

***Il Presidente De Luca accusa di usura
il Ministero dell'Economia***

«Lo Stato lucra sulla salute dei campani»



LE EMERGENZE DA AFFRONTARE

**OCCUPAZIONE E
TERRITORIO,
I RITARDI DELLA
CAMPANIA**

A PAG. 8



EMERGENZA SICUREZZA

**TUTELA ONORABILITÀ
INFERMIERI
L'OPI DIFFIDA
IL GOVERNATORE**

A PAG. 11



—1 OTTOBRE 2020—

GIORNATA INTERNAZIONALE DELLE PERSONE ANZIANE



Vecchi deficit e nuove speranze



“ Nella sua letale e drammatica diffusione, la pandemia da covid-19 ha evidenziato ataviche criticità del nostro sistema sanitario. Sia a livello nazionale, dove dieci anni e più di tagli alla spesa si sono fatti sentire eccone. Sia a livello regionale. Soprattutto direi. La Campania, uscita solo da poco dal buio del commissariamento, ha patito più di altre regioni. In particolare in questa seconda fase, dalla quale, sebbene a fatica e con molte ferite, stiamo uscendo. Abbiamo sofferto per la grave perdita di vite umane. Ma anche per le dure e insopportabili condizioni di lavoro per infermieri e operatori sanitari in genere. La carenza cronica di personale è stato il punto di maggiore sofferenza. Soprattutto la mancanza d'infermieri, tra le professioni sanitarie più sotto dimensionate in Italia e più importanti nella gestione di un'epidemia. Ce ne sono pochi negli ospedali, nelle case di riposo, sul territorio. E gli annunciati infermieri di famiglia da impiegare nelle comunità sono ancora sulla carta, nonostante i milioni di euro già stanziati. E poi i tagli ai posti letto, alle strutture, ai presidi sul territorio, alla prevenzione. Un generale depauperamento praticato in questi duri anni di rientro dal debito. Un vuoto che si è fatto sentire, più forte e drammatico di sempre. I tanti infermieri caduti sul campo come eroi al fronte, i loro congiunti, lo sanno bene. Così come i tanti colleghi che hanno operato in condizioni disperate, nelle strutture covid, negli ospedali, nelle cliniche private, a volte senza neppure l'ausilio delle mascherine e dei più elementari dispositivi di prevenzione.

Tante debolezze, tanti lati oscuri e gravi ritardi. Ma non solo. La pandemia ha evidenziato anche dei punti di forza, delle qualità su cui va fatta una riflessione e va presa coscienza. Virtù che a mio parere sono rappresentate indubbiamente e unicamente dalle persone. Il personale sanitario nel suo complesso, gli infermieri in particolare, hanno reagito a volte in maniera quasi eroica, negli ospedali, nelle Rsa, dove alle carenze strut-

turali, (uomini e mezzi) si è sopperito con l'impegno, la tenacia, l'ingegno e il calore umano. A questi uomini e a queste donne di valore va il mio personale plauso e apprezzamento e la gratitudine di un intero popolo e di tutta la professione.

Ma un sistema sanitario moderno, degno di questo nome, non può basarsi solo sulle qualità professionali e umane degli uomini, dei singoli, per quanto capaci e generosi. Occorrono strutture, uomini, mezzi e programmazione. L'emergenza covid ha esaltato le criticità abbiamo detto. E in Campania è ormai palese che in quanto a uomini, mezzi e strutture siamo più che indietro. Lo dicono i vari indicatori e le tante ricerche. Principalmente lo hanno detto le cifre di morti e contagiati da covid. Cifre impietose e impossibili da smentire. Sulle quali chiederemo una riflessione seria al Presidente della Regione nell'incontro che ci apprestiamo a sollecitare. All'inquilino di Palazzo Santa Lucia rivendicheremo di investire in salute, in strutture, in occupazione e in prevenzione il cospicuo flusso di denaro che il governo ha promesso per la sanità, e che in parte è già nelle casse regionali. Denaro che dovrà servire per evitare un'altra emergenza e per recuperare almeno in parte gli antichi ritardi. Ci fa ben sperare il discorso di apertura della nuova consiliatura regionale del Presidente De Luca. Un atto programmatico in cinque punti nel quale al primo posto c'è la sanità. E poi le dichiarazioni: “C'è un miliardo e 300 milioni di euro per l'edilizia ospedaliera che possono trasformare la Campania nella prima regione per strutture”, ha detto il Presidente. “L'obiettivo – ha aggiunto – deve essere quello di far diventare la Campania la prima regione per strutture sanitarie. Possiamo trasformare un ritardo storico in un primato: avere la rete ospedaliera più moderna d'Italia”. Parole importanti, ma per il momento solo parole. Vedremo nei prossimi mesi se le promesse si trasformeranno in fatti.



Supplemento di Napolisana
Rivista periodica di aggiornamenti professionali, attualità,
cultura e ricerca infermieristica
Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli
ANNO XXVI - N. 4 - dicembre 2020
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
**Fabio Baldini, Giacomo De Simone, Stefano Musolesi,
Antonella Manna, Edda Oliva Piacentini, Fiocco Claudia,
Dionisi Sara, Di Simone Emanuele, Cappitella Carmen,
Giannetta Noemi, Di Muzio Marco, Emanuele Primavera,
Simona Leonelli.**

Hanno collaborato a questo numero
**Vitale Elsa, Donvito Simona, Altieri Vito, Maria Chiara Carriero,
Roberto Lupo, Pietro Santoro, Francesca Simone,
Ornella De Mitri, Antonino Calabrò,
Federica Maria Pia Ferramosca, Carmen Donadio,
Maicol Carvello, Benedetta Cianciolo, Manuela Ferrari**

Editore, Direzione e Redazione:
Opi Napoli – P.zza Carità 32 – Cap 80134 Napoli
Tel: +39 081 440140 – 081 440175 - Fax: +39 081 0107708
Email: info@opinapoli.it
Email certificata: napoli@cert.ordine-opi.it

RESP. GRAFICA E IMPAGINAZIONE
POLIGRAFICA F.LLI ARIELLO - EDITORI S.A.S. - NAPOLI
Corso Amedeo di Savoia, 172 - Tel. 5441323

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



EDITORIALE di **Ciro Carbone**

3



*Vecchi deficit
e nuove speranze*

Politica e salute

6-7

**De Luca: "La Campania paga tassi usurari
sui mutui sanitari"**

6

**Dieci anni di piani di rientro
hanno minato il sistema**

7

Le emergenze da affrontare

8-9

Occupazione e territorio, i ritardi della Campania

8

L'infermiere di famiglia vale 2mila assunzioni

9

Emergenza sicurezza

10-11

**Aggressioni e offese, Carbone:
"Difenderemo gli infermieri in ogni sede"**

10

**Tutela onorabilità infermieri
L'Opi diffida il Governatore**

11

Politica e Salute

12-13

Rilancio Campania, De Luca parte dalla Sanità

12

Malattie rare, ampliata rete presidi ospedalieri

13

Asl Napoli 1 Centro, 28 nuove ambulanze

13

L'OPI informa

14-15

**Ripresa la distribuzione di mascherine
Carbone: "C'è di nuovo bisogno di dpi"**

14

Santobono-Pausilipon Conenna è il nuovo Dg

14

**Addio ad Alfonso, l'infermiere eroe
In corsia da pensionato per aiutare**

15

Revisioni e aggiornamenti

16-21

**L'importanza dei protocolli in
Chirurgia Laparoscopica Avanzata**

16

In fase di revisione e in attesa di pubblicazione

17

**L'Assistenza presso il Punto di Primo Soccorso
Pediatrico del P.T. "S.S. Annunziata":
La Metamorfosi di una Realtà Centenaria
del Cuore di Napoli**

18

Ospedali & territori

22-24

Pascale, un app per pazienti stomatizzati

22

Accompagnamento nascita. Torna il corso on line

23

L'Asl Na3 Sud, programma formativo nelle scuole

23

Capua, l'Asl inaugura il Chronic Care Center

24

**Al Ruggi un sensore per monitorare
scompenso cardiaco**

24

NSC - Supplemento di ricerca infermieristica

25-109

**Timing preospedalieri e servizi di emergenza medica:
studio preliminare presso il Trauma System Emilia Est**

**La prevenzione del tumore al seno:
uno studio preliminare su un campione di donne italiane**

**Indagine conoscitiva sul concetto di competenza avanzata
nella professione infermieristica**

**Un'indagine sulla percezione del carico assistenziale tra gli
infermieri italiani, nell'era del COVID-19**

Politica e salute

Politica e salute

De Luca: “La Campania paga tassi usurai sui mutui sanitari”

Il Governatore accusa il Ministero dell'Economia: “Paghiamo tassi di interesse dal 2 al 5%. È vergognoso. Si fa usura sulla pelle della Campania”. Il maxi debito riguarda una serie di mutui per un totale di 3.3 miliardi di euro. La Regione ha chiesto di poter ricontrattare tutto. “Da questo punto di vista il ministro Gualtieri è stato estremamente sensibile - puntualizza De Luca - ma abbiamo settori degli apparati centrali che fanno resistenza”. On line la replica del Mef

di PINO DE MARTINO

È un'accusa forte. Di quelle da far tremare i polsi. Ma al Presidente De Luca non impressionano le parole, soprattutto quando sente di essere dalla parte della ragione e dalla parte dei cittadini. “Al Ministero paghiamo tassi di interesse dal 2 al 5% ancora oggi, è una cosa vergognosa”. E poi “Il Ministero dell'Economia fa usura sulla pelle della Campania”. Lo ha detto senza mezzi termini il presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca in videoconferenza, nel corso di un convegno della Cisl Campania. Il maxi debito cui fa riferimento il Governatore riguarda una serie di mutui riuniti in due

maxi prestiti per un totale di 3.3 miliardi di euro, cifra calcolata al 31 dicembre 2020 con scadenza tra il 2040 ed il 2045. Tutte somme prese in prestito tra il 2003 ed il 2007, (quando inquilino di palazzo Santa Lucia era l'allora presidente Antonio Bassolino) per coprire il disavanzo sanitario della Regione Campania. “Abbiamo chiesto di poter ricontrattare i tassi d'interesse e da questo punto di vista il ministro Gualtieri è stato estremamente sensibile - ha poi precisato De Luca - ma abbiamo settori degli apparati centrali che fanno resistenza. È mai possibile pagare tassi



liquidi ed esigibili maturati al 31 dicembre 2013, purché certificati dai debitori. Grazie alla garanzia dello Stato, il creditore ha facoltà di cedere il proprio credito a intermediari finanziari in modo semplice e meno oneroso, in quanto gli intermediari non corrono il rischio di non incassare le somme dovute. Infatti qualora l'ente debitore non fosse in grado di rispettare i termini di pagamento, l'intermediario finanziario può cedere a sua volta il credito alla Cassa Depositi e Prestiti, che ha stanziato a questo scopo 10 miliardi di euro.

Per mettere pienamente in funzione il meccanismo della certificazione dei crediti

e rendere possibile la cessione degli stessi assistita dalla garanzia dello Stato, presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze è stata costituita una task force che sta operando su diversi piani: accelerando e monitorando il processo di attuazione normativa; promuovendo la procedura di certificazione presso gli interessati: si è così arrivati a un protocollo di impegni - sottoscritto il 21 luglio dalle associazioni imprenditoriali, dalle associazioni degli enti territoriali, dall'ABI, dalla Cassa Depositi e Prestiti - e successivamente ad iniziative di diffusione della procedura tramite le camere di commercio e le associazioni imprenditoriali.

dal 2 al 5% in questa situazione?” L'obiettivo di palazzo S. Lucia è di portare i due tassi ad una media del 2 per cento. Dall'uscita dal commissariamento del resto non è stato contratto alcun nuovo debito. Se l'accordo sui tassi calmierati dovesse passare, la Regione conta di risparmiare circa 30 milioni di euro l'anno da qui alla scadenza del debito.

La replica del Mef - Sulla pagina web del Ministero, dove è possibile trovare tutti gli atti relativi al problema, si legge, quasi a replicare alle accuse: “Il Ministero dell'Economia e delle Finanze sta dedicando grande attenzione per risolvere alla radice il problema dei debiti accumulati negli anni dalle pubbliche amministrazioni”. Nella pagina si spiega che con il DL 66/2014 è stata introdotta la garanzia dello Stato sui crediti certi,

Dieci anni di piani di rientro hanno minato il sistema

(pdm) L'emergenza dettata dal covid-19, soprattutto nella seconda ondata, evidenzia lacune antiche, vecchi nodi, e una tendenza al taglio dei fondi sulla sanità, venuti ora drammaticamente al pettine.

Prima d'ogni cosa c'è la perdita secca di migliaia e migliaia di posti di lavoro. Soprattutto infermieri e medici. Poi tagli ai posti letto, alle strutture sul territorio. Lo dice uno studio depositato presso il Senato della Repubblica più di un anno fa e condotto dalla ricercatrice del Cnr Stefania Gabriele che fotografa la situazione in Italia e nelle regioni. Tra il 2010 e il 2018, dice la studiosa, l'Italia ha ridotto la spesa per il personale medico-sanitario di quasi due miliardi. Il numero dei posti letto è passato dal 3,9 del 2007 al 3,2 del 2017 per ogni mille abitanti. La media europea è del 5%. Naturalmente, “la riduzione è avvenuta soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro”. Ne è derivato anche un ridimensionamento del numero di lavoratori, compresi medici e infermieri, in par-

ticolare nelle Regioni in piano di rientro, come la Campania commissariata dal 2010 fino al 2019. In Campania, come nelle altre regioni commissariate, tra il 2008 e il 2017 gli infermieri sono diminuiti del 11%. Tagli che non hanno riguardato le regioni non commissariate. Dice lo studio: “Per il blocco del turn over nelle regioni sottoposte a piano di rientro, negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del Ssn è risultato inferiore a quello del 2008”. Oltre alla perdita secca di occupati, dunque ad una offerta sanitaria via, via sempre più carente, ha corrisposto in questi duri anni un aumento dei ticket sanitari a carico dell'utenza, sempre meno attratta dalla sanità pubblica, e costretta a trovare in altre regioni più attrezzate quella domanda di salute ineludibile in house, leggi mobilità sanitaria in uscita. Con questa situazione pregressa, la Campania ha affrontato l'emergenza covid-19, che soprattutto nella seconda fase ha visto esplodere vecchi problemi non ancora risolti.



Le emergenze da affrontare

NAPOLI - *“Territorio sguarnito e poco personale. Dunque, ospedali pieni fino all'orlo e infermieri che scoppiano per eccessivi carichi di lavoro. Mentre ammalati che potevano essere curati bene anche a casa affollano corsie strapiene. Nel frattempo, chi è portatore di patologie severe come quelle tumorali o cardiache, rischia di dover posticipare assistenza e ricoveri per lasciare precedenza ai contagiati da covid-19”.* Sono i punti critici della seconda fase dell'emergenza covid-19 in Campania. Lo dice Teresa Rea, vicepresidente Opi Napoli, l'Ordine professionale degli infermieri della provincia di Napoli in una nota ripresa da media nazionali e locali. La vicepresidente Rea è preoccupata per la curva costantemente in ascesa della pandemia registrata in autunno e per una possibile terza ondata che già qualche infettivologo annuncia per dopo le festività natalizie.

Poco personale - *“Eravamo in grave sofferenza anche prima della pandemia a causa degli oltre dieci anni di blocco del turnover. Difficoltà segnalate più e più volte in Regione, ma senza considerevoli passi avanti. Ora siamo allo stremo, con carichi di lavoro insopportabili e una domanda d'assistenza sanitaria che cresce in proporzione all'aumento dei casi di coronavirus”*, dice allarmata Teresa Rea. Una sofferenza sui posti di lavoro che progredisce con l'aumentare dei casi di coronavirus e che potrebbe tradursi in una definitiva catastrofe in caso di terza ondata.



Occupazione e territorio, i ritardi della Campania

Con la seconda ondata di contagi, il covid-19 ha trasformato gli ospedali in lazzaretti. Su pochi infermieri carichi di lavoro massacranti. Drammaticamente carenti le politiche di assistenza territoriale. Rea: “Perse le tracce dell'infermiere di famiglia”. Carbone: “Avrebbe portato migliore assistenza e assunzioni”

di PINO DE MARTINO



Sguarnito il territorio - Il grave affollamento delle strutture ospedaliere e il conseguente aumento dei carichi di lavoro per il personale è strettamente connesso con un altro grave ritardo, l'assistenza territoriale e il varo dell'infermiere di famiglia. *“La necessità di potenziare l'assistenza territoriale è stata riconosciuta dallo stesso Decreto Rilancio varato dal Governo nel mese di giugno, con il quale ha introdotto nel Ssn i primi 9.600 infermieri di famiglia e di comunità, proprio per evitare il sovraccarico sulle strutture ospedaliere e per attivare micro team di cura sul territorio capaci di assistere da vicino pazienti e famiglie. Ma nonostante l'emergenza dilagante – denuncia Teresa Rea – tutto ciò è ancora da venire”.* In effetti, tutta la partita dell'assistenza pre ospedaliera è ancora da giocare. A scendere in campo dovevano essere gli infermieri di famiglia e le così dette Usca: Unità speciali di continuità assistenziale. Si tratta di team costituiti da medici di famiglia e/o pediatri di libera scelta e infermieri. Bisognava istituirne una ogni 50mila abitanti. Quindi

ce ne dovrebbero essere circa 120 su tutto il territorio regionale. Ma Pina Tommasielli, referente per la medicina territoriale dell'Unità di crisi regionale, dice testualmente: *“Ne sono state attivate 75 e a regime saranno 115, ma in alcune Asl rurali non c'è disponibilità di medici”.* *“La verità – dice Teresa Rea – è che s'è perso troppo tempo. A Roma, prima ancora che a Napoli. Solo il 10 settembre scorso si messo a punto un documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e che sarà attuato su tutto il territorio nazionale. Per essere operativi oggi ed evitare la crisi da seconda e terza ondata bisognava fare tutto entro il mese di luglio. Noi infermieri siamo portatori di una visione assistenziale centrata sui bisogni del cittadino. E non sempre le scelte politico-strategiche sulla sanità si basano su questo principio. Su queste basi chiediamo ancora una volta alla politica di lasciare che anche agli infermieri diano il loro contributo nelle sedi decisionali per portare sui tavoli della discussione le esigenze degli ammalati e dell'utenza”.*

L'infermiere di famiglia vale 2mila assunzioni

Avrebbe potuto rappresentare un'opportunità per migliorare la qualità e la quantità di assistenza sanitaria a livello territoriale. Una concreta opportunità occupazionale per i tanti precari della sanità e una barriera per evitare i drammi e i morti della seconda ondata di contagi e prevenirne efficacemente una terza. Ma fino ad ora, l'infermiere di famiglia e di comunità resta solo sulla carta. Eppure, il Decreto Rilancio di giugno ha portato grandi speranze e aspettative. Il varo in Campania di una politica sanitaria mirata sul territorio e posti di lavoro per infermieri, infermiere pediatriche. Sono previste, infatti, circa 20mila assunzioni nel comparto sanitario, di cui 9.600 solo tra gli infermieri. Per medici e tecnici gli altri 10.400 posti. In Campania potrebbero esserci circa 2mila assunzioni, un migliaio a Napoli e provincia. Già perché stando a quanto si legge nel decreto, le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50mila abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato. Se il metodo sarà confermato anche per le altre professioni sanitarie, si arriverà al migliaio di posti per Napoli e il suo hinterland. *“La figura dell'infermiere di famiglia è decisiva nella lotta al covid-19 e ad una possibile ripresa della pandemia dopo le festività natalizie”*, avverte Ciro Carbone, Presidente Opi Napoli. *“Ma essa è strategica anche a regime: sia in termini di assistenza alle persone fragili, con più patologie, anziani e disabili; sia come prima frontiera di cura e assistenza capace di decongestionare i pronto soccorsi degli ospedali diventati ormai una sorta di ambulatorio. Un elemento di criticità – ricorda Carbone – denunciato più e più volte dagli infermieri, ma inascoltato”.*

Il Decreto Rilancio prevede assunzioni a tempo determinato con un avviso pubblico e senza concorso. Poi dal nuovo anno a tempo indeterminato. Dal momento che si agirà in tempi ristretti, ipotizza il ministro Speranza che ha annunciato per primo il provvedimento, si dovrebbe procedere con gli avvisi senza concorso, come già avvenuto con le assunzioni di operatori a marzo. I neo-assunti andranno non solo a potenziare l'assistenza domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19, ma anche tutti gli altri ambiti dove ce bisogno, soprattutto nelle Rsa per anziani, rimasti sprovvisti di unità lavorative durante l'emergenza e tutt'ora carenti. Il decreto prevede che queste assunzioni vadano a soddisfare un fabbisogno d'assistenza territoriale fin qui inevaso. Con le circa 10mila assunzioni previste nel decreto legge Rilancio, si tenta infatti di mettere su una rete di infermieri di famiglia e di comunità, o comunque di avviare questo percorso che necessiterà a regime ben più di diecimila assunzioni.

Emergenza sicurezza

Aggressioni e offese, Carbone: “Difenderemo gli infermieri in ogni sede”

Grave recrudescenza dei casi di violenza, ingiurie e minacce agli infermieri. Dopo l'ultimo barbaro episodio, Carbone chiede al Prefetto di Napoli il rafforzamento dei servizi di vigilanza: “Negli ospedali, soprattutto quelli più esposti, serve un drappello di polizia”. Lettera al Presidente De Luca a difesa dell'onorabilità della professione

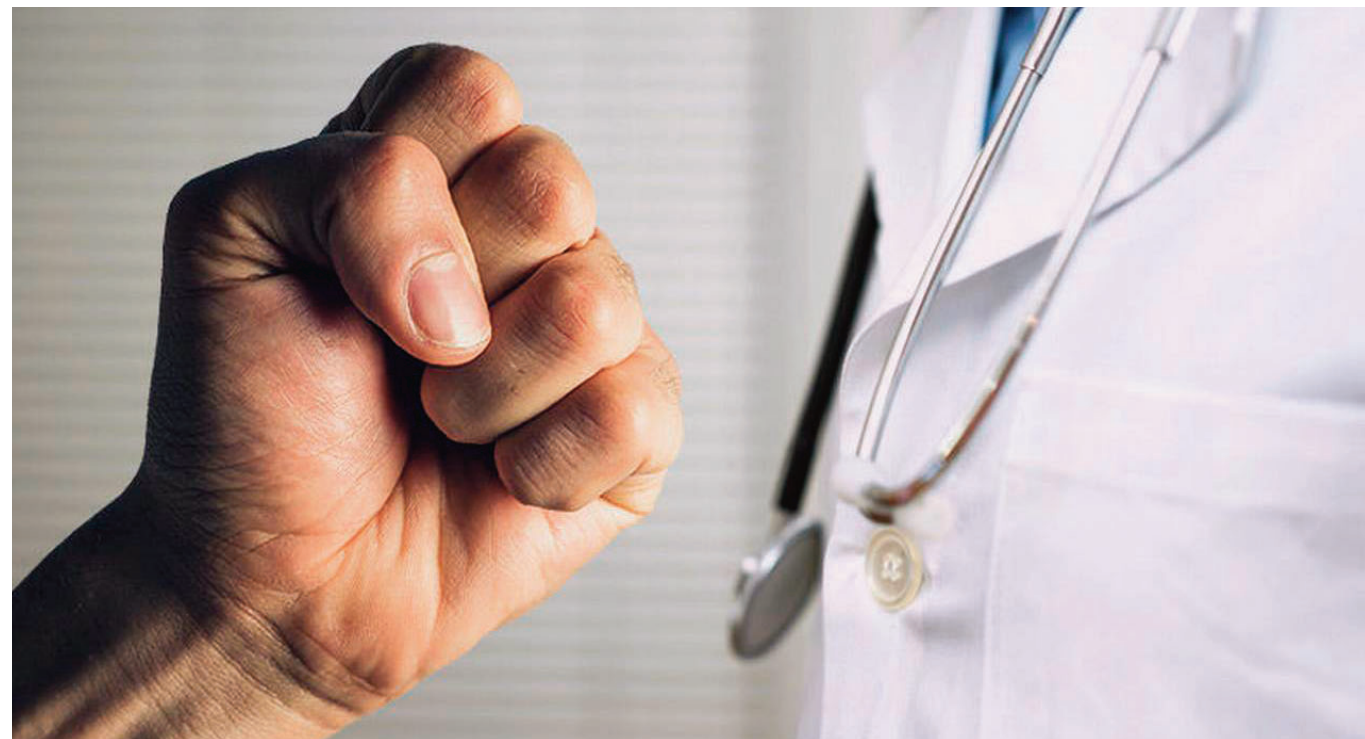
di **DARIO DE MARTINO**

Aggressioni e violenze fisiche, minacce, staling e ingiurie sul web. Ad aprile angeli ed eroi, con la seconda ondata di contagi gli infermieri sono diventati d'un tratto bersagli facili della furia feroce e violenta dei cittadini. C'è esasperazione, paura, disagio e malcontento tra la gente. Ma nessuna motivazione può in nessun modo giustificare il livello di aggressività e di accanimento che si è registrato questo autunno. Anche da parte di autorevoli esponenti delle istituzioni, che hanno pensato bene di usare gli infermieri come

capri espiatori. Come nel caso del presidente De Luca, che in diretta tv ha accusato un infermiere (senza fare nomi, e senza precisare circostanze) per la vicenda formiche all'Ospedale San Giovanni Bosco.

Aggressione al Cardarelli - L'ultimo episodio in ordine di tempo, di una gravità assoluta e d'una ferocia cieca e bestiale, ha visto come vittima un'infermiera di 55 anni, Loredana. E' stata aggredita al pronto soccorso del

Cardarelli da quattro persone, riportando una prognosi di 30 giorni per lesioni polmonari, due costole rotte, distorsione del setto nasale e traumi facciali. Un referto da incubo, esito di quindici lunghi minuti di pestaggio e di terrore terminati con l'intervento dei colleghi e poi degli addetti alla sicurezza. Una vicenda che ha indignato tutti, della quale se ne sono occupati i media locali e nazionali. “Bisogna stroncare con ogni mezzo questa barbarie. Non siamo più disposti a tollerare



Emergenza sicurezza

aggressioni fisiche e verbali, minacce e ingiurie d'ogni tipo. Difenderemo i nostri infermieri in ogni sede”. “Per Loredana ci costituiamo parte civile. Saremo al fianco della collega per ogni iniziativa. Chiederemo alle autorità una grande severità, ma soprattutto chiederemo anche al Prefetto di Napoli il rafforzamento dei servizi di vigilanza, che anche questa volta sono risultati insufficienti e inadeguati. Bisogna che gli ospedali siano luoghi sicuri - ha aggiunto Carbone - devono essere presidiati da forze dell'ordine in grado di garantire incolumità a chi opera. E' inaccettabile che chi lavora per salvare vite, venga pestato con calci e pugni e

mortificata oltre ogni limite di sopportazione. Comprendiamo lo stato d'animo della collega aggredita e dei tanti infermieri che lavorano nelle emergenze e siamo loro vicini”.

Una lunga serie - Quello di Loredana è solo l'ultimo dei tanti episodi di violenza ai danni di infermieri, ma anche medici e operatori sanitari. Secondo l'associazione Nessuno tocchi Ipocrate è la 52esima dall'inizio dell'anno. Eppure, solo da poco è stata varata la legge che inasprisce le pene per reati contro gli operatori sanitari: fino a 16 anni di carcere, sanzioni amministrative fino a 5mila euro, procedibilità d'uf-

ficio senza la necessità che vi sia querela da parte della persona offesa. L'iter per la tutela di medici, infermieri, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, tecnici e tutti gli operatori sanitari, è partito dall'iniziativa dell'ex ministro della Salute Giulia Grillo. La norma estende alle lesioni gravi o gravissime causate a operatori sanitari le aggravanti previste per le aggressioni a un pubblico ufficiale: le pene sono quindi da 4 a 10 anni per le lesioni gravi e da 8 a 16 anni per le lesioni gravissime. Nel caso in cui l'aggressione non costituisca reato, chi usi violenza, offenda o molesti gli operatori sanitari dovrà pagare una multa da 500 a 5 mila euro.

