito non solo istituzionale, ma di ogni essere umano che abbia buon senso e voglia e sappia aiutare gli altri.*”

Ciechi e sordi avranno così le stesse opportunità di tutti gli altri per mano degli infermieri ai quali si affidano nel contesto della responsabilità del governo dell'assistenza ospedaliera e territoriale, Infermieri convinti che questo gesto di riguardo abbia un valore aggiunto e un peso specifico che il Ssn e l'infermieristica meritavano di vedere inclusi e riconosciuti tra le qualità che la contraddistinguono tra le professioni d'aiuto e sanitarie.

Il progetto è stato illustrato oggi – anche con l'aiuto di **Lisanna Grosso**, infermiera non udente che ora opera negli Stati Uniti in un team multidisciplinare che supporta lo sviluppo dei bambini sordi e sordociechi, nei primi anni di vita e aiuta i loro genitori – presso la Biblioteca del Ministero in Lungo Tevere Ripa a Roma. Sui siti internet dei 19 Ordini delle professioni infermieristiche promotrici dell'iniziativa è già fruibile una sezione denominata Area Disabili che contiene:

a) una sezione video nel linguaggio dei segni e contenente documenti utili e accessibili agli ipoacusici

b) una sezione audio contenente documenti utili e accessibili agli ipovedenti – non vedenti

c) una sezione testuale dedicata soprattutto a chi vuole conoscere la professione infermieristica e le sue peculiarità – e che potrebbe essere replicata anche per altre professioni – che contiene per ora documentazione relativa a: profilo professionale dell'infermiere e profilo professionale infermiere pediatrico; Codice Deontologico; Patto cittadino infermiere; Carta europea dei Diritti dell'ammalato; Codice di comportamento dei pubblici dipendenti; Giuramento dell'infermiere; legge sulla responsabilità professionale; legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (testamento biologico); legge sugli Ordini professionali e suoi decreti attuativi.

Altri documenti saranno aggiunti a breve.

Politica Sanitaria

Pochi infermieri pediatrici, aumentano i rischi

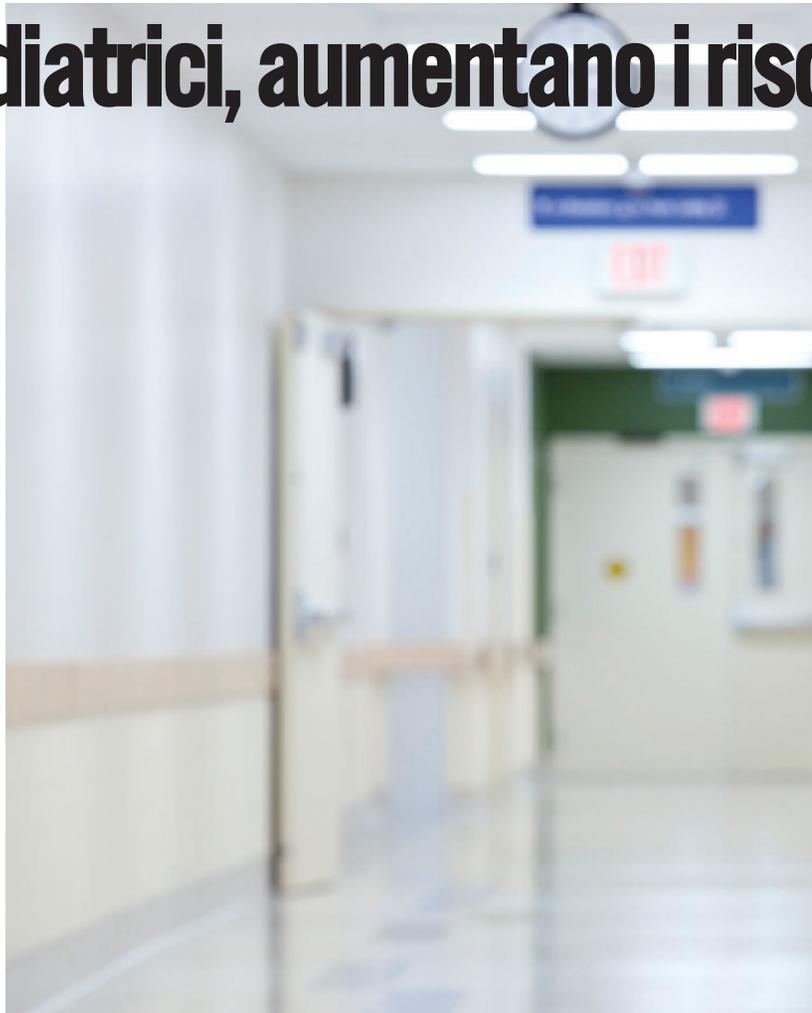
Ricerca Aopi (Associazione ospedali pediatrici). Su una media europea di 1 a 4, (come previsto dagli standard di sicurezza) si registrano nella maggior parte degli ospedali pediatrici italiani punte di 1 infermiere ogni 6/7 pazienti.

di Pippo Trio

Un infermiere su tre è a rischio burnout. Ma nonostante tutto, oltre il 70% si dichiara soddisfatto del proprio lavoro e non lascerebbe l'ospedale. La carenza di infermieri, così come quella di medici e di personale sanitario in genere, mette sempre più a dura prova gli operatori. A rilevarlo è l'ampio studio commissionato da dodici aziende ospedaliere pediatriche aderenti all'Aopi, l'Associazione degli Ospedali pediatrici Italiani che aderisce alla Fiaso, la Federazione delle aziende sanitarie pubbliche. Un'indagine compiuta dai ricercatori del Gruppo di studio italiano RN4CAST@IT-Ped, attraverso una survey che ha coinvolto infermieri e caregiver.

POCHI INFERMIERI - Punto di partenza, il rapporto tra il numero di pazienti e infermieri in reparto. I dati in letteratura dicono che ci si dovrebbe assestare su un valore di 4 pazienti per ciascun infermiere. Mentre la media negli ospedali pediatrici è di 1 a 6,6 pazienti. In pratica ogni infermiere segue almeno due pazienti in più di quello che gli standard di sicurezza consiglierebbero. Ma le cose variano da un'area all'altra di assistenza. Il rapporto dovrebbe essere di 3 o 4 a uno nelle aree chirurgica e medica, di 1 o persino 0,5 per le cosiddette "aree critiche", come terapie intensive e rianimazioni. Numeri lontani dalla realtà rilevata dall'indagine, che ha calcolato un rapporto di 5,93 per la chirurgia, 5,7 per quella medica e 3,55 per l'area critica.

Con questi livelli di staffing non è poi facile ottemperare a tutte le attività. Su 13 funzioni assistenziali giudicate necessarie sono state 5 in media quelle che ciascun professionista ha dichiarato di aver dovuto tralasciare per mancanza di tempo nell'ultimo turno. E la carenza di personale in genere finisce anche per dover impegnare i già pochi infermieri in attività che infermieristiche non sono. Come eseguire richieste di reperimento materiali e dispositivi, capitato almeno una volta durante l'ultimo turno nel 54% dei casi in area chirurgica, 55% in area medica e 39% in quella critica. Oppure compilare moduli per servizi non infermieristici (rispettivamente nell'80, 72 e 66% dei casi), svolgere attività burocratiche (81, 79 e 65% dei casi) o più banalmente rispondere al telefono per attività che nulla a hanno a che vedere con l'assistenza in ben oltre il 90% dei casi in tutte le tre aree assistenziali. Dover seguire molti pazienti può anche essere



stressante. Nei 12 ospedali pediatrici il 32% degli infermieri è finito nell'area del "burnout", la sindrome da esaurimento emozionale che colpisce chi per professione si occupa delle persone. Ma i valori nelle tre aree di assistenza rilevano un livello di burnout definito "medio" in letteratura.

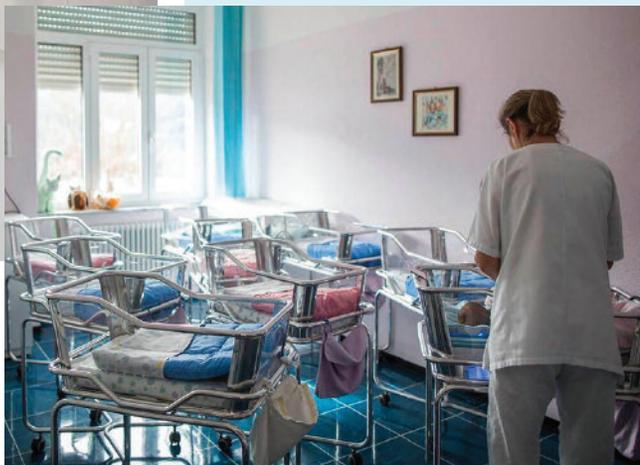
UN SENTIMENTO DI SODDISFAZIONE - Nonostante il grave deficit di personale e il peso eccessivo di carichi di lavoro sproporzionati, si ritiene soddisfatto del proprio lavoro il 73,5% degli infermieri dell'area chirurgica e rispettivamente il 74 e il 77,1% di quelle medica e critica. Le cose cambiano un po' per i professionisti con più anzianità alle spalle (tra i 21 e i 30 anni di servizio). Tra questi, nell'area chirurgica a pensare di lasciare è il 42% contro medie del 31,8 e del 30,4% per l'area medica e quella critica. Tutto questo si traduce poi in quel che più conta, ossia la qualità delle cure infermieristiche fornite ai pazienti, giudicata "positiva" dall'81,7% dei professionisti impegnati nell'area medica e rispettivamente dall'83,5 e l'85,4% di quelli delle aree chirurgica e critica. Percentuali molto alte di giudizi positivi anche rispetto alla sicurezza delle

...schi in corsia



cure, promossa dall'87% nell'area chirurgica, l'88 e il 90,4% di quelle medica e critica.

CAREGIVER E BAMBINI- Estremamente positive anche le esperienze comunicative dei caregiver con gli infermieri e il personale medico. Riguardo agli infermieri: il 62,8% dei caregiver ha affermato che gli infermieri hanno sempre prestato ascolto con attenzione; il 59,7% che gli infermieri hanno sempre spiegato le cose in modo comprensibile; il 73,8% che gli infermieri hanno sempre mostrato cortesia e rispetto. Riguardo ai medici: il 64,5% ha affermato che i medici hanno sempre prestato ascolto con attenzione; il 65% che hanno sempre spiegato le cose in modo comprensibile; l'81,1% che hanno sempre mostrato cortesia e rispetto. Per quanto riguarda la comunicazione al bambino: il 63,9% dei caregiver ha affermato che gli operatori sanitari hanno sempre fornito informazioni su cosa fosse necessario fare per il bambino; il 58,71% (N=792) ha affermato che gli operatori sanitari hanno sempre fornito informazioni sui risultati degli esami diagnostici.



“Per ogni paziente in più il rischio sale al 25%”

E' l'allarme lanciato da Barbara Mangiacavalli sui dati dello studio Aopi

“Gli infermieri in area pediatrica hanno in media circa 2,5 assistiti in più di quelli che sarebbero i numeri ottimali: per ogni paziente extra il rischio di mortalità a 30 giorni aumenta del 7%. Un dato che si traduce in un aumento del rischio di circa il 17-18 per cento.

Per il 10% di attività infermieristiche mancate (quelle proprie dell'assistenza di questi professionisti) il rischio di mortalità cresce questa volta del 16%, sempre a 30 giorni dal ricovero dei piccoli pazienti: la media rilevata dallo studio in Italia è di circa il 5%, che si traduce in un rischio di mortalità dell'8% in più. Sommati, i due dati portano a un aumento del rischio di mortalità del 25-26%, inaccettabile se legato a queste cause. E soprattutto perché per di più si parla di bambini. Sono dati che grazie alla buona volontà dei professionisti e alla capacità del management delle

aziende non si sono realizzati, ma il livello di allarme è alto e di questo si deve tenere conto in modo determinante al momento della scelta delle politiche di programmazione. Oggi abbiamo una carenza di infermieri in costante aumento. Senza contare 'Quota 100' al

tavolo del fabbisogno dei posti per i corsi di laurea, dove la FNOPI è presente con il ministero della Salute e le Regioni, la Federazione ha evidenziato che rispetto alla domanda dei cittadini ci sono circa 30.000 infermieri in meno che diventeranno 58.000 in meno nel 2023; circa 71.000 in meno nel 2028 e quasi 90.000 in meno nel 2033. Se poi a questi dati che rispecchiano gli effetti dei blocchi di turn over e di Quota 100 ai aggiunge che secondo lo studio Aopi il 25% circa degli infermieri delle pediatrie sono insoddisfatti del proprio lavoro e lascerebbero, se potessero, l'impiego nell'ospedale nel giro di un anno, l'allarme diventa un vero e proprio allarme rosso”.

Politica Sanitaria

Venti milioni di italiani pagano per

Il rapporto Rbm-Censis: liste d'attesa troppo lunghe o bloccate e cittadini costretti a rivolgersi al privato. Il 44% degli italiani, soprattutto al Sud, non prenota più in strutture pubbliche. Cresce la domanda al Pronto soccorso, anche senza emergenza. Il Ministro Grillo scarica tutto sulle Regioni.

di **Peppe Papa**

Mesi e mesi di attesa: in media, 128 giorni per una visita, o un esame diagnostico. E così, invece di rivolgersi al pubblico i "forzati" della sanità virano e si rivolgono al privato pagando di tasca propria. Sono 19,6 milioni gli italiani che nell'ultimo anno, per almeno una prestazione sanitaria, hanno provato a prenotare nel servizio sanitario nazionale e poi, constatati i lunghi tempi d'attesa, hanno dovuto rivolgersi alla sanità a pagamento, privata o intramoenia. Lo dice il nono rapporto Rbm-Censis presentato al 'welfare day 2019'.

A causa di un servizio sanitario che non riesce più a erogare in tempi adeguati prestazioni incluse nei Lea (livelli essenziali di assistenza) e prescritte dai medici, gli italiani sono costretti, secondo il rapporto, a pagare di tasca propria. In 28 casi su 100 i cittadini, avuta notizia di tempi d'attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento (il 22,6% nel nord-ovest, il 20,7% nel nord-est, il 31,6% al centro e il 33,2% al sud). L'indagine è stata realizzata su un campione nazionale di 10 mila cittadini maggiorenni, statisticamente rappresentativo della popolazione. Transitano nella sanità a pagamento il 36,7% dei tentativi falliti di prenotare visite specialistiche (il 39,2% al centro e il 42,4% al sud) e il 24,8% dei tentativi di



prenotazione di accertamenti diagnostici (il 30,7% al centro e il 29,2% al sud). I Lea, a cui si ha diritto sulla carta, in realtà sono in gran parte negati a causa delle difficoltà di accesso alla sanità pubblica.

LISTE D'ATTESA – A volte lunghe come un'autostrada. Altre volte ferme, bloccate. Sono le liste d'attesa. In media, 128 giorni d'attesa per una visita endocrinologica, 114 giorni per una diabetologica, 65 giorni per una oncologica, 58 giorni per una neurologica, 57 giorni per una gastroenterologica, 56 giorni per una visita oculistica. Tra gli accertamenti diagnostici, in media 97 giorni d'attesa per effettuare una mammografia, 75 giorni per una colonscopia, 71 giorni per una densitometria

ossea, 49 giorni per una gastroscopia. E nell'ultimo anno il 35,8% degli italiani non è riuscito a prenotare, almeno una volta, una prestazione nel sistema pubblico perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. Ecco la insormontabile barriera all'accesso al sistema pubblico, che costringe a rivolgersi al privato anche per effettuare prestazioni necessarie prescritte dai medici.