Tutela onorabilità infermieri L'Opi diffida il Governatore

Onorevole Presidente,

Con stupore e indignazione gli infermieri di Napoli hanno assistito solo qualche giorno fa ad una gratuita e offensiva aggressione da parte Sua all'intera famiglia professionale. In un recentissimo Suo intervento alla trasmissione “Che tempo che fa” su Rai 3, inopinatamente e fuori luogo, Lei ha attribuito ad un collega infermiere dell'Ospedale San Giovanni Bosco la responsabilità del tristemente noto episodio delle formiche. Cito le parole da Lei usate; “Abbiamo scoperto che magari qualche infermiere faceva scorrere a terra delle gocce di glucosio per attirare le formiche e fare film”.

Una dichiarazione gravemente lesiva dell'onorabilità di una intera professione, soprattutto perché generica e non suffragata da elementi circostanziali e probanti. Nella mia qualità di Presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, a tutela del buon nome della professione, devo invitarLa a fare chiarezza su questo punto. Si faccia luce una volta per tutte sulla vicenda. Se Lei è a conoscenza di responsabilità precise a carico di un nostro iscritto nel merito, faccia il nome e lo denunci. Altrimenti la diffido sin da ora ad addossare ancora una volta pubblicamente e genericamente tali responsabilità ad un nostro iscritto.

In queste ore di grave emergenza sanitaria, soprattutto in Campania, ci saremmo aspettati da Lei ben altre parole nei confronti della nostra professione. Lei sa quanto me, anzi meglio di me, i gravi vuoti di organici presenti da anni negli

ospedali. Gravissime carenze di uomini e mezzi oggi aggravate dalla pandemia che miete migliaia di vittime, soprattutto tra i sanitari. Oggi gli ospedali sono campi di battaglia. E chi vi lavora è come al fronte. Sono più di 500 gli infermieri contagiati negli ultimi 30 giorni nella provincia di Napoli. Il dato peggiore tra il personale sanitario infetto nel nostro Paese. In questo scenario, gli infermieri napoletani si sobbarcano doppi e tripli turni per tenere fede alla loro mission e all'impegno deontologico di assistenza agli ammalati. Senza questi sacrifici oggi gli ospedali sarebbero già al collasso. Anche perché, nonostante i provvedimenti presi dal governo con il Decreto Rilancio, il nostro territorio resta inesorabilmente sguarnito, mentre sarebbe stato opportuno nei mesi estivi attivare per tempo micro team di cura a domicilio capaci di assistere da vicino pazienti e famiglie, alleggerendo il carico per gli ospedali.

Difronte a questo quadro, confido che Lei possa trovare ben altre espressioni nei confronti degli infermieri napoletani. Né angeli, né eroi. Ma nemmeno untori, capri espiatori di vicende ancora oscure sulle quali auspichiamo quanto prima una parola definitiva da parte della magistratura.

Il presidente Opi Napoli
dr. **Ciro Carbone**

Napoli. 17/11/2020

Rilancio Campania, De Luca parte dalla Sanità

Il Presidente della Giunta regionale annuncia: *"C'è un miliardo e 300 milioni di euro per l'edilizia ospedaliera che possono trasformare la Campania nella prima regione per strutture". E poi: "L'obiettivo deve essere quello di far diventare la Campania la prima regione per strutture sanitarie. Possiamo trasformare un ritardo storico in un primato: avere la rete ospedaliera più moderna d'Italia"*

di PINO DE MARTINO



NAPOLI – Lo si potrebbe chiamare Rilancio Campania, prendendo spunto dal decreto Rilancio varato dal Governo dopo la prima fase della pandemia. E' il programma di governo della Campania per i prossimi cinque anni illustrato in Consiglio regionale dal Presidente De Luca. Un piano d'azione in cinque punti: «Non voglio richiamare tutti gli elementi di programma ma vorrei soffermarmi su alcuni punti fondamentali» esordisce De Luca mentre fissa i principali obiettivi da centrare. *"Si parte dalla sanità"*. Ed è già un buon inizio. Visto i gravi ritardi che la regione sconta su questo fronte e la pandemia che aggrava ogni cosa. Poi, ricordando all'Aula la recente uscita della sanità regionale dal commissariamento, spiega perché: *"C'è un miliardo e 300 milioni di euro per l'edilizia ospedaliera che possono trasformare la Campania nella prima regione per strutture"*. Una bella sommetta, non c'è che dire. Con questi fondi De Luca intende realizzare

"la rete ospedaliera più moderna d'Italia" e *"valorizzando la medicina territoriale"*.

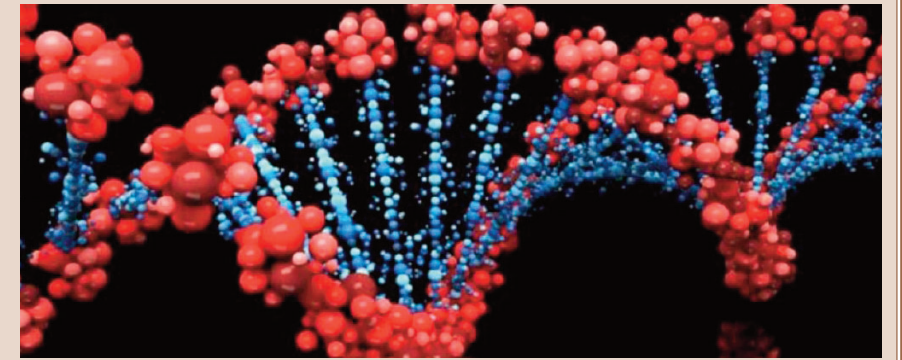
De Luca ricorda che lo stato di *«sorveglianza»* da parte del Ministero dell'Economia impone attenzione nella gestione del bilancio. Il Mef, dice, *«giustamente pretende sia rispettata l'attuazione dei programmi per i tre anni successivi alla fine del commissariamento»*, ma *"l'obiettivo deve essere quello di far diventare la Campania la prima regione per strutture sanitarie. Possiamo trasformare un ritardo storico in un primato: avere la rete ospedaliera più moderna d'Italia"*.

Il programma di governo prevede inoltre industria, ambiente, qualità urbana, cultura e sburocratizzazione. Un punto cruciale è *«l'acquisizione di un piano industriale in grado di collocare l'apparato produttivo della Campania in maniera non drogata nell'ambito del mercato mondiale - ha detto il governa-*

tore - facendo leva sui punti di eccellenza che abbiamo". Il secondo è *"la soluzione definitiva di quelle che sono state per decenni le criticità della Campania, cioè: il problema ambientale, dei rifiuti, del ciclo delle acque, della depurazione della logistica campana"*. Gli altri punti sono *"la qualità urbana, con la riqualificazione di interi territori della nostra regione, partendo dalla realizzazione dei masterplan, da interventi importanti nelle periferie urbane e da un piano casa; la valorizzazione dei valori di fondo dell'anima della regione, la solidarietà, la cultura"*. E infine, ha concluso De Luca, *"il punto più importante di tutti, un punto trasversale che tocca tutti i settori: quello di operare una sburocratizzazione radicale della Regione Campania e la digitalizzazione totale di tutti i servizi e di tutte le attività della Regione, cercando di portare la Regione Campania a essere la prima in Italia per la digitalizzazione dei suoi servizi"*.

Malattie rare, ampliata rete presidi ospedalieri

NAPOLI - La Giunta regionale della Campania ha deciso l'ampliamento della rete dei presidi ospedalieri della Campania di riferimento per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare. I presidi individuati sono: Asl Napoli 1 Centro, Cardarelli, Santobono-Pausilipon, Azienda dei Colli, Moscati di Avellino, Ruggi di Salerno, S. Sebastiano di Caserta, San Pio di Benevento. Inoltre, nell'ambito del Piano nazionale per la non autosufficienza, per l'anno 2019 sono assegnati alla Campania 47 milioni di euro. La Giunta regionale ha stabilito una quota pari al 10% del Fondo (4,7 milioni) in favore dei 6 Ambiti che non hanno presentato entro i termini stabiliti i progetti



richiesti, ripartendo la cifra in proporzione alla percentuale di disabili gravissimi sulla popolazione residente o in proporzione al numero dei disabili gravissimi riconosciuti nelle annualità pre-

cedenti. Le restanti risorse del Fondo 2019 sono assegnate ai 53 Ambiti territoriali che hanno trasmesso la programmazione territoriale entro i termini fissati.

Asl Napoli 1 Centro, 28 nuove ambulanze

NAPOLI - La Asl Napoli 1 Centro ha provveduto all'acquisto di quattro nuove ambulanze e sono in corso le procedure per l'acquisizione di altre 24. La notizia è emersa nel corso dell'incontro tra il prefetto di Napoli, Marco Valentini, e il direttore della Centrale operativa territoriale del 118 di Napoli, Giuseppe Galano, svolto in Prefettura. Durante la riunione si è proceduto ad approfondire, nel contesto della tutela generale della sicurezza pubblica e dei livelli essenziali delle prestazioni, il tema del funzionamento del sistema del 118 e del connesso servizio delle autoambulanze, nell'attuale situazione emergenziale, già oggetto della riunione del Comitato per l'ordine e la sicurezza pubblica del 9 novembre scorso. Al riguardo, con riferimento ad alcune criticità registratesi, è emerso che la tempistica di arrivo delle ambulanze è condizionata, in questa fase di pandemia, alla necessità di provvedere preliminarmente alla specifica vestizione degli operatori e alla sanificazione dei mezzi dopo ogni intervento. Inoltre, una quota del personale in servizio presso il 118 risulta positivo al Covid-19 con conseguente difficoltà di organico per la copertura dei turni nelle 24 ore. La Centrale Operativa è, inoltre, gravata da numerose chiamate non finalizzate a richieste di soccorso bensì ad acquisire informazioni, circostanza che determina l'intasamento dei centralini. Al termine dell'incontro è stato concordato di mantenere un costante contatto per aggiornamenti sull'evoluzione della situazione e valutare eventuali iniziative comuni per fronteggiare al meglio l'emergenza in atto.



L'OPI informa

Ripresa la distribuzione di mascherine Carbone: "C'è di nuovo bisogno di dpi"

NAPOLI - È ripresa l'attività di consegna gratuita di mascherine di tipo FFP2 da parte dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli. Presso la sede dell'Opi di piazza Carità è stata riattivata l'opera di distribuzione dei dispositivi di protezione individuale già avviata nella prima fase della pandemia da coronavirus. "Con la seconda ondata di contagi da Covid-19 - ha spiegato il Presidente **Ciro Carbone** - sono tornati anche alcuni dei problemi registrati nella scorsa primavera e che speravamo di aver superato. I colleghi infermieri ci hanno segnalato da più parti difficoltà a reperire ma-



Santobono-Pausilipon Conenna è il nuovo Dg

NAPOLI - Il Consiglio direttivo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli ha indirizzato al professore **Rodolfo Conenna** gli auguri per un proficuo lavoro e per un mandato ricco di soddisfazioni e di successi. Rodolfo Conenna è il nuovo direttore generale dell'ospedale Santobono-Pausilipon di Napoli. La nomina regionale era attesa. Il suo nome è circolato per giorni quale probabile successore di Annamaria Minicucci, al Santobono dal 2009 e che era a fine del mandato da commissario. In passato, Conenna era stato già direttore sanitario, tra il 2014 ed il 2019, proprio del nosocomio partenopeo, dove torna dopo un'anno all'Azienda dei Colli.



Diplomatosi alla Scuola Militare Nunziatella nel 1977 e laureatosi poi in Medicina e Chirurgia all'Università Federico II di Napoli nel 1985, Conenna si è specializzato in Pediatria prima e Neonatologia successivamente. Tra il 1991 ed il 1999 ha lavorato presso il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese e per l'Azienda Sanitaria Locale di Caserta. Dopo una prima parentesi tra il 2001 ed il 2006 proprio all'ospedale Santobono-Pausilipon, ha svolto mansioni dirigenziali per la Sanità regionale del Lazio fino al 2011, prima di rientrare nel nosocomio partenopeo, dove ha ricoperto diversi incarichi, compreso quello di direttore sanitario tra il 2014 ed il 2019. Nell'agosto dello scorso anno ha ricoperto la medesima carica presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli che riunisce gli ospedali Pascale, Cotugno e CTO.

schierine idonee e in quantità adeguata alle crescenti necessità. Ecco perché - ha aggiunto Carbone - ci siamo di nuovo riattivati nel dare il nostro contributo alla causa. Come nella prima fase - ha detto infine il Presidente Opi Napoli - cercheremo di portare ovunque servano i dispositivi di protezione, dando la precedenza alle strutture dove il bisogno è maggiore".

Una prima tranches di mascherine FFP2 è stata consegnata dallo stesso Carbone ai rappresentanti della Casa di cura Ospedale Internazionale, di Villa dei Fiori, di Villa delle Querce, della Clinica Lourdes. Nei prossimi giorni saranno distribuite altre mascherine seguendo le priorità già menzionate.



L'OPI informa

Addio ad Alfonso, l'infermiere eroe In corsia da pensionato per aiutare

Alfonso Durante, 75 anni, poco dopo il contagio era finito in terapia intensiva. Ai suoi familiari diceva: "Non lavoro per l'ospedale, ma per i malati". La notizia della scomparsa fa il giro del web e dei media

NAPOLI - Lo hanno ricordato e celebrato in tanti. Non solo i colleghi. La sua scomparsa, da eroe, ha commosso tutti. E la notizia l'hanno riportata in molti sui giornali e sulle pagine del social network. **Alfonso Durante**, 75 anni, infermiere ed eroe, è deceduto all'ospedale Cotugno di Napoli, dove era in terapia intensiva e intubato. La sanità campana piange l'ennesimo infermiere vittima del Covid: **Alfonso Durante** era in pensione da tempo, ma era rientrato in servizio sulle ambulanze del 118 per dare una mano ai colleghi e per salvare altre vite. A diffondere la notizia è stata l'associazione «Nessuno Tocchi Ippocrate», che con un post sul proprio profilo Facebook ha voluto ricordare il collega per il suo senso di dedizione e per quell'ultimo sacrificio che lo ha portato alla morte. Dopo lo scoppio della pandemia, Alfonso era tornato in servizio sulle ambulanze del 118. Aveva deciso di tornare sul campo a dare una mano, lì dove c'era più bisogno: aveva ripreso servizio sulle ambulanze, con la Misericordia di Grumo Nevano, nel circuito del 118, quello del primo soccorso. Aveva ricominciato a correre di nuovo tra le strade cittadine per soccorrere i pazienti, in aiuto questa volta di quelli che venivano contagiati dalla Covid. Questo ultimo sacrificio però gli è stato fatale: infettato proprio durante i soccorsi, si è aggravato rapidamente; è stato ricoverato al Cotugno, dove è stato trasferito poco dopo nella Terapia Intensiva e intubato. «Oggi ci lascia Alfonso - scrive Nessuno Tocchi Ippocrate - il vero eroe di questa pandemia con la sua missione portata al termine fino al suo ultimo respiro. Si stava godendo la pensione, ma l'urlo delle persone in difficoltà durante la pandemia l'ha spinto a indossare nuovamente la divisa dell'emergenza. Questa scelta l'ha pagata cara. Il nostro messaggio di cordoglio alla sua famiglia».

La pensione - Alfonso aveva una famiglia che aveva ricominciato a godersi, e avrebbe potuto continuare a passare le giornate con i suoi cari. Ma non se l'è sentita. Non se l'è sentita di lasciare i vecchi colleghi senza di lui di fronte a tanta emergenza. E soprattutto non se l'è sentita di restarsene in casa mentre là fuori c'erano persone che avrebbe potuto aiutare. Perché



Alfonso, raccontano i familiari, ripeteva sempre che lui non lavorava né per la Asl, né per l'ospedale. Da lì arrivava lo stipendio, ma il suo lavoro, il suo impegno - lo diceva sempre - erano per gli ammalati. Per le persone alle quali poteva essere utile. E se adesso lo stipendio era stato sostituito dal bonifico dell'Inps, la spinta a rendersi utile non era affatto andata in pensione.

Il rientro - Così in piena emergenza Covid Alfonso ha fatto un paio di telefonate e si è messo a disposizione. Cambiando il colore della divisa, non più l'arancione del 118 ma il giallo e celeste della coop Misericordia, ma ricominciando tutto come prima: le corse dove c'era una chiamata, le manovre salvavita, l'ossigeno, la stabilizzazione del paziente, mentre il collega al volante sfrecciava verso l'ospedale. Solo che adesso il nemico da affrontare era il Covid, e Alfonso, che non si è mai tirato indietro, tornando sulle ambulanze al Covid si è avvicinato troppo. E ne è rimasto contagiato.

Revisioni e aggiornamenti

L'importanza dei protocolli in Chirurgia laparoscopica avanzata



Parte con questo numero un nuovo approfondimento sulla chirurgia laparoscopica. Dopo il successo della prima serie, riproporremo a puntate nella rubrica dedicata al nursin narrativo un dettagliato escursus realizzato, aggiornato e rivisto come seconda edizione da Salvatore Errico, infermiere coordinatore, esperto in Chirurgia Laparoscopica e tec-

nologie avanzate, delle sale operatorie integrate, sistema endoalpha 3D, dell'Azienda dei Colli, presidio Monaldi di Napoli, diretto dal Professore Diego Cuccurullo.

Lo scopo è quello di offrire agli operatori e a chiunque sia interessato, una guida per infermieri di sala operatoria e strumentisti. Con l'intento di garantire

sempre più elevati standard assistenziali, l'equipe infermieristica di Chirurgia Generale dell'Azienda dei Colli di Napoli presidio Monaldi di Napoli, diretto dal Professore D. Cuccurullo, ha avviato da tempo un progetto di verifica interna delle attività infermieristiche con lo scopo di definire il proprio ciclo della qualità.

Revisioni e aggiornamenti

Cosciente delle sempre maggiori responsabilità acquisite nell'ambito dell'assistenza sanitaria, il gruppo di lavoro si è imposto un serio percorso di aggiornamento e verifica professionale, definendo con rigore gli standard procedurali da adottare. Le principali linee guida sono: Identificare i contenuti del proprio lavoro e le responsabilità; Formulare regole scritte per garantire livelli omogenei ed uniformi di prestazioni; Uniformare il comportamento di tutti gli appartenenti al gruppo di lavoro; Garantire un'assistenza di qualità attraverso l'elaborazione di protocolli e procedure standard.

STANDARD DI QUALITÀ

Per migliorare lo standard qualitativo del nostro lavoro e tutelare in maniera uniforme i pazienti afferenti alla nostra struttura operativa abbiamo avviato le seguenti procedure:

Elaborazione di protocolli laparoscopici per tutti gli interventi, controllo e gestione delle apparecchiature; rispetto delle norme per la conservazione della sterilità e dell'asepsi; controllo e gestione dello strumentario.

I PROTOCOLLI IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

Da questa premessa nacque l'idea di creare un manuale per strumentisti di sala operatoria, formulando per iscritto regole fondamentali che garantissero un livello omogeneo di prestazioni da parte di tutto il personale.

Il manuale è stato realizzato da Salvatore Errico all'epoca strumentista di sala operatoria, esperto in Chirurgia Laparoscopica, robotica e tecnologie avanzate. Errico presta servizio da circa 40 anni nella U.O.C. di Chirurgia Generale, negli ultimi 20 anni grazie alla direzione del Professore Francesco Corcione, ha rappresentato un centro pilota e di riferimento di Chirurgia lapa-

roscopica avanzata e robotica a livello Nazionale.

Il manuale, fu pubblicato nel 2002 e diffuso in diversi ospedali d'Italia, raccogliendo favorevoli consensi da parte di esperti internazionali di Chirurgia Laparoscopica come il prof Richard Cohen (ST Mark hospital London), prof GF Begin (hospital Dijon France), prof N. Basso (Roma), prof C. Sartori (Treviso) e prof G. Melotti (Modena), i quali giudicarono utile tale manuale per tutto il personale di sala operatoria che si occupa di Chirurgia mini-invasiva.

Frutto d'una quotidiana esperienza nell'ambito di un centro di chirurgia laparoscopica avanzata, il manuale era arricchito da un ampio corredo iconografico, pratico per le impostazioni schematiche, che si prestava ad una rapida ed efficace consultazione, sia per stru-

mentisti di sala operatoria, che per specializzandi in chirurgia o chirurghi che si avvicinano alla chirurgia Laparoscopica. Soprattutto quest'ultimi potevano apprendere dalla consultazione di tale lavoro una molteplicità d'informazioni riguardanti la preparazione, le posizioni dell'ammalato, la strumentazione, nonché accenni di tecnica operatoria, sia perciò che concerne la chirurgia laparoscopica di base (colecisti, appendice, ernia e varicocele) sia perciò che concerne la chirurgia laparoscopica avanzata (ernia iatale, acalasia, surrene, milza, pancreas, stomaco, colon, rene).

I protocolli nel corso degli anni sono stati aggiornati in relazione alla continua evoluzione tecnologica, alla nascita di strumenti sempre più sofisticati e alle continue modifiche delle tecniche operatorie.

Publicato in I edizione 2002

In fase di revisione e in attesa di pubblicazione



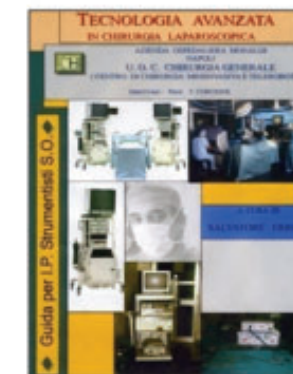
Nasce così un nuovo manuale in attesa di pubblicazione dal titolo:

"La Tecnologia Avanzata in Chirurgia Laparoscopica".

In esso sono riportati le più recenti tecnologie e il loro campo di impiego in chirurgia laparoscopica, gli strumenti chirurgici di nuova generazione compresi i loro utilizzi e la loro manutenzione e infine i nuovi protocolli aggiornati e arricchiti con note di tecnica chirur-

gica e di una nuova e ampia iconografia.

Ecco il motivo per cui Errico ha deciso di rifare il vecchio percorso pubblicando sulla nostra rivista i suoi più recenti protocolli in modo da creare un canale di formazione per tutto il personale compresi i giovani colleghi infermieri che iniziano la loro attività in chirurgia mini-invasiva.



Revisioni e aggiornamenti

L'Assistenza presso il Punto di Primo Soccorso Pediatrico del P.T. "S.S. Annunziata": la metamorfosi di una realtà centenaria del cuore di Napoli

di DARIO DI STASIO

Responsabile Infermieristico P.P.S.P. A.S.L. Napoli 1 Centro.
Indirizzo per corrispondenza: dario.distasio@aslnapoli1centro.it

Introduzione

Il Presidio Territoriale "S.S. Annunziata" è uno storico Ospedale materno-infantile della città di Napoli.

Ubicato in via Egiziaca a Forcella, si trova nel territorio del DSB 31, che coincide con la seconda Municipalità del Comune di Napoli, corrispondente ai popolosi quartieri Avvocata, Montecalvario, Mercato, Pendino, San Giuseppe, Porto.

Al momento, il Presidio ospita anche una serie di attività gestite parzialmente o esclusivamente dall'AORN Santobono-Pausilipon, per effetto del succedersi di due Decreti Regionali (DCA) di cui il primo (DCA 50/2011) stabiliva il passaggio della SS. Annunziata dalla ASL Napoli 1 Centro all'AORN Santobono - Pausilipon mentre il secondo (DCA 28/2015) ne sancisce il rientro in ASL Napoli 1 Centro.

La ASL gestisce i servizi di Oculistica Pediatrica, Cardiologia Neonatale e Pediatrica, Cardiologia per adulti, Dermatologia Pediatrica e per adulti, l'UOC Tutela della Salute della Donna con il Consultorio Familiare di II livello, la UOMI del DSB 31, il Nucleo di Neuropsichiatria Infantile del Distretto 31 all'interno del quale opera il Settore di Psicologia Clinica dell'età evolutiva, il Centro per le Famiglie, la Diagnostica per Immagini con una sezione dedicata all'Ecografia Pediatrica e il Laboratorio di Patologia clinica ad indirizzo pediatrico con centro prelievi. L'Annunziata ospita altresì la Continuità Assistenziale e l'Ambulatorio STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) del DSB 31.

In tale contesto si individua la presenza di un efficace servizio di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza pedia-

trica attivo 24 ore su 24: il **Punto di Primo Soccorso Pediatrico**.

Tale servizio, materialmente da sempre esistito, ha subito negli anni una serie di trasformazioni che l'hanno visto cambiare nei nomi ma non nei fatti; da "accettazione pediatrica" per gli innumerevoli reparti esistenti in passato, a "continuità assistenziale dedicata al bambino", ma per l'opinione pubblica e nell'immaginario collettivo dei numerosi "cittadini-clienti" del centro è da sempre, ed erroneamente, considerato: "o' Pront Soccorso pe Criatur".

Oggi, il Punto di Primo Soccorso Pediatrico con la sua nuova identità, si colloca tra le strutture deputate all'assistenza pediatrica in ambito di Emergenza-Urgenza, rappresentando una sede di incontro tra la pediatria del territorio e quella ospedaliera.

Supportato dal reparto di Pediatria, locato nel presidio ma in completa gestione dell'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon, grazie al costante collegamento con il Pronto Soccorso del Santobono per l'invio dei casi Traumatologici e che necessitano di cure intensive, il PPSP nell'anno 2019 ha fatto registrare circa **27000 accessi**.

Numeri grandi destinati a diventare enormi perché in costante aumento, tanto da far schedare **4758 accessi** nei primi due mesi del 2020.

4758 Prestazioni in 60 giorni !!!

Una crescita che in prospettiva, se non fosse stato per l'avvento della pandemia da COVID-19, in base all'andamento degli anni precedenti avrebbe fatto registrare circa 35 mila accessi per l'anno 2020.

Revisioni e aggiornamenti

Obiettivo dello studio

Al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e quindi l'assistenza erogata è stata analizzata l'attività svolta nel PPSP in riferimento al periodo dei 4758 accessi di Gennaio/Febbraio 2020, i miei primi due mesi di incarico.

Materiali e metodi

Sono stati elaborati i dati registrati ed archiviati relativi al periodo "pre-covid" compreso tra il 1° Gennaio 2020 e il 29° Febbraio 2020, prendendo in considerazione il numero complessivo, il sesso e l'età dei pazienti, la patologia diagnosticata, complessità degli interventi effettuati, la distribuzione degli accessi per settimane, giorni e fasce orarie, l'orario di accoglimento, consulenze richieste, terapia somministrata e medicazioni effettuate.

Risultati

Gli accessi registrati dal 1° Gennaio 2020 al 29 Febbraio 2020 sono stati 4758. Come si evince dalla figura 1, il 57% (2658 casi) ha un'età inferiore ad un anno, mentre il 14% (646 casi) ha un'età compresa tra 1 e 2 anni.

E' interessante notare come gli accessi al P.P.S.P. siano più frequenti durante i fine settimana (92,8 in media il sabato, 97,5 la domenica), quando sul territorio non è disponibile un servizio ambulatoriale: il sabato (836 casi, 17,5% del totale) e la domenica (780 casi, 16,3%) si raggiungono infatti i picchi massimi di frequenza (Figura 3); la maggior parte delle prestazioni sono state effettuate nelle fasce orarie pomeridiane, dalle ore 13.00 alle 19.00 (1710 casi, 35,9%), e serali, dalle ore 19 alle 24 (1507 casi, 31,6%) (Figura 2).