PUBBLICO E PRIVATO – Il 62% di chi ha effettuato almeno una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha effettuata almeno un'altra nella sanità a pagamento: il 56,7% delle persone con redditi bassi, il 68,9% di chi ha redditi alti. Per ottenere le cure necessarie (accertamenti diagnostici, visite specialistiche,

prestazioni essenziali



analisi di laboratorio, riabilitazione, ecc.), tutti - chi più, chi meno - devono districarsi tra pubblico e privato, e quindi pagare di tasca propria per la sanità. E sono 13,3 milioni le persone che a causa di una patologia hanno fatto visite specialistiche e accertamenti diagnostici sia nel pubblico che nel privato, per verificare la diagnosi ricevuta. Combinare pubblico e privato è ormai il modo per avere la sanità di cui si ha bisogno. Spendere per la salute è ormai inevitabile e necessario per tutti.

IRASSEGNA TI - Difronte a una esigenza di salute stringente, molti cittadini si sono rassegnati, convinti che comunque nel pubblico i tempi d'attesa sono troppo lunghi. Nell'ultimo anno il 44% degli italiani si è rivolto di-

rettamente al privato per ottenere almeno una prestazione sanitaria, senza nemmeno tentare di prenotare nel sistema pubblico. È capitato al 38% delle persone con redditi bassi e al 50,7% di chi ha redditi alti. Ancora una volta: tutti, al di là della propria condizione economica, sono chiamati a mettere mano al portafoglio per accedere ai servizi sanitari necessari. Obbligo per tutti di spendere per la sanità.

Nel 2018 la spesa sanitaria privata è lievitata a 37,3 miliardi di euro: +7,2% in termini reali rispetto al 2014.

Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica ha registrato invece un -0,3%. La spesa privata riguarda prestazioni sanitarie necessarie o inutili? di sicuro tutte quelle svolte nel privato dopo il fallito tentativo di prenotazione nel sistema pubblico sono state prescritte da un medico.

Tra quelle effettuate direttamente nel privato hanno una prescrizione medica il 92,5% delle visite oncologiche, l'88,3% di quelle di chirurgia vascolare, l'83,6% degli accertamenti diagnostici, l'82,4% delle prime visite cardiologiche con ecg. Sono numeri che riguardano prestazioni necessarie, non un ingiustificato consumismo sanitario.

PS. COME ULTIMA SPIAGGIA - E il pronto soccorso diventa l'ultima spiaggia. Lo dicono i numeri e i giudizi. Il 48,9% dei cittadini che nell'ultimo anno hanno avuto una esperienza di accesso al pronto soccorso ha espresso un giudizio positivo (la percentuale sale al 54,5% al nord-est). Ma solo il 29,7% si è rivolto al pronto soccorso in una condizione di effettiva emergenza, per cui non poteva perdere tempo.

Mentre il 38,9% lo ha fatto perché non erano disponibili altri servizi, come il medico di medicina generale, la guardia medica, l'ambulatorio di cure primarie. Il 17,3% lo ha fatto perché ha maggiore fiducia nel pronto soccorso dell'ospedale rispetto agli altri servizi. Si tratta di una domanda sanitaria drogata dalle non urgenze, a caccia della migliore soluzione per il proprio problema, che trova impropriamente risposte nel pronto soccorso.

“Liste d'attesa, non ci sono scuse per le Regioni”



Lo studio Rbm-Censis fa andare su tutte le furie il ministro della Salute, Giulia Grillo. Ma non si fa cogliere impreparata e in una nota d'agenzia scarica tutto sulle Regioni. "C'è una quota di spesa privata a cui i cittadini ricorrono sia per una scelta autonoma che per lunghe liste d'attesa negli ospedali. Questo è un tema - ammette la Grillo - che ho fortemente cercato di risolvere e ora le Regioni hanno la possibilità di erogare le prestazioni in intramoenia o con delle convenzioni nel privato accreditato, facendo pagare solo il ticket al paziente. Io direi che non ci sono più scuse, è solo un problema organizzativo".

"C'è una grande differenza regionale e anche intra-regionale di tempi d'attesa", aggiunge il Ministro. "E' uno dei problemi principali. Poi, è giusto - ha detto ancora - che in un sistema libero, dove ci sono offerte di sanità privata, il cittadino può decidere di andare da un medico che lavora nel privato, ma va garantito a tutti l'accesso al Ssn e oggi, nonostante tutte le difficoltà, ci riusciamo; ma dobbiamo migliorare soprattutto sulle liste d'attesa e sul personale".

Politica Sanitaria

Attesa per la decisione del prossimo Tavolo tecnico. Il Governatore pronto con la carta bollata nel caso si continuasse con il regime di commissariamento.

De Luca avvisa il governo: “Pronto alle vie legali”

di Pino De Martino

A fine luglio ci sarà una nuova riunione del Tavolo tecnico sull'uscita della Campania dalla gestione commissariale. Potrebbe essere l'ultimo atto dopo 12 anni di gestione straordinaria. Il Governatore ci crede. Anzi ne è convinto. E se ciò non avvenisse sono già pronte le vie legali. A cominciare dal Capo del Governo **Giuseppe Conte**. *“Ho scritto al Presidente del Consiglio, dice lo stesso Governatore - per diffidare il governo dal proseguire il commissariamento della sanità. Il governo è in una posizione di illegalità. Abbiamo chiesto per quale motivo tengono ancora in piedi il commissariamento. Secondo la legge si mantiene il commissario se c'è un bilancio in deficit e non si raggiungono i livelli essenziali di assistenza. Da 5 anni il bilancio della sanità campana è in attivo e a gennaio - ha aggiunto De Luca - abbiamo raggiunto i livelli dei Lea richiesti. Dovete prendere atto che la Campania ha risolto dopo dieci anni i problemi, se proseguite il commissariamento passiamo sul piano penale, amministrativo e contabile”*.

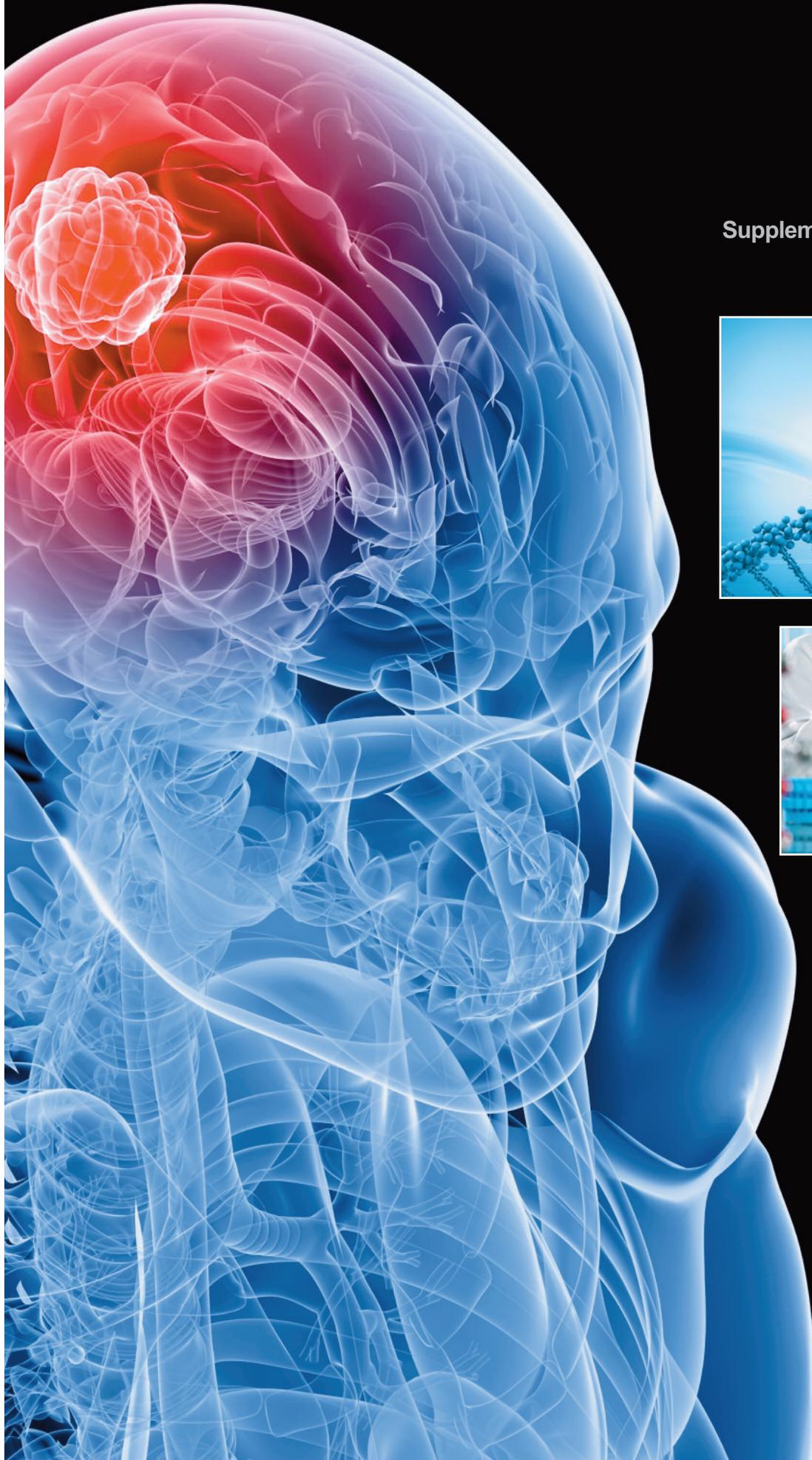
Febbrile attesa, dunque, a Santa Lucia. Ma anche volontà precisa e argomentazioni a sostegno della tesi che porta all'uscita dal commissariamento. *“Oggi non ci sono più i motivi perché abbiamo superato tutti i parametri. Abbiamo già fatto una diffida a Governo e ministro, siamo pronti a passare alle querele per abuso d'ufficio. In questi anni - sostiene De Luca - abbiamo fatto un miracolo. La Campania è la regione che ha meno soldi di tutte e ha avuto 3500 dipendenti in meno. Stiamo cercando di governare il sistema avendo due problemi: il primo è quello delle risorse finanziarie, se abbiamo le stesse risorse di Emilia, Lombardia e Veneto noi andiamo 10 passi avanti rispetto a quelle sanità. Il secondo ovviamente che siamo ancora una Regione commissariata e non abbiamo flessibilità nella gestione del bilancio, quindi siamo sottoposti al controllo pedante dei Ministeri dell'Economia e della Salute”*.

A confermare le buone ragioni del presidente De Luca è intervenuto qualche tempo fa il Ragioniere dello stato uscente, **Daniele Franco**. Infatti, durante una riunione tecnica al ministero dell'Economia, Franco avrebbe spiegato al titolare del dicastero, **Giovanni Tria**, che non ci sono spazi per il governo di nominare un nuovo commissario come invece chiede la responsabile della Salute, **Giulia Grillo**. *“La Regione Campania ha spiegato - grazie agli interventi fatti negli ultimi anni, ha migliorato sia la gestione finanziaria, sia la qualità delle prestazioni erogate». Di conseguenza, «ci sarebbero le condizioni per tornare alla gestione ordinaria”*.

Ma tra la Grillo e il Governatore non corre buon sangue. Nel corso

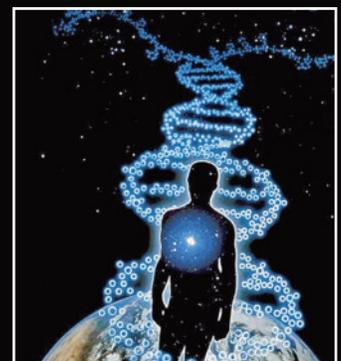


dell'ultima riunione del Tavolo tecnico (Aprile 2019, ndr) di monitoraggio sulla spesa, gestito collegialmente dai ministeri dell'Economia e della Salute, i tecnici del governo hanno riconosciuto a Palazzo Santa Lucia di aver rimesso a posto i conti (l'avanzo di amministrazione è di 30 milioni di euro), ma hanno pure sentenziato che gli indicatori sul rispetto dei Lea (i livelli essenziali di assistenza, quindi sulla qualità delle prestazioni) sarebbero sotto la quota minima di 160 punti, per la precisione a 153. Dal canto loro gli uomini di De Luca inviati in quel consesso, hanno replicato che dalle loro valutazioni nel primo trimestre l'indice dei Lea sarebbe salito a quota 164 punti e che a luglio - quando ci sarà la prossima riunione del tavolo - si arriverà a quota 170 punti. Un'autocertificazione che spinse **Garavaglia** a rinviare l'ultima parola sulla sanità campana proprio a luglio. Staremo a vedere.



NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



L'influenza della morte endouterina fetale sulla salute emotiva degli operatori sanitari

The impact of perinatal loss on the health professionals' emotional well-being

Autori: Dott.ssa Rita Pulpito*, Dott.ssa Graziana Cavone **, Dott.ssa Giusy Flavia Prussiano ***,
Dott. Silvio Simeone****, Dott.ssa Filomena Stile5*****

RIASSUNTO

INTRODUZIONE:

La morte endouterina fetale rappresenta un problema rilevante per la mortalità perinatale colpendo 2,6 milioni di famiglie ogni anno. Tale evento influenza anche il benessere psicofisico degli operatori sanitari ponendoli a rischio di sviluppare una Sindrome da Burnout

OBBIETTIVO:

Valutazione dell'influenza del percorso assistenziale in caso di morte endouterina fetale sulla salute emotiva degli operatori sanitari.

MATERIALI E METODI:

Indagine osservazionale multicentrica effettuata con campionamento di convenienza. Il campione risulta formato da 110 professionisti quali Ostetriche, Medici e medici in formazione. Si sono utilizzati il questionario di Ravaldi, l'Impact of Event Scale e la Maslach Burn-out Inventory.

RISULTATI:

Più della metà degli intervistati (60.9%) affermano di non aver ricevuto nessun tipo di preparazione se non quella post base acquisita autonomamente (54.5%). Dall'analisi dell'IES risulta che l'ostetrica sia la figura maggiormente colpita da sintomi da stress post traumatico in seguito ad assistenza in caso di MEF. Dall'analisi del MBI si nota come possa esserci una stretta correlazione tra MEF e Burnout in mancanza di una adeguata preparazione, in particolare nei medici in formazione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE:

Una formazione specifica nell'assistenza alle famiglie colpite da MEF può aiutare gli operatori sanitari nella gestione dell'evento.

PAROLE CHIAVE: *professionista sanitario, lutto perinatale, sindrome di Burnout, studi qualitativi, formazione*

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Fetal endouterine death is a significant problem for perinatal mortality affecting 2.6 million families each year. This event also influences the psychophysical well-being of health workers placing them at risk of developing a Burnout Syndrome

OBJECTIVE:

Evaluation of the influence of the care pathway in the event of fetal endouterine death on the health professionals' emotional well-being.

MATERIALS AND METHODS:

Multicentric observational survey carried out with convenience sampling. The sample consists of 110 professionals such as Midwives, Doctors and Post graduated. We used Ravaldi's questionnaire, the Impact of Event Scale and the Maslach Burn-out Inventory

RESULTS:

More than half of the respondents (60.9%) say they have not received any kind of preparation other than the basic post acquired independently (54.5%).

From the IES analysis it appears that the midwife is the figure most affected by post traumatic stress symptoms following assistance in case of MEF. An analysis of the MBI shows a close correlation between MEF and Burnout in the absence of adequate preparation, particularly in doctors in training.

DISCUSSION AND CONCLUSION:

Specific training in assisting families affected by MEF can help health professionals manage the event.

KEYWORDS: *health professional, perinatal loss, Burnout Syndrome, qualitative studies, training*

INTRODUZIONE

La morte endouterina fetale (MEF), rappresenta un problema rilevante di mortalità perinatale¹, oltre a essere un evento emotivo devastante per la madre²⁻³. La natimortalità colpisce circa 2,6 milioni di famiglie ogni anno¹, coinvolgendo il 6-7% di tutte le gravidanze^[10].