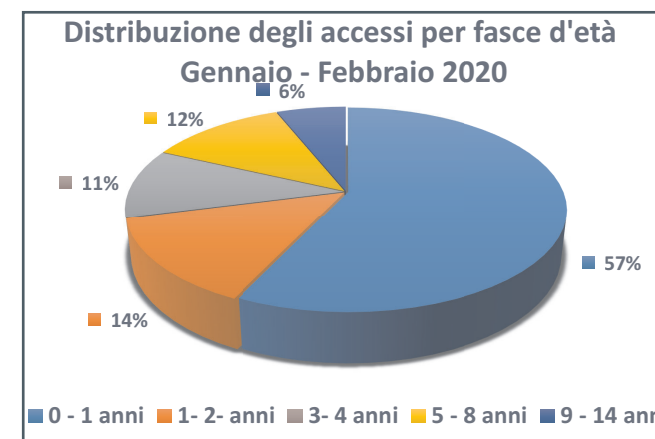


Figura 1

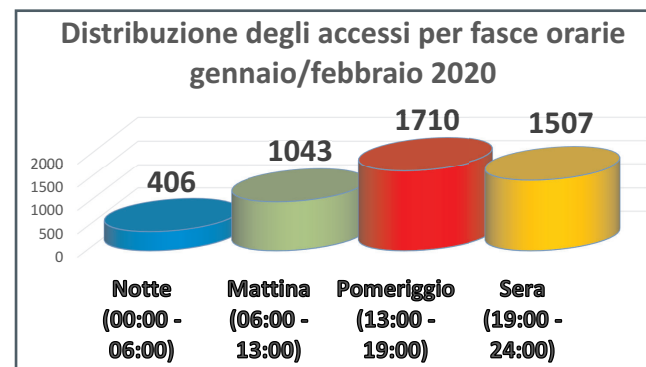


Figura 2

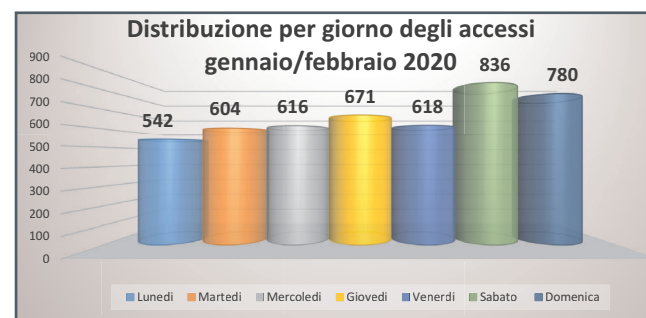


Figura 3

La Figura 4 riporta le principali cause d'accesso al P.P.S.P. Dall'analisi condotta emerge che le principali affezioni diagnostiche sono quelle relative all'apparato respiratorio (2058 casi, 43,2%), alle patologie gastrointestinali (633 casi, 13,3%), alle patologie otorinolaringoiatriche (633 casi, 13,3%), alle febbri di natura da determinare (507 casi, 10,6%), alle affezioni dermatologiche (302 casi, 6,3%), alle reazioni allergiche (78 casi, 1,6%) e ai traumi minori (66 casi, 1,3%). Seguono le patologie osteoarticolari (71 casi, 1,5%), le patologie odontoiatriche (45 casi, 0,9%), le ferite (43 casi, 0,9%), le congiuntiviti (57 casi, 1,1%), le patologie genitourinarie (0,8 casi, 2%), le intossicazioni (3 casi).

A compimento dell'iter diagnostico, i medici del P.P.S.P. si servono, quando necessario, dell'ausilio dei servizi presenti nel P.T. "S.S. Annunziata" richiedendo tramite modulistica dedicata consulenze specialistiche e indagini strumentali diagnostiche.

Dei 4758 accessi il **4,3 % dei casi ha necessitato di consulenze specialistiche**, il **2,8 % di indagini diagnostiche strumentali**. Percentuali apparentemente basse che producono numeri enormi considerandone la distribuzione sugli appena 60 giorni analizzati, anche perché la maggior parte di questi servizi sono attivi solo nei giorni feriali ed esclusivamente dalle 08:00 alle 14:00. I grafici delle figure 5 e 6 è rappresentata la distribuzione per giorno di consulenze specialistiche ed indagini diagnostiche.

Revisioni e aggiornamenti

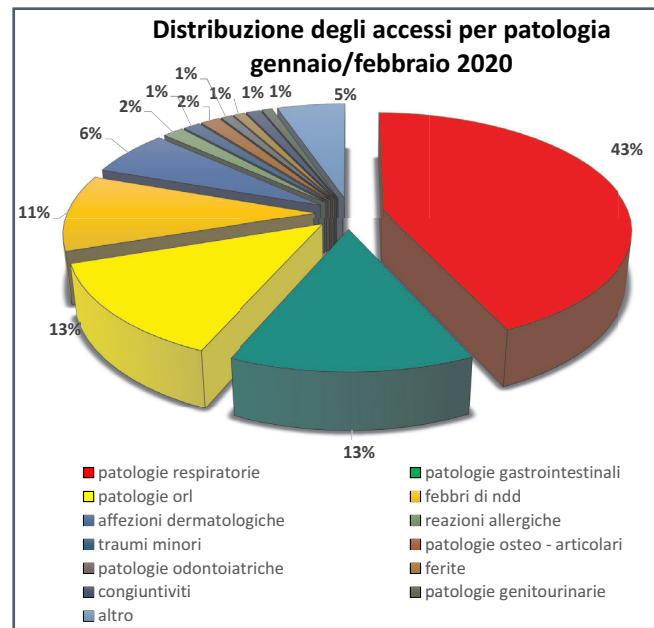


Figura 4

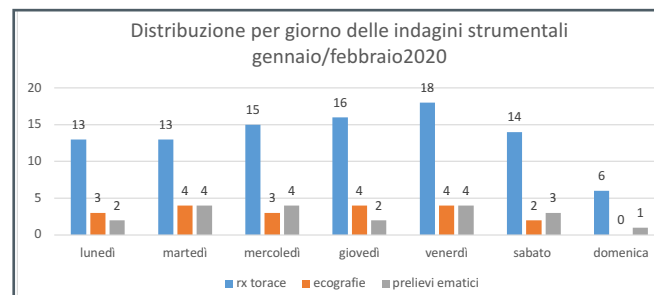


Figura 5

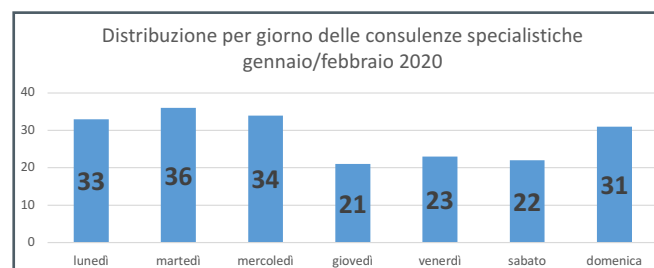


Figura 6

Dal grafico in figura 6 si evince che le **205 consulenze** richieste in 60 giorni (**3,4 consulenze in media al giorno**) risultano ben distribuite in tutti i giorni della settimana.

Volendo entrare nello specifico (figura 7) facendo un'analisi ancor più meticolosa, si nota che suddetti dati evidenziano una richiesta maggiore di consulenze pediatriche il fine setti-

mana causa la chiusura sei servizi distrettuali e l'assenza dell'anestesista di presidio.

Inoltre, la figura 7 rimarca l'importanza del supporto di un reparto di pediatria che attualmente è amministrato dall'A.O.R.N. Santobono- Pausillipon, ma che nelle more del compimento del progetto regionale si spera possa essere annesso all'ASL Napoli 1 Centro.

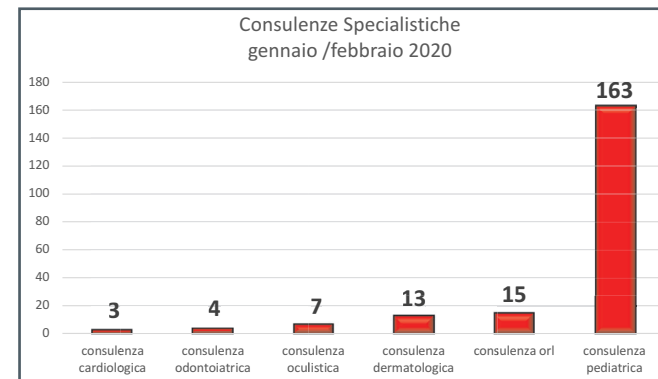


Figura 7

La figura dell'**Anestesista** di presidio risulta essere di fondamentale importanza considerata l'elevata gestione dei casi di acuzie che necessitano di cure intensive immediate. Interventi che vanno dal semplice reperimento di un accesso venoso "difficoltoso" alla gestione di crisi respiratorie importanti, ma che possono essere effettuati solo durante le ore **diurne e feriali** per l'**assenza** di quest'ultimo nei **notturni e festivi**.

Sempre in relazione al periodo in questione, **54** sono stati i casi che si potrebbero definire **gialli** (in media 1 al giorno) qualora venisse eseguito un triage infermieristico, mentre **25** casi (1 ogni due giorni) corrispondono ai classici **codici rossi** trattati nei P.S. pediatrici. Trattasi per lo più di laringospasmi per quanto concerne "i gialli", crisi convulsive per "i rossi".

Altro elemento imprescindibile è l'**Ambulanza di Presidio** che è stata adoperata in media una volta al giorno con **57 interventi in due mesi**.

155 PROPOSTE DI RICOVERO IN 60 GIORNI = 2,6 AL GIORNO

Nei due mesi in questione **155** sono state le **proposte di ricovero**, di questi 123 bambini ha accettato il ricovero, mentre 32 ha rifiutato il ricovero o ha preferito il trasferimento ad altro istituto; solo in pochissimi casi i genitori si sono allontanati volontariamente dal P.P.I.P durante l'attesa. Anche in questo caso un numero tutt'altro che esigui in quanto si parla di una media di circa **3 proposte di ricovero al giorno**.

Revisioni e aggiornamenti

La meticolosità dell'analisi eseguita ha prodotto altri dati con relativa importanza statistica:

dei 4758 bambini assistiti, 1239 avevano febbre, a 788 di questi gli è stata somministrata terapia, sono state eseguite 43 medicazioni.

I numeri del Punto di Primo Soccorso Pediatrico		
Periodo Analizzato	60 giorni	
Numero Accessi	4758	79,3 al giorno
Consulenze Specialistiche	205	3,4 al giorno
Indagini Strumentali Diagnostiche	135	2,2 al giorno
Proposte di Ricovero	155	2,5 al giorno
"Codici Rossi"	25	1 ogni 2 giorni
"Codici Gialli"	54	1 al giorno
Interventi Anestesista	16	
Interventi Ambulanza Presidio	57	1 al giorno

N.B. i servizi sono attivi solo dal lunedì al venerdì fino alle h 14, ad eccezione della radiologia che è attiva h 24 (la notte e i festivi in reperibilità). L'anestesista è presente solo nei feriali dalle 8 alle 20.

Conclusioni

L'analisi dei 2 mesi di attività del P.P.S.P. dell'Ospedale "S.S. Annunziata" ha consentito di verificare che i dati da essa ottenuti si allineano con quelli riportati in letteratura.

In realtà, l'elemento che in misura maggiore rende sovrapponibili le diverse esperienze di Pronto Soccorso Pediatrico o

di P.P.S.P. variamente descritte a livello nazionale ed internazionale è rappresentato dalla difficoltà di arginare il crescente e problematico aumento di accessi, che spesso sembrano dovuti a problemi non legati ad un'urgenza reale, ma percepita tale dai genitori.

Tuttavia l'andamento temporale degli accessi (molto più frequenti nel tardo pomeriggio e all'inizio della notte) e l'aumento degli accessi nei giorni di venerdì, sabato, domenica e lunedì ci sembrano indicare che l'osservazione diretta del bambino da parte dei genitori associata alla maggior difficoltà ad usufruire delle prestazioni specialistiche pediatriche (manca infatti una guardia medica pediatrica) induca ansia nei genitori e richieste di risposte immediate. Nella sostanza le persone vivono il P.P.S.P. come una continuazione dell'assistenza pediatrica garantita dal Pediatra di Libera Scelta, piuttosto che un servizio per le urgenze-emergenze pediatriche.

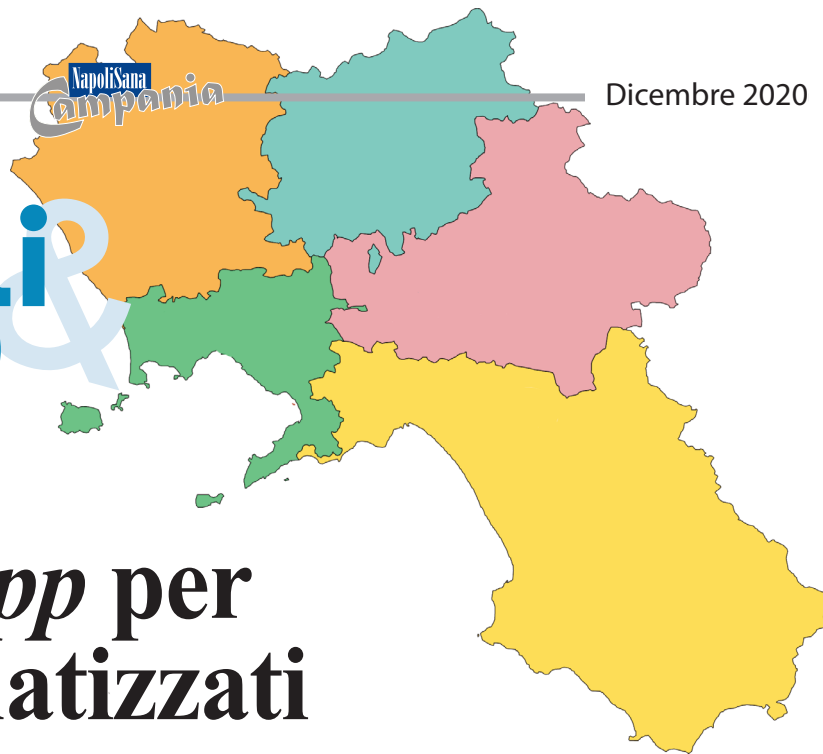
D'altro canto però il P.P.S.P. svolge un ruolo importante se si considera l'ingente risparmio di risorse da esso derivante, in termini di diminuita quantità di prestazioni di P.S. e di ricoveri effettuati; questi ultimi potrebbero essere ulteriormente ridotti anche attraverso l'istituzione presso il P.P.S.P. di un'**Unità di Osservazione Breve**.

Abbreviazioni

P.P.S.P. (Punto di Primo Soccorso Pediatrico)
U.C.C.P (Unità Complessa di Cure Primarie)
S.T.P. (Stranieri Temporaneamente Presenti)
D.S.B (Distretto Sanitario di Base)
A.O.R.N. (Azienda Ospedaliera Rilievo Nazionale)
A.S.L. (Azienda Sanitaria Locale)

Bibliografia

- Messi G, Giuseppin I, Guglia E, Piccotti E, Magnani M, Cardoni G, Mazzoni N, Vetrano F, Vitale A. Osservazione breve in PS pediatrico. *Quaderni di Pediatria* 2002;3:1-5.
- Pecile P, Pittini C, Pusiol A, Tenore A. Indagine Regionale sull'accesso al Pronto Soccorso Pediatrico. *Medico e Bambino* 2000; pagine elettroniche.
- Amodio L, Tipo V, Vetrano F, Vitale A, Cardoni G, Magnani M, Messi G. Osservazione breve in Pronto Soccorso Pediatrico: modelli organizzativi e budget. *Quaderni di Pediatria* 2002;3:6-9.
- L Cattaneo, A Triarico, M Marinoni, L Nespo L'Assistenza presso un punto di primo intervento pediatrico ospedaliero: urgenze soggettive oppure reali?. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2004;7(8)
- Angeloni S. Il concetto di urgenza pediatrica nelle aspettative dei cittadini. *Pediatria d'Urgenza* 1998;11:7-8.
- Fernandez JB. Creazione, obiettivi e attività della Società Spagnola di Pediatria di Urgenza (SEUP). *Pediatria d'Urgenza* 2002;19:20-22.



Pascale, un *app* per pazienti stomatizzati



NAPOLI - Quando un paziente viene stomatizzato, soprattutto nella fase iniziale, è difficile pensare di poter tornare alla normalità ed essere di nuovo padroni della propria vita. L'adozione di strumenti digitali, come una piattaforma web, può davvero migliorare la vita dei pazienti fornendo risposte e consigli qualificati in ogni momento. Se tutto questo avviene poi in un periodo di pandemia un'app non solo migliora, ma salva la vita di chi ha la sfortuna di trovarsi in determinati condizioni fisiche.

È quello che fa il Pascale, Istituto per la cura dei Tumori di Napoli: fornire informazioni e cure anche a chi sta a casa, implementando un modello di assistenza di tipo "connected" attraverso un'applicazione.

Premiato durante l'ultima edizione del Forum PA Sanità e promosso insieme con la Fais, la Federazione di associazioni di in-

continenti e stomizzati, rappresenta uno strumento innovativo per promuovere la salute e il benessere dei pazienti cronici, stomizzati, incontinenti o ricanalizzati effettuato principalmente da personale sanitario specializzato e volontari che operano in modalità di smart working.

I pazienti, una volta registrati sulla piattaforma, possono così ricevere informazioni e cure anche da casa. La soluzione progettuale ideata non sostituisce l'attuale modello di assistenza, ma lo integra e lo migliora.



Accompagnamento nascita. Torna il corso on line

NAPOLI - Ha ripreso attività il corso on line di accompagnamento alla nascita dell'Azienda Ospedaliera Antonio Cardarelli, corso che si svolgerà in classi virtuali composte da Ginecologi, Ostetriche, Anestesisti e Neonatologi. "Abbiamo lanciato questa iniziativa lo scorso aprile - spiega il dg Giuseppe Longo - perché la pandemia non può e non deve fermare attività importanti come la corretta preparazione alla nascita delle nostre pazienti. La risposta che abbiamo ottenuto in termini di partecipazione ci dice che stiamo percorrendo la strada giusta, che le future mamme e in generale le coppie che aspettano un figlio trovano in questi corsi online la giusta misura d'equilibrio tra l'esigenza di essere preparati e il desiderio di restare a casa in sicurezza". Grazie all'impegno di tutto il personale dell'Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia diretta da Claudio Santangelo, e con il sostegno della direzione sanitaria, il Cardarelli ha dato vita ad una realtà che ha poi fatto scuola non solo in Campania.

Il corso è del tutto gratuito. Intende fornire alle donne le necessarie informazioni sul modo in cui affrontare il parto in concomitanza del rischio Covid-19. Le lezioni saranno in diretta e consentiranno alle future mamme, grazie alla tecnologia impiegata, di interagire con i Medici per chiarire ogni dubbio o rispondere ad eventuali domande. Per iscriversi al corso si può inviare una mail a ostetriciaeginecol@libero.it, per informazioni si può contattare il numero 081.74.72.841.



L'Asl Na3 Sud, programma formativo nelle scuole

NAPOLI - Un programma formativo per il personale referente delle scuole per garantire un riavvio delle lezioni in sicurezza. In collaborazione con le istituzioni scolastiche regionali, l'Asl Napoli 3 Sud ha attivato il programma, scelto dalle stesse scuole, che si sviluppa attraverso una piattaforma contenente risposte semplici ed efficaci ai principali dubbi e domande in relazione all'epidemia. L'accesso al sistema avviene attraverso password e il corso prevede anche una certificazione finale in materia di gestione dei casi sospetti per i docenti partecipanti. "Si tratta - spiega Gaetano D'Onofrio, direttore sanitario aziendale dell'Asl - di un servizio che in Italia nessun'azienda sanitaria offre. Un progetto che oltre a guardare al contenimento della diffusione dell'infezione da Covid-19, apre grandi

opportunità sul piano dell'intensificazione dei rapporti tra scuola e mondo della Sanità pubblica con particolare riferimento allo sviluppo dei programmi di salute e prevenzione". Tra le azioni previste dal progetto, la diffusione di opuscoli informativi e l'uso dei canali social con l'obiettivo non solo di un affiancamento continuo ai gruppi dei referenti scolastici, ma anche di un maggiore coinvolgimento possibile dei genitori. Le azioni messe in campo dall'Asl avranno un primo livello centrale

curato dal dipartimento di prevenzione - servizio igiene degli alimenti e della nutrizione diretto da Pierluigi Pecoraro - nell'ambito del programma 'Scuole che promuovono salute', e il livello territoriale curato dalle unità operative di prevenzione collettiva.



Ospedali & territorio

Capua, l'Asl inaugura il Chronic Care Center



CASERTA – Si chiamano “Gli ambulatori della Salute - Chronic Care Center). E sono a Capua, in Via Umberto d'Aquino, 2 (Parco Eucaliptus). Si tratta di un progetto pilota dell'ASL Caserta, nuovo per la regione Campania, fortemente voluto dal suo direttore, Ferdinando Russo, da estendere in altre sedi della provincia. La mentalità che regola questi Ambulatori per il trattamento delle cronicità e delle multi-cronicità, condizioni patologiche in diffusione a causa dell'invecchiamento della popolazione, è quella della presa in carico globale del paziente/cittadino. Lo scopo è quello di porre l'ammalato al centro di un piano individuale di cure, evitando i frequenti accessi a più ambulatori specialistici, con l'accenramento degli ambulatori in un'unica sede. L'impianto del Chronic Care Center, inoltre, riduce la ospedalizzazione e gli accessi in urgenza. Il ricorso alla telemedicina con il costante monitoraggio dei parametri vitali aiuterà a migliorare le condizioni di vita del paziente cronico, con impatto positivo sulla sostenibilità del sistema sanitario. “Que-

sta sperimentazione che riguarda la riorganizzazione delle cure territoriali - ha evidenziato il direttore generale dell'Asl di Caserta Ferdinando Russo - è un vero cambio di paradigma, una nuova modalità di presa in carico delle malattie croniche attraverso team multidisciplinari. Questo progetto ha l'ambizione di guardare oltre, anche per la trattazione delle patologie croniche che vivono una situazione di particolare complessità, come quelle neuromuscolari. Siamo certi che questa nuova forma organizzativa di cure sarà certamente un modello che, nei prossimi anni, sarà preso ad esempio”.

Al Ruggi un sensore per monitorare scompenso cardiaco

SALERNO - La struttura complessa di cardiologia dell'azienda ospedaliera universitaria San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno è la prima in Campania e fra le prime in Italia ad aver impiantato un sensore wireless per il monitoraggio dello scompenso cardiaco da remoto. Il sistema CardioMEMS HF di Abbott è composto da un minuscolo sensore, inserito nell'arteria polmonare, che avvisa i medici in remoto delle modifiche pressorie nel circolo polmonare anche prima dell'apparire dei sintomi. Questo consente una pronta reazione terapeutica, una significativa riduzione delle ospedalizzazioni, ancor più importante in epoca Covid-19, e una migliore qualità di vita nei pazienti con scompenso cardiaco. Si tratta di una patologia che colpisce circa 1 milione di pazienti in Italia, oltre 100mila in Campania. «Lo scompenso cardiaco - spiega Michele Ciccarelli, responsabile dell'ambulatorio di scompenso cardiaco del Ruggi - è una patologia importante, per cui non abbiamo una terapia risolutiva, e che compromette seriamente la qualità di vita di chi ne è affetto. Questo sensore ha consentito di osservare quello che accade ad ogni singolo paziente pur restando lontano dall'ospedale». Alla cardiologia del San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona è possibile la cura del paziente a distanza e la semplificazione dei percorsi, con una conseguente ottimizzazione delle risorse: «Il monitoraggio domiciliare dei pazienti scompensati - dice Michele Manzo, responsabile dell'unità di elettrofisiologia del Ruggi - è fondamentale per una gestione tempestiva della patologia a vantaggio del paziente ma anche del sistema sanitario, con riduzione degli accessi e dei tempi di degenza ospedaliera e quindi un significativo abbattimento dei costi. Siamo i primi in Campania ad aver adottato questa tecnologia wireless e ad oggi abbiamo già eseguito due impianti con risultati eccellenti».

NSC

ursing

8fermieristica

Timing preospedalieri e servizi di emergenza medica: studio preliminare presso il Trauma System Emilia Est



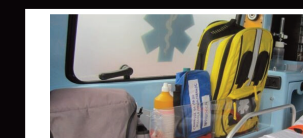
La prevenzione del tumore al seno: uno studio preliminare su un campione di donne italiane



Indagine conoscitiva sul concetto di competenza avanzata nella professione infermieristica



Un'indagine sulla percezione del carico assistenziale tra gli infermieri italiani, nell'era del COVID-19



TIMING PREOSPEDALIERI E SERVIZI DI EMERGENZA MEDICA: STUDIO

PRELIMINARE PRESSO IL TRAUMA SYSTEM EMILIA EST

Fabio Baldini^{1*}, Giacomo De Simone², Stefano Musolesi³

1. Infermiere, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Pronto Soccorso, Ausl della Romagna, Ravenna;
2. Infermiere, Dipartimento Chirurgico, Chirurgia Generale e Toracica, Asl02 Abruzzo Lanciano-Vasto-Chieti, Chieti;
3. Infermiere, Dipartimento di Emergenza, Centrale Operativa e 118, Ausl di Bologna, Bologna;

* *Corresponding Author*: Fabio Baldini, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Pronto Soccorso, Ausl della Romagna, Ravenna (Italia). E-mail: fabiobaldini1994@hotmail.it

ABSTRACT

Introduzione: Il fattore tempo nel soccorso preospedaliero viene preso come riferimento per valutare l'efficienza dei servizi di emergenza medica (EMS). La comunità scientifica è concorde nell'affermare che la sopravvivenza di una vittima di trauma grave, aumenti in seguito ad una riduzione del tempo preospedaliero. L'ipotesi dell'importanza del tempo preospedaliero rimane, in tema di trauma, però controversa. Lo scopo di questo studio è di determinare il tempo preospedaliero e i relativi sottointervalli nei soggetti vittime di trauma, trasportati tramite ambulanza all'interno del Trauma System Emilia Est (Emilia Romagna) e di verificare se l'arrivo in ospedale del soggetto infortunato avviene in un tempo $\leq$ a 60 minuti e se il tempo sulla scena è $\leq$ a 15 minuti. I due tempi, presi come target di confronto, rappresentano valori di riferimento negli Stati Uniti, rispettivamente: (1) la golden hour, (2) il tempo preospedaliero medio sulla scena statunitense per un'ambulanza.

Materiali e Metodi: Studio osservazionale retrospettivo su tutti i trasporti che hanno avuto come codice di rientro 2 o 3, avvenuti tramite ambulanza, di pazienti vittime di trauma in fase preospedaliera tra il 2016 e il 2018.

Risultati: Il 74.6% (833/1116) dei casi ha soddisfatto i criteri di inclusione. Il tempo preospedaliero medio impiegato da un'ambulanza nella gestione di un trauma è risultato essere di 56.3 minuti. La durata media dei relativi sottointervalli è risultata essere di: tempo di risposta 9.4 minuti; tempo sulla scena 30.1 minuti; tempo di trasporto 16.4 minuti. Nel 62.1% (n=517) dei casi l'ospedalizzazione è avvenuta in tempi $\leq$ a 60 minuti. Nel 14.8% (n=123) dei casi l'equipaggio di soccorso è rimasto sulla scena per un tempo $\leq$ a 15 minuti. I pazienti sono stati trasportati nel 35.9% (n=299) dei casi in un ospedale Hub (Trauma Center).

Discussione: Oltre la metà dei trasporti, tramite ambulanza, sono avvenuti rispettando la golden hour. Il tempo sulla scena risulta essere il doppio di quello preso come riferimento dalla realtà statunitense (30.1 minuti versus 15 minuti). Le indicazioni suggerite dagli autori per ridurre i tempi preospedalieri

sono: (1) aumento della formazione/simulazioni; (2) maggiori efficienza delle reti ospedaliere; (3) rapida centralizzazione “Hub”; (4) maggiore raccolta/analisi dei dati.

Parole Chiave: servizi di emergenza medica, trauma, tempo, golden hour, ambulanza.

PRE-HOSPITAL TIMING AND EMERGENCY MEDICAL SERVICES: PRELIMINARY STUDY AT THE EMILIA EST TRAUMA SYSTEM

ABSTRACT

Introduction: The time factor in prehospital rescue is taken a reference to evaluate the efficiency of the emergency medical services (EMS). The scientific community agrees that the survival of a victim of a major trauma increase following a reduction of the pre-hospital time. The hypothesis of the importance of the prehospital time remains, in terms of trauma, although controversial.

The purpose of the study is to determine the prehospital time and related subintervals in the victims of trauma, transported by ambulance in the Trauma System Emilia Est (region Emilia Romagna) and to check whether the injured person arrives at the hospital in a time ≤ 60 minutes and if the on-scene time is ≤ 15 minutes. The two times, taken as a comparison target, represent reference values in the United States, respectively: (1) the golden hour; (2) the ambulance’s average prehospital on-scene time in US.

Materials and Methods: Retrospective observational study on all transports that had as a return code 2 or 3, which occurred by ambulance, of patients suffering trauma in the prehospital phase between 2016 and 2018.

Results: The 74.6% (833/1116 cases) met the inclusion criteria. The average prehospital time an ambulance spent managing trauma was of 56.3 minutes. The average duration of the relevant sub-range was found to be: response time 9.4 minutes; on-scene time 30.1 minutes; transport time 16.4 minutes. In 62.1% (No.517) of cases, hospitalization took place in a time ≤ 60 minutes. In 14.8% (No.123) of the cases, the rescue crew remained at the scene for a time ≤ 15 minutes. Patients were transported in 35.9% (No.299) of cases to a Hub hospital (Trauma Center).

Discussion: More than half of the transports, by ambulance, took place while respecting the golden hour. On-scene time is twice as long as the US reality (30.1 minutes instead of 15 minutes). The

indications suggested by the authors to reduce prehospital times are: (1) increased training/simulations; (2) increased efficiency of hospital networks; (3) rapid centralization "Hub"; (4) increased data collection/analysis.

Keywords: emergency medical services, trauma; time, golden hour, ambulance.

INTRODUZIONE

Il trauma rappresenta un importante problema di salute pubblica. Indicato come una delle principali cause di morte nei paesi sviluppati, ogni anno più di cinque milioni di persone vanno incontro a lesioni fatali, rappresentando il 9% delle morti mondiali [1]. In Italia, il trauma viene principalmente associato ad incidenti stradali [2]. Nel 2018, nel nostro paese gli incidenti stradali stimati sono risultati essere oltre 170 mila, con un tasso di mortalità di 55 morti per milione di abitanti [3].

I servizi di emergenza medica (EMS) e il sistema di gestione del trauma (*Trauma System*) italiani, sono stati progettati e implementati al fine di ridurre le morti, fornendo un accesso tempestivo alla cura. A tal proposito, l'attenzione dei decisori delle politiche sanitarie è da sempre rivolta alla riduzione dei tempi preospedalieri [4]. Ciò si basa sul principio che il tempo sia un fattore fondamentale nel determinare l'esito di un paziente traumatizzato [5]. Ridurre al minimo i tempi preospedalieri, porterebbe quindi a potenziali benefici in termini di sopravvivenza per la vittima soggetta ad un trauma [6].

In Italia, il fattore tempo viene preso come riferimento per valutare l'efficienza di EMS in base a quanto riportato in un'integrazione relativa al DPR del '92 [7]. Uno dei principi fondamentali nella cura del trauma è la *golden hour* [8]. L'idea di fondo si basa sul fatto che le vittime di trauma abbiano risultati migliori nei casi in cui le cure ospedaliere avvengano entro 60 minuti dall'evento [9,10]. Superato questo lasso di tempo infatti, il rischio di morte o la gravità delle lesioni aumentano in modo significativo [11]. Attualmente non ci sono studi, nella popolazione civile, che sostengano o meno l'idea che un trasporto rapido sia universalmente la strategia migliore [10]. La maggior parte degli studi non è riuscita a collegare l'aumento del tempo preospedaliero ad *outcome* peggiori [9,12,13]. La comunità scientifica concorda sul fatto che per tutti i pazienti traumatizzati debba essere attuata una rapida ospedalizzazione, preceduta da un'accurata assistenza sulla scena [14,15]. Nel soggetto vittima di trauma, alcune complicanze possono insorgere col passare dei minuti e se non rapidamente corrette tramite adeguati trattamenti, possono portare alla morte [16].

Il tempo sulla scena interessa la maggior parte della durata dell'intervento preospedaliero e, di conseguenza, dovrebbe essere ridotto al minimo, consentendo solo l'esecuzione delle procedure essenziali necessarie per stabilizzare il soggetto, prima del trasporto verso l'ospedale [17].

Ad oggi la letteratura disponibile non è in grado di definire quali tempi o intervalli siano attualmente impiegati dal personale EMS per garantire gli standard minimi di cura per il paziente traumatico. Quantificare ogni singolo intervallo del tempo preospedaliero, in particolare il tempo sulla scena, potrebbe rappresentare un tassello essenziale per valutare l'efficienza di EMS nella gestione del trauma.

Obiettivo dello studio

Lo studio si è posto tre obiettivi:

- 1) determinare gli intervalli di tempo preospedaliero nei soggetti vittime di un trauma grave in un *Trauma System* dell'Italia Settentrionale;
- 1) determinare la frequenza dei casi in cui l'ambulanza ha impiegato un tempo preospedaliero totale $\leq$ a 60 minuti (golden hour, valore di riferimento in USA);
- 2) determinare, prendendo come riferimento il modello preospedaliero statunitense, la frequenza dei casi in cui l'ambulanza ha impiegato sulla scena un tempo $\leq$ a 15 minuti [11].

MATERIALE E METODI

Disegno dello studio

E' stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo su tutti i traumi avvenuti in un *Trauma System* dell'Emilia Romagna trasportati, tramite ambulanza, al Pronto Soccorso tra il 2016 e il 2018.

Setting

L'Emilia Romagna è una regione la cui popolazione conta approssimativamente 4.5 milioni di abitanti, con una superficie di circa 22.500 km² [18]. Nel 2002 la regione ha suddiviso il proprio territorio in tre SIAT (Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore): Emilia Est, Emilia Ovest, Romagna [19]. Ogni SIAT funziona secondo il modello "*Hub and Spoke*": i casi più complessi vengono centralizzati in strutture di assistenza altamente specializzate, definiti *Trauma Center (Hub)*, collegati a loro volta ad una rete di ospedali periferici (*Spoke*) [19]. L'area di interesse dello studio era il SIAT Emilia Est.

Popolazione

Il campione dello studio comprendeva tutti i trasporti, in ambulanza, di vittime di trauma ospedalizzati in codice di rientro 2 o 3. I dati raccolti sono stati forniti dalla Centrale Operativa (CO) 118 Emilia Est. Il Comitato Etico dell'Ausl di Bologna ha fornito il proprio consenso alla realizzazione dello studio. Per questo studio non è stata necessaria nessuna approvazione etica formale da parte del Comitato Etico locale. Al fine di garantire la totale privacy dell'infortunato, il dataset fornitoci includeva le sole informazioni generiche sul trauma, ovvero anno e luogo dell'evento, nonché i tempi, con data e orari precisi, riguardanti tutti i movimenti delle ambulanze dalla loro attivazione fino all'arrivo in Pronto Soccorso. Lo studio non ha ricevuto alcuna forma di finanziamento per la sua realizzazione ed è stato condotto in conformità con le considerazioni etiche della Dichiarazione di Helsinki.

Lo studio ha rispettato i seguenti criteri di inclusione ed esclusione.

Criteri di inclusione:

- Periodo 2016 – 2018;
- Patologia in esame C01 "trauma"

- Codice di rientro 2 o 3;
- Area in studio: SIAT Emilia Est;
- Ospedalizzazione tramite ambulanza;
- Informazioni presenti nel database fornite di dati completi;

Criteri di esclusione:

- Eliambulanze coinvolte sull'intervento;
- Area geografica estranea al *Trauma System* Emilia Est;
- Informazioni anche parzialmente non complete nel database;

Analisi Statistica

Sono state usate statistiche descrittive per delineare il campione di studio, in particolare attraverso medie aritmetiche, frequenza relativa e percentuale. I dati utilizzati per lo studio di questa analisi sono stati gestiti ed elaborati tramite un foglio di calcolo Excel.

Il database includeva informazioni su date e orari di: 1) ricezione delle chiamate di soccorso; 2) invio di ambulanze; 3) arrivo del personale di ambulanza sulla scena; 4) partenza dalla scena; 5) arrivo in ospedale.

I tempi, espressi come minuti e ore, sono stati calcolati tramite Microsoft Excel attraverso formule di sottrazione. Per avere una visione più chiara e immediata dei risultati ottenuti, sono stati creati dei grafici opportuni, quali diagrammi a torta e istogrammi.

RISULTATI

Tra il 2016 ed il 2018, 1116 casi hanno soddisfatto i criteri di inclusione. La mancanza di dati ha portato all'esclusione del 25.4% (n=283) dei servizi. Un totale di 833 trasporti (74.6%) ha presentato informazioni complete. Il Grafico 1 riporta l'area geografica di intervento delle ambulanze stratificate

per province.

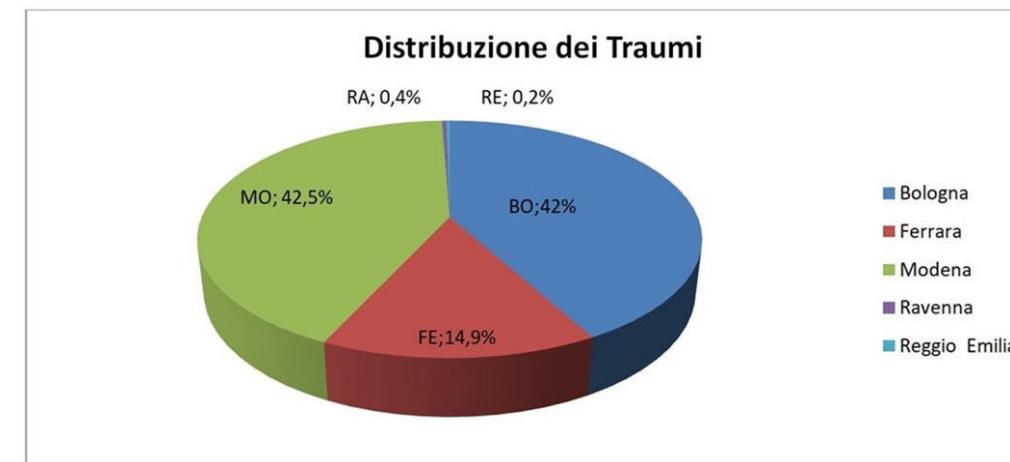


Grafico 1. Distribuzione geografica dei traumi preospedalieri.

Obiettivo 1: analisi dei tempi del SIAT Emilia Est

Il tempo preospedaliero totale (TPT) è definito come il periodo che intercorre tra l'avvenuto incidente e l'ammissione del paziente in Pronto Soccorso. Si compone di tre intervalli [20]:

- 1) tempo di risposta (RT), intervallo in cui è avvenuto il trauma fino all'arrivo sulla scena del primo mezzo del 118;
- 2) tempo sulla scena (OST), tempo in cui il personale EMS, giunto sulla scena, gestisce il paziente, fino alla sua partenza verso il Pronto Soccorso;
- 3) tempo di trasporto (TT), periodo di tempo che intercorre dalla partenza del mezzo dalla scena dell'evento fino all'arrivo in ospedale.

Il nostro studio ha individuato, mediamente, un tempo preospedaliero totale (TPT) di 56.3 minuti, impiegato per la gestione di un trauma. I tempi medi di risposta, scena e trasporto calcolati sono risultati essere, rispettivamente, di 9.4 minuti, 30.1 minuti e 16.4 minuti. La Tabella 1 riporta i diversi tempi preospedalieri medi delle ambulanze stratificati per province.

Tabella 1. Tempi preospedalieri e relativi sottointervalli impiegati dalle ambulanze.

PROVINCIA	N° CHIAMATE	TPT	RT	OST	TT
BO	350	00:52:47	00:09:06	00:29:33	00:14:07
FE	124	01:07:19	00:10:46	00:33:38	00:22:55
MO	354	00:56:05	00:09:48	00:29:26	00:16:51
RA	3	01:26:40	00:14:35	00:47:17	00:24:48
RE	2	00:49:32	00:08:32	00:20:03	00:20:57
TOT	833	00:56:28	00:09:40	00:30:09	00:16:39

TPT, Total Prehospital Time; RT, Response Time; OST, on-scene time; TT, Transport Time.

Il 64.1% (n=534) del campione è stato ammesso ad una struttura *Spoke*, rispetto al 35.9% (n=299) che è stato trasportato in una struttura *Hub*. Dei 534 pazienti ammessi ad una struttura *Spoke*, 433 di essi (81.1%) veniva indirizzato in strutture dotate di risorse specialistiche specifiche (es. neurochirurgia).

Obiettivo 2: golden hour

Come si evince dalla Tabella 2, il 62.1% (n=517) dei TPT registrati è stato ≤ a 60 minuti. La maggior parte dei trasporti di pazienti critici sono avvenuti con tempi preospedalieri in grado di rispecchiare il principio della *golden hour*. Nel 37.9% (n=316) dei casi, tuttavia, sono state registrate tempistiche superiori.

Tabella 2. Tempi preospedalieri medi versus golden hour.

PROVINCIA	N° CHIAMATE	TPT	FREQ. TPT (≤60 min)		TPT (≤ 60 min)
			SI	NO	
BO	350	00:52:47	243	107	SI
FE	124	01:07:19	51	73	NO
MO	354	00:56:05	222	132	SI
RA	3	01:26:40	0	3	NO
RE	2	00:49:32	1	1	SI
TOT	833	00:56:28	517	316	/

TPT, Total Prehospital Time.

Il Grafico 2 evidenzia le differenze dei tempi preospedalieri delle ambulanze rispetto al concetto di *golden hour*.

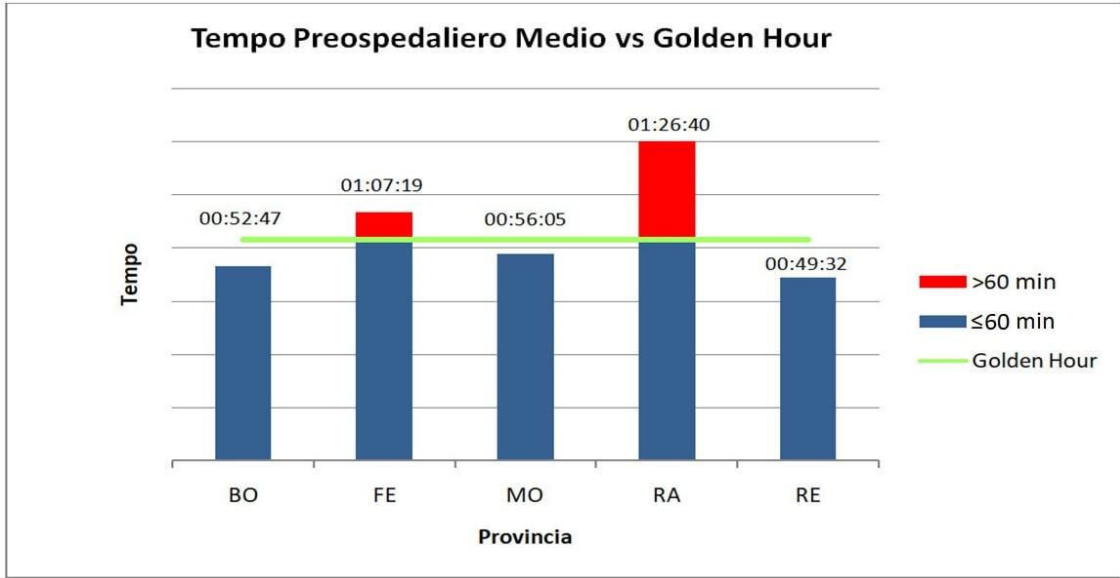


Grafico 2. Confronto fra tempo preospedaliero medio e golden hour.

La linea orizzontale verde rappresenta i 60 minuti entro i quali l’assistenza preospedaliera di un trauma dovrebbe essere eseguita, secondo quanto preso come riferimento dalla letteratura.

Obiettivo 3: confronto tra letteratura e tempo sulla scena

La meta-analisi sviluppata da Carr et al. [11], è stata presa come modello di confronto in quanto fornisce misure riepilogative per tutti gli intervalli di tempo dei mezzi di soccorso negli USA. La ricerca ha fatto emergere come un’ambulanza statunitense impieghi, sulla scena di un trauma, approssimativamente 15 minuti.

Il Grafico 3 confronta gli intervalli sulla scena, da noi registrati, con le medie riportate dalla meta-analisi statunitense, stratificati per province. La linea verde orizzontale rappresenta i tempi medi dei mezzi statunitensi.

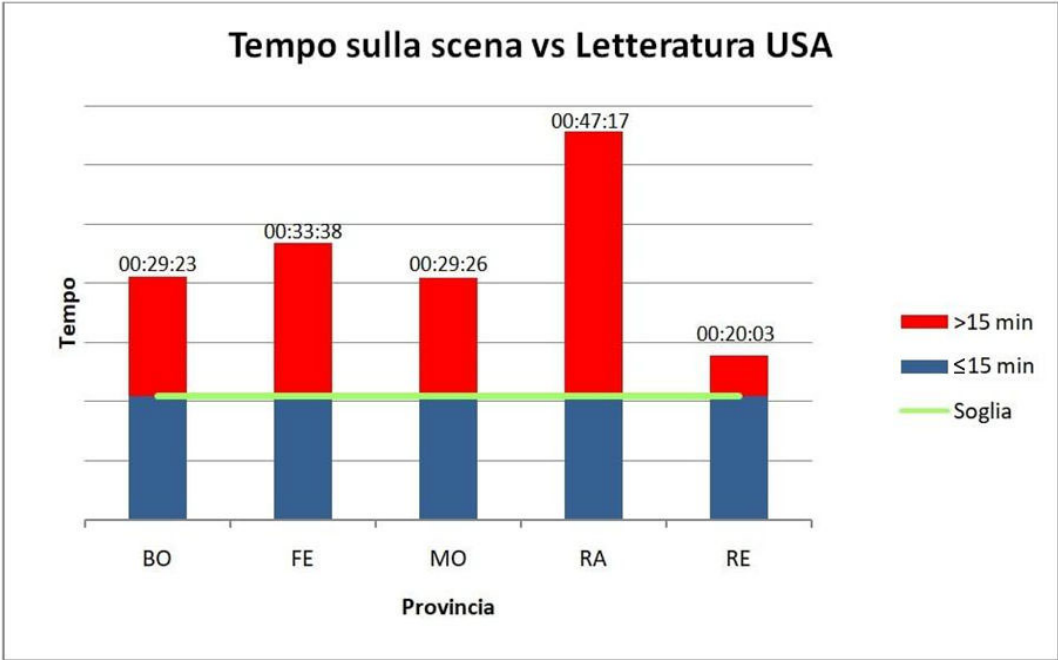


Grafico 3. Confronto tra il tempo medio sulla scena e OST statunitense (15 minuti).

Solo il 14.8% (n=123) delle ambulanze ha registrato $OST \leq 15$ minuti. L’85.2% (n=710) ha superato i tempi sulla scena statunitense. L’OST in questo studio è risultato il doppio rispetto agli Stati Uniti (30.1 versus 15 minuti).

Nessuna provincia è riuscita a riportare tempi rientranti nei target impostoci, anzi, abbiamo osservato un tasso di fallimento superiore all’80% (Tabella 3).

Tabella 3. Tempo sulla scena versus 15 min registrati dalle ambulanze statunitensi.

PROVINCIA	N° CHIAMATE	OST	FREQ. OST (≤ 15 min)		OST (≤ 15 min)
			SI	NO	
BO	350	00:29:33	47	303	NO
FE	124	00:33:38	14	110	NO
MO	354	00:29:26	62	292	NO
RA	3	00:47:17	0	3	NO
RE	2	00:20:03	0	2	NO
TOT	833	00:30:09	123	710	/

OST, on-scene time.

DISCUSSIONE

Total Prehospital Time (TPT)

Lo studio evidenzia come il paziente vittima di trauma grave viene gestito dall’ambulanza nella maggior parte dei casi con $TPT \leq 60$ minuti: oltre il 60% dei servizi sono rientrati nel timing della *golden hour*. Confrontando i dati ricavati con quanto riportato in letteratura, si evidenzia come il TPT medio risulti essere distante sia da realtà europee che extraeuropee [11,14]. Negli Stati Uniti un’ambulanza impiega TPT medi inferiori a quelli da noi osservati, compresi tra i 31 minuti e 43 minuti [11]. Le ambulanze tedesche, differentemente, hanno presentato tempi più dilatati: 69.4 minuti [14]. La diversa organizzazione dell’assistenza preospedaliera potrebbe essere alla base delle

differenti tempistiche. Negli Stati Uniti il primo mezzo che interviene è autonomo nell'effettuare le manovre salvavita, mentre in Germania, come in Italia, vengono coinvolte più figure professionali con diversi livelli di autonomia [21-23]. Se da un lato può essere un aiuto lavorare con un numero maggiore di persone, si è notato che più è alto il numero di soccorritori, maggiore è il tempo sulla scena [24,25].

Lo studio non permette di correlare il TPT e i relativi sottointervalli con la mortalità da trauma, ciò è dovuto all'assenza di informazioni dettagliate sul paziente e sugli interventi attuati.

Nonostante ciò, gli studi presenti in letteratura permettono di ipotizzare che i mezzi di soccorso analizzati, abbiano garantito dei TPT confortanti: essi hanno dimostrato come i pazienti che sono arrivati entro 60-65 minuti dalla lesione abbiano mostrato una mortalità ridotta per trauma [26,27]. Sampalis et al. [28] hanno inoltre osservato come ad un TPT superiore ai 60 minuti, fosse associato un rischio di morte tre volte superiore entro 6 giorni dalla lesione. La comunità scientifica sostiene che esistano sottogruppi di popolazione, quali i traumi penetranti, che beneficino in termini di maggiore sopravvivenza, di una riduzione dei tempi preospedalieri [29], si stima infatti, che per i pazienti gravemente feriti, ogni 10 minuti di ritardo dal trattamento definitivo, la sopravvivenza diminuisca del 10% [30]. Le diverse politiche sanitarie nel mondo portano a sviluppare protocolli EMS differenti e unici con conseguenti aumenti o riduzione nei tempi [31].

Response Time (RT)

Il tempo di risposta è direttamente influenzato dalla distanza dell'incidente, dalla velocità massima alla quale un'ambulanza può viaggiare in sicurezza, dalla presenza di traffico e dalle condizioni della carreggiata [11]. Un'integrazione del DPR del '92 raccomanda, come in Italia, i tempi di arrivo del primo mezzo di soccorso debbano essere inferiori a 8 minuti per l'area urbana e a 20 minuti per l'area extraurbana [7]. I nostri dati tuttavia, non hanno potuto valutare questa relazione, poiché dalle informazioni in nostro possesso non possiamo distinguere se l'evento si sia verificato in area urbana

o extraurbana, inoltre ciò da noi stimato deriva da una media di dati aggregati. La carenza di informazioni sul luogo dell'evento ci impedisce di confrontare i nostri tempi con la realtà statunitense presa come modello di confronto, limitando ulteriormente le nostre osservazioni. I tempi di risposta USA tuttavia, risultano essere inferiori se paragonati ai valori da noi documentati [11]. Ciò può risultare preoccupante se si considerassero le conclusioni di Harmsen et al. [8], in cui si è osservato come un RT elevato possa influenzare negativamente la morte del paziente vittima di trauma indifferenziato.

On-scene Time (OST)

L'intervallo sulla scena da noi registrato è risultato essere il doppio rispetto ai dati USA. Meno del 15% dei servizi ha rispettato i tempi sulla scena americani. Differentemente dalla realtà statunitense, i dati registrati si accostano molto a quelli estrapolati dal registro traumi tedesco [14].

Aumenti o riduzioni dell'OST possono avere un'eziologia multifattoriale, in riferimento o a circostanze inerenti la scena o alla correlazione con il numero di manovre effettuate sull'infortunato. In relazione a queste ultime, è stato stimato come il tempo necessario per iniziare un'infusione endovenosa sulla scena vari tra 2 a 12 minuti [15]. Oltre a ciò, Hoyer et al. [24] osservarono un aumento dell' OST di 7.5 minuti in pazienti che ricevevano l'intubazione in loco, con conseguenti aumenti dei tempi e successivi ritardi all'assistenza definitiva. Eckstein et al. [32] hanno suggerito come l'addestramento avanzato del personale di soccorso possa comportare un tempo di scena più breve. Uno studio inglese [33] ha dimostrato come l'OST si riduceva drasticamente in presenza di un team con formazione avanzata rispetto ad una squadra di soccorso base. In accordo con questi studi, è possibile ipotizzare che anche in Italia, una maggiore formazione del personale di soccorso possa contribuire sensibilmente alla riduzione dell'OST.

L'OST più breve nello studio statunitense di riferimento potrebbe essere attribuibile all'uso dell'approccio "*scoop and run*". Tale metodologia, nei soggetti vittime di trauma penetrante, favorisce

l'aumento della sopravvivenza [34]. McCoy et al. [29] osservarono come a un OST maggiore di 20 minuti fosse associato un aumento della mortalità rispetto ad uno minore di 10 minuti, in caso di lesione penetrante. Dalle conclusioni di McCoy et al. [29], i nostri tempi sulla scena risultano essere preoccupanti per la sopravvivenza, nell'ipotesi di pazienti che subiscono un trauma penetrante.

Il tempo sulla scena è l'intervallo preospedaliero in cui i sistemi EMS hanno il maggior potere di controllo. Ridurlo per la giusta tipologia di paziente dovrebbe rappresentare una priorità per i gestori delle politiche sanitarie italiane, andando a modificare i vari protocolli EMS locali e incrementando la formazione del personale sanitario.

Transport Time (TT)

I nostri tempi risultano quasi in linea con i TT delle ambulanze tedesche, ma distanti dalla realtà statunitense [11,14]. Il TT influenza la mortalità e la durata della degenza ospedaliera nel paziente traumatizzato [13,35]. La letteratura suggerisce come TT più lunghi influenzino negativamente la sopravvivenza nel caso di paziente con trauma indifferenziato [8]. La nostra ricerca non può spiegare perché si siano osservati TT maggiori rispetto alla realtà USA, in quanto non siamo a conoscenza dei fattori che influenzano ogni intervento, come: distanza, condizioni stradali, velocità del mezzo etc.

E' noto il beneficio, in termini di maggiore sopravvivenza, del trattamento del ferito in un *Trauma Center* designato [36]. Nonostante ciò, la nostra analisi mostra come nel *Trauma System* preso in esame, i pazienti vengano ospedalizzati preferibilmente in un ospedale *Spoke* piuttosto che in un ospedale *Hub* (64.1% versus 35.9%).

CONCLUSIONE

Lo studio non può dimostrare se i tempi dei mezzi EMS analizzati nella gestione del trauma abbiano avuto impatti positivi o negativi sulla sopravvivenza. Forniamo, però, ai sistemi di emergenza la possibilità di confrontare i loro intervalli di assistenza preospedaliera con quelli osservati in questa analisi. Le medie che abbiamo ottenuto devono fare riflettere sul perché si sia osservato un tempo medio sulla scena così prolungato rispetto al modello statunitense preso come riferimento. E' possibile ipotizzare che per ridurre i tempi sia necessario: 1) aumentare la formazione/simulazioni del personale; 2) una maggiore efficienza delle reti ospedaliere; 3) una rapida centralizzazione "*Hub*"; 4) una maggiore raccolta/analisi dei dati.

Limiti dello studio

Questa valutazione del servizio EMS si basa su una piccola coorte, derivata da dati retrospettivi. Ciò limita sia la forza delle conclusioni che si possono trarre, sia la generalizzazione dei risultati. Un limite importante deriva dalla presenza di un'analisi statistica puramente descrittiva.

Infatti la mancanza di un'analisi inferenziale dei nostri dati, nonostante un campione di ampia numerosità, rende i nostri risultati validi solamente per il nostro campione e non estendibili all'intera popolazione italiana. Inoltre un ulteriore limite di questo studio è derivato dall'impossibilità di distinguere tra popolazioni urbane ed extraurbane. In aggiunta, la mancanza di accesso alla cartella clinica ci ha impedito di tener conto di alcune importanti variabili che pesano sull'OST: tipo e gravità del trauma, interventi sulla scena, *skills* del personale di soccorso. Infine, l'assenza di informazioni relative alla sopravvivenza del paziente ci ha impedito di elaborare qualsiasi correlazione tra i nostri tempi e la rispettiva mortalità. Nonostante tutti i limiti indicati e il carattere descrittivo di questo studio preliminare, i risultati ottenuti da questa indagine potrebbero essere considerati come un punto di partenza per indirizzare progetti di studi futuri o di ispirazione per studi multicentrici.

Abbreviazioni

DPR = Decreto del Presidente della Repubblica

EMS = Servizi di Emergenza Medica (Emergency Medical Services)

OST = Tempo sulla scena (On-scene time)

RT = Tempo di risposta (Response time)

SIAT = Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore

TPT = Tempo preospedaliero totale (Total prehospital time)

TT = Tempo di trasporto (Transport time)

USA = Stati Uniti D'America

Conflitti di interesse

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

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Injuries and violence the facts: 2014. Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149798>. Ultimo accesso: 30 maggio 2020.
2. Giustini M. Traumi: non solo strada. In: Taggi F, Marturano P. Salute e Sicurezza Stradale: l'Onda Lunga del Trauma. Roma: C.A.F.I. Editore; 2007. p. 571-579.
3. Automobile Club Italia. Incidenti Stradali Anno 2018. Luglio 2019. Disponibile a: <http://www.aci.it/laci/studi-e-ricerche/dati-e-statistiche/incidentalita/la-statistica-istat-aci/2018.html>. Ultimo accesso: 30 maggio 2020.
4. Kivell P, Mason K. Trauma systems and major injury centres for the 21st century: an option. Health Place.1999;5(1):99-110.
5. Dinh MM, Bein K, Roncal S, Byrne CM, Petchell J, Brennan J. Redefining the golden hour for severe head injury in an urban setting: the effect of prehospital arrival times on patient outcomes. Injury.2013;44(5):606-10.
6. Sampalis JS, Denis R, Lavoie A, Frechette P, Boukas S, Nikolis A, et al. Trauma Care Regionalization: A Process-Outcome Evaluation. J Trauma.1999;46(4):565–79.
7. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comunicato n. 87. Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1992, n. 126. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1733_allegato.pdf. Ultimo accesso: 30 maggio 2020 .
8. Harmsen AM, Giannakopoulos GF, Moerbeek PR, Jansma EP, Bonjer HJ, Bloemers FW. The influence of prehospital time on trauma patients outcome: a systematic review. Injury. 2015;46(4):602–9.
9. Lerner EB, Billittier AJ, Dorn JM, Wu YW. Is Total Out-of-hospital Time a Significant Predictor of Trauma Patient Mortality. Acad Emerg Med.2003;10(9):949-54.
10. Lerner EB, Moscati RM. The golden hour: scientific fact or medical “urban legend”? Acad Emerg Med.2001;8(7):758-60.