La MEF è uno dei maggiori problemi che l'ostetricia moderna si trova ad affrontare e ha diverse definizioni a seconda che si basi sull'età gestazionale, o sul peso del nato morto. L'OMS⁵ definisce col termine "morte in utero" tutte le perdite che avvengono dopo la 22esima settimana di gestazione. Tuttavia in ambito internazionale comunemente si tende ad utilizzare una definizione basata sul criterio del peso alla nascita superiore a 1000g o età gestazionale superiore a 28 settimane (morti in utero terzo trimestre)^[3].

In Italia il tasso di natimortalità varia da 2,86 a 4,7 nati morti ogni 10005, con una notevole variabilità geografica (con un tasso pari a 4,7/1000 in Sicilia e 3,6/1000 in Lombardia)^[5]

La morte in utero è ancora un evento sottostimato⁷, troppo spesso minimizzato in considerazione del fatto che il lutto dei genitori dopo la morte del loro bambino non è ancora legittimato o compreso né dai professionisti della salute, né dalle loro famiglie, né dalla società.^[6-7]

Se non adeguatamente affrontata, questa situazione può alterare l'equilibrio affettivo e psicologico dei genitori in maniera definitiva⁶. La perdita in epoca perinatale, infatti, rappresenta un fattore di rischio psicologico e comportamentale anche per le eventuali gravidanze successive, tanto da compromettere potenzialmente lo stile di attaccamento genitoriale in termini psico-affettivi al figlio successivo^[7-8].

La morte perinatale ha un profondo impatto anche sul benessere psicofisico degli operatori sanitari⁹: i sentimenti di tristezza, incompetenza e impotenza, vengono spesso celati per proteggere la propria immagine professionale^[9].

Le strategie frequentemente utilizzate per limitare la tensione emotiva, possono limitare l'impegno assistenziale verso il paziente⁹⁻¹⁰. Inoltre vi è una preoccupazione medico legale che frena gli operatori nel mostrare empatia^[9].

Un percorso condiviso per gli operatori che si trovano di fronte tale situazione, un supporto di tipo istituzionale, spesso assente, è invece ritenuto essenziale^[10].

La letteratura scientifica^[9-11-29-30] mostra come l'essenzialità della formazione circa la gestione del dolore da parte del personale possa influenzare la qualità delle cure erogate, il lavoro con i colleghi e l'intera organizzazione dello stesso processo assistenziale^[9-11].

Assistere una donna e una coppia colpita da morte perinatale può essere un'esperienza estremamente difficile e stressante per l'operatore sanitario, tanto da porre quest'ultimo a rischio di sviluppare una Sindrome da Burnout^[32].

Descritta dalla psichiatra Maslach^[32] come una sindrome multidimensionale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale, tale sindrome è caratterizzata da tre componenti: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione delle prestazioni personali. Causata da una condizione di sovraccarico cronico della

sfera interpersonale ed emotiva, riduce drasticamente la capacità di attendere ai propri compiti efficacemente^[29-31].

Obiettivo della ricerca

Finalità dello studio è valutare l'aspetto emotivo del personale sanitario dedito ad assistenza in caso di MEF.

MATERIALI E METODI

È stata condotta un'indagine osservazionale multicentrica. Si è utilizzato un campionamento di convenienza, contattando diverse Strutture Sanitarie distribuite sul territorio nazionale italiano. Sei delle venti strutture contattate hanno aderito allo studio: A.O.U. Policlinico di Bari, l'A.O.U. di Modena, l'A.O. "G. Brotzu" di Cagliari, l'A.O. "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, l'A.O.U. "Maggiore della Carità" di Novara e il P.O.R. "Umberto Parini" di Aosta. È stato raccolto consenso informato tra gli operatori di dette strutture, dopo aver ottenuto l'autorizzazione a procedere con lo studio da parte delle direzioni generali e sanitarie degli istituti coinvolti. Ai professionisti che hanno aderito oltre ad essere stato spiegato lo scopo dell'indagine è stato assicurato di potersi ritirare in qualsiasi momento. Ne è risultato un campione composto da 110 professionisti sanitari: Ostetriche, Medici e Medici in formazione. Lo studio rispetta i principi della Convenzione di Helsinki.

Criteri di inclusione

- Operatori sanitari disponibili alla partecipazione allo studio, previo consenso (ostetriche, medici e medici in formazione)
- Esperienza diretta di assistenza a MEF nell'ultimo semestre
- Perfetta comprensione della lingua italiana

Criteri di esclusione

- Operatori sanitari non disponibili alla partecipazione allo studio
- Ritiro dallo studio

Raccolta dati

I dati sono stati raccolti tramite la somministrazione, ad ogni partecipante, di uno specifico questionario elaborato da F. Ravaldi³⁵ atto a valutare la condotta e il bisogno di formazione dei professionisti sanitari nell'assistenza alle donne interessate da lutto perinatale e già adottato in un'indagine³⁵ condotta in Italia volta ad indagare i sintomi di Burnout tra gli operatori sanitari³⁵. Contemporaneamente sono state somministrate due Scale di valutazione l'Impact of Event Scale (IES)^[14-15] e la Maslach Burn-out Inventory (MBI)^[16]La diffusione degli strumenti d'indagine è stata possibile solo tramite le Direzioni sanitarie dei diversi presidi che hanno a loro volta provveduto ad inviarli tramite posta aziendale di ogni singolo operatore facendo confluire i dati in unico database, afferente alla piattaforma "Google Drive" e qui elaborati.

STRUMENTI

Il questionario elaborato da F. Ravaldi³⁵ è composto da quattro sezioni a risposta multipla, ed ha lo scopo di valutare la condotta dei professionisti sanitari nella cura delle donne interessate da un lutto perinatale e altresì il loro bisogno di formazione nella gestione dell'evento^[28].

L'Impact of Event Scale (IES)^[14-15], composta da 15 item con punteggio variabile da 0 a 4 indaga l'esperienza vissuta considerando l'intrusione e l'evitamento come modalità di risposta ad eventi di vita stressanti. Scala ampiamente utilizzata in letteratura²⁵(Cac-

continua da pagina 19

ciatore J,2007) è stata già validata per la popolazione italiana (Pierantonio F, 2003) [26].

La Maslach Burn-out Inventory (MBI), 16 finalizzata alla valutazione del burn-out nel personale che opera nei servizi sociosanitari [17]. Composta da 22 item che misurano le 3 dimensioni indipendenti della Sindrome di Burn-out, ovvero esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale. Ogni item è graduato da 0 a 6. La validità di tale strumento, risulta confermata anche sulla popolazione italiana [33].

RISULTATI

Lo studio vuole indagare come l'evento MEF possa influenzare la salute emotiva degli operatori sanitari ed il bisogno formativo richiesto dagli stessi al fine di garantire cure efficaci ed efficienti.

Dopo una breve descrizione sociodemografica del campione l'analisi dei risultati è stata suddivisa in sezioni.

Il nostro campione (**Tabella 1**) risulta composto da 110 professionisti con una maggiore prevalenza del sesso femminile (93.6%). L'età media riscontrata è di 31,3± 3,4 (20-50+).

In merito alla figura professionale quella maggiormente rappresentata è l'ostetrica (71,6%), seguita dallo specializzando (19,3%) ed infine dal medico (9,2%). In relazione all'anzianità di servizio, si riscontra, un'esigua percentuale di senior (27,3%) che ha dichiarato di lavorare da più di 20 anni contro poco meno della metà dei partecipanti (45,5%) con un'esperienza lavorativa da 1-5 anni.

SEZIONE A

Con il questionario di F. Ravaldi [35] si è indagato come l'aver fatto o meno formazione influisca sulla condotta del personale sanitario, e laddove ci sia stata, si è anche chiesto come è stata acquisita. Più della metà degli intervistati (60,9%) ha dichiarato di non averne ricevuta durante l'iter universitario, al contrario, invece, molti operatori (54,5%) hanno dichiarato di aver preso parte a corsi post base in merito. La conferma dell'importanza della formazione è stata la differenza significativa tra le risposte degli operatori. Ponendo

Tabella 1 Caratteristiche socio demografiche del campione.

TABELLA 1- CARATTERISTICHE GENERALI DEL CAMP		
SESSO	N	%
M	15	6.4
F	85	93.6
ETÀ 31,3±3,4 (20-50)*		
RUOLO		
Ostetrica	65	71.6
Medico	8	9.2
Specializzando	18	19.3
ANZIANITÀ		
	7,14±4,5 (1-20)*	
1-5	50	45.5
6-10	30	27.3
11-19	19	17.3
20+	11	10

*Mean±Standard deviation (range)

giare i genitori a vedere e toccare il bambino (66,6%), che non vengono invece attuate da chi non ha fatto formazione e che non adotta

mai questo tipo di comportamento sia nel primo (62%) che nel secondo caso (40%). (**Tabella 2**)

SEZIONE B- IMPACT OF EVENT SCALE (IES)

Con la somministrazione della Scala di valutazione (IES), si è voluto inda-

gare la correlazione tra sintomatologia e gravità dei sintomi correlati allo stress causato dall'evento traumatico dell'assistenza ad una paziente colpita da morte in utero. Sia la sintomatologia che la gravità risultano maggiormente presenti nelle ostetriche e nei medici che nei medici in formazione. In relazione alle categorie precedentemente analizzate, la natura dei sintomi da stress post-traumatico risulta essere più grave per le ostetriche (16,75%) e i medici strutturati (10,71%) mentre, nei medici in formazione tali sintomi sono di lieve entità (57,14%). (**Grafico 1**).

SEZIONE C – MASLACHBURN-OUT INVENTORY (MBI)

Con la Scala di valutazione (MBI) si è voluto indagare la presenza di eventuali sintomi di Burnout.

In merito alla gravità della sintomatologia, per quanto concerne il Burnout, invece, non sembra esservi una tendenza preponderante in relazione alla categoria professionale (**Tabella 3**).

Al contrario di quanto evidenziato nella sezione precedente si riscontra un alto tasso di Burnout appannaggio dei medici in formazione (57,14%).

DISCUSSIONE

Finalità dello studio è stata valutare l'influenza della MEF sulla salute emotiva degli operatori sanitari. Dall'analisi dei nostri risultati si evince come l'assenza di una formazione specifica post-base in merito all'assistenza alla famiglia colpita da MEF, possa influenzare la salute degli operatori. Questa nostra affermazione trova forte riscontro in letteratura [9-17-19], nello specifico viene enfatizzato come lacune nella formazione di base abbiano un impatto significativo sui professionisti, sia personalmente che professionalmente in merito alla qualità dell'assistenza erogata [17].

Dall'analisi dei dati del nostro studio risulta una maggiore partecipazione da parte della figura professionale dell'ostetrica (71,6%) con una scarsa presenza di operatori sanitari "senior" (27,3%) a favore di quelli più giovani con esperienza lavorativa da 1-5 anni (45,5%). In merito alla maggiore partecipazione della figura professionale ostetrica con anzianità di servizio >ai 5aa ritroviamo dati simili in letteratura [16]. In merito alla formazione del personale sanitario lo studio rispecchia quanto affermato in letteratura [7-9-11], ovvero una scarsità di formazione e training [22-23], evidenziando come più della metà degli intervistati sostenga di non aver ricevuto nes-

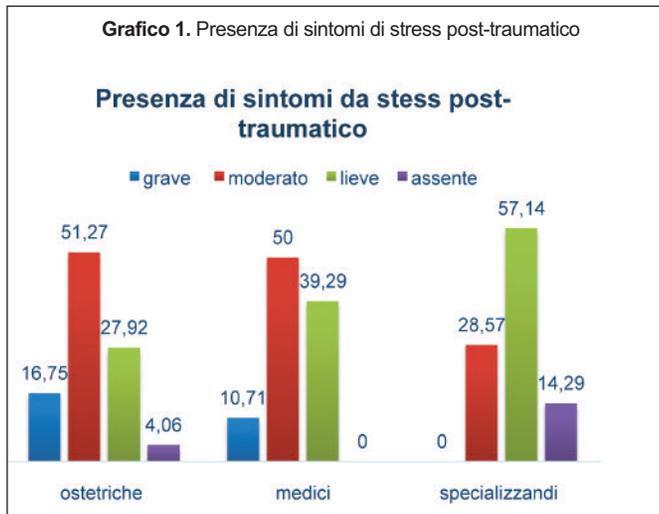
Tabella 2. Influenza della formazione sul comportamento assistenziale

	N	%
SESSO		
M	15	6.4
F	85	93.6
ETÀ 31,3±3,4 (20-50)*		
RUOLO		
Ostetrica	65	71.6
Medico	8	9.2
Specializzando	18	19.3
ANZIANITÀ		
	7,14±4,5 (1-20)*	
1-5	50	45.5
6-10	30	27.3
11-19	19	17.3
20+	11	10

*Mean±Standard deviation (range)

Supplemento Ricerca infermieristica

Grafico 1. Presenza di sintomi di stress post-traumatico



sun tipo di preparazione né universitaria (60,9%) né tanto meno aziendale e, che l'unica formazione è quella post-base fatta in modo autonomo (54,5%). A conferma di quanto appena detto, affrontare l'argomento durante gli anni di studio universitario non sembra essere sufficientemente efficace nel garantire una preparazione adeguata degli operatori [6 - 10]. Per questi ultimi, inoltre, fornire assistenza ad una donna con diagnosi di MEF è risultato essere un momento di forte stress e coinvolgimento emotivo, associato ad inadeguatezza nel fronteggiare l'evento [7-9]. A tal proposito ovunque, a livello globale [29 - 30], si sottolinea l'importanza della formazione, del supporto e della necessità di costituire strategie didattiche e metodi attivi di coping [29], come ad esempio il ricorso alla pratica del debriefing [30]. Le ostetriche sembrano essere la figura professionale più intensamente colpita dalla morte perinatale, in termini psicologici, in quanto essere la figura di riferimento nella gestione del parto [2-23].

Pur non avendo potuto eseguire statistica inferenziale sembra poter esserci una forte relazione tra evento traumatico e Burnout. Ciò, se confermato, potrebbe ulteriormente influenzare l'assistenza erogata. Professionisti maggiormente colpiti dai sintomi da stress post-traumatico sono le ostetriche (51,27%) in quanto hanno un forte impatto psicologico legato alla gestione di tale evento [24] tanto essere riconosciuto come una malattia professionale [19-23-24].

Dall'analisi si evince che il medico (50%) e l'ostetrica (51,27%) sono coinvolti allo stesso modo da sintomi da stress post-traumatico di tipo moderato, mentre i medici in formazione risultano essere meno coinvolti (28%). Infine, per quanto concerne la presenza o meno di sintomi legati al Burnout ritroviamo un ribaltamento dei risultati, con la figura del medico in formazione maggiormente colpita (57,14%), seguiti dai medici strutturati (55,27%) e dalle ostetriche (52,26%). Situazione differente, invece, si riscontra in uno studio australiano [29] (Mollart L., 2011) in cui, sebbene il campione

fosse rappresentato esclusivamente da ostetriche (152) e quindi non completamente sovrapponibile al nostro studio in virtù delle differenti professioni arruolate, si evidenzia la presenza di elevati livelli di Burn-out in due terzi dello stesso (60,7%) [29], dovuta all'assenza di una formazione specifica che permetta di affrontare l'evento.

Gli operatori sanitari in Burnout possono vedere limitate le proprie capacità comunicative [20 - 21], e non essere di conseguenza in grado di assistere in maniera adeguata la famiglia colpita dal lutto [20 - 21].

Limiti della ricerca

Lo studio presenta alcune limitazioni: campionamento di convenienza e quindi non rappresentativo dell'intero territorio nazionale; difficoltà burocratiche in merito all'autorizzazione alla raccolta dati. Una scarsa conoscenza delle apparecchiature informatiche da parte del personale, soprattutto medico, ha ostacolato la somministrazione dei questionari. Oltre ciò, si è presentato anche uno scarso interesse degli intervistati alla completa compilazione del questionario e Scale somministrate. Questa refrattarietà nel gestire una tale situazione, potrebbe riflettersi anche nell'erogazione dell'assistenza che si presenta frammentaria, fatta di informazioni discordanti e contraddittorie tra di loro causando non pochi disagi alla famiglia nell'affrontare una così delicata situazione.