11. Carr BG, Caplan JM, Pryor JP, Branas CC. A meta-analysis of prehospital care times for trauma. *Prehosp Emerg Care*.2006;10(2):198-206.
12. Newgard CD, Schmicker RH, Hedges JR, Trickett JP, Davis DP, Bulger EM, et al. Emergency medical services intervals and survival in trauma: assessment of the “golden hour” in a North American prospective cohort. *Ann Emerg Med*.2010;55(3):235–46.
13. Petri RW, Dyer A, Lumpkin J. The effect of prehospital transport time on the mortality from traumatic injury. *Prehosp Disaster Med*.1995;10(1):24–9.
14. Yen H, Lefering R, Maegele M, Brockamp T, Wafaisade A, Wutzler S, et al. The golden hour of shock – how time is running out: prehospital time intervals in Germany – a multivariate analysis of 15, 103 patients from the Trauma Register DGU. *EmergMed J*.2013;30(12):1048–55.
15. Liberman M, Roudsari BS. Prehospital trauma care: what do we really know?.*CurrOpinCrit Care*.2007;13(6):691-6.
16. Mahama MN, Kenu E, Bando DA, Zakariah AN. Emergency response time and pre-hospital trauma survival rate of the national ambulance service, Greater Accra (January - December 2014). *BMC Emerg Med*.2018;18(1):33.
17. Fok PT, Teubner D, Purdell-Lewis J, Pearce A. Predictors of Prehospital On-Scene Time in an Australian Emergency Retrieval Service. *Prehosp Disaster Med*.2019;34(3):317-21.
18. Statistica. Disponibile a: <https://statistica.regione.emilia-romagna.it/brevi>. Ultimo accesso: 30 maggio 2020.
19. Giunta della regione Emilia Romagna. Piano sanitario regionale 1999/2001. Approvazione di linee guida per l’organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello “Hub and Spoke”. DGR n. 1267/2002. Disponibile a: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/riabilitazione-1/documentazione>. Ultimo accesso: 30 maggio 2020.

20. Timm A, Maegele M, Lefering R, Wendt K, Wyen H; TraumaRegister DGU(®). Pre-hospital rescue times and actions in severe trauma. A comparison between two trauma systems: Germany and the Netherlands. *Injury*.2014;45 Suppl 3:S43-S52.
21. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med*.2003;18(1):29-37.
22. Roessler M, Zuzan O. EMS systems in Germany. *Resuscitation*.2006;68(1):45-9.
23. Pace A. Trauma care systems in Italy. *Injury*.2003;34(9):693-8.
24. Hoyer CC, Christensen EF, Andersen NT. On-scene time in Advanced Trauma Life Support by anesthesiologists. *Eur J Emerg Med*.2006;13(3):156-9.
25. Aydin S, Overwater E, Saltzherr TP, Jin PH, van Exter P, Ponsen KJ, et al. The association of mobile medical team involvement on on-scene times and mortality in trauma patients. *J Trauma*.2010;69(3):589-94.
26. Tien HC, Jung V, Pinto R, Mainprize T, Scales DC, Rizoli SB. Reducing time-to treatment decreases mortality of trauma patients with acute subdural hematoma. *Ann Surg*. 2011;253(6):1178–83.
27. Kidher E, Krasopoulos G, Coats T, Charitou A, Magee P, Uppal R, et al. The effect of prehospital time related variables on mortality following severe thoracic trauma. *Injury*. 2012;43(9):1386–92.
28. Sampalis JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Impact of on-site care on survival in severely injured patients. *J Trauma*.1993;34(2):252–61.
29. McCoy CE, Menchine M, Sampson S, Anderson C, Kahn C. Emergency medical services out-of-hospital scene and transport times and their association with mortality in trauma patients presenting to an urban Level I trauma center. *Ann Emerg Med*.2013;61(2):167-74.

30. Brill JC, Geiderman JM. A rationale for scoop and run: identifying a subset of time-critical patients. In: Brill JC, Geiderman JM, eds. Topics in Emergency Medicine. Rockville, Md: Aspen Systems Corp; 1981:37-43.
31. Patel AB, Waters NM, Blanchard IE, Doig CJ, Ghali WA. A validation of ground ambulance pre-hospital times modeled using geographic information systems. Int J HealthGeogr. 2012;11:42.
32. Eckstein M, Alo K. The effect of a quality improvement program on paramedic on-scene times for patients with penetrating trauma. Acad Emerg Med.1999;6(3):191-5.
33. Cowley A, Durham M, Aldred D, Crabb R, Crouch P, Heywood A, et al. Presence of a pre-hospital enhanced care team reduces on scene time and improves triage compliance for stab trauma. Scand J Trauma ResuscEmerg Med.2019;27(1):86.
34. Wandling MW, Nathens AB, Shapiro MB, Haut ER. Association of Prehospital Mode of Transport With Mortality in Penetrating Trauma: A Trauma System-Level Assessment of Private Vehicle Transportation vs Ground Emergency Medical Services. JAMA Surg. 2018;153(2):107-13.
35. Gonzalez RP, Cummings GR, Phelan HA, Mulekar MS, Rodning CB. Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. Am J Surg.2009;197(1):30–4.
36. Liberman M, Mulder DS, Jurkovich GJ, Sampalis JS. The association between trauma system and trauma center components and outcome in a mature regionalized trauma system. Surgery.2005;137(6):647–58.

LA PREVENZIONE DEL TUMORE AL SENO: UNO STUDIO PRELIMINARE SU UN CAMPIONE DI DONNE ITALIANE

Antonella Manna¹, Edda Oliva Piacentini²

1. Dott. Antonella Manna, Infermiera presso Azienda Ospedaliera di Padova.
2. Dott. Edda Oliva Piacentini, Direttore Didattico Corso di Laurea in Infermieristica “W”
Formia-Gaeta, Sapienza Università di Roma

** Corresponding author:* Dott. Antonella Manna, Infermiera di Terapia Intensiva Neonatale/Patologia neonatale presso l’Azienda Ospedaliera di Padova (Italia). E-mail: antonellamanna97@libero.it

ABSTRACT

Introduzione: Il tumore al seno rappresenta in Italia e in molti Paesi Occidentali la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di nuove diagnosi che di numero di decessi oncologici. Nel 2019 sono stati diagnosticati in Italia circa 53000 nuovi casi di carcinoma della mammella femminile.

Obiettivo: Questo studio ha l'obiettivo di indagare sulla prevenzione del tumore al seno, in un campione di donne italiane.

Materiali e Metodi: Lo studio è stato eseguito a partire da Novembre 2018 fino ad Aprile 2019. Il campione considerato di tipo casuale, è composto da 100 donne alle quali è stato consegnato il questionario, anonimo ed auto-compilato, previa spiegazione della finalità particolare delle domande e della finalità generale dello studio assicurando l'anonimato nell'utilizzo dei dati. Il questionario, "Champion's Health Belief Model Scale", è costituito da 31 item di cui: 3 per la suscettibilità, 6 per la gravità, 4 per i benefici percepiti, 8 per le barriere percepite e 10 per l'autoefficacia.

Risultati: Dal presente studio è emerso che meno della metà (46%) delle donne pratica l'autopalpazione saltuariamente o mensilmente. Sebbene il 70% di donne abbia riportato alti livelli di percezione della gravità del cancro, la maggior parte di loro ha riportato livelli incerti di suscettibilità. È inoltre emerso che le cause che portano la donna a non eseguire l'autopalpazione sono legate all'incapacità di esaminare il proprio seno, o al senso di inadeguatezza.

Conclusioni: Dai dati analizzati emerge la necessità di introdurre programmi educativi per aumentare la fiducia ed identificare gli ostacoli che impediscono alle donne italiane di eseguire l'autopalpazione, effettuando una preventiva valutazione sulla conoscenza delle donne a riguardo e modificando eventuali idee errate.

Parole Chiave: tumore al seno, autopalpazione, screening, Champion's Health Belief Model Scale.

BREAST CANCER PREVENTION:**A PRELIMINARY STUDY ON A SAMPLE OF ITALIAN WOMEN**

Introduction: Breast cancer represents the most frequent neoplastic form among women in Italy and in many Western Countries, both in terms of new diagnoses and the number of oncological deaths. It is estimated that in 2018, about 52,800 new cases of female breast cancer were diagnosed in Italy.

Objective: This study aims to investigate on breast cancer prevention, in a sample of Italian women.

Materials and Methods: The random sample is composed of 100 women to whom the questionnaire was delivered, anonymous and self-compiled, after explaining the particular purpose of the questions and the general purpose of the study ensuring anonymity in the use of the data. The questionnaire, "Champion's Health Belief Model Scale", consists of 31 items of which: 3 for susceptibility, 6 for severity, 4 for perceived benefits, 8 for perceived barriers, and 10 for self-efficacy.

Results: From the present study it emerged that less than half (46%) of women practice self-examination occasionally or monthly. Although a significant percentage of women reported high levels of perception of cancer severity, most of them reported uncertain levels of susceptibility. It also emerged that the causes that lead the woman not to perform self-examination are related to the inability to examine her own breasts, or the sense of inadequacy.

Conclusions: From the analyzed data emerges the need to introduce educational programs to increase confidence and identify the obstacles that prevent Italian women from performing self-examination, carrying out a prior assessment of women's knowledge about it and modifying any incorrect ideas.

Keywords: breast cancer, self-examination, screening, Champion's Health Belief Model Scale.

INTRODUZIONE

Il tumore al seno rappresenta in Italia e in molti Paesi Occidentali la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di nuove diagnosi che di numero di decessi oncologici. [1]

Nel 2019 sono stati diagnosticati in Italia circa 53000 nuovi casi di carcinoma della mammella femminile.[2]

Il rischio di essere affette da tumore al seno aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità del 2.4% fino a 49 anni, del 5.5% tra 50 e 69 anni e del 4.7% tra 70 e 84. La curva d'incidenza cresce esponenzialmente sino agli anni della menopausa e rallenta con un plateau dopo la menopausa, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni[3]. Il suddetto andamento è legato sia alla storia endocrinologica della donna, sia alla presenza e alla copertura dei programmi di screening mammografico. Tali programmi consentono di diagnosticare il cancro in una fase relativamente precoce, ottenendo trattamenti sempre più efficaci e un tasso di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi pari all'87%. [3]

La prevenzione del tumore del seno deve cominciare a partire dai 20 anni mediante l'autopalpazione eseguita con regolarità ogni mese, al fine di imparare a conoscere l'aspetto normale del proprio seno e identificare tempestivamente qualsiasi cambiamento.

Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questo studio è di indagare sulla prevenzione del tumore al seno, mediante la somministrazione del questionario "Champion's Health Belief Model Scale", in un campione di 100 donne italiane.

MATERIALI E METODI

Caratteristiche del campione

- Il campione considerato è stato ottenuto mediante una selezione casuale di 100 donne italiane di età compresa tra 18 e 82 anni. Il reclutamento è stato effettuato presso uno studio medico

di medicina generale della provincia di Napoli. Il consenso informato è stato ottenuto da tutte le donne incluse in questo studio. Per tutte le partecipanti è stato garantito l'anonimato. La partecipazione è stata volontaria e nessun incentivo economico è stato offerto. Questo studio è stato eseguito in accordo con le considerazioni etiche della Dichiarazione di Helsinki.

Criteri di inclusione

- Sesso femminile
- Raggiungimento della maggiore età
- Nazionalità italiana
- Consenso volontario della donna

Criteri di esclusione

- Incapacità di intendere e di volere
- Mancato consenso alla trattazione dei dati personali
- Cittadinanza non italiana
- Sesso maschile

Strumento

Il questionario somministrato è costituito da una prima parte, utile alla raccolta di dati socio-demografici, necessari per comprendere le caratteristiche del campione e da una seconda parte che propone il modello Health Belief Model di Champion a 31 item.

Il modello Health Belief di Rosenstock del 1966, supporta l'ipotesi secondo cui la percezione individuale di una presunta minaccia relativa alla salute, influenza il comportamento della persona sulla salute stessa [4]. Victoria Champion, infermiera pluripremiata, nonché ricercatrice per il National Institutes of Health degli Stati Uniti, ha applicato il modello Health Belief, in relazione al

cancro al seno e all'autopalpazione. In uno tra i molteplici studi sviluppati dalla dottoressa Champion, viene analizzata con quale frequenza le donne eseguivano l'autopalpazione, mediante il modello Health Belief, in un campione di 588 donne. Lo studio ha dimostrato che gli item riguardanti le barriere percepite, la conoscenza e la suscettibilità al tumore al seno, influenzavano la frequenza dell'autopalpazione. È inoltre emerso che le donne istruite da un medico o da un infermiere eseguivano più spesso l'autoesame del seno rispetto a quelle istruite con altri metodi. [5]

Gli elementi che compongono il modello di Victoria Champion sono i seguenti: percezione di suscettibilità, gravità percepita, benefici, barriere ed autoefficacia. Il significato della percezione di suscettibilità alla malattia coinvolge gli individui che si percepiscono come suscettibili ad una certa malattia, maggiore è la suscettibilità percepita, maggiore è la probabilità di attivare comportamenti finalizzati a ridurre il rischio. Il costrutto della gravità percepita della malattia è spesso basato su informazioni o conoscenze mediche, ma può anche derivare da convinzioni sulle difficoltà che una malattia potrebbe creare o sugli effetti che avrebbe sulla vita della persona. I benefici percepiti sono l'opinione di una persona sul valore o utilità di un nuovo comportamento nel ridurre il rischio di sviluppare una malattia, i benefici giocano un ruolo importante nell'adozione di comportamenti di prevenzione, come gli screening. Per barriere percepite si intende invece, la valutazione degli ostacoli da parte di una persona, nell'adozione di nuovi tipi di comportamento. Il concetto di fiducia o autoefficacia, riguarda la convinzione nella propria capacità di fare qualcosa, cioè nell'esecuzione di un comportamento individuale che aiuterà la donna a raggiungere il risultato desiderato e una donna crede che l'autopalpazione sia utile (beneficio percepito) e che sia capace di eseguirla nel modo corretto (fiducia), allora la barriera della paura di non essere in grado di eseguire l'autopalpazione correttamente, sarà superata. [6]

Il questionario è stato tradotto dal gruppo di studio composto da esperti di discipline infermieristiche e da un docente di madrelingua inglese ed è costituito da 31 item di cui: 3 per la suscettibilità, 6 per la gravità, 4 per i benefici percepiti, 8 per le barriere percepite e 10 per l'autoefficacia. Ad eccezione

della parte relativa ai dati sociodemografici, ciascuna domanda riporta un punteggio da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo) assegnato utilizzando la scala Likert a 5 punti. Punteggi più alti indicano un atteggiamento positivo nei confronti dell'autopalpazione.

Metodo

Il questionario, anonimo ed autocompilato, è stato somministrato alle donne, preventivamente informate sulla tipologia delle domande le finalità e la garanzia dell'anonimato. La somministrazione è stata effettuata direttamente dal gruppo di studio, fornendo alle donne il tempo necessario per la compilazione.

Analisi Statistica

L'analisi statistica è stata eseguita su computer Mac book Air tramite il programma di archivio Numbers versione 10.2. I dati sono presentati come numeri e percentuali per variabili categoriali ed espressi come media $\pm$ deviazione standard (SD) nel caso di dati continui a meno che non sia specificato diversamente. Infine tutte le informazioni sono state sintetizzate attraverso tabelle o i grafici più opportuni.

RISULTATI

Il campione esaminato, è costituito da 100 donne, con età media di circa 43 anni, deviazione standard uguale a 13.4 e mediana pari a 45 anni. L'analisi dei dati sociodemografici viene di seguito riportata nella tabella 1.

Parametri	Percentuale (Nr.) /media±SD
Age	43±13.4
Stato civile	
Sposata	57%
Nubile	28%
Divorziata	8%
Vedova	7%
Livello di educazione	
Scuola elementare	8%
Scuola media	8%
Scuola superiore	54%
Laurea	30%
Condizione lavorativa	
Dipendente pubblico	31%
Casalinga	22%
Studentessa	20%
Libero professionista	10%
Operaia	2%
Pensionata	4%
Altro impiego	11%

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche del nostro campione di 100 donne italiane.

Del campione, il 57% era con prole mentre il restante 43% ha dichiarato di non avere figli. È stato chiesto a che età avessero partorito il primo figlio e l'età media risulta di 26 anni. L' 82% delle donne con figli ha allattato al seno. Il 95% dichiara di non aver avuto problemi al seno.

Alla domanda sull'esecuzione dell'autopalpazione, il 46% ha riferito di eseguirla (mensilmente o saltuariamente) ed il 54% ha riferito di non aver mai eseguito l'autopalpazione. (Figura 1)

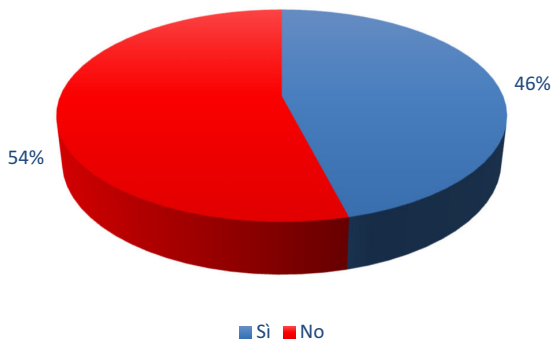


Figura 1. Percentuale di donne che ha dichiarato di eseguire l'autopalpazione.

Conclusa l'analisi dei dati sociodemografici, nella seguente tabella vengono riportati alcuni dei dati raccolti mediante la scala Health Belief Model di Champion.

Item	Scala di Likert a 5 punti				
	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Incerto	D'accordo	Fortemente d'accordo
È probabile che sarò affetta da tumore al seno?	13%	11%	66%	10%	0%
Il pensiero del tumore al seno mi spaventa?	3%	14%	13%	34%	36%
Il tumore al seno metterebbe a rischio la relazione con il mio partner	27%	35%	21%	14%	3%
L'autopalpazione è imbarazzante per me	38%	45%	7%	7%	3%
È difficile ricordare di fare controlli al seno	18%	37%	15%	23%	7%
Conosco le tecniche per eseguire l'autopalpazione	19%	17%	30%	29%	5%
Potrei trovare un nodulo al seno praticando l'autopalpazione	6%	4%	22%	53%	15%

Tabella 2. Percentuali di risposta secondo la scala di Likert a 5 punti ad alcuni item del questionario Health Belief Model.

DISCUSSIONE

Secondo i dati riportati nel rapporto *Globocan* circa due milioni di donne ogni anno soffrono di cancro al seno, una delle cause più comuni di morte femminile in tutto il mondo. Circa 627 mila donne sono morte di tumore al seno nel 2018 e questo numero è aumentato sia nei paesi sviluppati che nei paesi in via di sviluppo. [7]

Le morti da cancro al seno possono essere controllate grazie ad una diagnosi precoce e ad un intervento appropriato. L'autopalpazione dovrebbe essere parte integrante delle cure mensili delle donne, soprattutto per quelle ad alto rischio. [8]

Seppure il 5% del campione preso in esame ha affermato di aver avuto in passato problemi al seno, solo il 60% di essi ha dichiarato di eseguire l'autopalpazione.

Dal presente studio emerge che meno della metà (46%) delle donne pratica l'autopalpazione

saltuariamente o mensilmente. Dall'analisi del livello di istruzione, è stato riscontrato che quasi il 90% di donne che esegue l'autopalpazione ha come titolo di studio il diploma di scuola superiore o la laurea, il 10% la licenza media e nessuno ha come titolo di studio la licenza elementare. È probabile quindi, come sostenuto da Karayurt et al. che esista una relazione tra il livello di istruzione e la pratica dell'autopalpazione. [9]

Mediante l'ausilio della scala Health Belief Model di Champion sono stati valutati i fattori che influenzano l'autopalpazione.

I primi due sottogruppi riguardano la suscettibilità e la gravità. Per suscettibilità si intendono gli individui che si percepiscono come suscettibili ad una certa malattia. Maggiore è la suscettibilità percepita, maggiore è la probabilità di impegnarsi in comportamenti per ridurre il rischio. La gravità invece deriva da convinzioni sulle difficoltà che una malattia potrebbe creare o sugli effetti che avrebbe sulla vita della persona.

Secondo l'Health Belief Model una donna che percepisce maggiori benefici (utilità di un nuovo comportamento nel ridurre il rischio di sviluppare una malattia) e meno barriere (valutazione degli ostacoli nell'adozione di un nuovo comportamento), sarebbe più propensa a praticare l'autopalpazione. Nel presente studio gran parte del campione ha riportato risposte positive ai benefici percepiti (91%) e bassi livelli di barriere (10%).

In letteratura, i motivi principali per cui l'autopalpazione non viene eseguita sono da attribuire a paura o ansia di scoprire la presenza di una malattia grave o non sentirsi pienamente convinte dell'importanza dell'autopalpazione. [10]

In questo studio, le ragioni che portano la donna a non eseguire l'autopalpazione possono essere correlate all'incapacità di esaminare il proprio seno, o al senso di inadeguatezza. Infatti i livelli di autoefficacia, ossia la fiducia nelle proprie capacità di eseguire un comportamento individuale, erano significativamente più bassi tra le donne che non eseguivano l'autopalpazione. Nello specifico, esaminando i dati tra le donne che non eseguono l'autopalpazione, il 24% ha riferito livelli incerti di

autoefficacia ed il 63% ha riferito bassi livelli di autoefficacia. Questo risultato giustifica il motivo per cui il livello di autoefficacia nella scala HBM è un importante fattore predittivo della pratica dell'autoesame al seno.

I risultati su esposti sono in linea con lo studio di Mostafa A. Abolfotouh et al. [11], secondo cui alti livelli di benefici percepiti, associati a bassi livelli di barriere, sono a favore della pratica dell'autopalpazione. Ciò nonostante bassi livelli di autoefficacia riscontrati sono associati alla mancata esecuzione dell'autoesame.

Questo evidenzia l'importanza di introdurre programmi educativi per aumentare la fiducia ed identificare gli ostacoli dell'autopalpazione tra le donne.

IMPLICAZIONI INFERMIERISTICHE

L'infermiere riveste un ruolo importante nell'educare la donna sulle corrette modalità di esecuzione dell'autoesame del seno, utile strumento di screening per una diagnosi precoce di cancro mammario.

Le istruzioni per l'autopalpazione possono essere impartite durante l'esame fisico, oppure nel corso di incontri individuali o di gruppo. Conoscendo le implicazioni di tale esame, gli infermieri dovrebbero incoraggiare le donne ad eseguire l'autopalpazione regolarmente ed insegnare loro a riconoscere precocemente eventuali anomalie. L'istruzione dovrebbe includere: definizione del periodo più opportuno, dare una dimostrazione pratica delle tecniche di palpazione, descrivere le caratteristiche di tessuto mammario normale apprezzabili con la palpazione, discutere sull'identificazione di cambiamenti rilevanti del tessuto mammario e dare una dimostrazione pratica sull'assistita stessa e su un modello (mammella artificiale). Alcune associazioni organizzano corsi che permettono al personale infermieristico di prepararsi per istruire la donna nella pratica dell'autopalpazione, mettendo a disposizione il relativo materiale didattico. Durante la fase educativa, l'infermiere potrebbe inoltre fornire alla donna video, opuscoli ed altro materiale documentario per favorire la comprensione e l'importanza dell'autopalpazione. [12]

CONCLUSIONE

Il tumore della mammella rappresenta in Italia e in molti Paesi Occidentali la forma neoplastica più frequente tra le donne, sia in termini di nuove diagnosi che di numero di decessi oncologici. A molte donne viene diagnosticato il cancro in una fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità di programmi di screening che, nella fascia 50-69 anni, rientrano nei livelli essenziali di assistenza. L'anticipazione della diagnosi associata a trattamenti sempre più efficaci spiega la complessiva buona prognosi di questa neoplasia. Nonostante ciò, bisogna considerare che una quota delle pazienti arriva alla diagnosi in una fase nella quale la malattia è già metastatica. Complessivamente in Italia vivono 800mila donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario, pari al 43% di tutte le donne che convivono con una pregressa diagnosi di tumore e pari al 24% di tutti i casi prevalenti (uomini e donne). Numerosi studi hanno dimostrato come tali programmi siano in grado di ridurre la mortalità da carcinoma mammario e aumentare le opzioni terapeutiche. I più recenti dati riportano un tasso di sopravvivenza a 5 anni pari all'87% ed a 10 anni pari all'80%. [13]

Alla luce di quanto emerso dai risultati il 30% del campione ha riferito di avere difficoltà nel ricordare di eseguire controlli al seno. Sarebbe quindi auspicabile incrementare le conoscenze spiegando alle donne l'importanza di eseguire gli esami periodici di screening.

Dai dati analizzati emerge quindi la necessità di introdurre programmi educativi per aumentare la fiducia ed identificare gli ostacoli che impediscono alle donne italiane di eseguire l'autopalpazione, effettuando una preventiva valutazione sulla conoscenza delle donne a riguardo e modificando eventuali idee errate.

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non hanno conflitti di interesse associati a questo studio

Limiti dello studio

I risultati del presente studio devono essere osservati con particolare circospezione data la presenza di limiti che potrebbero dirottare i risultati reali. Un campione di sole cento unità, reclutate solo nella provincia di Napoli, non basta per costituire uno studio generalizzabile. Uno studio multicentrico considerando anche differenti aree geografiche consentirebbe una riduzione di possibili bias statistici. Inoltre, essendo uno studio preliminare, è stato eseguito per avere una prima indicazione su questo tipo di problematica. Infine, stata eseguita un'analisi statistica puramente descrittiva, quindi i nostri risultati sono da considerarsi validi per il nostro campione considerato, ma che andrebbero confermati attraverso un'analisi inferenziale, per poterli estendere all'intera popolazione donne italiane.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Gori S. Neoplasie per single sedi: Mammella. Roma: Il pensiero scientifico Editore, 2018: 139-146.
- [2] http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=152&area=Tumori
- [3] Gori S. Neoplasie per single sedi: Mammella. Roma: Il pensiero scientifico Editore, 2018: 139-146.
- [4] Cummings K M, Jette A M, Rosenstock I M. Construct validation of the health belief model. Health Educ Monogr 1978;6(4):394-405.
- [5] Champion V L. The relationship of breast self-examination to health belief model variables. Res Nurs Health 1987; 10(6):375-82.
- [6] Petro-Nustas W, Tsangari H, Phellas C, Constantinou C. Health Beliefs and Practice of Breast Self-Examination Among Young Cypriot Women. Journal of Transcultural Nursing 2013; 24: 180-188.
- [7] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R L, Torre L A, Jemal A. CA Cancer J Clin 2018;68:394–424.
- [8] Asiri H, Rashad WA. Prediction of The Awareness and Practice of Breast Self – Examination among Females Using Health Believe Model. A literature review. Journal of Nursing and Health Science 2019; 8: 66-69.
- [9] Karayurt O, Dramali A. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. Cancer Nurs. 2007; 30: 69-77.
- [10] Sharaa HM. Beliefs and reported practices related to breast self-examination among sample of Egyptian women. Academic J Cancer Res. 2013; 6: 99–110.
- [11] Abolfotouh MA, BaniMustafa1 AA, Mahfouz1 AA, Al-Assiri1 MH, Al-Juhani AF, Alaskar AS. Using the health belief model to predict breast self-examination among Saudi women. BMC Public

Health 2015; 15:1163.

- [12] Hinkle LH, Cheever KH. Brunner-Suddarth: Infermieristica medico-chirurgica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2017.
- [13] Gori S. Neoplasie per single sedi: Mammella. Roma: Il pensiero scientifico Editore, 2018: 139-146.

INDAGINE CONOSCITIVA SUL CONCETTO DI COMPETENZA AVANZATA NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA.

Fiocco Claudia¹, Dionisi Sara^{2*}, Di Simone Emanuele³, Cappitella Carmen¹, Giannetta Noemi⁴, Di Muzio Marco³.

1. *RN, MSN, Azienda Ospedaliero Universitaria S. Andrea di Roma, Italia*
2. *RN, MSN, PhDs, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Italia*
3. *RN, MSN, PhD, Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare, Sapienza Università di Roma, Italia*
4. *RN, MSN, PhDs, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Italia; Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, Italia*

* **Corresponding authors:** Dr. Sara Dionisi, Department of Biomedicine and Prevention – University of Rome Tor Vergata, Italy. E-mail: srdionisi@gmail.com

DOI: [10.32549/OPI-NSC-42](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-42)

ABSTRACT

Introduzione: L'evoluzione della formazione infermieristica ha di fatto portato ad un accrescimento di conoscenze e competenze che hanno reso gli infermieri dei veri e propri professionisti. Con l'introduzione del comma 566 della Legge di stabilità del 2015 e della Legge 24 del 2017, è stata posta una maggiore attenzione sull'utilizzo delle Linee Guida e su come esse, insieme alla buona pratica, possano ridurre il ricorso ad una medicina difensiva.

Obiettivo: Indagine sulle conoscenze del personale infermieristico riguardanti i concetti di competenza avanzata e responsabilità professionale, in relazione al loro agire quotidiano, e ai nuovi assetti normativi.

Materiali e Metodi: Uno studio cross-sectional è stato eseguito su un campione di 60 soggetti fra Giugno 2019 e Settembre 2019, presso l'ospedale Policlinico Umberto I di Roma. È stata condotta una survey, rivolta agli infermieri operanti nel setting dell'area critica e chirurgica, mediante l'utilizzo di un questionario non validato, in forma anonima in cui vengono analizzati e saggiati: a) dati anagrafici; b) analisi dell'attività lavorativa; c) analisi delle conoscenze.

Risultati: Sono stati convalidati per lo studio 60 questionari correttamente compilati, con un tasso di risposta del 63.8%. Il 68.3% degli infermieri era di sesso femminile ed il 31.6% di sesso maschile. L'età media del campione è di 35.2 anni. Il 16.7% degli infermieri utilizza sempre le linee guida aziendali/ministeriali nella pratica clinica; il 36.7% le usa raramente; il 41.7% le utilizza abbastanza, mentre il 5% non le utilizza mai. In relazione alla conoscenza della normativa vigente, emerge che il 48.3% non conosce il comma 566 della Legge di stabilità, con il 48.3% del campione che asserisce di conoscere la Legge Gelli.

Conclusione: Dai risultati ottenuti emerge la necessità del personale infermieristico di una maggiore formazione circa gli aspetti legali della professione mediante una formazione dedicata.

Inoltre emerge l'importanza dell'aggiornamento professionale come mezzo per non incorrere in atti di medicina difensiva.

Parole Chiave: Competenze avanzate, Comma 566/2015, Legge Gelli, Linee guida, aggiornamento professionale.

SURVEY ON THE CONCEPT OF ADVANCED SKILLS IN THE NURSING PROFESSION: A PILOT STUDY.

ABSTRACT

Introduction: The evolution of nursing education has in fact led to an increase in knowledge and skills that have made nurses real professionals. With the introduction of paragraph 566 of the 2015 Stability Law and Law 24 of 2017, greater attention has been paid to the use of the Guidelines and how they, together with good practice, can reduce the use of defensive medicine.

Aim: The aim of this is to investigate the knowledge of nursing staff regarding the concepts of advanced competence and professional responsibility in relation to their daily actions, considering the new law framework.

Materials and Methods: A cross-sectional study was performed on a sample of 60 responders between June 2019 and September 2019, at the Policlinico Umberto I hospital in Rome. A survey was conducted, aimed at nurses operating in the critical and surgical area setting, through the use of an anonymous, non-validated questionnaire in which the following are analyzed and tested: a) personal data; b) analysis of work activity; c) knowledge analysis.

Results: 60 correctly completed questionnaires with a response rate of 63.8% were validated for the study. 68.3% of the nurses were female and 31.6% male. The average age of the sample is 35.2 years. 16.7% of nurses always use company / ministerial guidelines in clinical practice; 36.7% rarely use them; 41.7% use them enough, while 5% never use them. In relation to the knowledge of current legislation, it emerges that 48.3% do not know paragraph 566 of the Stability Law, with 48.3% of the sample claiming to know the Gelli Law.

Conclusion: The results obtained show that the nursing staff need more training on the legal aspects of the profession through dedicated training. Furthermore, the importance of professional updating emerges as a means of not incurring defensive medicine.

Keywords: Advanced Skills, paragraph 566/2015, Gelli Law, Guidelines, Professional Update.

INTRODUZIONE

L'evoluzione della formazione infermieristica ha di fatto portato ad un accrescimento di conoscenze e competenze che hanno reso gli infermieri dei veri e propri professionisti. L'autonomia professionale, sancita dal Profilo Professionale emanato nel 1994, delinea un corpo di competenze e di responsabilità specifiche. L'attuale quadro giuridico di riferimento infatti delinea i profili di responsabilità in modo inequivocabile [1,2]. Il Profilo professionale, il Codice deontologico e il bagaglio formativo ed esperienziale [3], definivano prima della legge Gelli, i limiti della responsabilità di chi attuava l'assistenza infermieristica.

Tuttavia negli ultimi anni, le richieste di risarcimento da parte degli utenti nei confronti del sistema sanitario e delle figure professionali ivi coinvolte, sono divenute sempre più frequenti. Conseguentemente a tale cambiamento, la risposta è stata quella di una medicina orientata principalmente alla eventuale difesa del proprio operato in caso di contenzioso [4,5].

Per arginare un fenomeno che nasce dall'esigenza di far sentire tutelato (anche) il professionista e che di fatto gravava sui bilanci delle aziende sanitarie, è stato quindi necessario definire un quadro normativo che rimodellasse i profili di responsabilità di tutti gli operatori della salute. Sono stati proprio questi i presupposti che hanno portato all'evoluzione del decreto Balduzzi – emanato nel 2012 - con la legge Gelli-Bianco [6,7], un profilo giuridico che si basa su due concetti cardine: la sicurezza delle cure e della persona assistita e la responsabilità professionale dell'operatore sanitario [8-10].

Responsabilità e competenze sono di fatto un binomio frequente nell'attuale panorama giuridico e proprio in relazione al core di conoscenze e di competenze, è utile sottolineare che è riconosciuto come specialista colui che è in possesso di master di primo livello nelle professioni sanitarie, mentre

saranno esperti coloro che hanno acquisito competenze avanzate grazie a percorsi formativi complementari regionali e ad attività professionali svolte anche in base a protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni mediche e dell'area sanitaria in generale [11-13].

L'analisi della letteratura ha evidenziato, come anche nel panorama internazionale sia sempre di maggiore interesse il concetto di competenze avanzate e di come esse debbano essere definite sia a livello pratico, sia a livello giuridico.

Secondo Clark e colleghi [14] la formazione post base aumenta le potenzialità critiche e decisionali con un conseguente miglioramento della qualità assistenziale. A tal fine andrebbero stimolati gli istituti di istruzione, di concerto con le strutture sanitarie, a proporre nuovi master ritenuti più appropriati attraverso strumenti misurabili, per migliorare ulteriormente la qualità delle cure infermieristiche erogate. La revisione condotta da Mazzariol [15] invece, confronta la giurisprudenza italiana e quella internazionale con particolare riferimento alla giurisprudenza anglosassone, riguardo l'utilizzo delle linee guida e dell'applicazione della legge Gelli-Bianco. Dall'analisi dei testi delle leggi internazionali emerge subito una differenza con la Gelli-Bianco. Rispetto alla realtà italiana infatti, nelle altre nazioni le linee e guida e quelle di buona pratica sono considerate un unicum.

Capasso [16] nel suo lavoro tenta mediante un excursus storico di individuare le motivazioni dell'introduzione della legge Gelli Bianco nel 2017 e la sua applicazione in questi anni. Ciò che emerge è come questa legge sia nata per limitare la medicina difensiva, ma analizzando la sua applicazione nelle ultime sentenze, essa risulti limitata e da migliorare in quanto potrebbe non garantire né la sicurezza dell'operatore né quella della struttura da eventuali ricorsi. Lo studio di Montanari Vergallo [17] invece cerca di evidenziare come la Legge Gelli pone un importante accento sul corretto utilizzo delle linee guida come potenziale strategia di difesa. Le criticità emerse in questa revisione riguardo le “buone pratiche” e le linee guida sono molteplici. Secondo gli autori non sono uno strumento affidabile per affermare se l'operatore sanitario abbia agito correttamente

dal punto di vista professionale, poiché troppo opinabili e quindi passibili di potenziali sentenze dei tribunali troppo diversificate.

Nasce quindi la necessità di creare un modello unitario per l'implementazione delle competenze avanzate e la valutazione delle stesse, [18] prendendo spunto anche dalle nuove sfide culturali e sociali ed economiche come già affermava la Dott.ssa Sansoni nel 2007 [19]. Prendendo spunto dai paesi anglosassoni sarebbe quindi opportuno modificare il panorama normativo [8] ed anche quello clinico, per permettere la penetrazione di nuovi concetti organizzativi, fra tutte le figure professionali, prima fra tutte l'infermiere [20].

L'obiettivo del presente studio è quindi quello di indagare, le conoscenze del personale infermieristico riguardanti i concetti di competenza avanzata e responsabilità professionale in relazione al loro agire quotidiano e ai nuovi assetti normativi.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Il presente studio, di tipo cross-sectional è stato condotto da Giugno 2019 a Settembre 2019. Il campione finale che ha partecipato alla survey è composto di 60 infermieri operanti nel setting dell'area critica e dell'area chirurgica.

Popolazione e setting

Per lo svolgimento del presente studio, sono stati inclusi gli infermieri che lavorano nelle seguenti aree: Pronto soccorso; Unità di Terapia Intensiva Neurochirurgica; Sala operatoria Neurochirurgica, Chirurgia generale e del trauma. Gli infermieri che lavoravano in altri setting sono stati esclusi dallo studio. Tale studio è stato realizzato presso l'ospedale universitario di Roma "Policlinico Umberto I", previa accettazione da parte del Comitato Etico (Prot. 593/19 PT_ComEt) e del consenso informato dei partecipanti. Nello specifico per tutti i partecipanti è stato garantito l'anonimato, la

partecipazione è stata su base volontaria e nessun incentivo economico è stato offerto. Il numero totale di questionari distribuiti è stato di 94 con un tasso di risposta del 63,8%. Il campione finale è quindi costituito da 60 infermieri appartenenti alle quattro unità operative sopracitate.

Strumento

I dati sono stati raccolti tramite la somministrazione di un questionario costruito ad hoc, conseguentemente ad una revisione della letteratura [21-23].

Lo strumento è suddiviso in tre sezioni: la sezione A, riguarda le informazioni anagrafiche, la sezione B le informazioni circa l'attività professionale dei partecipanti ed infine la sezione C, mira ad indagare le conoscenze degli infermieri riguardo le competenze infermieristiche avanzate, la responsabilità professionale, la legislazione di riferimento nonché l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica e l'importanza dell'aggiornamento professionale. Il presente questionario prevede, per tutte e tre le sezioni presenti, domande a risposta multipla e nello specifico della sezione C è stata utilizzata una scala Likert a 2 e 4 punti.

Analisi Statistica

I dati raccolti sono stati inseriti in un data entry di Excel® e l'analisi statistica è stata eseguita mediante il software SPSS (Statistical Package for Social Science) per Windows versione 22.0. I dati sono stati espressi come media $\pm$ deviazione standard o mediana con intervallo interquartile (IQR) nel caso di variabili numeriche, mentre nel caso di variabili qualitative sono stati espressi come numeri assoluti o percentuali. Infine i risultati di questo studio sono stati rappresentati attraverso distribuzioni di frequenza e a seconda dei casi, con la rappresentazione grafica più opportuna. I dati sono stati analizzati da un gruppo di ricerca composto da 2 infermieri clinici, 3 dottorandi di ricerca e 1 dirigente infermieristico. Conseguentemente all'analisi dei dati, essi sono stati discussi con altri 5 infermieri operanti nei setting assistenziali scelti per lo svolgimento dello

studio.

RISULTATI

Il numero totale dei responders è di 94 con un tasso di risposta del 63.8%; il campione finale risulta quindi composto da 60 infermieri. Il 68.3% degli aderenti sono di sesso femminile (n=41) rispetto al 31.6% che sono di sesso maschile (n=19). Nel 60% l'età più rappresentativa è compresa tra i 21 e 35 anni, mentre il 38.3% ha un'età compresa tra 36-60 anni e solo l'1.7% ha un'età compresa tra i 51-65 anni. L'età media del campione è di 35.2 anni (min. 24; max 61; DS 7.5; mediana 34) (Figura 1).

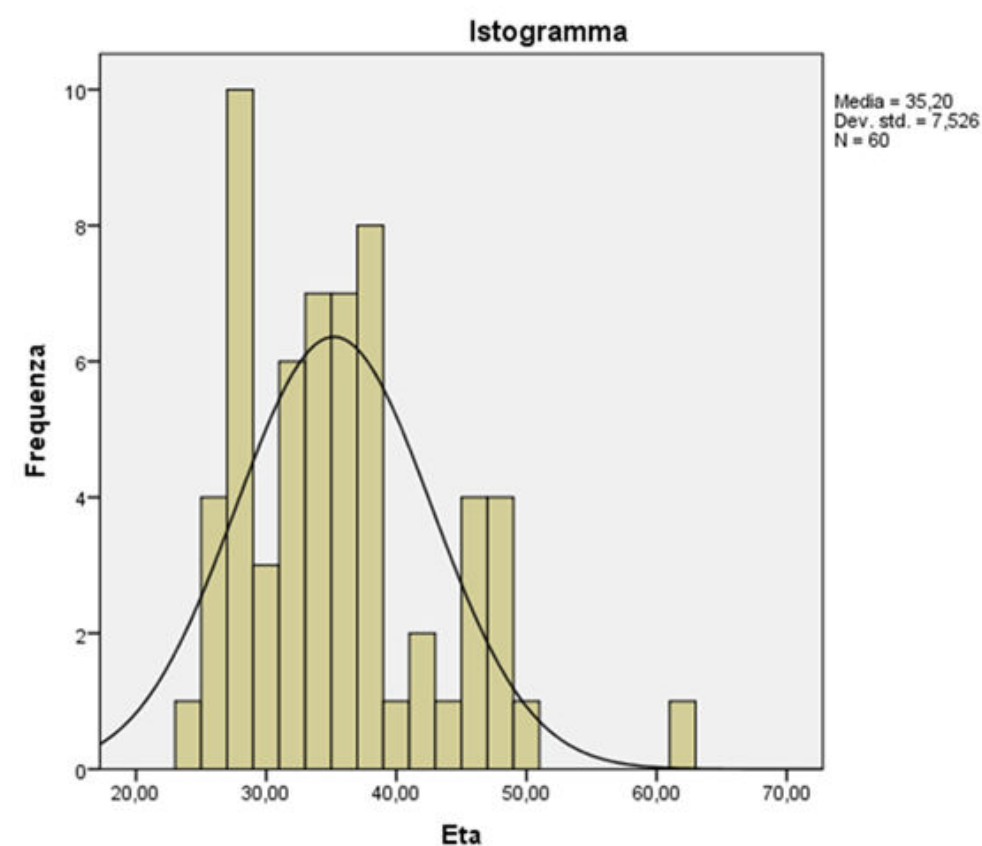


Figura 1. Età media del campione.

In relazione all'unità operativa di appartenenza del campione risulta che il 30% lavora in Pronto Soccorso (n=18); il 35% lavora nella U.T.I.P.O. di Neurochirurgia (n=21), il 20% nella Sala operatoria Neurochirurgia (n=12) e il 15% nella Sala Operatoria di Chirurgia Generale lavora (n=9) (Figura 2).

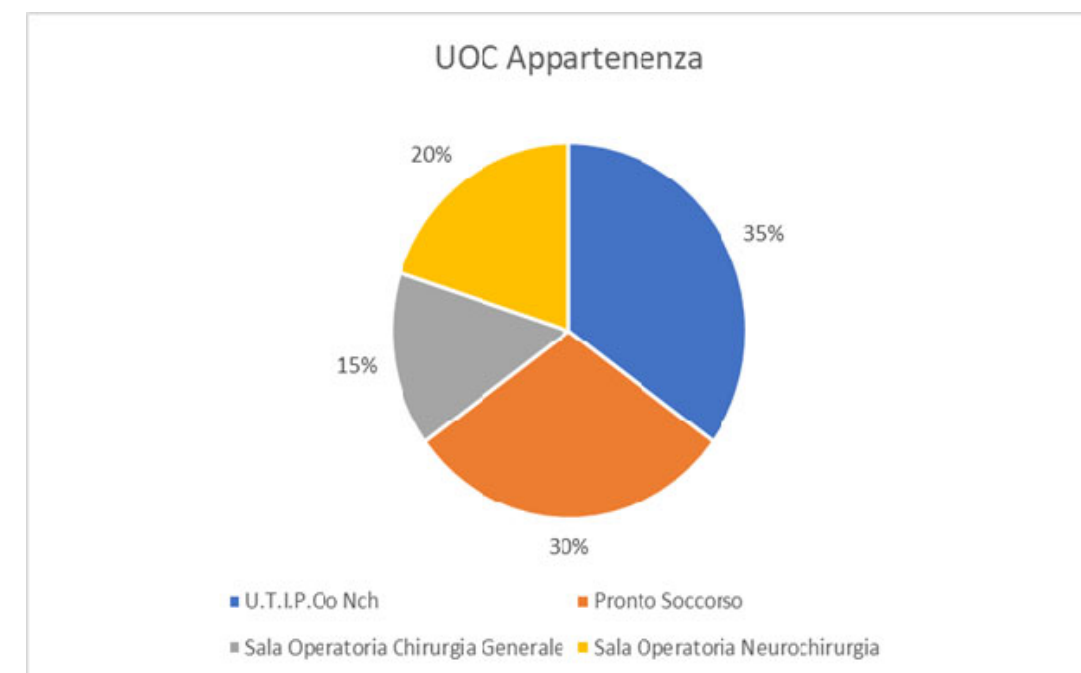


Figura 2. Unità operativa di appartenenza

Nell'analisi dell'attività professionale è emerso che il 55% (n=33) degli infermieri intervistati hanno conseguito il Diploma Universitario (DU) o la Laurea triennale in un arco temporale compreso tra il 2009 e 2019. Nello specifico il 35% (n=21) ha conseguito il titolo tra il 1999-2008 ed il 10% (n=6) prima del 1998; La media del conseguimento del titolo accademico è dell'anno 2008 (min.1986; max. 2018; DS 6.6; Varianza 44.1; mediana 2012).

Il 90% (n=54) ha conseguito la Laurea di primo livello, l'8.3% (n=5) ha conseguito il titolo regionale e solo l'1.7% (n=1) ha più di una laurea. Il 36.7% (n=22) è in possesso di un Master, il

3.3 % (n=2) ha una Laurea di secondo livello ed il 53.3% (n=32) non ha nessun titolo post laurea.

In relazione all’anzianità di servizio il 51.7% (n=31) ha un’anzianità di 5-15 anni, il 15% (n=9) ha un’anzianità di servizio maggiore di 15 anni e il 33.3% (20/60) ne ha da 0-5 anni. La media risulta essere di 9.01anni (min.1; max 28; DS 6.1; Varianza 37.8; mediana 8.5).

Dall’analisi eseguita sulle conoscenze è emerso invece che il 16.7% (n=10) degli infermieri utilizza sempre le linee guida aziendali/ministeriali nella pratica clinica, il 36.7% (n=22) le usa raramente, il 41.7% (n=25) le utilizza abbastanza, mentre il 5% (n=3) non le utilizza mai (Tabella 1).

Frequenza di utilizzo delle linee guida	Frequenza assoluta	Percentuale (%)
Mai	3	5%
Raramente	22	36.7%
Abbastanza	25	41.7%
Sempre	10	16.7%
Totale	60	100.00

Tabella 1. Utilizzo linee guida aziendali e/o ministeriali

Il 38.3% (n=23) afferma che non utilizza le linee guida per carenza di tempo; il 3.3% (n=2) non le utilizza perché non dispongono dell’autorità per modificarle.

Riguardo l’aggiornamento professionale, il 46.7% (n=28) afferma di dedicare al proprio aggiornamento professionale meno di un’ora a settimana; il 40% (n=24) dedica 1-5 ore a settimana; il 10% (n=6) dedica 6-10 ore; il 3.3% (n=2) dedica più di 10 ore. Inoltre i professionisti intervistati per il 43.3% (n=26) affermano che nell’ultimo mese hanno consultato le linee guida aziendali meno di una volta; il 50% (n=30) 1-5 volte al mese; il 5% (n=3) 5-10 volte; l’1.7% (n=1) più di 10 volte al mese.

Il concetto di imperizia è conosciuto dall’80% (n=48) del campione totale; il 15% (n=9) lo conosce poco; il 5% (n=3) lo conosce abbastanza. Ma il 48.3%(n=29) non conosce di cosa tratta il comma 566 della Legge di stabilità del 2015; il 30% (n=18) lo conosce poco; mentre il 16.7%(n=10) lo conosce; il 5%(n=3) abbastanza; D’altro canto il 48.3% (n=29) asserisce di sapere di cosa parli la Legge 24/2017 (Legge Gelli); il 23.3% (n=14) poco; il 3% (n=50) abbastanza; il 20% (n=12) non la conosce. Degli infermieri intervistati il 76.7% (n=46) sanno cosa significa “infermiere con competenze avanzate”; l’11.7% (n=7) ne sanno poco; il 3.3% (n=2) non sanno cosa siano; invece l’8.3% (n=5) ne sanno abbastanza.

Il campione è unanime (100%) sull’affermare che il proprio lavoro è soggetto ad un alto rischio di denunce, anche se l’86.7% (n=52) non è mai stato indagato dalla magistratura. La maggior parte del campione (93.3%) percepisce il rischio di poter essere oggetto di richiesta di risarcimento nel lavoro quotidiano, mentre questo rischio non è percepito dal 6.7% degli intervistati. L’83.3% infine, possiede un’assicurazione professionale, a tal riguardo il 28.3% (n=17) non è a conoscenza della sua obbligatorietà, mentre il 71.7% ha mostrato di conoscerne l’obbligatorietà.

DISCUSSIONI

Dalla raccolta dei dati risulta che la popolazione infermieristica di riferimento, è composta principalmente da donne (68.3%), con un’età compresa tra 21-35 anni, con una formazione di tipo accademico (91.6%).

Più della metà del campione (53.3%) non ha proseguito il proprio percorso formativo con master o altre tipologie di corsi post laurea pur avendo un’anzianità di servizio superiore ai cinque anni. Secondo quanto emerso dallo studio di Clark et al. [24] la formazione post base aumenta le potenzialità critiche e decisionali con un conseguente miglioramento della qualità assistenziale. A tal proposito sarebbe utile incentivare gli istituti pubblici e privati ad investire sulla formazione del proprio personale e conseguentemente sul miglioramento della qualità assistenziale erogata.

Ciò che emerge inoltre, dall'analisi dei risultati è che il 46.6% dedica solo un'ora a settimana al proprio aggiornamento professionale ed il 43.3% nell'ultimo mese ha consultato le linee guida per uno specifico problema meno di una volta. Seppur il 41.6% cerca di usarle abbastanza, il 38.3% è impossibilitato per carenza di tempo, nonostante nel 48.6% dei casi le linee guida sono presenti in reparto ed aggiornate.

Secondo l'80% degli interpellati è ben chiaro il concetto di imperizia, ma per il 48.3% è sconosciuto il comma 566/2015, ma è nota la legge Gelli. In relazione a ciò, emerge che il 76.6% è a conoscenza di come le competenze avanzate vengono definite all'interno della legge Gelli e il 66.6% ritiene di esserne in possesso. Ciò è paragonabile con quanto emerge dallo studio di Kucera et al. [22] che individua il ruolo cardine dell'infermiere con competenze avanzate e la richiesta da parte del professionista di tale riconoscimento a livello giuridico, normativo ed economico.

In relazione al concetto di responsabilità professionale, indagato con la survey, per la totalità del campione, il rischio maggiore è quello di ricevere una denuncia con conseguente richiesta di risarcimento, nonostante l'86.6% non è mai stato oggetto di avvisi di garanzia. Dato analogo risulta essere anche quello riferito al possesso dell'assicurazione professionale (83.3%), di cui solo il 71.6% però ne conosce l'obbligatorietà. Questi dati potrebbero far emergere quella che viene definita da Montanari Vergallo [25] e da Capasso e colleghi [26] il ricorso ad una medicina basata principalmente su azioni di difesa e tutela, dove l'utilizzo di linee guida e buone pratiche, nonché il riconoscimento delle competenze avanzate non conferisce maggior prestigio o sicurezza né all'operatore né al paziente.

CONCLUSIONI

L'attuale contesto sociosanitario pone il paziente al centro del sistema salute [2], delineando un profondo cambiamento nell'assetto professionale e formativo, aumentando l'importanza di concetti come la responsabilità professionale e il riconoscimento di competenze specialistiche e avanzate.

Ciò diviene il fulcro dei nuovi percorsi accademici [3, 24], soprattutto in relazione alle nuove sfide poste dalla legge Gelli, che può rappresentare un ottimo spunto di riflessione per la professione infermieristica [1].

Il presente studio pilota, ha messo in luce come l'aggiornamento professionale sia considerato fondamentale per rispondere ai bisogni di un sistema salute in continua evoluzione, nonostante a volte il raggiungimento di tale obiettivo risulti difficoltoso. Dall'analisi dei dati emerge infatti la necessità per il personale infermieristico di essere maggiormente coinvolto sia nel panorama scientifico per la stesura di linee guida sia in quello formativo, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti legali della professione.

Lo sviluppo di competenze avanzate e specialistiche risulta strettamente legato ad un percorso formativo ed esperienziale che necessita però di un giusto riconoscimento formale. Le competenze avanzate diverrebbero così un patrimonio non solo della professione infermieristica ma anche per le aziende di cui i professionisti sono parte integrante[10,25,26].

Limiti e punti di forza dello studio

Il presente lavoro è uno studio preliminare, eseguito per avere una prima indicazione su questo tipo di problematica.

Il lavoro presenta un'analisi statistica puramente descrittiva, che seppur rappresenta un importante limite per uno studio scientifico è in linea con l'obiettivo iniziale, ossia quello di fornire una panoramica generale sul focus d'interesse.

Tale panoramica iniziale permette di leggere il contesto di applicazione, fondamentale per costruire lo studio di validazione dello strumento. Analisi più approfondite, come la possibile individuazione di quali possano essere i predittori di una maggiore conoscenza saranno condotte non appena la numerosità campionaria sarà adeguata per una maggiore rappresentatività del fenomeno. E' auspicabile infatti continuare il presente lavoro con lo studio di validazione dello strumento così da

poter generalizzare i risultati ottenuti.

Eventuali Finanziamenti

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento

Conflitti di interesse

Gli autori dichiarano di non aver ricevuto alcun finanziamento per il seguente studio e di non aver alcun interesse finanziario nell'argomento trattato o nei risultati ottenuti.

BIBLIOGRAFIA

1. Pastorini A, Karaboue M, Di Luca A, Mario di Luca NM, Ciallella C. Medico-legal aspects of tort law patient safeguards within the Gelli-Bianco piece of legislation. Clin Ter. 2018; Vol. 169 (4); pp. e170-e177.
2. Capasso A. Criminal responsibility of medical and its case law evolution. legal and economic profiles. G Ital Nefrol. 2018; Vol. Vol. 35 (6).
3. Clark L, Casey D, Morris S. The value of Master's degrees for registered nurses. British Journal of Nursing. 2015; 24(6):328-334.
4. Foote A, Roy M, Chanda MD. Ready, Set, Go! What you need to know: A longitudinal study of the successful transition in critical care for the new grad registered nurse. Canadian Journal of Critical Care Nursing. 2019; Vol. 30 Issue 2; p31-32, 2p.
5. Gibb K, Then K, Hruska P. Rankin J. The role of the advanced practice nurse in supporting critical care nurses experiencing moral distress. Canadian Journal of Critical Care Nursing. 2018; Vol. 29 Issue 2; p55-56, 2p.
6. Legge 23 Dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" – Legge di stabilità. Comma 566.
7. Camera M. Le competenze specialistiche degli infermieri. Tra comma 566 e nuovo contratto. Libreriauniversitaria.it, Padova, 2018. ISBN: 883359081X.
8. Karaboue M, Di Luca A, Mazzariol B, Di Luca NM. Guidelines, good practices and best clinical health practices: valuable guidance for physicians and judges?. Clin Ter. 2018; Vol. 169 (6), pp. e292-e296.
9. Montanari Vergallo G, Zaami S. Guidelines and best practices: remarks on the Gelli-Bianco law. Clin Ter. 2018; Vol. 169 (2); pp. e82-e85.