CONCLUSIONI

La finalità dello studio è stato valutare la gestione dell'evento MEF a livello emotivo. L'alterazione emotiva del personale può modificare l'assistenza erogata. In quest'ottica si rende necessaria la realizzazione di specifici interventi mirati, da un lato, a garantire la migliore assistenza possibile, e dall'altro a sostenere correttamente le figure professionali coinvolte [7 - 11 - 16 - 21 - 24].

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse associati a questo studio.

* Docente a contratto presso Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" - Scuola di Medicina Corso di Laurea in Ostetricia. CPS Ostetrica presso P.O. "Valle d'Itria" - Martina Franca

** Laureata in Ostetricia presso Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" *** CPS Ostetrica presso P.O. "Valle d'Itria" - Martina Franca

**** Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

***** Docente a contratto presso Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" - Scuola di Medicina Corso di Laurea in Ostetricia. CPS Ostetrica presso P.O. "Valle d'Itria" - Martina Franca

* Corresponding Author: Dott.ssa **Filomena Stile**, Dipartimento di Ostetricia - P.O. "Valle d'Itria" - Martina Franca, Docente a contratto Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" (Italia).
e-mail: filo_memy@hotmail.it

Tabella 3. Presenza di sintomi di Burnout

	Ostetriche %	Medici %	Medici in formazione %
Alto	52.26	55.17	57.14
Medio	42.21	31.03	33.33
Basso	5.53	13.79	9.52

BIBLIOGRAFIA

1. Frederik Frøen J, Lawn Joy E, Heazel A. et al. Prevenire le morti in utero evitabili. *The Lancet*. 2016 .
2. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG*. 2014 Jul ;121(8):1020-8. doi: 10.1111/1471-0528.12695.
3. Li-Chun L. Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy A systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2014 Jun;53(2):141-5. doi: 10.1016/j.tjog.2014.
4. Shorey S, André B, Lopez V. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2017 Mar; 68:25-39. doi: 10.1016/j.
5. Lawn Joy E, Kinney M. La morte in utero - Un Executive Summary. *The Lancet*. 2011 April.
6. Chen FH, Hu WY. The impact of perinatal death on nurses and their coping strategies. *Hu Li Za Zhi*. 2013 Feb;60(1):87-91. doi: 10.6224/JN.60.1.87.
7. Ravaldi C. La morte perinatale: il ruolo terapeutico del personale medico e paramedico nel sostegno ai familiari. *Anep Italia*. 2016 March.
8. Markin RD, Zilcha-Mano S. Cultural processes in psychotherapy for perinatal loss: Breaking the cultural taboo against perinatal grief. *Psychotherapy (Chic)*. 2018 Mar;55(1):20-26. doi: 10.1037/pst0000122.
9. Diamond DJ, Diamond MO. Parenthood after reproductive loss: How psychotherapy can help with postpartum adjustment and parent-infant attachment. *Psychotherapy (Chic)*. 2017 Dec; doi: 10.1037/pst0000127.
10. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, Vannacci A. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*. 2018 Sep; doi: 10.1016/j.midw.2018.05.008.
11. Mollart L, Skinner VM, Newing C. et al. Factors that may influence midwives work-related stress and burn-out. *Women and Birth*. 2011.
12. Hunter A. Pregnancy loss and the death of a baby: Guidelines for professionals. IV edizione. Great Britain : Tantamount ; 2016.
13. Ravaldi C., Torrini D. et al. Vivere il lutto nella professione assistenziale. *Sequele post-traumatiche e rischio di burn-out negli operatori sanitari*. Psicobiettivo; 2009.
14. Thalhammer M, Paulitsch K. Burnout: a useful diagnosis?. *Neuropsychiatr*. 2014; doi: 10.1007/s40211-014-0106-x.
15. Maslach C., Leiter M.P. *Burnout e organizzazione: Modificare i fattori strutturati della motivazione al lavoro*. Trento: Erickson; 2000.
16. Sirigatti S, Stefanile C. (1993). *Adattamento e taratura per l'Italia*. In C. Maslach & S. Jackson, *MBI Maslach Burnout Inventory*. Manuale. (pp. 33-42). Firenze: Organizzazioni Speciali
17. Willis P. Nurses' Perspective on Caring for Women Experiencing Perinatal Loss . *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2019; doi: 10.1097/NMC.0000000000000490.
18. CiaoLapo ONLUS – BLOSSoM- Burnout after perinatal LOSS in Midwifery – Disponibile a : <https://www.surveymonkey.com/r/ciaolapo-blossom>. Ultimo accesso 06 maggio 2019.
19. Horowitz et al. Revised Impact of Event Scale– IES. 1979.
20. Christianson S, Marren J. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R). *MedsurgNurs*. 2012 Sep-Oct;21(5):321-2.
21. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, De Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017 Dec;7(1):71. doi: 10.1186/s13613-017-0293-2.
22. Chen L, Liu J, Yang H. et al. Work-family conflict and job burn-out among Chinese doctors: the mediating role of coping styles. *Gen Psychiatr*. 2018 Aug 21; doi: 10.1136/gpsych-2018-000004.
23. Cacciatore J. Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *Omega (Westport)*. 2007;55(1):71-90.
24. Pietrantonio F, De Gennaro L, Di Paolo MC, Solano L. The Impact of Event Scale: validation of an Italian version. *J Psychosom Res*. 2003 Oct.
25. Prentice TM, Gillam L. et al. The use and misuse of moral distress in neonatology. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2018 Feb;23(1):39-43. doi: 10.1016/j.siny.2017.09.007. Epub 2017 Sep 28.
26. Heazell AE, McLaughlin MJ. et al. A difficult conversation? The views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth. *BJOG*. 2012 Jul;119(8):987-97. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03357.x. Epub 2012 May 16.
27. Doherty J, Cullen S, Casey B. Bereavement care education and training in clinical practice: Supporting the development of confidence in student midwives. *Midwifery*. 2018 Nov;66:1-9. doi: 10.1016/j.midw.2018.06.026. Epub 2018 Jul.
28. Leinweber J, Creed DK, Rowe H, Gamble J. Responses to birth trauma and prevalence of post traumatic stress among Australian midwives. *Women Birth*. 2017 Feb;30(1):40-45. doi: 10.1016/j.wombi.2016.06.006. Epub 2016 Jul 15.
29. Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Nov 27;12:137. doi: 10.1186/1471-2393-12-137.
30. Peters MD, Lisy K et al. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women Birth*. 2015 Dec;28(4):272-8. doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.003. Epub 2015 Aug.
31. Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C et al. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011.

La correlazione tra Self-Efficacy e aderenza alla restrizione di liquidi nei pazienti in trattamento con emodialisi Una revisione della letteratura

Correlation between Self-Efficacy and adherence to fluid restriction in patients receiving haemodialysis. A literature review

Autori: Guillari Assunta*, Lanzuise Aniello**, Santopaolo Giuseppe***, Cristiano Domenico Ciro****, Damiano Francesco Ottaiano***, Teresa Rea*

RIASSUNTO

INTRODUZIONE:

La Malattia Renale Cronica è diventata un importante problema di salute globale, con una prevalenza che va da 8% a 16% nella popolazione adulta. Il paziente con Malattia Renale all'ultimo Stadio in trattamento con emodialisi, deve aderire ad una terapia complessa, impegnativa e di lunga durata. Il controllo dei fluidi nei pazienti in dialisi rappresenta un importante fattore predittivo di esito ma è una restrizione difficile da raggiungere. La percezione della self-efficacy risulta avere un ruolo fondamentale nell'aderenza terapeutica; pertanto l'obiettivo della revisione è stato quello di identificare le relazioni tra la self-efficacy nei soggetti in trattamento emodialitico e il livello di adesione al corretto introito di liquidi.

MATERIALI E METODI:

La revisione è stata condotta utilizzando il database PubMed, nel periodo tra gennaio 2007 ed agosto 2017. Sono stati inclusi studi primari, revisioni sistematiche e Linee Guida. Le parole chiave utilizzate sono state Malattia Renale allo Stadio Terminale; emodialisi, auto-efficacia; restrizione di liquidi.

RISULTATI/DISCUSSIONE:

Dalla revisione è emerso che la self-efficacy è stata positivamente correlata con la cura di sé. Pertanto è necessaria la rilevazione del livello di self-efficacy per la valutazione predittiva dell'aderenza alla restrizione dei liquidi. Programmi di miglioramento, di autogestione e di auto-efficacia possono influenzare l'aderenza al controllo di liquidi nei soggetti affetti da malattia renale cronica in trattamento emodialitico.

PAROLE CHIAVE: *Malattia Renale allo Stadio Terminale; Emodialisi, Auto-efficacia; Restrizione di liquidi*

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Chronic kidney disease has become a major global health issue, with a prevalence ranges from 8% to 16% in the adult population. A patient with End-Stage Kidney Disease receiving haemodialysis must adhere to complex, challenging and long-lasting therapy. Fluid control in patients on dialysis is an important predictor of outcome but is a difficult restriction to achieve. The perception of self-efficacy turns out to have a fundamental role in therapeutic adherence. Therefore, the aim of this review was to identify the relation between self-efficacy in patients undergoing haemodialysis and the compliance to a correct fluid intake.

MATERIAL AND METHODS:

The review was performed through the PubMed database, in the period from January 2007 to August 2017. Primary studies, systematic reviews and Guide Lines have been included. Keyword used were End-Stage Kidney Disease; haemodialysis; self-efficacy; fluid restriction.

RESULTS/DISCUSSION:

The review showed that self-efficacy has been positively associated to the self-care. It is therefore necessary to detect the self-efficacy level to make a predictive assessment of the compliance to fluid restrictions. Improvement, self-management and self-efficacy programs can influence the adherence to the fluid control in End-Stage Renal Disease patients on haemodialysis.

KEYWORDS: *End Stage Renal Disease; Hemodialysis; Self-Efficacy; Fluid intake restriction.*

continua da pagina 23

INTRODUZIONE

La Malattia Renale Cronica (MRC) rappresenta oggi un problema rilevante nel mondo ^[1-4], con una prevalenza che va dall'8% al 16% nella popolazione adulta ^[3].

Lo stadio terminale di tale patologia (End Stage Renal Disease o ESRD) è generalmente definito dal ricorso a terapia dialitica o al trapianto di rene per consentire il proseguimento della vita ai soggetti che ne sono affetti. A livello mondiale, il numero di persone che riceve la terapia sostitutiva renale (RRT) è stimato in oltre 1,4 milioni, con un'incidenza in crescita di circa l'8% all'anno.

Alla fine del 2014 erano circa 3.346.000 persone ad aver avuto diagnosi di malattia renale cronica allo stadio terminale (ESRD); di queste, 2.358 milioni di persone, sono state trattate in 36.000 centri di dialisi. Vi è una crescita annua del trattamento emodialitico del 6,5% a livello mondiale^[5].

Trattamento risolutivo è rappresentato dal trapianto di rene ^[6], ma oltre ad essere complesso da attuare e costoso, non tutti i pazienti possiedono i requisiti per essere candidati al trapianto; per la RRT si stima una spesa annuale di circa 50.000 dollari in Europa^[1]. Il paziente con malattia cronica all'ultimo stadio (ESRD) in trattamento con emodialisi, deve aderire ad una terapia complessa, impegnativa e di lunga durata, caratterizzata da uno schema dietetico restrittivo e da una cospicua assunzione di farmaci e deve, inoltre, modificare il proprio stile di vita^[7].

La restrizione di liquidi è una delle principali indicazioni di cui la persona nefropatica con diuresi contratta necessita per il corretto mantenimento del bilancio idrico, proprio perché, nonostante le sedute dialitiche comportino una perdita di liquidi, la riduzione di questi ultimi, sia per il ridotto quantitativo che per la moderata velocità non dannosa, risulta insufficientemente apprezzabile per il mantenimento dell'equilibrio idrico.

La mancata aderenza alla restrizione di liquidi in soggetto sottoposto a trattamento dialitico per malattia renale cronica significa un aumento incontrollato dei liquidi presenti nell'organismo.

Quindi un aumento del peso corporeo oltre il 4,5% del peso totale post dialisi con

l'assunzione di oltre 1 l di liquidi può determinare una ritenzione idrica che è causa di scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa che aumenta sensibilmente il rischio di malattie cardiovascolari come ictus cerebrale e infarto del miocardio, oltre al peggioramento della malattia renale attraverso il danneggiamento dei glomeruli renali. Il tutto può essere preceduto da una sintomatologia di nausea, crampi muscolari e vertigini^[8].

La percezione della self-efficacy gioca un ruolo fondamentale nell'aderenza terapeutica^[9]; una persona con una bassa autosufficienza raramente cerca di fare un qualsiasi sforzo per soddisfare un nuovo comportamento di salute o per alterare un comportamento a cui sono abituati ^[5].

L'auto-efficacia, o self-efficacy, è la convinzione di una persona sulla sua capacità di svolgere un compito o di affrontare le sfide della vita ^[10], ovvero la forza della propria convinzione nella propria capacità di completare i compiti e raggiungere gli obiettivi^[11-12].

Come per quasi tutte le patologie croniche e per il mantenimento di un corretto stato di salute prestare attenzione ai rischi per la salute e allo stile di vita personale sono aspetti fondamentali ^[13,14]. I comportamenti che promuovono la salute sono comportamenti o azioni che le persone svolgono perché tendono a migliorare il loro stato di salute ^[15,16].

La promozione della salute comporta una significativa riduzione delle spese per l'assistenza sanitaria e sociale ^[17].

Secondo OMS dal 70 all'80% della mortalità nei paesi sviluppati e dal 40 al 50% della mortalità nei paesi in via di sviluppo sono dovute a malattie legate allo stile di vita. Per tale motivo l'obiettivo più importante dell'organizzazione è mantenere e migliorare uno stile di vita sano ^[18]. Da un'analisi della letteratura scientifica è emerso che la valutazione accurata delle abilità e della capacità di autogestione è cruciale per l'effettiva efficacia dell'intervento sanitario.

Nei loro studi, Du ^[19] e Chiou ^[20] hanno dimostrato che la chiave per promuovere l'autogestione è la collaborazione tra personale sanitario e i pazienti e che le attività di questa partnership comprendono, tra le altre, la valorizzazione della valutazione della self-

efficacy, con l'obiettivo di creare cambiamenti positivi nel comportamento e promuovendo l'interpretazione e la segnalazione dei sintomi riferibili ad una minor aderenza restrittiva. Poiché quest'ultima risulta essere disattesa in un numero di pazienti pari in percentuale al 50% ^[21], ne consegue che la gestione della malattia renale passa attraverso la rilevanza che riveste l'educazione sanitaria in correlazione alla self-efficacy ^[22] e che essa risulta ricoprire un ruolo significativo per il controllo e la gestione e nel trattamento della malattia cronica renale.

La misurazione della self-efficacy promuove, dunque, una maggiore efficacia gestionale della patologia renale con riduzione delle conseguenze sintomatologiche e fisiopatologiche connesse, oltre a rappresentare, nell'accezione di indicatore, uno stato di valutazione, o integrazione, degli interventi educativi e relazionali.

Come finora è emerso, l'importanza dell'educazione e dell'aderenza al piano nutrizionale nel paziente emodializzato risulta essere di fondamentale importanza, dalla letteratura è ampiamente emerso quali siano i principali impedimenti dell'educazione ai pazienti, quali siano le principali complicanze derivanti da una non aderenza e quali siano i vantaggi di un efficace educazione/informazione al paziente. Tuttavia in letteratura non emergono indicazioni sulle strategie da seguire per raggiungere un'aderenza ottimale e gli studi in letteratura che rilevano i metodi più efficaci per educare i pazienti risultano tutt'ora limitati e poco chiari.

2.2 MATERIALE E METODI

L'obiettivo della revisione è stato quello di identificare le relazioni tra la self-efficacy nei soggetti in trattamento emodialitico e il livello di adesione al corretto introito di liquidi.

Quesito di ricerca

Quale correlazione esiste tra l'aderenza alla restrizione di liquidi ed il livello di self-efficacy nei soggetti in trattamento con emodialisi per malattia renale cronica?

Elementi del PICO (Tab 1). Il PICO specifica la tipologia del paziente, l'intervento, eventuale intervento di comparazione e gli esiti.

Il processo di revisione è stato condotto

Supplemento Ricerca infermieristica

seguendo le seguenti cinque fasi: identificazione del problema di ricerca, ricerche bibliografiche, la valutazione dei dati, l'analisi dei dati e la presentazione della sintesi dei risultati. Individuato il problema di ricerca, la seconda fase è stata la ricerca della letteratura. La ricerca è stata condotta utilizzando il database PubMed. I termini MeSH di ricerca inclusi, come Chronic Kidney Disease, Self-Care, Self-Efficacy, Education, Barriers To Dietary Restriction, Barriers To Fluid Restrictions, Hemodialysis e Nursing, sono stati combinati tra di loro con l'utilizzo di operatori booleani. I limiti per la ricerca elettronica erano che gli articoli dovevano essere pubblicati in lingua inglese o italiano

Tab 1 P.I.C.O.

P (Paziente)	Paziente sottoposto a emodialisi
I (Intervento)	Strategie educative per migliorare l'aderenza al regime dietetico
C (comparazione)	livello di self-efficacy
O (Esito)	Maggiore efficacia nei comportamenti di self-care nella malattia renale cronica

nella ricerca e recupero dei full text. Tutti i full text sono stati a loro volta valutati in base ai criteri generali e specifici di inclusione/esclusione (**vedi Tab. 4**) per identificare quelli eleggibili per la revisione. La ricerca bibliografica è stata condotta dal

giorno 3 aprile 2017 al giorno 31 agosto 2017. I 72 articoli iniziali sono stati selezionati in quattro fasi, in base al titolo (n = 17), all'abstract (n = 10), ai full-text (n = 2) e utilizzo criteri di inclusione e criteri di esclusione (n = 39). Ciò ha portato alla selezione di 4 articoli (**vedi Tab. 5**)

2.3 ANALISI DEI RISULTATI

Le fonti selezionate hanno permesso l'acquisizione dei dati necessari allo sviluppo

del quesito posto, rilevando la correlazione tra la self-efficacy e l'aderenza alla restrizione di liquidi nei soggetti con malattia renale cronica vertendo sulla valutazione della self-efficacy e l'educazione sanitaria

dell'équipe di dialisi in riferimento all'accredimento dell'autoefficacia attraverso l'incoraggiamento.

L'aderenza del soggetto emodializzato rispetto la dieta idrica risulta essere un problema clinico importante per favorire l'efficacia nel trattamento terapeutico e la prevenzione di complicanze.

La valutazione della self-efficacy è un

processo strategico nella gestione della malattia renale cronica in trattamento emodialitico perché favorisce l'aderenza terapeutica in fatto di bilancio idrico, responsabile di complicanze nel trattamento della patologia renale. Gli studi hanno mostrato le aspettative rispetto gli outcome e l'influenza della self-efficacy circa l'aderenza terapeutica. La compliance dei soggetti emodializzati può dipendere sia da fattori individuali come la presenza di comorbidità, status socio-economico svantaggiato, ansia o depressione che da fattori di supporto come la rete familiare o sociale e dell'équipe sanitaria con una corretta educazione terapeutica. Infatti negli studi selezionati si è posta l'attenzione sui fattori e gli effetti della self-efficacy dei soggetti con malattia renale cronica, sulle caratteristiche dei soggetti con difficoltà nell'adesione terapeutica, sul rapporto tra la non-aderenza fluida, i sintomi depressivi, e i benefici dell'esercizio fisico, e sul rapporto tra l'incoraggiamento del personale della dialisi e l'aderenza terapeutica.

Dallo studio di Shu-Fang Vivienne Wu et al.^[23] condotto su 247 soggetti con malattia renale cronica è emerso che l'autoefficacia è un mediatore cruciale tra la conoscenza e la cura di sé. Pertanto gli operatori sanitari devono offrire strategie che possono migliorare l'autoefficacia al fine di aumentare e favorire i comportamenti curativi e terapeutici per la gestione della malattia renale cronica. Risultati simili sono stati evidenziati dallo studio di Yokoyama Y et al.^[24] condotto su 72 soggetti emodializzati, rilevando l'importanza dell'incoraggiamento del personale di dialisi per migliorare l'adesione terapeutica all'assunzione di liquidi.

Una minor aderenza terapeutica è stata dimostrata in soggetti giovani^[25] e/o con depressione^[26]. (**Tabella 5**)

2.4 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il cambiamento del comportamento, com-

DATABASE	STRINGA DI RICERCA	RISULTATI
PubMed	("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] OR ("renal"[All Fields] AND "insufficiency"[All Fields] AND "chronic"[All Fields]) OR "chronic renal insufficiency"[All Fields] OR ("chronic"[All Fields] AND "kidney"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "chronic kidney disease"[All Fields] AND ("self efficacy"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "efficacy"[All Fields]) OR "self efficacy"[All Fields]) AND ("self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields]) AND ("haemodialysis"[All Fields] OR "renal dialysis"[MeSH Terms] OR ("renal"[All Fields] AND "dialysis"[All Fields]) OR "renal dialysis"[All Fields] OR "hemodialysis"[All Fields])	62
	("renal insufficiency, chronic"[MeSH Terms] OR ("renal"[All Fields] AND "insufficiency"[All Fields] AND "chronic"[All Fields]) OR "chronic renal insufficiency"[All Fields] OR ("chronic"[All Fields] AND "kidney"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) AND (barriers[All Fields] AND ("diet"[MeSH Terms] OR "diet"[All Fields] OR "dietary"[All Fields]) AND restrictions[All Fields] AND ("haemodialysis"[All Fields] OR "renal dialysis"[MeSH Terms] OR ("renal"[All Fields] AND "dialysis"[All Fields]) OR "renal dialysis"[All Fields] OR "hemodialysis"[All Fields])	6
	Encouragement[All Fields] AND (Fluid[All Fields] AND ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "control"[All Fields] OR "control groups"[MeSH Terms] OR ("control"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "control groups"[All Fields])) AND ("haemodialysis"[All Fields] OR "renal dialysis"[MeSH Terms] OR ("renal"[All Fields] AND "dialysis"[All Fields]) OR "renal dialysis"[All Fields] OR "hemodialysis"[All Fields])	4

tra gennaio 2007 e Agosto 2017. Sono stati considerati gli studi che rispondono alle ipotesi di ricerca bibliografica. Sono stati inclusi studi primari, revisioni sistematiche e Linee Guida (**vedi Tab.2 – Stringhe di ricerca e Tab. 3 Strategie di ricerca**). Gli abstracts sono stati valutati in base ai criteri di inclusione e di esclusione di seguito descritti al fine di determinare se proseguire o meno

continua da pagina 25

Tab 3 Strategie di ricerca

DATABASE	KEYWORDS	LIMITI IMPOSTATI	RISULTATI
PubMed	Chronic kidney disease AND self-efficacy AND self care AND Hemodialysis	Last 10 years Human species Age > 19 years Sex: female male Languages: English, French, Italian Abstract disponibile Full text disponibile	27
	Chronic kidney disease AND barriers to dietary restrictions AND hemodialysis	Last 10 years Human species Age > 19 years Sex: female male Languages: English, French, Italian Abstract disponibile Full text disponibile	3
	Encouragement AND Fluid Control AND hemodialysis	Last 10 years Human species Age > 19 years Sex: female male Languages: English, French, Italian Abstract disponibile Full text disponibile	3

presa l'alterazione del comportamento disadattivo, è una sfida per i pazienti, per la loro famiglia e per i professionisti. Dalla letteratura è emerso che la self-efficacy ha un effetto positivo sui comportamenti sanitari, l'auto-gestione della malattia, e la condizione di salute per i pazienti con malattie croniche. Lo scopo della revisione è stato quello di individuare la correlazione tra l'aderenza al controllo di liquidi e la self-efficacy. Dalla revisione è emerso che l'auto-efficacia è stata positivamente correlata con la cura di sé e che programmi di miglioramento di autogestione e di auto-efficacia possono influenzare l'aderenza al controllo di liquidi nei soggetti affetti da malattia renale cronica in

tanza dell'educazione sanitaria per migliorare la self-efficacy.

L'infermiere, come membro dell'equipe sanitaria di dialisi, deve partecipare attivamente a questo processo educativo, non solo in quanto previsto dal profilo professionale regolamentato dal D.P.R. 739/94 attraverso la definizione dell'assistenza infermieristica come preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, e di natura tecnica, relazionale ed

trattamento emodialitico. I fattori che influenzano l'aderenza sono dati da caratteristiche individuali come l'età, il sesso, e dalla percezione del proprio stato di salute e da variabili psicosociali. Le fonti selezionate, evidenziano in maniera netta l'impor-

educativa, ma proprio perché l'utilizzo di interventi educativi permette agli assistiti di modificare un inadeguato stile di vita con abitudini che rispecchiano le indicazioni terapeutiche necessarie per il controllo e la gestione della malattia renale cronica.

Gli studi hanno mostrato una necessità di intervento educativo, fornendo reali evidenze sull'efficacia degli interventi designati a portare un cambiamento comportamentale

Tab 4 Tabella criteri di inclusione ed esclusione

	INCLUSIONE	ESCLUSIONE
Popolazione	Soggetti in trattamento emodialitico	Soggetti con nefropatia lieve non soggetta a dialisi o in dialisi peritoneale
Intervento	Valutazione del livello di aderenza terapeutica e di autoefficacia	Esclusi soggetti non autosufficienti o con deficit cognitivo
Tipologia di studi/diseño di studio	-Revisioni sulla valutazione dell'aderenza terapeutica e della self efficacy. -Studi correlazionali sull'impiego degli strumenti di valutazione dell'aderenza terapeutica e della self-efficacy -Studi di validazione di scale -Revisioni sistematiche e analitiche della letteratura, RCT, studi osservazionali, longitudinali, trasversali, multicentrici e monocentrici.	Esclusi tutti i documenti che non trattano della valutazione dell'aderenza terapeutica e della self efficacy.
Focus tematico	Aderenza terapeutica nella restrizione di liquidi e self-efficacy	Esclusi articoli non avente come focus l'aderenza terapeutica
Anno	La produzione degli ultimi 10 anni (dal 2007).	Esclusi studi precedenti al 2007
Lingua	Italiana, francese, inglese	

e a favorire l'autogestione e l'autoefficacia. Gli infermieri, quindi, nel rispetto della propria mission professionale, aumenteranno la probabilità di adesione terapeutica dei pazienti in dialisi instaurando un rapporto professionale di fiducia che miri a fornire all'assistito un'educazione sanitaria, un supporto e un incoraggiamento continuativo nel tempo.

Infatti, una buona relazione tra paziente e provider di assistenza insieme all'utilizzo dell'ascolto attivo e delle abilità comunicative sono fondamentali per coinvolgere gli individui, affetti da patologie croniche, nella cura di sé. Si ritiene che ulteriori studi debbano essere compiuti per valutare gli interventi di un team multidisciplinare a favore dell'incremento della self-efficacy, con un campione rilevante e un coinvolgimento dei caregiver. Negli individui in trattamento emodialitico si ritiene necessaria la misurazione delle capacità cognitive, attraverso uno strumento di indagine standardizzato e utilizzabile allo scopo predittivo, per la valutazione dell'aderenza terapeutica che possa indirizzare gli operatori sanitari nell'attuazione di specifiche azioni educative.

Tabella 5 -selezionati Studi selezionati

Studi	Metodo di ricerca	Campione	Obiettivo	Risultati
Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator Autori:Shu-Fang Vivienne Wu, Nan-Chen Hsieh, Li-Ju Lin and Juin-Ming Tsai	Studio trasversale multicentrico	247 soggetti con malattia renale cronica stadi 1-5	Indagare sui fattori e gli effetti della self-efficacy dei soggetti con malattia renale cronica	L'autoefficacia è stato un mediatore cruciale tra la conoscenza e la cura di sé. Pertanto gli operatori sanitari dovrebbero offrire strategie che possono migliorare l'autoefficacia al fine di aumentare e favorire i comportamenti curativi e terapeutici per la gestione della malattia renale cronica
Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers Autori: Clark-Cutaia MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevik MA.	Studio RCT multicentrico	122 soggetti emodializzati	Identificare le caratteristiche dei soggetti emodializzati che hanno probabilmente difficoltà ad aderire alle restrizioni di sodio associate al loro regime dietetico	I partecipanti più giovani e di sesso femminile hanno avuto maggiori problemi nel rispettare le restrizioni della dieta. I pazienti più giovani e le donne vanno incontro a maggiori difficoltà ad aderire alle restrizioni dietetiche
Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis: a cross-sectional study Autori: Khalil AA, Darawad M, Al Gamal E, Hamdan-Mansour AM, Abed MA	Studio trasversale	190 soggetti emodializzati in stadio finale	Fornire una panoramica sul rapporto tra la non-aderenza dietetica e fluida, e i sintomi depressivi, e i benefici dell'esercizio fisico nei pazienti giordani con malattie renali, stadio finale in trattamento emodialitico	Solo il 27% dei soggetti ha mostrato pieno impegno per le linee dietetiche. La depressione ha avuto un'associazione negativa significativa con la qualità della vita.
Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis Autori: Yokoyama Y, Suzukamo Y, Hotta O, Yamazaki S, Kawaguchi T, Hasegawa T, Chiba S, Moriya T, Abe E, Sasaki S, Haga M, Fukuhara S	Studio trasversale	72 soggetti emodializzati di cui 45 uomini e 27 donne	Descrivere il rapporto tra l'incoraggiamento del personale della dialisi e l'aderenza al controllo del fluido del paziente in trattamento emodialitico	L'incoraggiamento del personale di dialisi è importante per migliorare l'adesione al controllo dei liquidi