10. Kucera K, Higgins I, McMillan M. Advanced nursing practice: a futures model derived from narrative analysis of nurses' stories. Australian Journal of Advanced Nursing. 2010; 27(4): 43-53. 11p.
11. Proia S. La legge di stabilità e le professioni sanitarie. Ecco perché, e come, cambierà tutto. Visionato il 28 Agosto 2019 ora 18.30. Disponibile sul sito www.quotidianosanita.it.
12. Impieri M, Purilli D. Legge Gelli, sicurezza delle cure e nuova responsabilità medica. Visionato il 10 Agosto 2019 ora 15.10. Disponibile sul sito www.diritto24.ilsole24ore.com.
13. Opi Messina. L'infermiere specialista arriva con il nuovo contratto: ecco l'atto di indirizzo. Visionato il 05 Agosto 2019 ore 08.30. Disponibile sul sito www.ipasvime.it.
14. Clark L, Casey D, Morris S. The value of Master' s degrees for registered nurses. British Journal of Nursing, 24(6): 328-334.
15. Mazzariol B, Karaboue M, Di Luca A, Di Luca NM. Guidelines, good peractices and best clinical health practices: valuable guidance for physicians and judges? Clin Ter, 2018; 169(6):e292-e269.
16. Capasso A. Criminal responsibility of medical and its case law evolution. legal and economic profiles. G Ital Nefrol, 2018; 35(6).
17. Montanari Vergallo G, Zaami S. Guidelines and best practices: remarks on the Gelli-Bianco law. Clin Ter, 2018; 169 (2):e82-e85.
18. Rega R, Guerriero ML, Scelsi S, Talucci S, Galletti C, Vellone C, et al. Advanced nursing skills in the stroke treatment in the acute phase in Italy. Strategy for identification (part II). Visionato il 10 Agosto 2019 ore 10.00. Disponibile sul sito www.scenarioaniarti.it.
19. Sansoni J. L'Assistenza Infermieristica Avanzata- Advanced Nursing Practice: Qualche riflessione. Prof Inferm. 2007; 60(1):5-12.

20. Saiani P, Dimonte L, Palese V, Chiari A, Laquintana P, Tognoni D, et al. Il dibattito sullo sviluppo di competenze specialistiche/avanzate degli infermieri. Assist Inferm Ric. 2016; 35(3):116-121.
21. Pastorini A, Karaboue M, Di Luca A, Mario di Luca NM, Ciallella C. Medico-legal aspects of tort law patient safeguards within the Gelli-Bianco piece of legislation. Clin Ter, 2018; 169 (4): e170-e177 .
22. Kucera K, Higgins I, McMillan M. Advanced nursing practice: a futures model derived from narrative analysis of nurses' stories. Australian Journal of Advanced Nursing, 2010; 27(4): 43-53.
23. Anderson-Kelly EA. Maintenance of clinical competence with In Situ Simulations: A proning example. Canadian Journal of Critical Care Nursing, 2019; 30(2).
24. Clark L, Casey D, Morris S.The value of Master's degrees for registered nurses. British Journal of Nursing , 2015; 24(6): 328-334.
25. Montanari Vergallo G, Zaami S. Guidelines and best practices: remarks on the Gelli-Bianco law. Clin Ter, 2018; 169 (2): e82-e85.
26. Capasso A. Criminal responsibility of medical and its case law evolution. legal and economic profiles. Giornale Italiano Di Nefrologia, 2018; 35 (6).

Un'indagine sulla percezione del carico assistenziale tra gli infermieri italiani,
nell'era del COVID-19

Emanuele Primavera ^{1*}, Simona Leonelli, PhD.²

1. Dipartimento Internistico, U.O. Medicina Interna, Ospedale Infermi Rimini (Italia)
2. Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali "Marco Fanno", Università di Padova, (Italia)

* *Corresponding author*: Emanuele Primavera. Infermiere, Dipartimento Internistico, U.O. Medicina Interna, Ospedale Infermi Rimini (Italia). E-mail: emanuele87.primavera@gmail.com

DOI: [10.32549/OPI-NSC-43](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-43)

ABSTRACT

Introduzione: La pandemia, dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'11 marzo 2020, a seguito dell'infezione da COVID-19, ha portato le aziende sanitarie ad affrontare una rapida riorganizzazione dei processi assistenziali. Tale condizione ha determinato cambiamenti sostanziali nella pratica degli operatori sanitari.

Obiettivo: L'obiettivo dello studio è analizzare il carico assistenziale percepito dagli infermieri italiani, che a causa del COVID-19, si trovano a rispondere sul campo a nuovi bisogni assistenziali.

Materiali e Metodi: È stata condotta un'indagine trasversale attraverso la somministrazione di un questionario online riguardante il carico assistenziale percepito dagli infermieri, attraverso l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA score). Il questionario è stato somministrato nei mesi di Aprile e Maggio 2020 ed è stato postato in tre gruppi di infermieri su Facebook. I post sono stati visualizzati da 956 persone e 281 questionari completi sono stati restituiti (tasso di risposta 29.4%).

Risultati: I risultati mostrano che gli infermieri percepiscono un IDA score medio-alto, cioè in media i pazienti richiedono un'assistenza relativamente elevata. Movimento, igiene, ambiente sicuro e respirazione sono i bisogni maggiormente percepiti ad alta dipendenza. Inoltre, gli infermieri che hanno percepito un carico assistenziale maggiore sono principalmente localizzati nel Sud Italia e Isole, di sesso maschile, con età superiore ai 40 anni e operanti nei reparti di area critica e/o nei reparti COVID-19.

Discussione: Volendo fornire una fotografia della situazione lavorativa attuale del nostro campione di infermieri Italiani, i risultati hanno mostrato differenze interessanti tra le percezioni degli infermieri in base al genere, all'età, all'area geografica e al reparto di appartenenza. I risultati del nostro studio mostrano che i bisogni a maggior dipendenza assistenziale in questo periodo pandemico sono: movimento, igiene, ambiente sicuro e respirazione. Questi, nella letteratura internazionale, vengono generalmente trascurati dagli operatori a causa di carenza di personale nei reparti e numero troppo elevato di pazienti per operatore. Pertanto, nel periodo pandemico, questi bisogni sono

riemersi e si è riscoperto da un lato, l'importanza per il paziente e dall'altro l'impegno che essi richiedono all'operatore per essere attuate. Di qui la nostra conclusione: la dipendenza assistenziale del paziente affetto da COVID-19 ha un grande impatto sul lavoro e sul benessere psico-fisico dell'infermiere.

Parole Chiave: Nursing, COVID-19, dipendenza assistenziale, pandemia, infermieristica clinica

A survey on the perception of the care workload among Italian nurses in COVID-19 time

ABSTRACT

Introduction: Following the COVID-19 infection, the World Health Organization declared the world-wide pandemic on 11th March 2020. This event has led to a reconfiguration of healthcare companies with a reorganization of the work activity of health personnel. This reconfiguration has involved and upset the ordinary routine of healthcare professionals.

Objective: The study aims to analyze the Italian nurses' perceived workload that because of COVID-19 pandemic has changed patients care needs.

Materials and Methods: A cross-sectional survey was conducted by administering an online questionnaire related to the care workload perceived by nurses (i.e., the IDA score). The questionnaire was administered between April and May 2020 and was posted on the wall of three Facebook groups of nurses. 956 people view the posts, and 281 complete surveys returned (response rate of 29.4%).

Results: Results show that nurses perceive a medium-high IDA score; that is, on average, patients require relatively high assistance. The patients' needs that required nurses' greater assistance were movement, hygiene, the need for a safe environment, and breathing. Furthermore, nurses located in southern Italy and the islands, male nurses, those over the age of 40, and those operating in critical areas and/or in COVID-19 wards perceived a greater care load for patients, compared to their counterparts.

Discussion: The paper provides a photograph of the current working situation of Italian nurses. Results have shown interesting differences between the nurses' perceptions based on gender, age, geographic area, and wards. The results of our study show that the most critical patients' dependence needs in this pandemic period are: movement, hygiene, safe environment, and breathing. International literature shows that operators generally overlook those due staff shortages in the wards and too high

number of patients per operator. Therefore, these needs came back into vogue in the pandemic period; on one side Italian nurses rediscovered the importance of those patients' need, and on the other hand, patients require from the operator harder assistance. Hence our conclusion: the care dependence of the coronavirus patient has a great impact on the nurse's work and psychophysical well-being.

Keywords: Nursing, COVID-19, dependence care, Pandemic, Clinical Nursing.

INTRODUZIONE:

Nel Dicembre 2019, in Cina nella regione di Whuan, è stato emanato un bollettino, riguardante la presenza di un focolaio epidemico per una polmonite ad eziologia sconosciuta. Con il passare dei giorni, la malattia si è iniziata a diffondere in ogni Regione e in ogni Stato, arrivando ad espandersi principalmente negli Stati Uniti d'America, nel Brasile, nell'Alaska e nell'India(Figura 1).Infatti, l'11 marzo 2020 il direttore generale dell'OMS ha definito la diffusione del COVID-19 non più una epidemia confinata ad alcune zone geografiche, ma una pandemia diffusa in tutto il pianeta.

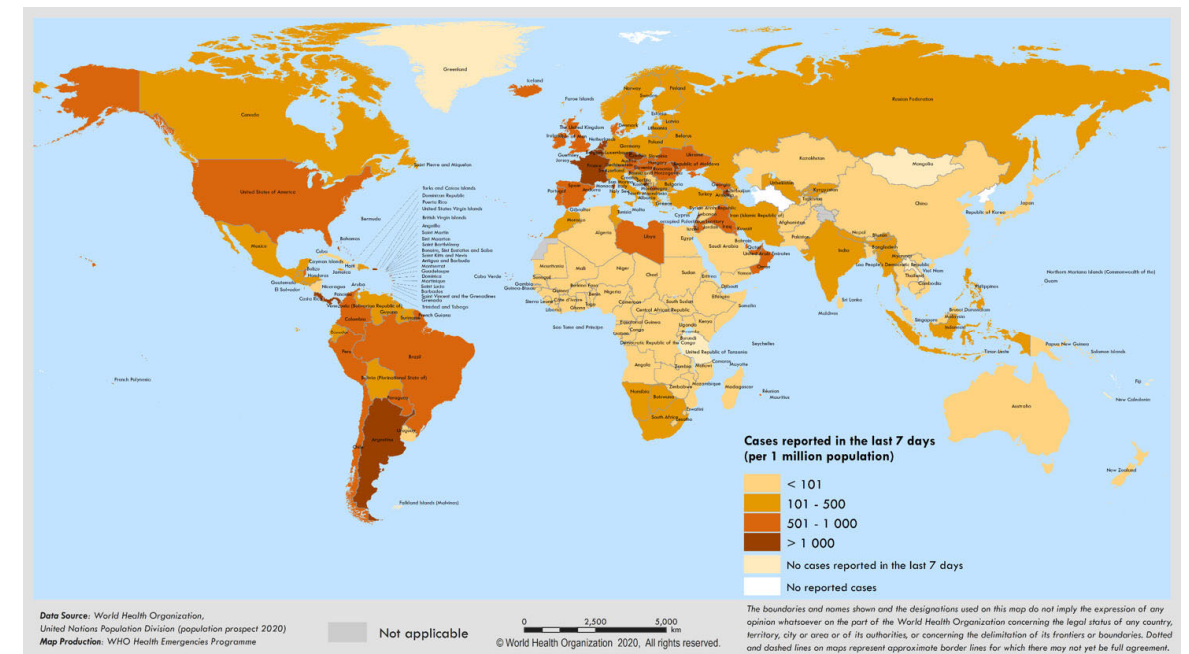


Figura1. Distribuzione geografica di casi confermati di COVID-19 a livello mondiale (dati aggiornati al 5 Ottobre 2020).Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità[1]

I coronavirus (CoV) sono una tipologia di virus a RNA che causano infezioni respiratorie con quadri clinici che variano dal comune raffreddore a malattie più gravi, come la sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS) e la sindrome respiratoria acuta grave (SARS)[2,3].

Il coronavirus, scoperto più di recente, causa la malattia da coronavirus COVID-19, così denominato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (COroNaVirus Disease-19 in base all'anno di comparsa)

[4].

Le principali manifestazioni del COVID-19 sono a carico delle basse vie dell'apparato respiratorio.

Le più conosciute manifestazioni spaziano da sintomi più lievi come tosse secca, mal di gola e febbre, a sintomi più gravi con complicanze fatali tra cui insufficienza d'organo, shock settico, edema polmonare, polmonite grave e sindrome da di-stress respiratorio acuto (ARDS)[5–7]. In particolare, il 54.3% degli infettati è risultato di sesso maschile, con un'età media di circa 56 anni[8,9].

In Italia, i primi casi di COVID-19, sono stati diagnosticati il 30 Gennaio presso l'Istituto Spallanzani di Roma, e riguardavano una coppia di turisti cinesi che si trovavano a Roma. L'Istituto Superiore di Sanità, con l'ausilio del Ministero della Salute, si è occupato di studiare il fenomeno della diffusione in Italia e ha emanato una serie di linee guida per la popolazione, aprendo una sezione dedicata alla raccolta dei documenti scientifici con le evidenze scientifiche più recenti[2]. In Italia, il 60% dei decessi per patologia da COVID-19, ha riguardato la popolazione residente in Lombardia, rappresentando la regione maggiormente colpita [10].L'età media dei pazienti deceduti e positivi all'infezione da COVID-19 è di 80 anni, presenta in anamnesi generalmente 3 o più patologie pregresse e i sintomi più comunemente osservati prima del ricovero erano febbre e dispnea [11].

A seguito dell'infezione da COVID-19, le aziende sanitarie hanno dovuto affrontare una rapida riorganizzazione dei processi assistenziali. Inizialmente, si è manifestato un incremento del carico lavorativo degli infermieri e quasi contemporaneamente una diminuzione del personale a causa del contagio al COVID-19 degli stessi. Successivamente, le aziende sanitarie si sono trovate di fronte alla necessità di dover riorganizzare anche le strutture ospedaliere creando nuovi padiglioni, reparti e ospedali dedicati. Questi fenomeni hanno portato alla necessità di assumere nuovo personale o di riconvertire il personale che operava in reparti momentaneamente chiusi. Questi cambiamenti repentini hanno trasformato radicalmente la vita professionale del personale sanitario incidendo principalmente sulla loro percezione del carico lavorativo. Per indagare questo fenomeno è stato condotto uno studio trasversale, mediante la somministrazione di un questionario online ad un

campione di infermieri italiani.

Obiettivo: L'obiettivo dello studio è analizzare il carico assistenziale percepito dagli infermieri italiani, che a causa del COVID-19, si trovano a rispondere sul campo a nuovi bisogni assistenziali.

Lo studio contribuisce a colmare la carenza di dati inerenti il nursing nel COVID-19 in quanto evento raro.

MATERIALI E METODI

Lo studio si basa un'indagine trasversale eseguita tra Aprile e Maggio 2020, mediante un questionario online distribuito ad un campione di infermieri italiani. La somministrazione del questionario è avvenuta tramite Facebook, il social network più utilizzato a livello mondiale [12]. Alcuni studiosi affermano che una raccolta dati attuata attraverso social network escluderebbe dal campionamento tutte le persone che non li utilizzano [13,14]. Tuttavia, studi recenti hanno dimostrato che Facebook, grazie alla sua elevata capillarità, riesce comunque ad essere rappresentativo anche di tutte quelle categorie che in minoranza utilizzano internet [12,15]. Inoltre, in riferimento al nostro studio, non abbiamo riscontrato questa problematica di sotto rappresentatività, poiché il campione da noi selezionato (infermieri italiani),possiede tutte le caratteristiche che accomunano le persone che generalmente utilizzano questo social network. Infatti, gli infermieri sono persone istruite, che vivono in aree metropolitane, che hanno un'età compresa tra i 20 ed i 65 anni e hanno facilmente a disposizione internet[16,17].

In primo luogo, una breve introduzione allo studio e il link al questionario sono stati postati su tre pagine Facebook in cui sono iscritti numerosi infermieri. Questa strategia è stata utilizzata per raggiungerne il numero maggiore. Al contrario, studi precedenti, per raggiungere il campione target,hanno utilizzato i *Facebook advertising*, che sono uno strumento a pagamento che consente di invitare a partecipare al questionario persone che per età, interessi, posizione geografica o lavoro

rientrano nei target di riferimento stabiliti. Tuttavia la *ratio* dietro all’utilizzo dei *Facebook advertising* è simile a quella utilizzata dal nostro studio e cioè raggiungere il maggior numero di persone con determinate caratteristiche [18]. In secondo luogo, i 3 post sono stati riportati in alto per 3 volte,in modo da essere visualizzati più facilmente.

Poiché è difficile individuare un campione di partenza quando si somministrano dei questionari online, abbiamo seguito le indicazioni di Houser[19], le quali suggeriscono di calcolare il campione totale considerando le persone effettive che hanno visualizzato il post. Per fare ciò, abbiamo utilizzato il *tool* Brand24 che consente di monitorare il numero di visualizzazioni dei post pubblicati sui social network. Su un totale di 956 visualizzazioni, solamente il 29.4% (281)degli infermieri ha completato il questionario in forma anonima.

Il questionario, creato sulla piattaforma Google moduli, è composto da due parti: la prima riguarda il carico assistenziale percepito, che è stato misurato tramite l’IDA score[20,21]integrato con altri indici di complessità assistenziale[22] e la seconda riguardante i principali dati anagrafici degli operatori (genere, anno di nascita, provincia in cui si lavora e reparto di riferimento).

Il Comitato Etico Locale ha stabilito che in questo caso non era richiesta l’approvazione etica formale. Tuttavia, i partecipanti allo studio hanno firmato il consenso informato e l’autorizzazione al trattamento dei dati personali in modalità digitale. Al fine della compilazione del questionario, non sono stati offerti o previsti incentivi economici. Lo studio è stato condotto in conformità con le considerazioni etiche delle dichiarazioni di Helsinki.

Misure

Il *carico assistenziale percepito* è stato misurato utilizzando l’Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) che analizza il livello di dipendenza dall’assistenza infermieristica [23]. Esso si compone di 7 aree (bisogni assistenziali e procedure diagnostico/terapeutiche) ciascuna divisa in 4 livelli di dipendenza con punteggio variabile da 1 (maggiore dipendenza) a 4 (minore dipendenza) [20,21].

L’IDA score non include però, il bisogno di Respirazione, Ambiente Sicuro e Comunicazione, fattori fondamentali da considerare per i pazienti sintomatici positivi al COVID-19[6]. Pertanto si è ritenuto opportuno inserirle integrando l’IDA Score con le tre variabili nell’indice di complessità assistenziale creato da Cavaliere e Snaidero nel 1999 [22]. La Tabella 1 sintetizza le variabili utilizzate in questo studio, ovvero l’IDA score integrato con i tre indici di complessità assistenziale.

BISOGNI	ALTA DIPENDENZA	MEDIO-ALTA DIPENDENZA	MEDIO-BASSA DIPENDENZA	BASSA DIPENDENZA
	1	2	3	4
ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE	NPT o NET, Disfagia grave.	Deve essere imboccato, disfagia lieve	Necessita di aiuto nell'alimentazione	Autonomo
ELIMINAZIONE	Incontinenza urinaria e fecale permanente, gestione stomia	Incontinenza urinaria occasionale, necessità di clisma	Catetere Vescicale a permanenza, monitoraggio alvo	Autonomo
IGIENE E COMFORT	Igiene Totale a letto, assenza di collaborazione	Necessità di aiuto per igiene totale, pz collaborante	igiene intima, indipendentemente dall'uso dei servizi	Autonomo
MOBILIZZAZIONE	Allettato	Mobilizzazione in carrozzina/poltrona	Cammina con l'aiuto di una o più persone	Autonomo
RESPIRAZIONE	Ventilazione Non Invasiva (CPAP, Casco, Optiflow)	Dispnea da Sforzo, Gestione bronco-aspirazione o tracheostomia	Dispnea da sforzo lieve, aerosolterapia, educazione	Spontanea
PROCEDURE DIAGNOSTICHE	Monitoraggio continuo dei Parametri	Monitoraggio ad intervalli < 1 h, peso ogni giorno	Monitoraggio ad intervalli > 1 h. Verifica diuresi	Accertamenti di routine
PROCEDURE TERAPEUTICHE	Infusione continua in CVC o Port. LdD 4° stadio o multiple	CVC o CVP per infusione non continua, LdD 3° stadio	Terapia EV, IM, SC, OS. LdD 2°stadio	Terapia per OS o nessuna terapia. Nessuna medicazione
PERCEZIONE SENSORIALE	Stato soporoso, coma	Disorientamento spazio-temporale continuo. Uso sedativi	Disorientamento tempo spazio occasionale	Vigile e orientato
COMUNICAZIONE	Deficit di linguaggio: uso di metodi non verbali. Deficit cognitivo grave	Deficit cognitivo moderato. Ansia. Lingua e cultura diversa	Difficoltà di linguaggio lieve, dati raccolti dal care-giver	Buona interazione comunicativa
AMBIENTE SICURO	Uso di mezzi di protezione per effettuare procedure	Comportamenti a rischio. Rischio cadute medio-alto	Predisposizione di presidi, atti a ridurre il pericolo	Nessun intervento sull'ambiente. Informazione

Tabella 1. Indice di Dipendenza Assistenziale + Indice di Complessità Assistenziale (Respirazione, Comunicazione e Ambiente Sicuro).

Agli infermieri è stato chiesto di misurare il carico di lavoro percepito in base alla media dei pazienti assistiti nei mesi precedenti la somministrazione del questionario. Le risposte sono state classificate seguendo l’andamento di una scala Likert a 4 punti, dove il valore 1 indica un’alta dipendenza, 2 una

dipendenza medio-alta, 3 una dipendenza medio-bassa e 4 una dipendenza bassa. L'IDA Score percepito da ogni infermiere è stato calcolato procedendo alla somma aritmetica dei 10 item. Una misura dello score tra 10 e 20 indica un'alta dipendenza assistenziale del paziente, tra 21 e 30 una media dipendenza e infine, tra 31 e 40 una bassa dipendenza.

Analisi Statistica

I dati sono stati espressi come numeri assoluti o percentuali, oppure come media e deviazione standard(SD) o media e corrispondente intervallo di confidenza al 95% a seconda del tipo di variabile. Inoltre le variabili qualitative come il genere e l'area COVID-19, sono state riclassificate come variabili dummy, nel modo seguente:

- *Genere*: 0 = donne, 1 = uomini;
- *Area COVID-19*: 0=no COVID-19, 1= COVID-19.

Mentre per le variabili come l'età, stratificata in quattro intervalli, l'area di lavoro e l'area geografica, sono state definite delle variabili multinomiali utilizzando delle scale con valori da 1 a 4. In particolare, abbiamo assunto:

- *Età*: 1 = <30 anni, 2 = 30-39, 3 = 40-49, 4 =>50;
- *Area di lavoro*: 1 = Area Medica(Medicina, Lungodegenza, Geriatria, Area COVID-19, Post-COVID-19, Post-Acuti, Cardiologia, Riabilitazione Intensiva, Malattie Infettive, Pneumologia, Fisiopatologia Respiratoria semi-intensiva, Nefrologia, Oncologia, DH Reumatologia, Neurologia, Area Filtro), 2 =Area Critica(Terapia Intensiva, Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, UTIC, Stroke Unit, Cardio-rianimazione), 3 =Area Chirurgica (COVID-19 Chirurgico, Chirurgia, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Traumatologia poli specialistica, Ginecologia, Neurochirurgia, Sala Operatoria, Breast-Unit), 4 = Altro (ADI, RSA, Centro Trasfusionale, Centro di Salute Mentale, Hospice, Casa circondariale,

Pediatria, Psichiatria, Emodialisi, CRA, Cure Palliative territoriali, Igiene Pubblica, Endoscopia);

- *Area geografica*: 1 = Nord-Est, 2 =Nord-Ovest, 3 = Centro, 4 = Sud ed Isole;

Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software statistico StataSE(versione 16),mentre le rappresentazioni grafiche sono state effettuate tramite Microsoft Excel (versione 16.39).

RISULTATI

Su un totale di 956 visualizzanti, 281 questionari sono stati restituiti, pertanto il tasso di risposta è stato del 29.4%. Le caratteristiche demografiche degli infermieri intervistati sono riportate in Tabella 2. In particolare, l'84.3% dei rispondenti è rappresentato da infermiere, mentre solo il 15.7% da infermieri. Inoltre, gli infermieri under 30 anni rappresentano il 16.7% del nostro campione, gli infermieri con età compresa tra i 30 e i 39 anni rappresentano il 32.8%, quelli con un'età compresa tra i 40 ed i 49 anni il 30.6% ed infine gli over 50 rappresentano il 19.6% del campione.

Riguardo alle aree di lavoro, l'analisi del campione mostra che il 48.4% degli intervistati afferisce all'area Medica (Medicina, Lungodegenza, Geriatria, Area COVID-19, Post-COVID-19, Post-Acuti, Cardiologia, Riabilitazione Intensiva, Malattie Infettive, Pneumologia, Fisiopatologia Respiratoria semi-intensiva, Nefrologia, Oncologia, DH Reumatologia, Neurologia ed Area Filtro), il 28.1% afferisce all'area Critica (Terapia Intensiva, Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, UTIC, Stroke Unit e Cardio-rianimazione), l'14.6% afferisce rispettivamente all'area Chirurgica (COVID-19 Chirurgico, Chirurgia, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Traumatologia poli specialistica, Ginecologia, Neurochirurgia, Sala Operatoria e Breast-Unit) e altro (ADI, RSA, Centro Trasfusionale, Centro di Salute Mentale, Hospice, Casa circondariale, Pediatria, Psichiatria, Emodialisi, CRA, Cure Palliative territoriali, Igiene Pubblica e Endoscopia) per l'8.9%.Considerando le 4 macro-aree individuate dall'ISTAT[24], il 29.5% del campione lavora in strutture sanitarie del Nord-Est (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Veneto), il 32.7% in quelle del Nord-Ovest (Liguria,

Lombardia, Piemonte, Valle d’Aosta), il 17.5% in strutture sanitarie del Centro Italia (Lazio, Marche, Toscana ed Umbria) e il 20.3% in strutture sanitari e dislocate al Sud (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia) e nelle Isole (Sicilia e Sardegna).

Caratteristiche degli intervistati	N	%	Media±SD
Genere:			
Donne	237	84.3	0.2±(0.4)
Uomini	44	15.7	
Età:			
<30	47	16.7	2.5±(0.9)
30-39	92	32.8	
40-49	86	30.6	
>50	56	19.9	
Area di Lavoro:			
Area Medica	136	48.4	2.5±(0.9)
Area Critica	79	28.1	
Area Chirurgica	41	14.6	
Altro	25	8.9	
Area Geografica:			
Nord-Est	83	29.5	2.3±(1.1)
Nord-Ovest	92	32.7	
Centro	49	17.5	
Sud ed Isole	57	20.3	
Area COVID-19 e Non COVID-19			
COVID-19	192	71.2	0.7±(0.5)
No COVID-19	89	28.8	

DS= Deviazione Standard.

Media e deviazione standard sono state calcolate, riconsiderando le variabili qualitative in forma numerica sulla base delle scale definite nel paragrafo “Analisi Statistica”.

Tabella 2.Caratteristiche del campione intervistato stratificato per genere, età, area geografica e area di lavoro.