Supplemento Ricerca infermieristica

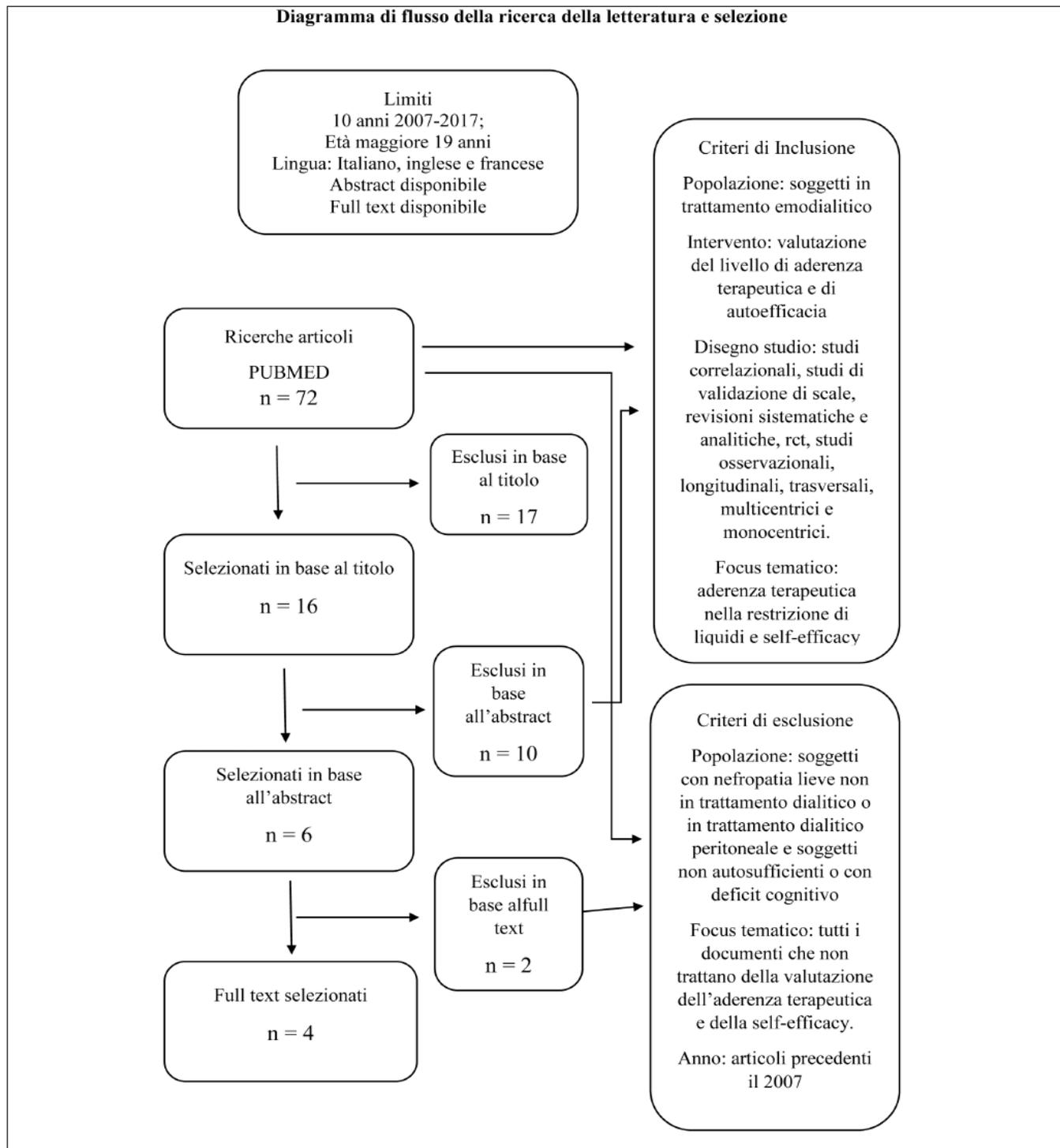
* Dipartimento di Sanità Pubblica,
AOU Federico II di Napoli
** Direzione Infermieristica P.O.S.
Maria della Pietà, Camilliani Casoria (NA)

*** Infermiere Libero Professionista
**** U.O. di Pediatria, P.O.S.
Maria della Speranza, Battipaglia (SA)
Corresponding Author: **Guillari Assunta**,

Dipartimento di Sanità Pubblica,
A.O.U. Federico II di Napoli (Italia).

e-mail: aguillari70@gmail.com

Diagramma di flusso della ricerca della letteratura e selezione



continua da pagina 27

BIBLIOGRAPHY

1. Najafi, A., Peritoneal dialysis in Iran & world. Tehran, Pel Publication, 2013. 36.
2. Mahmood, U., et al., Spectrum (characteristics) of patients with chronic kidney disease (CKD) with increasing age in a major metropolitan renal service. *BMC Nephrol*, 2017. 18(1): p. 372.
3. Jha, V., et al., Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*, 2013. 382(9888): p. 260-72.
4. Cass, A., et al., The economic impact of end-stage kidney disease in Australia: Projections to 2020. Melbourne: Kidney Health Australia, 2010.
5. Kiajamali, M., et al., Correlation between social support, self-efficacy and health-promoting behavior in hemodialysis patients hospitalized in Karaj in 2015. *Electron Physician*, 2017. 9(7): p. 4820-4827.
6. Zeighami, M.S., F. Asadifard, and B.T. Bahrami, Distressing symptoms among patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis and its relationship with quality of life. 2013.
7. John, A., et al., The relationship between self-efficacy and fluid and dietary compliance in hemodialysis patients. *Clinical Scholars Review*, 2013. 6(2): p. 98-104.
8. Lurati, C. and R. Grilli, L'alimentazione della persona in trattamento dialitico. *Agorà*, 2013. 53: p. 50-51.
9. Rambod, M. and F. Rafii, Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010. 42(3): p. 242-249.
10. Bandura, A., *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. 2000, Trento: Erickson.
11. Bandura, A., Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 1977. 84(2): p. 191.
12. Abdolahi, B., The role of self-efficacy in empowering employees. *Tadbir, a Monthly Magazine on Management*, 2006. 21(168): p. 35-40.
13. Haddad, L., et al., A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Public Health Nursing*, 2004. 21(1): p. 85-90.
14. Hosseini, M., et al., Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of tehran city in 2013. *Global journal of health science*, 2015. 7(2): p. 264.
15. Hosseini, M., et al., Health-promoting behaviors in persons admitted to the health center selected in Tehran. 2014.
16. Peterson, S.J. and T.S. Bredow, *Middle range theories: application to nursing research*. 2009: Lippincott Williams & Wilkins.
17. Mohammadian, H., et al., Evaluation of pender's health promotion model in predicting adolescent girls' quality of life. Article in [Persian]. *Sci J School of Public Health Institute Public Health Res*, 2011. 8(4): p. 1-13.
18. Davaridolatabadi, E. and G. Abdeyazdan, The Relation between Perceived Social Support and Anxiety in Patients under Hemodialysis. *Electron Physician*, 2016. 8(3): p. 2144-9.
19. Du, S. and C. Yuan, Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. *International nursing review*, 2010. 57(2): p. 159-167.
20. Chiou, C.-P., Y.-C. Lu, and S.-Y. Hung, Self-management in patients with chronic kidney disease. *Hu Li Za Zhi*, 2016. 63(2): p. 5.
21. Chan, M., F.K. Wong, and S.K. Chow, Investigating the health profile of patients with end-stage renal failure receiving peritoneal dialysis: a cluster analysis. *Journal of clinical nursing*, 2010. 19(5-6): p. 649-657.
22. Enworom, C.D. and M. Tabi, Evaluation of Kidney Disease Education on Clinical Outcomes and Knowledge of Self-Management Behaviors of Patients with Chronic Kidney Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 2015. 42(4).
23. Wu, S.F.V., et al., Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. *Journal of clinical nursing*, 2016. 25(17-18): p. 2609-2618.
24. Yokoyama, Y., et al., Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*, 2009. 36(3): p. 289-97.
25. Clark-Cutaia, M.N., et al., Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers. *J Ren Nutr*, 2014. 24(2): p. 92-9.
26. Khalil, A.A., et al., Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 2013. 22(1-2): p. 127-136.

PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

NORME EDITORIALI

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

L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori che, nel rispetto delle vigenti leggi sulla privacy, devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, mail dell'autore per corrispondenza.

Gli articoli devono essere inviati in WORD e strutturati secondo il seguente schema: 1) Riassunto; 2) Parole chiave (max 5); 3) Introduzione; 4) Obiettivi; 5) Materiali e Metodi; 6) Risultati; 7) Discussione; 8) Conclusioni; 9) Bibliografia. La lunghezza dell'articolo non deve superare i 15.000 caratteri, spazi inclusi. Gli articoli vanno accompagnati da un Riassunto significativo in italiano (max 250 parole) strutturato in: Introduzione, Obiettivo/Scopo, Metodo, Risultati e Discussione/Conclusioni. Non deve presentare abbreviazioni.

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi solo gli autori citati nel testo. Tutti gli articoli devono essere supportati da aggiornate referenze bibliografiche. L'accuratezza delle citazioni bibliografiche e della bibliografia sono requisiti indispensabili ai fini della pubblicazione. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi. I rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo 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 G.J. Reefer madness-the federal response to California's medical-marjunana laW. N Engl J Med 1997;337:545-53.

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

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

Notizie dall'Ordine

“La sanità non funziona senza i

Celebrata in piazza a Napoli con gazebo per prevenzione e manovre salvavita, la Giornata internazionale dell'Infermiere.

“La sanità non funziona senza infermieri”. È lo slogan che ha accompagnato la campagna di comunicazione lanciata in occasione del 12 maggio, data in cui in tutto il mondo si celebra la Giornata Internazionale dell'Infermiere. Una campagna all'insegna delle competenze avanzate e della crescita professionale degli infermieri, come hanno ricordato la Presidente Fnopi Barbara Mangiacavalli e il Presidente Opi Napoli Ciro Carbone: “Intendiamo comunicare correttamente ciò che siamo e che rappresentiamo nella realtà di tutti i giorni agli occhi dei cittadini: la migliore risposta a posizioni che ostacolano il cambiamento e che non tengono conto dei progressi intervenuti negli ultimi anni”, ha detto la Mangiacavalli. Da parte sua Carbone ha sottolineato l'impegno nel sociale degli infermieri di Napoli: “Nel corso della settimana che ci ha portati fino a domenica 12 maggio con un presidio in via Luca Giordano – ha sottolineato Ciro Carbone – abbiamo dato vita ad un autentico programma di comunicazione sociale. Abbiamo voluto comunicare con le immagini, anche sul nostro sito (<http://www.opinapoli.it/>) significative attività nelle quali gli infermieri di Napoli sono impegnati. Mansioni che dimostrano l'alto livello di competenza e di professionalità raggiunti, insieme con l'impegno civico e umano che da sempre denota la professione infermieristica”.

A partire dalle 8 del mattino, gli infermieri di Napoli, con un'alta partecipazione del Consiglio direttivo di Napoli, sono stati in via Luca Giordano (altezza scuola Vanvitelli). “Siamo qui per diffondere la cultura della prevenzione e dell'educazione sanita-

ria, mettendo a disposizione dei cittadini napoletani le proprie competenze e conoscenze sanitarie”. Un applauso di cittadini e infermieri ha accompagnato le parole di uno dei consiglieri presenti.

Per l'occasione sono stati allestiti due gazebo presso i quali si sono radunati cittadini incuriositi per richiedere la rilevazione dei parametri vitali, ossia dei valori che nell'individuo rappresentano la funzionalità dell'organismo e che sono fondamentali nelle procedure di primo soccorso: pressione arteriosa, frequenza respiratoria, valori glicemici.

All'iniziativa hanno preso parte gli infermieri del gruppo Cives, impegnati anche

nelle attività di protezione civile e delle emergenze. Grazie a loro i cittadini hanno potuto apprendere quelle manovre salvavita, come la disostruzione delle vie aeree e la rianimazione cardiopolmonare. Presenti ai gazebo dell'Opi Napoli anche le studentesse del terzo anno del corso di laurea in infermieristica pediatrica. “La nostra mission professionale – ha detto ancora Carbone – è prestare in maniera universale assistenza sanitaria a chi ne ha bisogno e diffondere il più possibile corretti stili di vita e la cultura della salute tra i cittadini, giovani e meno giovani. In questo modo teniamo fede al nostro impegno deontologico che ci impegna indissolubilmente con il prossimo”.



infermieri”



L'impegno degli infermieri nella società che cambia

In occasione della Giornata internazionale dell'infermiere è stata lanciata dalla Federazione Nazionale una campagna di comunicazione che ha coinvolto tutti gli Ordini provinciali d'Italia. Le immagini raccolte, pubblicate su tutti i canali a disposizione della Federazione e degli ordini provinciali, danno conto di numerose attività professionali che attualmente vedono gli infermieri protagonisti, anche in contesti insoliti, che vanno ben oltre il consueto scenario di ospedali e case di cura, spingendosi fino alla gestione di situazioni di massima emergenza o anche alle missioni militari all'estero. Gli infermieri oggi sono chiamati a presidiare il territorio, ad accettare la sfida dell'assistenza domiciliare integrata, a mettersi in gioco anche in qualità di consulenti e liberi professionisti, e nei settori più disparati, a partire dalla prevenzione delle patologie e dalla promozione di corretti stili di vita. Gli infermieri rappresentati dalla campagna esercitano nelle scuole, nei centri antiviolenza, nei campi estivi o sui luoghi di lavoro, dove sono più

frequenti gli infortuni; coordinano il processo di donazione di organi e tessuti; insegnano all'università; sono il punto di riferimento per i malati rari; gestiscono ambulatori e interi reparti; utilizzano strumenti tecnologici all'avanguardia, dagli ecografi di ultima generazione al telecontrollo dei pacemaker.



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche
approvato il 13 aprile 2019



#NuovoCodiceDeontologico

Roma, 12 e 13 Aprile 2019



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche **approvato il 13 aprile 2019**

Il Codice deontologico approvato all'unanimità
dal Consiglio Nazionale il 13 aprile 2019
Ecco il testo dei 53 articoli diviso in 8 capi.

Capo I Principi e valori professionali

Art. 1 - Valori

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Art. 2 – Azione

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Art. 4 – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

Art. 5 – Questioni etiche

L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

Art. 6 – Libertà di coscienza

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione. L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

Capo II Responsabilità assistenziale

Art. 7 – Cultura della salute

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche **approvato il 13 aprile 2019**

Art. 8 – Educare all'essere professionista

L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.

Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione

L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

Art. 11 – Supervisione e sicurezza

L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.

Capo III Rapporti professionali

Art.12 – Cooperazione e collaborazione

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

Art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni. Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

Art 14 – Posizione di protezione

L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

Art. 15 – Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.

Art. 16 - Interazione e integrazione

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo IV Rapporti con le persone assistite

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche **approvato il 13 aprile 2019**

punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Art. 18 – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura. Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Art. 20 – Rifiuto all'informazione

L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

Art. 22 – Privazioni, violenze o maltrattamenti

Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.

Art. 23 – Volontà del minore

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà. L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Art. 24 – Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Art. 25 – Volontà di limite agli interventi

L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

Art. 26 – Donazione di sangue, tessuti e organi

L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche **approvato il 13 aprile 2019**

Art. 27 – Segreto professionale

L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita. La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.

Capo V Comunicazione

Art. 28 – Comportamento nella comunicazione

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

Art. 29 – Valori nella comunicazione

L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

Capo VI Organizzazione

Art. 30 – Responsabilità nell'organizzazione

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

Art. 31 – Valutazione dell'organizzazione

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla. Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

Art. 32 – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Art. 33 – Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

Art. 34 – Risoluzione dei contrasti

L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.

Art. 35 – Contenzione

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusiva-



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche **approvato il 13 aprile 2019**

mente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Art. 36 – Operatori di supporto

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

Art. 38 – Segnalazioni all'Ordine Professionale

L'Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.

Capo VII Libera professione

Art. 39 – Esercizio della libera professione

L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

Art. 40 – Contratto di cura

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzia l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

Art 41 – Sicurezza e continuità delle cure

L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero fisiologico.

Capo VIII Disposizioni finali

Art 42 – Libertà da condizionamenti

L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

Art. 43 – Conflitto d'interesse

L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche **approvato il 13 aprile 2019**

Art. 44 – Contrasto all'esercizio abusivo della professione

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso.

Art. 45 – Decoro

L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

Art. 46 – Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria

L'Infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza.

Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali. Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

Art. 47 – Obbligo di rispetto delle norme

L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.

Art. 48 – Attività consulenziale e peritale

L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso. In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza.

L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

Art. 50 - Ordini Professionali. Enti sussidiari dello Stato

Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti il loro essere Enti sussidiari dello Stato.

Art. 51 – Ordini professionali. Codice Deontologico

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

Art. 52 – Ordini professionali e altri ruoli pubblici

L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.

Art. 53 – Clausola finale

Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine.

Ospedali e territorio

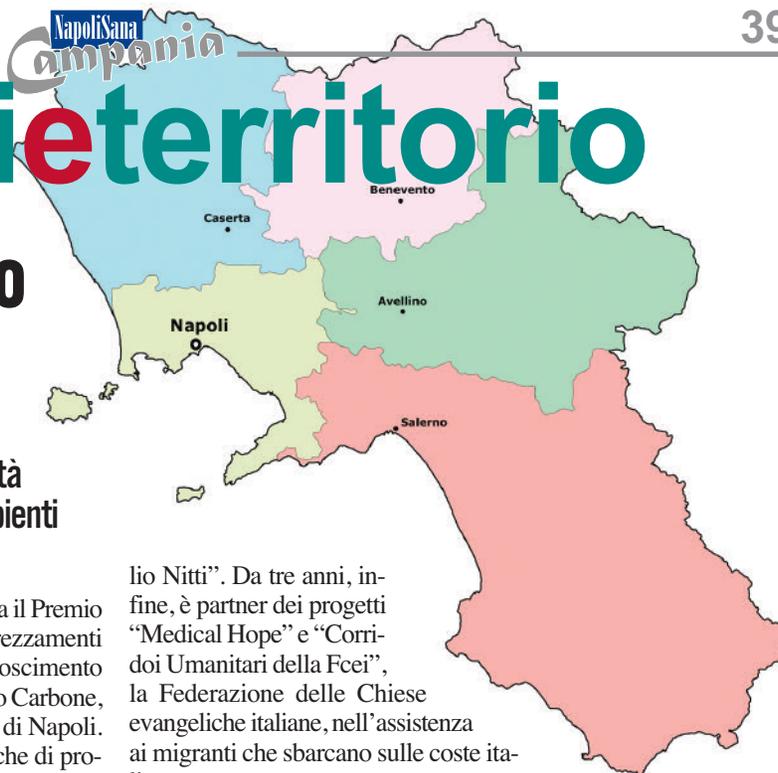
A Villa Betania il premio Buona Sanità 2019

Carbone: “Encomiabile l’impegno per le attività sociali e solidali a favore dei cittadini meno abbienti e per la lotta all’epatite C”

E’ stato assegnato all’Ospedale Evangelico Villa Betania il Premio “Buona sanità 2019”. La notizia ha trovato grandi apprezzamenti nell’ambiente sanitario napoletano. “E’ un giusto riconoscimento che premia il merito e la solidarietà”, ha commentato **Ciro Carbone**, Presidente dell’Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli. “Si è voluto valorizzare il lavoro di una struttura, ma anche di professionisti da tempo impegnati in attività sociali e solidali meritorie e encomiabili a sostegno dei cittadini strati sociali napoletani più in difficoltà e per la lotta all’epatite C”, ha aggiunto Carbone. In effetti le motivazioni parlano chiaro: “Per l’impegno nelle attività di sanità solidale, cioè di assistenza alle persone che per motivi economici, etnici o religiosi rinunciano a curarsi”.

Il premio “Buona Sanità” assegna ogni anno i riconoscimenti alle strutture e ai professionisti che si sono distinti nel panorama dell’assistenza sanitaria regionale. Tra i premiati, la Presidente della Fondazione Evangelica Betania, **Cordelia Vitiello**. “Oggi una delle grandi emergenze del nostro Paese è l’aumento della povertà. Sul nostro territorio, come in Italia, con l’aumento della povertà sta aumentando sensibilmente anche la percentuale di persone che rinunciano a curarsi, che si aggiunge al numero, già significativo, di coloro che sono ai margini della società per motivi culturali, religiosi, etnici”, E’ quanto ha detto la Presidente Vitiello. “Questo Premio, assegnato a me personalmente, all’Ospedale e a uno dei nostri medici ci spinge a continuare sulla strada intrapresa”.

L’Ospedale Evangelico Betania offre assistenza ad oltre 5000 persone emarginate attraverso gli ambulatori solidali infermieristici e i progetti: “Prendiamoci cura di lei” e “Rose Rosa”, la presenza nella rete “Fiocchi in Ospedale” di Save the Children, le partnership con l’associazione “Gomitolo Rosa”, l’associazione “Cuori di Maglia” e la onlus “Pulcini Combattenti”. Con il “Camper della salute” è presente nelle periferie dell’area metropolitana. Nel quartiere di Ponticelli è un punto di riferimento il Centro sociale “Casa mia – Emi



lio Nitti”. Da tre anni, infine, è partner dei progetti “Medical Hope” e “Corridoi Umanitari della Fcei”, la Federazione delle Chiese evangeliche italiane, nell’assistenza ai migranti che sbarcano sulle coste italiane.

Il Premio Buona Sanità 2019 è stato anche assegnato anche al dott. **Ernesto Claar**, Direttore dell’Unità Operativa di Epatologia dell’Ospedale Evangelico Betania e Coordinatore del Network Epatologico dell’ASL NA1-Centro. In collaborazione con le strutture dell’ASL Napoli 1 Centro ed il SERD 32 di Ponticelli, il dott. Claar è impegnato nell’attività di eradicazione dell’infezione da virus C

nella coorte di tossicodipendenti attivi. In questa zona difficile della città è stato realizzato il “linkage to care” attraverso l’istituzione di un punto di assistenza specialistica Epatologica all’interno del SERD. È stato effettuato uno screening su tutti i soggetti con tossicodipendenza attiva individuando il 35% di sieropositivi per HCV e a risolvere l’infezione nel 100% dei casi. “È stato, in tal modo, possibile ridare buone aspettative di vita a 160 persone, per lo più giovani, sicuramente “fragili” e migliorare la qualità di vita loro e delle loro famiglie”, ha commentato il dott. Claar. Il Centro di Epatologia dell’Ospedale Evangelico Betania ga-

rantisce completa assistenza in un’area geografica storicamente martoriata dalle malattie di fegato, consentendo, tra l’altro, fino ad oggi, il trattamento per l’epatite C, con i farmaci antivirali di nuova generazione, per oltre 1500 soggetti.

“Oggi l’ospedalità privata e religiosa riveste un ruolo fondamentale nel Sistema sanitario nazionale”, conclude la Presidente Vitiello “e solo dalla sinergia tra pubblico e privato si può affrontare la sfida della crescente domanda di sanità che deriva dall’aumento dell’aspettativa di vita e dei bisogni di prevenzione e cura della persona”.



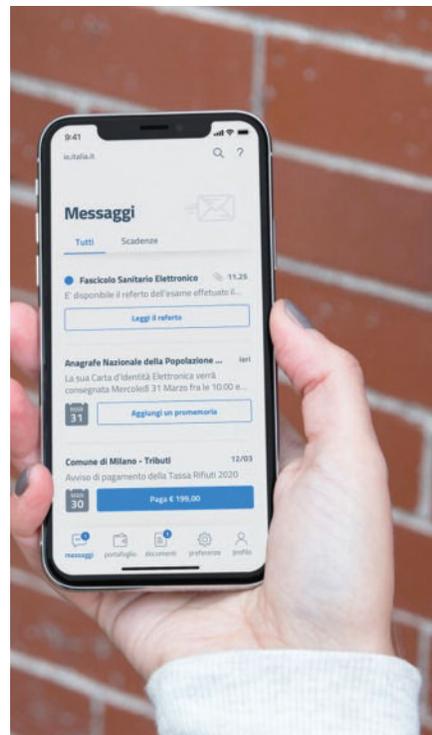
Ospedali e territorio

L'Asl Napoli 1 Centro lancia app per ridurre file e tempi attesa

NAPOLI - "Un cambiamento radicale nelle abitudini di centinaia di migliaia di cittadini che non saranno più costretti a lunghe file e disagi agli sportelli Cup dei vari ospedali/distretti. Un altro importante tassello nella battaglia quotidiana di restituire dignità a questa azienda, perché la salute è un diritto che tutti i cittadini devono poter vedere rispettato".

Così il commissario straordinario dell'Asl Napoli 1, **Ciro Verdoliva**, in occasione del lancio della nuova app e-Cupt (scaricabile gratuitamente da GooglePlay o AppStore) con cui tutti gli utenti della azienda sanitaria potranno prenotare da smartphone e da tablet le visite specialistiche delle quali si dovesse avere bisogno. Per effettuare la prenotazione di una visita, dopo aver inserito il codice impegnativa (Nre o Sar), l'app mostrerà all'utente la prima disponibilità per l'erogazione della prestazione da ricevere

contenuta nell'impegnativa. L'utente potrà inoltre decidere il luogo di cura e la data oppure sceglierne una successiva a seconda della propria disponibilità. Inoltre il cittadino che ha prenotato una prestazione sanitaria, se per qualche motivo fosse impossibilitato a recarsi in ospedale o in distretto il giorno previsto potrà spostare la data della visita medica. L'applicazione si aggiunge alla possibilità di prenotare visite ed esami anche presso le farmacie aderenti, nonché agli sportelli CUP aziendali presenti in ogni presidio ospedaliero e in ogni distretto sanitario di base. Per rendere ancor più semplice il passaggio al nuovo sistema, l'Asl Napoli 1 Centro ha realizzato anche un breve video tutorial che sarà on line (sul sito www.asl-napoli1centro.it e sulla pagina Facebook Asl Napoli 1 Centro). "Altro vantaggio di questo sistema - aggiunge il sub commissario sanitario **Anna Borrelli** - è quello di garantire un



aggiornamento istantaneo delle disponibilità delle prestazioni sanitarie, cosa che aiuterà sin da subito a diminuire i tempi di attesa".

NAPOLI - I pazienti dell'ospedale dei Pellegrini di Napoli che dovranno eseguire una radiografia alle ossa lunghe non saranno più costretti a spostamenti in altri ospedali cittadini.

È entrato in funzione il cosiddetto «telecomandato»: si tratta di una apparecchiatura, come fanno sapere dall'Asl Napoli 1, che attendeva di essere installata dal giugno del 2015.

Installazione bloccata da problemi di adeguamento dei locali. «Un segnale importante per riportare normalità in un ospedale fin troppo tartassato», dice il commissario straordinario **Ciro Verdoliva**.

Altra buona notizia è la riapertura della camera operatoria di ginecologia e ostetricia

Pellegrini e San Giovanni Bosco, arrivano nuove attrezzature



dell'ospedale San Giovanni Bosco. Anche in questo caso la soluzione era attesa da quasi un anno a causa di un'infiltrazione dal soffitto che aveva reso la camera operatoria inagibile e che costringeva le pazienti e l'equipe medica, in caso di necessità, a dover raggiungere la sala operatoria cinque piani più in basso con l'uso di una montacarichi e con la perdita di tempo. In funzione un mammografo ad alta tecnologia nel distretto di Soccavo, così da evitare che le donne interessate alla prevenzione del cancro della mammella debbano «migrare» verso altri distretti, così come hanno dovuto fare per tanti anni. Attivate, inoltre, tre nuove ambulanze del Servizio 118 città di Napoli che vanno a sostituire vecchi mezzi.

De Luca: “Basta passerelle negli ospedali”

NAPOLI - Il governatore annuncia di avere dato disposizione ai direttori generali delle Asl di vietare i pellegrinaggi dei politicanti negli ospedali, dove si va per farsi curare o per far visita a un familiare e a una persona cara, non per fare passerelle o campagna elettorale.

“Ho dato disposizione ai direttori generali delle Asl - dice la nota a firma del Governatore pubblicata anche sui social media - di vietare i pellegrinaggi dei politicanti negli ospedali, dove si va per farsi curare o per far visita



a un familiare e a una persona cara, non per fare passerelle o campagna elettorale”. Le visite dei politici negli ospedali, soprattutto nei casi di cronaca più eclatanti, non sono rare.

NAPOLI - È stato eseguito all'ospedale Monaldi di Napoli un complesso intervento ibrido di chirurgia cardiovascolare ed emodinamica interventistica per sostenere la circolazione sanguigna in un paziente affetto da grave disfunzione cardiaca e in attesa di trapianto di cuore urgente.

Si tratta del primo intervento di questo tipo eseguito in Campania.

L'intervento è stato effettuato dall'equipe del Centro trapianti di cuore adulti, in collaborazione con l'Unità operativa complessa di Cardiologia interventistica e con il supporto cardioanestesiologico della terapia intensiva cardiocirurgica.

All'intervento hanno lavorato in team cardiocirurghi, cardiologi emodinamisti interventisti, cardioanestesisti e cardiologi clinici esperti in ecocardiogra-



Al Monaldi primo intervento ibrido di chirurgia cardiovascolare

fia. I medici del Monaldi hanno creato una protesi vascolare su arteria ascellare al fine di inserire una pompa rotante in grado di aspirare il sangue dal ventricolo sinistro e

pomparlo in aorta, sostenendo il circolo generale per preservare i tessuti.

È stato quindi possibile, attraverso questo intervento conservativo attendere un cuore compatibile senza dover ricorrere al respiratore automatico e con una maggiore stabilità emodinamica.

Si tratta di procedure innovative che sono possibili grazie al lavoro di un team multidisciplinare di medici altamente qualificati», spiega Antonio Giordano, commissario straordinario dell'Azienda ospedaliera dei Colli. «Tali procedure innovative - aggiunge - si rendono necessarie vista la drammatica carenza di organi e una importante quota di opposizione alla dona-

zione. Ancora una volta si conferma la vocazione cardiopolmonare dell'ospedale Monaldi».

Ospedali e territorio

La Regione stanZIA 80 milioni per l'Ospedale "Incurabili"

NAPOLI - La Giunta Regionale della Campania ha disposto lo stanziamento di 80 milioni di euro a favore del "Programma di consolidamento e restauro del Presidio Ospedaliero "Santa Maria del Popolo degli Incurabili" di Napoli. Il programma, che nella relazione dell'Asl Napoli 1 ha un valore complessivo di circa cento milioni, è finalizzato all'attuazione degli interventi in grado di garantire condizioni di funzionalità e sicurezza per l'utenza e preservare il patrimonio artistico e culturale dello storico ospedale.

Lo storico presidio ospedaliero è stato chiuso, lo ricordiamo, per pericolo crolli. Sono stati spostati all'Ospedale del Mare i reparti di Chirurgia, Urologia, Medicina e Rianimazione con i loro 23 pazienti. Ventuno le famiglie che hanno dovuto lasciare le loro abitazioni. E' stata evacuata tutta l'ala del complesso in cui hanno sede la chiesa, la storica farmacia e alcuni uffici dell'Asl. La decisione del commissario straordinario dell'Asl Napoli 1, **Ciro Verdoliva**, è stata presa a distanza di due settimane dal cedimento che il 24 marzo scorso ha interessato la volta a sostegno del pavimento della chiesa Cinquecentesca di Santa Maria del Popolo degli Incurabili, sita all'interno del complesso monumentale che ospita anche l'antico ospedale. E due giorni dopo la relazione del Dipartimento di Strutture per l'Ingegneria e l'Architettura dell'Università Federico II di Napoli in cui si evidenzia che «i quadri fessurativi emersi possono provocare collassi improvvisi di solai e volte non necessariamente collegabili ai carichi verticali».



Anemia Mediterranea, il primo centro campano al Cardarelli

NAPOLI - Buone notizie per i pazienti talassemici campani. Si apre per loro la possibilità di completare il percorso diagnostico con prestazioni di alta e senza spostarsi fuori regione. Il commissario dell'Ospedale Cardarelli di Napoli, **Anna Iervolino** pensa anche alle ricadute positive sulle casse regionali: "Una risposta concreta ai nostri pazienti che si traduce anche in un risparmio per la Regione Campania di 100 mila euro l'anno". Mma soprattutto la fine della migrazione sanitaria per i pazienti talassemici, troppo spesso costretti ad andare fuori per essere inseriti in programmi di valutazione dei depositi di ferro negli organi. Disagi oggi cancellati in Campania grazie al lavoro del primo centro di Risonanza magnetica della rete Miot (Myocardial iron overload in Talassemia) per la diagnosi e la cura dei soggetti affetti da Anemia mediterranea. Il centro fa parte della struttura Complessa di Radiologia generale e di PS del Cardarelli. L'UOSD Malattie rare del globulo rosso segue 200 pazienti talassemici dipendenti da trasfusioni continue, 140 pazienti con talassemia intermedia e 40 pazienti con drepanocitosi o microdrepanocitosi. "L'apertura del centro Miot al Cardarelli - aggiunge la Iervolino - è stata sostenuta grazie ad un finanziamento regionale (obiettivi di piano 2018-2019) che ha permesso di sostenere i costi della validazione del centro e dei periodici controlli di qualità, nonché i costi per la formazione del Team dei Radiologi e dei Tecnici di radiologia. Sono fiera di ricordare che il Cardarelli - conclude Iervolino - è un punto di riferimento per molti pazienti affetti da Anemia Mediterranea, pazienti che per vivere hanno bisogno di continue trasfusioni di sangue. A questi pazienti, in linea con la ferma intenzione del presidente Vincenzo De Luca di realizzare una sanità che sia sempre più votata all'eccellenza, noi offriamo una risposta vera e completa. Una risposta che si traduce in qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie e in un risparmio".



Il Pascale nella rete oncologica internazionale

NAPOLI - Una rete oncologica internazionale con la stretta collaborazione di Singapore, Russia, Cile, Colombia e Brasile. L'alleanza tra gli istituti di ricerca e cura del cancro, tra cui figura anche l'Istituto Pascale di Napoli, è stata firmata alla presenza del governatore della Campania, Vincenzo De Luca. La firma in occasione della cerimonia di commemorazione per i 160 anni dalla nascita del senatore, fondatore dell'Irccs partenopeo. "Il lavoro dalla Rete oncologica campana, dalla rete sovraregionale "Amore" con Puglia e Basilicata - ha detto il direttore generale Attilio Bianchi - configura il presupposto per questa idea che abbiamo l'orgoglio di lanciare da Napoli. L'Alleanza mondiale oncologica in Rete è stata firmata insieme a tutti i partner internazionali". "Il Pascale - ha detto De Luca - è un istituto di indubbia eccellenza, esempio di sanità pubblica che funziona e soprattutto punto di riferimento per chi non ha possibilità economiche e qui può davvero salvarsi la vita. Chi ha i milioni sa dove andare, ma questo è il luogo in cui tutti possono salvarsi". De Luca ha ribadito l'impegno economico di 160 milioni investiti dalla Regione nella ricerca oncologica e ha ringraziato i delegati stranieri. "Siamo eredi di un sogno di Giovanni Pascale - ha detto Bianchi - e ci impegniamo a

migliorare sempre come abbiamo dimostrato con la riduzione delle liste di attesa sugli interventi e sulla radioterapia. Anche i sindacati hanno capito che dovevamo unire gli sforzi verso un unico obiettivo finale, la cura dei pazienti". In platea una delegazione di venti oncologi provenienti da Singapore, Cile, Colombia, Brasile e Russia,

ma anche i rappresentanti degli istituti oncologici della Puglia e della Basilicata che già portano avanti la collaborazione scientifica con il Pascale. Una risposta, quella della oncologia in rete che da Napoli coinvolge Paesi di ogni parte del mondo, verso la politica dei particolarismi e delle divisioni che in Italia prende forma con quella che è stata battezzata dai media "la secessione dei ricchi" e che così intende compensare le differenze di possibilità di investimenti tra Nord e Sud Italia. Lo svantaggio strutturale (basta confrontare il numero di Irccs tra le varie aree del Paese), diventa un'opportunità. Al centro delle reti di cura c'è la persona malata. Evidentemente l'iniziativa del Pascale consente di migliorare le cure e scambiare i saperi, unire le forze contro il nemico cancro. La rete oncologica campana estende dunque i suoi confini. Prima l'accordo siglato con Puglia e Basilicata, ora l'Alleanza mondiale con Singapore, Russia, Cile, Colombia e Brasile, firmata questa mattina.



Esame gratuito per il cancro alla prostata

NAPOLI - Si chiama biopsia fusion ed è la metodica di ultima generazione nella diagnosi precoce e mirata del carcinoma alla prostata, fino a ieri disponibile solo privatamente, con costi proibitivi, fino a circa 1500 euro a trattamento. Da più di un mese al Pascale questo esame viene eseguito sui primi gratuitamente. Attraverso la struttura complessa di Urologia, l'Istituto dei tumori di Napoli si attesta come

primo e unico centro urologico del centro sud ad eseguire questo esame a costo zero. Ma in cosa consiste questa metodica e chi vi si può sottoporre? L'esame diagnostico utilizza l'ecografia e la risonanza a mezzo di contrasto. Sovrapponendo immagini, permette di evidenziare ed esplorare, con la biopsia ecoguidata, solo quelle lesioni che risultano sospette alla risonanza con mezzo di contrasto. Il vantaggio, insomma, di questo esame è quello di avere un'immagine tridimensionale della prostata che permette di distinguere il tessuto sano da quello malato e di individuare anche tumori di piccole dimensioni. Il cancro della prostata è il tumore più diffuso nel sesso maschile, costituendo circa il 20 per cento di tutti le neoplasie che interessano il maschio adulto. Non a caso ogni anno in Italia si contano 35mila nuove diagnosi. Molto dibattuta nella comunità scientifica mondiale è la scelta della terapia migliore, anche se tutti sono d'accordo nell'asserire che il migliore modo per iniziare una terapia è quello di effettuare una diagnosi quanto più precoce possibile. La biopsia fusion va proprio in questa direzione. Insieme alla chirurgia robotica costituisce l'accoppiata vincente per avere il massimo dei risultati (diagnosi precoce e precisa) con il massimo degli effetti terapeutici (chirurgia robotica mini-invasiva con risparmio dei nervi che garantiscono l'erezione).

Ospedali e territorio

Cardarelli, al via la terapia intensiva ematologica

NAPOLI - Ha ormai preso il via all'ospedale Cardarelli di Napoli il reparto di terapia intensiva ematologica che consente il trapianto allogenico di cellule staminali, con tecnologie e procedure all'avanguardia. "Una nuova eccellenza - ha affermato il commissario straordinario Anna Iervolino - per assicurare cure di qualità ai cittadini campani nella propria regione e cancellare una fetta importante di migrazione sanitaria".

Il reparto è diretto dalla dottoressa Alessandra Picardi. Dispone di 11 posti letto, divisi in tre stanze doppie e cinque singole, tutte a bassa carica microbica e pressione positiva. "Con il forte impegno della direzione strategica, la collaborazione delle altre divisioni e la spinta digitalizzazione - ha spiegato Alessandra Picardi - siamo riusciti in breve tempo a sviluppare tutti i necessari percorsi assistenziali, garantendo ai nostri utenti cure sicure e di altissima qualità". Il trapianto allogenico di CSE consiste nella reinfusione di cellule staminali ematopoietiche (CSE) di un donatore sano in un ricevente malato, precedentemente preparato con la somministrazione di chemioterapia o radioterapia ad alta intensità.

Questa procedura è oggi largamente impiegata nel trattamento di molte patologie ematologiche, non solo neoplastiche e rappresenta una valida opzione terapeutica anche per alcune patologie dismetaboliche congenite e gravi deficit immunitari. "Lavoriamo per fare del Cardarelli una struttura sempre più votata all'eccellenza - ha concluso Iervolino - è innegabile la capacità del Cardarelli di rispondere alle emergenze più complesse, ma il mio obiettivo è quello di aumentare l'offerta di cure di altissimo livello nel pieno rispetto degli



equilibri di bilancio e puntando con forza sull'innovazione.

I cittadini devono sapere che possono

sempre di più trovare nelle strutture del servizio sanitario della Regione Campania le risposte di salute che cercano".

Tumore al seno, l'Istituto Pascale sviluppa farmaco per migliore sopravvivenza

NAPOLI - "Un farmaco che migliora la sopravvivenza di donne affette da tumore mammario metastatico. E, non ultimo, il vantaggio di avere un'eccellente efficacia terapeutica, abbinata a una qualità di vita dei pazienti assolutamente notevole, consente per un certo periodo di evitare la chemioterapia".

Lo ha spiegato Michelino de Laurentiis, direttore del dipartimento di Senologia dell'Istituto tumori Pascale di Napoli, nel corso di una conferenza

stampata nella sala giunta della Regione Campania. De Laurentiis, di ritorno da Chicago, ha portato al congresso Asco degli Stati Uniti uno studio mondiale che

porta la firma del Pascale, presentando i risultati preliminari di Compleement-1, il più grande studio al mondo sulla combinazione di terapia ormonale e il nuovo farmaco Ribociclib in pazienti con tumore mammario metastatico ormonosensibile. I pazienti arruolati in tutto il mondo sono stati quasi 3500.



Scompenso cardiaco, Ospedale Pozzuoli primo in Campania

POZZUOLI - Il primo impianto in Campania di modulazione della contrattilità cardiaca è stato effettuato presso il reparto di Cardiologia con Emodinamica dell'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli. Si tratta di un dispositivo, in grado di migliorare la contrattilità del cuore affetto da scompenso cardiaco, attraverso una nuova e sofisticata tecnologia, che consente, con una stimolazione elettrica del ventricolo, di aumentare la concentrazione del calcio intracellulare e quindi migliorare la capacità del cuore a contrarsi.

L'intervento innovativo è stato eseguito, dall'equipe del laboratorio di elettrostimolazione ed elettrofisiologia del reparto di Utic-cardiologia con emodinamica, su un uomo di 74 anni, affetto da una grave forma di scompenso cardiaco, con diversi ricoveri negli ultimi mesi, già sottoposto ad impianto di defibrillatore bicamerale. L'intervento viene effettuato interamente in anestesia locale, con una batteria inserita in una tasca sottocutanea e gli elettrocateri spinti fino al cuore sotto la guida di raggi X. Dopo l'intervento, il paziente ha riferito un miglioramento della capacità respiratoria e delle proprie forze. La contrattilità cardiaca di modulazione viene indicata dalle recenti linee guida internazionali come un presidio terapeutico che può migliorare la



capacità allo sforzo e la qualità della vita e ridurre i ricoveri ospedalieri in pazienti affetti da scompenso cardiaco che non rispondono alle terapie attualmente disponibili.



BENEVENTO - Il Tavolo Tecnico per la programmazione delle funzioni del presidio ospedaliero "Sant'Alfonso Maria dei Liguori" di Sant'Agata dei Goti, ha definito la nuova configurazione del presidio che verrà proposta al Commissario ad Acta.

Sant'Agata dei Goti, nuova programmazione

"il presidio ospedaliero di Sant'Agata dei Goti viene riprogrammato come Pronto Soccorso di base dotato delle seguenti discipline: Medicina generale, Chirurgia generale e Ortopedia".

Si confermano altresì la programmazione delle discipline di Lungodegenza e Riabilitazione. Con la nuova programmazione si prevede di dotare il presidio delle seguenti discipline accessorie: Oncologia per le chemioterapie ed i follow up dei pazienti trattati chirurgicamente presso i nodi della Rete Oncologica.

La programmazione di un nuovo accele-

ratore lineare completerà il percorso terapeutico dei pazienti oncologici con la radioterapia. Un ambulatorio di Terapia del dolore soddisferà il bisogno assistenziale complementare del territorio. E poi reparti di Rianimazione; Cardiologia a supporto delle discipline mediche e chirurgiche del presidio.

La nuova organizzazione prevede che tutte le maggiori specialità con disciplina collocate al Presidio Rummo di Benevento svolgeranno sul presidio Sant'Agata una attività ambulatoriale. Del tavolo tecnico facevano parte il Direttore Generale Tutela della Salute Antonio Postiglione, il Direttore Generale AORN San Pio Renato Pizzuti, della Dirigente Staff T.O. Antonella Guida, del Direttore Sanitario dell'AORN "San Pio" Giovanni Di Santo.

Ospedali e territorio

Tac con radiazioni dimezzate grazie a due giovani ingegnere napoletane

ROMA - Tac con radiazioni dimezzata, grazie a due giovani ingegnere cliniche di Napoli che hanno superato la concorrenza di 162 progetti, elaborando un protocollo per ridurre del 40-60% l'esposizione garantendo una buona qualità dell'immagine. Si tratta di un logaritmo che permetterà il collaudo di macchine di varie aziende e in diversi modelli in modo da poter effettuare le Tac a dosi ridotte. Le due giovani ingegnere campane sono le vincitrici del Primo premio assoluto dell'Health technology challenge (Htc). Il premio è stato consegnato durante il XIX Congresso dell'Associazione nazionale degli ingegneri clinici (AIIC) che si è svolto a Catanzaro. Le due ingegnere di Napoli, Michela D'Anto', della Fondazione G. Pascale e Federica Caraco', dell'Università degli studi Federico II, hanno ottenuto il massimo punteggio della giuria tecnica e popolare con il progetto "Valutazione di un protocollo per la verifica delle funzionalità di un sistema di riduzione della dose installato su tomografi assiali computerizzati". Si stima che in Italia su oltre 40 milioni di esami radiologici effettuati ogni anno, circa il 44% sia prescritto in modo inappropriato e non sia strettamente necessario. I malati oncologici sono i più esposti a queste radiazioni durante la fase della diagnosi e nei continui controlli successivi, nel corso delle cure e dopo. Nel loro progetto hanno verificato l'efficacia di un protocollo per poter garantire una buona qualità di immagini da una Tac, con maggior sicurezza e minor invasività per i pazienti, riducendo del 40-60% la dose di radiazioni. "Tali risultati" hanno affermato le vincitrici "dimostrano l'importanza dell'aggiornamento delle tecnologie esistenti per migliorare le prestazioni degli strumenti radiologici nell'ottica di assicurare al



paziente prestazioni più accurate e minimizzando i rischi possibili derivanti dall'esposizione a radiazioni ionizzanti". L'Health Technology Challenge (HTC) è un'iniziativa per dare spazio alla presentazione di esperienze e soluzioni innovative per i tanti piccoli e grandi problemi della sanità che ancora sembrano insormontabili. Il premio indipendente istituito nel 2018 ha registrato, nella seconda edizione, l'arrivo di 162 progetti da tutta Italia. "Un numero che rappresenta una significativa conferma per la nostra iniziativa", è il commento di Lorenzo Leogrande, presidente AIIC. "Crediamo che la necessità di condividere e confrontare i tanti progetti esistenti ed emergenti nel mondo dell'innovazione tecnologica healthcare sia un valore per tutto il Sistema sanitario, soprattutto quando queste proposte sono frutto della collaborazione tra i nostri ingegneri clinici e biomedici, il mondo della ricerca universitaria e le tante start up che sono una miniera di intuizioni concrete che rispondono a problematiche reali".



Cresce la speranza di vita a 82,7 anni Ma Napoli resta ultima in classifica: 80,7

ROMA - In testa alla classifica svettano Firenze, Prato e Treviso. Napoli ultima, con una speranza di vita inferiore di 3,3 anni rispetto alle prime della classe. Cosenza arretra di 51. Sono i risultati dell'indagine Istat, a livello territoriale, sulla speranza di vita che nel 2017, dopo la flessione del 2015, continua a crescere attestandosi a 82,7 anni, con un guadagno medio di 2 anni rispetto al 2004. Inoltre si riduce il gap tra uomini e donne che vale nel 2017 4,3 anni (con un guadagno medio degli uomini di 2,7 anni, doppio rispetto alle donne). L'Istat ha pubblicato l'aggiornamento annuale del sistema di indicatori del Benessere equo e sostenibile dei territori, coerenti e integrati con il framework Bes adottato a livello nazionale. Gli avanzamenti maggiori riguardano Trieste (+59 posizioni), Biella (+55), Cremona (+50). Le differenze territoriali permangono nette. Nel 2017 la distanza tra Napoli, in ultima posizione con 80,7 anni, e Firenze (84), prima insieme a Prato e Treviso, è di 3,3 anni. Nel 2004 l'aspettativa di vita per le donne in Italia era di 83,6 anni contro i 77,9 degli uomini. Questa differenza (+5,7 anni) si è andata riducendo negli anni, in maniera diffusa nel territorio. Per la speranza di vita degli uomini gli incrementi più bassi si registrano quasi esclusivamente nel Mezzogiorno, con l'eccezione di Fermo (+1,1), che rappresenta il minimo assoluto. Gli incrementi più alti, invece, si distribuiscono in tutte le aree del Paese ma sono prevalenti al Nord.

GIORNATA INTERNAZIONALE DELLA

21 Settembre

PACE



GIORNATA MONDIALE DELL'ALZHEIMER

21 settembre 2019