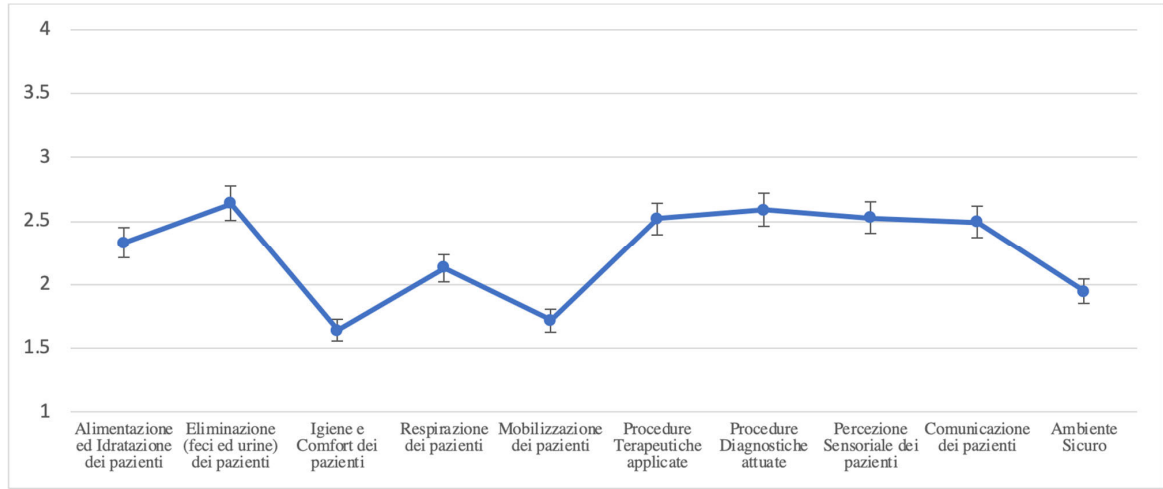
Nella Tabella 3 è indicato lo score di dipendenza assistenziale percepito dagli infermieri. I risultati del nostro studio mostrano che il 36.3% degli intervistati ha percepito un carico assistenziale alto, il 49.1%

un carico assistenziale medio e il 14.6% degli infermieri ha percepito un carico assistenziale basso.

IDA Score	Dipendenza Assistenziale	%(Nr.)
10-20	Alta	36.3(102)
21-30	Media	49.1(138)
31-40	Bassa	14.6(41)

Tabella 3. Indice Dipendenza Assistenziale e Score nel campione.

Nella Figura 2 sono riportate le medie e i rispettivi intervalli di confidenza di ogni item dell’indice di dipendenza assistenziale integrato.



Legenda: Il giudizio è espresso da 1 altamente dipendente dall’operatore a 4 poco dipendente; il punto rappresenta la media e i baffi l’intervallo di confidenza al 95%.

Figura 2. Valori Medi di Indice di Dipendenza Assistenziale del paziente COVID-19 percepita dagli infermieri.

In particolare, i bisogni che hanno richiesto una maggiore domanda assistenziale, sono risultati l’Igiene e Comfort (valore medio IDA=1.6), la Mobilizzazione (valore medio IDA=1.7) ed infine l’Ambiente Sicuro (valore medio IDA=1.9). Mentre i bisogni, che sono risultati a minor domanda assistenziale, sono stati l’Eliminazione (Valore medio IDA= 2.6), le Procedure (Valore medio IDA= 2.5) e la Percezione Sensoriale (Valore medio IDA= 2.5). Possiamo notare che il bisogno di respirazione, considerato uno degli elementi di maggior monitoraggio in questa tipologia di patologia

[25,26], assume come valore medio IDA pari a 2.1, ricadendo quindi nella connotazione medio/alta.

Nella Figura 3 ne viene analizzato il dettaglio delle percentuali.

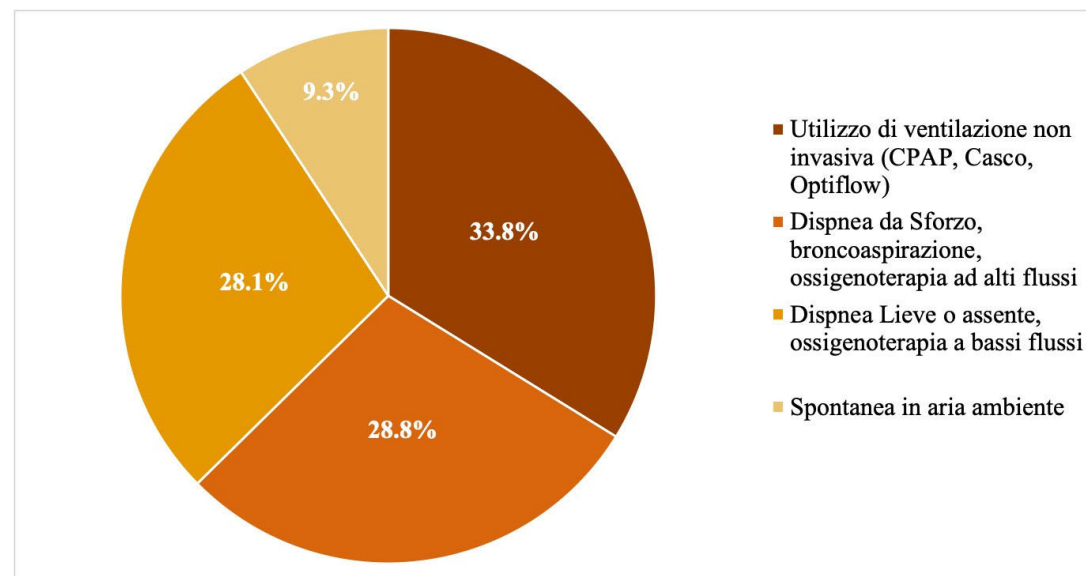


Figura 3. Dettaglio dei valori percentuali relativo all'item "Respirazione dei pazienti" dell'IDA score.

Il 33.8% degli infermieri ha affermato che i propri pazienti assistiti mostrava la necessità di utilizzo di ventilazione non invasiva (CPAP, Casco, Optiflow), mentre il 28.8% ha dichiarato che i propri pazienti presentavano Dispnea da Sforzo e/o necessità di bronco-aspirazione, ossigenoterapia ad alti flussi. Nella Figura 4 viene riportata la distribuzione percentuale dell'IDA score percepito dagli infermieri, specificato nelle varie aree geografiche. Nord-Ovest, Nord-Est e Centro mostrano una percezione dello score medio da parte degli infermieri (52.2%, 59.0%, 44.9% rispettivamente). Mentre, il 50.9% degli infermieri intervistati al Sud e alle Isole afferma di aver percepito una dipendenza assistenziale alta.

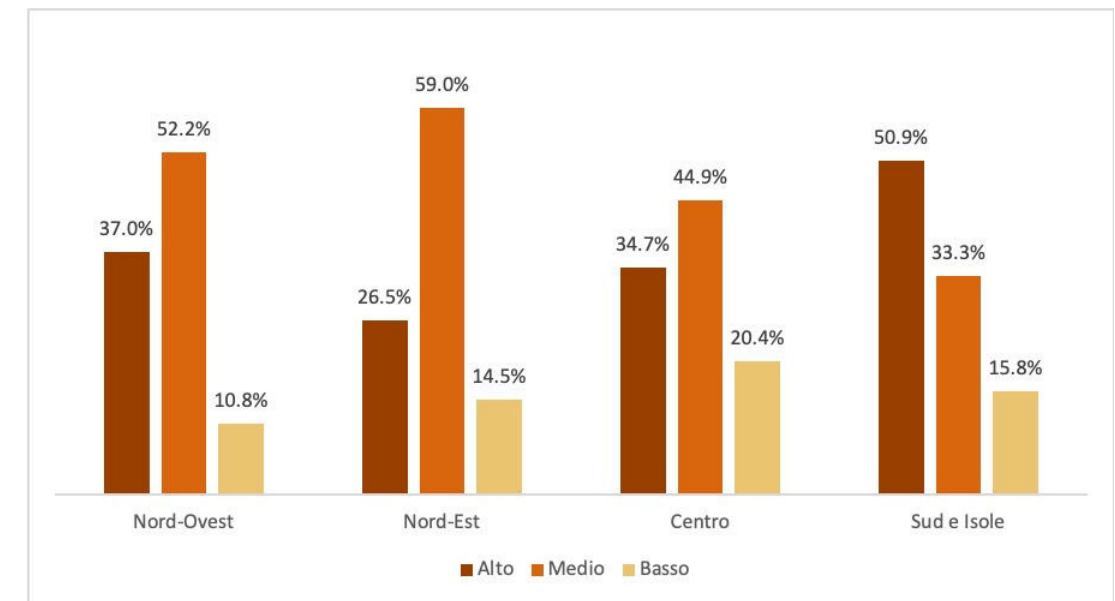


Figura 4. Distribuzione Percentuale dell'IDA score percepito dagli infermieri, nelle varie aree geografiche.

La Figura 5 riporta la percezione della dipendenza assistenziale del paziente COVID-19, in base al genere del rispondente.

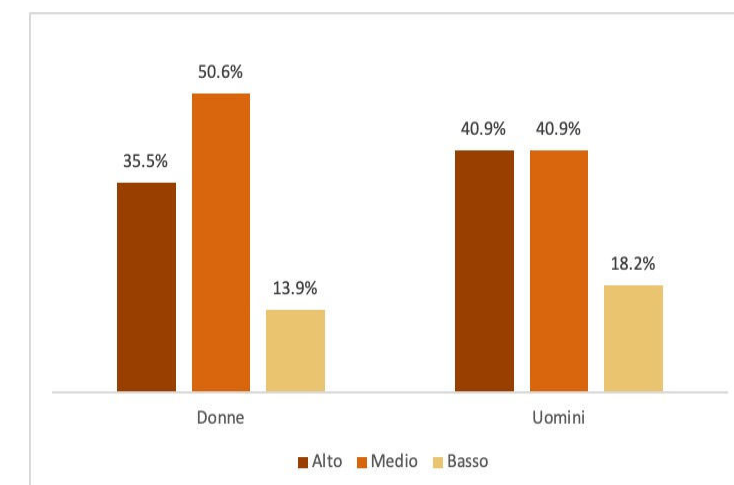


Figura 5. Distribuzione IDA score percepito per genere.

In particolare, il 50.6% delle donne ha percepito una media dipendenza assistenziale del paziente,

rispetto al 40.9% degli uomini. I quali, al contrario, hanno invece percepito in egual misura anche l'alta dipendenza (40.9%).

Nella Figura 6 è stata riportata la dipendenza assistenziale percepita, in relazione alla suddivisione per classi di età.

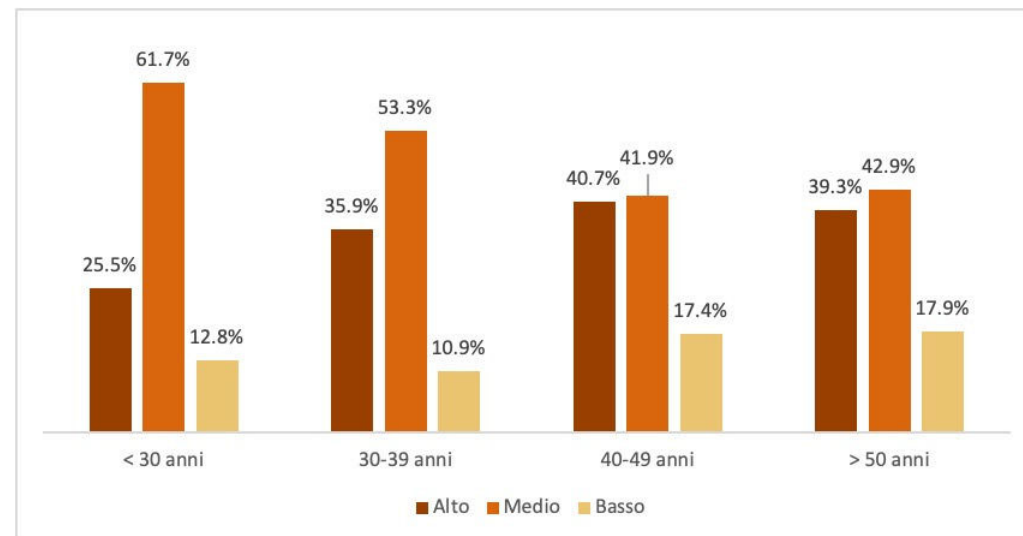


Figura 6. Percentuale IDA score percepito per classi di età.

Analizzando i dati, si evidenzia che la media dipendenza assistenziale è stata quella maggiormente percepita da tutte le fasce di età considerate nello studio; in particolare, dal 61.7% dei soggetti con età inferiore a 30 anni, dal 53.3% di quelli con età compresa tra i 30 e i 39 anni, dal 41.9% di quelli con età compresa tra i 40 e i 49 anni e dal 42.9% degli over 50.

Nella Figura 7, si è analizzato l'IDA score percepito dagli infermieri nelle varie aree di lavoro.

Nell'Area Critica è emerso che la dipendenza assistenziale percepita è stata alta per il 70.9% dei casi.

Nell'Area Chirurgica, nell'Area Medica e "Altro" lo score percepito dal campione è stato di media intensità assistenziale (41.4%, 63.3% e 60.0%, rispettivamente).

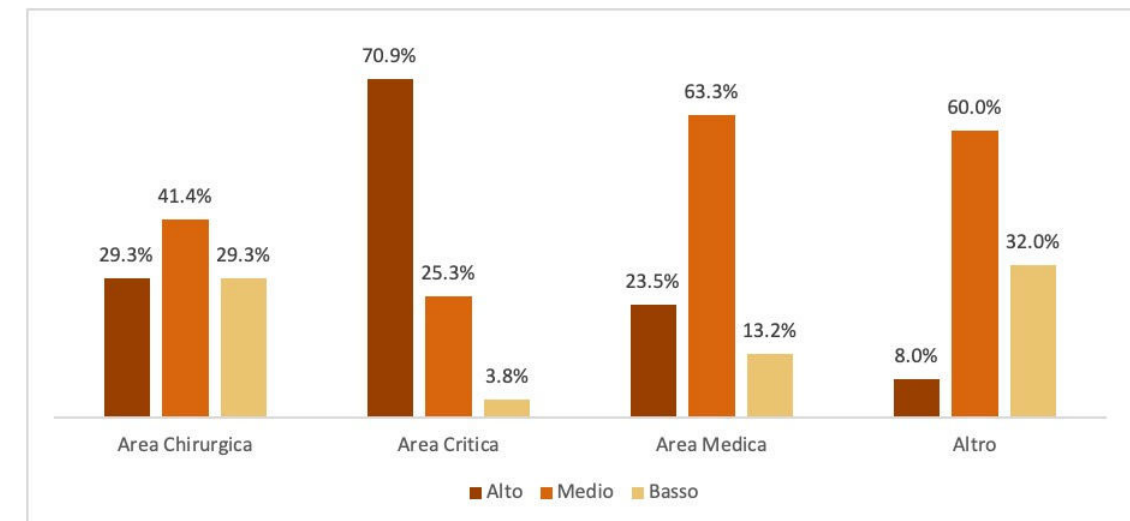


Figura 7. Percentuale IDA score percepito per Aree lavorative di appartenenza.

Entrando nel dettaglio, nella Figura 8, sono riportati i valori percentuali dell'IDA score percepito dagli infermieri in base alla loro appartenenza ad un reparto COVID-19/No-COVID-19.

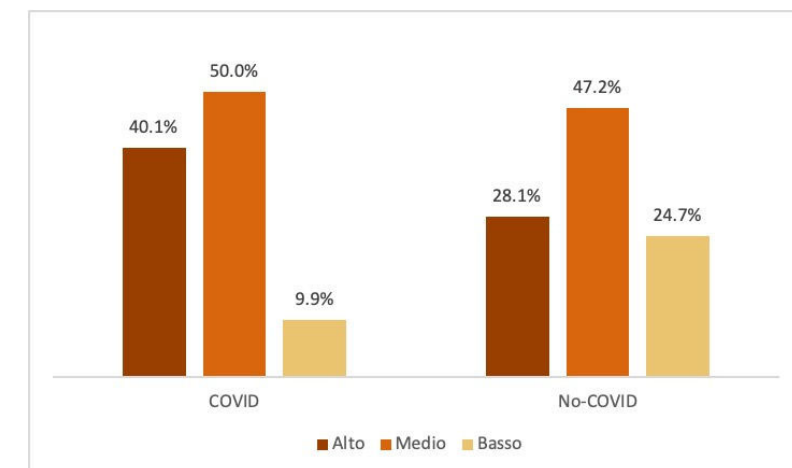


Figura 8. Percentuale IDA score percepito per in base alla tipologia di reparto COVID-19/No-COVID-19.

I risultati mostrano che sia nei reparti COVID-19 che in quelli No-COVID-19, il carico assistenziale percepito dagli operatori è prevalentemente medio (50.0% per i reparti COVID-19 e 47.2% per i

reparti No-COVID-19). Tuttavia, nei reparti COVID-19, il 40.1% degli intervistati ha riferito di percepire un carico assistenziale alto, rispetto al 28.1% dei colleghi operanti nei reparti No-COVID-19. Pertanto, nei reparti COVID-19, il 90.1% degli intervistati ha percepito un carico di lavoro Medio/Alto, rispetto alla controparte dei colleghi che lavorano in reparti No-COVID-19, di cui solo il 75.3% ha percepito un carico di lavoro Medio/Alto.

DISCUSSIONE

La pandemia generata dal COVID-19 ha portato ad un riassetto dell'organizzazione infermieristica, con maggiore richiesta di domanda assistenziale. La misurazione dell'indice di dipendenza assistenziale percepito dagli infermieri ha consentito di fotografare la situazione attuale su un campione casuale di infermieri, fornendone un quadro delle caratteristiche assistenziali del paziente affetto da COVID-19.

I risultati hanno mostrato che tra gli indici infermieristici percepiti attraverso l'IDA score, quelli che hanno avuto una maggiore domanda assistenziale sono stati igiene, movimento, ambiente sicuro e respirazione. Studi precedenti hanno dimostrato che igiene e movimento sono elementi infermieristici che vengono spesso tralasciati nella misura del 41% dagli infermieri italiani [27]. Tralasciare alcuni elementi dell'assistenza infermieristica non è corretto, perché il soddisfacimento dei bisogni dell'uomo è facente parte della professione infermieristica; Tuttavia, nella pratica clinica, si dà priorità alle cure richieste dal medico piuttosto che dare la precedenza ai bisogni assistenziali della persona [28]. Inoltre, la cura dell'igiene, il movimento e l'ambiente sicuro rientrano tra le cure essenziali infermieristiche e cioè rappresentano il cuore della pratica infermieristica in quanto corrispondono ai bisogni più intimi della persona [29]. Riguardo alla respirazione, il dato derivante dal nostro studio è in linea con i dati a livello nazionale che indicano tra i sintomi più comuni dei pazienti positivi al COVID-19 la dispnea (73%) e la tosse (38%) [7]. Infatti, dai nostri dati emerge che una discreta parte dei pazienti ha avuto necessità di utilizzo di sistemi di ventilazione non invasiva

e la gran parte ha usufruito di ossigeno terapia. Da ciò deriva una maggiore richiesta assistenziale percepita, ma anche effettiva, che ha caratterizzato i pazienti affetti da COVID-19.

Un risultato molto interessante riguarda la percezione della dipendenza assistenziale nelle diverse aree geografiche. Nonostante il Nord Italia sia stato il territorio con una maggiore presenza del virus [11], gli infermieri del Sud Italia e Isole hanno percepito maggiormente un IDA score alto, cioè una dipendenza assistenziale maggiore, rispetto ai colleghi del Nord Italia, che hanno invece percepito maggiormente un IDA score medio, cioè una dipendenza assistenziale più contenuta. Rispetto al genere degli infermieri intervistati, i nostri risultati mostrano che gli uomini percepiscono un carico assistenziale medio/alto mentre le donne percepiscono un carico assistenziale medio. Questo risultato non è in linea con la letteratura internazionale che in generale sottolinea una maggiore percezione del carico lavorativo da parte delle infermiere. Esse si trovano a dover affrontare maggiori richieste a livello mentale, che derivano dal combinarsi di problematiche interne ed esterne all'ambiente lavorativo, e alle difficoltà legate alla gestione del tempo lavorativo e al maggiore sforzo fisico da sostenere [20,21]. Inoltre, dai dati analizzati è emerso che gli infermieri con età più elevata, percepiscono una maggiore dipendenza assistenziale. Nella letteratura scientifica è noto che, con l'avanzare dell'età, si percepisce un maggiore sforzo fisico, si ha una minore tolleranza allo stress e ai carichi lavorativi [20,22]. Pertanto, le aziende dovrebbero non sottovalutare la percezione dei carichi di lavoro da parte degli infermieri "senior", ma dovrebbero favorire interventi, come il tutoraggio nei confronti degli infermieri "junior" e la flessibilità dell'orario di lavoro incentivando turni più brevi e/o part-time [33]. Inoltre, la pandemia e il notevole carico assistenziale richiesto dal paziente affetto da COVID-19 hanno sottolineato maggiormente l'importanza del monitoraggio del peso dell'assistenza infermieristica, soprattutto attraverso l'utilizzo di strumenti nella pratica clinica [34].

I risultati riguardanti le aree lavorative che maggiormente hanno percepito il peso assistenziale del paziente durante la pandemia COVID-19 sono in linea con la letteratura internazionale, la quale

mostra che l'assistenza e la cura del paziente deve essere effettuata prevalentemente in area critica con uno stretto monitoraggio dei parametri [6]. Si evidenzia pertanto che gli infermieri delle aree critiche hanno percepito un elevato carico assistenziale rispetto ai colleghi nelle altre aree. Infine, gli infermieri che lavorano presso le aree COVID-19 hanno riportato un aumento della percezione di domanda assistenziale e conseguentemente del carico di lavoro. Questo risultato è in linea con altri studi internazionali [35,36]; Lucchini e colleghi [35], ad esempio, effettuando uno studio retrospettivo, hanno dimostrato che la presenza del COVID-19 ha incrementato del 33% il carico di lavoro infermieristico rispetto all'anno precedente.

Gli operatori sanitari e i pazienti ricoverati in questo periodo pandemico hanno avuto uno stress maggiore e si sono ritrovati più del solito a vivere in continuo contatto. Infatti, a seguito della pandemia, i parenti non sono più stati ammessi negli ospedali e nelle altre strutture sanitarie e quindi il personale sanitario è stato l'unico punto di contatto con il mondo esterno per molti pazienti. Si è già manifestato un primo ritorno alle cure essenziali infermieristiche, che però devono essere ulteriormente promosse ed incentivate, poiché rappresentano il cuore della professione infermieristica e cioè il prendersi cura dei bisogni di natura fisica, psicosociale e relazionale dei pazienti [37,38]. La pandemia generata dal COVID-19 deve essere vista come un'opportunità per identificare anche elementi positivi in situazioni difficili. Questa opportunità deve essere sfruttata al fine di rendere più efficace ed efficiente l'organizzazione e il carico lavorativo degli infermieri.

LIMITAZIONI: In questo studio preliminare è stata sviluppata un'indagine statistica puramente descrittiva condotta su un campione di infermieri. I risultati sono validi per il campione considerato tuttavia, per consentirne la generalizzazione all'intera popolazione italiana di infermieri, andrebbe eseguita un'analisi inferenziale. Inoltre, in questo studio non è stata considerata la nazionalità degli operatori, che potrebbe avere un impatto sulla percezione del carico assistenziale degli infermieri. Ad esempio, pensando ad una comparazione tra vari Paesi, non sono state considerate le diversità dei

sistemi sanitari nazionali e le differenze nella loro articolazione sul territorio, nella normativa, nella gestione e nei processi formativi di base e post base degli infermieri. Ricerche future possono approfondire e ampliare il tema del nostro studio, utilizzando altri strumenti d'indagine. Inoltre, sarebbe interessante investigare nel dettaglio la relazione esistente tra carico assistenziale percepito dagli infermieri e le caratteristiche delle organizzazioni in cui essi lavorano o le caratteristiche dell'ambiente circostante.

EVENTUALI FINANZIAMENTI:

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento

CONFLITTI DI INTERESSE:

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

BIBLIOGRAFIA:

1. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19)- Weekly Epidemiological Update at 05/10/2020 [Internet]. World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201005-weekly-epi-update-8.pdf>
2. Ministero della Salute. Scheda informativa per operatori sanitari Caratteristiche cliniche e sequele [Internet]. Roma; 2020. Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_8_file.pdf
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382:727–33.
4. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) advice for the public [Internet]. World Health Organization: Geneva, Switzerland. Geneva, Switzerland; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
5. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507–13.
6. Liang T. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. Zhejiang: First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine; 2020. 1–68 p.
7. Palmieri L, Xanthi A, Barbariol P, Bella A, Bellino S, Benelli E, et al. Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia [Internet]. 2020. Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_9_luglio.pdf
8. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;76:71–6.
9. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138

- hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020;323(11):1061–9.
10. Istituto Superiore di Sanità. Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia [Internet]. Roma; 2020. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>
11. Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza Integrata COVID-19 in Italia [Internet]. Roma; 2020. Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/covid-19-infografica_ita.pdf
12. Kosinski M, Matz SC, Gosling SD, Popov V, Stillwell D. Facebook as a research tool for the social sciences: Opportunities, challenges, ethical considerations, and practical guidelines. *Am Psychol*. 2015;70(6):543.
13. Pedersen ER, Kurz J. Using Facebook for health-related research study recruitment and program delivery. *Curr Opin Psychol*. 2016;9:38–43.
14. Stokes Y, Vandyk A, Squires J, Jacob JD, Gifford W. Using Facebook and LinkedIn to Recruit Nurses for an Online Survey. *West J Nurs Res [Internet]*. 2019;41(1):96–110. Available from: <https://doi.org/10.1177/0193945917740706>
15. Schneider D, Harknett K. What's to like? Facebook as a tool for survey data collection. *Sociol Methods Res*. 2019;
16. Arnone A, Vicario M, Cardarelli NI, Vanvitelli NI. Benessere organizzativo e soddisfazione lavorativa: studio cross-sectional in una popolazione di infermieri. *NSC Nurs*. 2020;1:16–24.
17. Levati S. Professional conduct among registered nurses in the use of online social networking sites. *J Adv Nurs*. 2014;70(10):2284–92.
18. Batterham PJ. Recruitment of mental health survey participants using Internet advertising: content, characteristics and cost effectiveness. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(2):184–91.

19. Houser J. Nursing research : reading, using, and creating evidence. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.
20. De Filippis G, Serpieri C, Costamagna G, Vitale A, Del Sal A, Fra MCF, et al. Riorganizzazione per intensità di cura: la sfida dell'Ospedale Mauriziano di Torino. MECOSAN. 2015;94:115–35.
21. Bartolomei C, Cei M. L'allocatione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Ital J Med. 2007;1(2):31–9.
22. Cavaliere B, Snaidero D. Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. Manag Inferm. 1999;1:32–6.
23. Pettinà G, Seghieri G, Monfardini M, Cirillo L, Badini P, Venturi S. Il rilevamento dell'indice di complessità assistenziale per la definizione di elevata intensità di cura in Medicina Interna. G Ital di Med Interna, GIMI. 2005;4(2):64–8.
24. ISTAT. Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo. [Internet]. Roma; 2013. Available from: <https://www.istat.it/it/files/2013/03/Noi-Italia-2013.pdf>
25. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta; 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>
26. World Health Organization. WHO Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected [Internet]. Who. 2020. Available from: [https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178529/1/WHO_MERS_Clinical_15](https://www.who.int/internal-publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178529/1/WHO_MERS_Clinical_15).

- 1_eng.pdf
27. Watson R, Aleo G, Bagnasco A, Catania G, Icardi G, Santullo A, et al. The general results of the RN4CAST survey in Italy. J Adv Nurs. 2017;73(9):2028–30.
28. Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. J Nurs Care Qual. 2006;21(4):306–13.
29. Jackson D, Kozłowska O. Fundamental care—the quest for evidence. J Clin Nurs. 2018;27:2177–8.
30. Hoonakker P, Carayon P, Gurses A, Brown R. Measuring Workload of Icu Nurses With a Questionnaire survey: the Nasa Task Load Index (TLX). IIE Trans Heal Syst Eng. 2011;1(2):131–43.
31. Kirkcaldy BD, Martin T. Job stress and satisfaction among nurses : individual differences. Stress Med. 2000;89:77–89.
32. Piccoli M, Cavallo F, Dello Russo C, Di Giulio P, Dimonte V. Invecchiamento della popolazione infermieristica: Analisi in tre ospedali piemontesi. Assist Inferm e Ric. 2008;27(1):5–12.
33. Guardini I, Canzan F, Ambrosi E, Saiani L. The effects of the aging of the nursing profession and the strategies to effectively retain senior nurses. Assist Inferm e Ric. 2012;31(4):214–9.
34. Ausili D. Misurare l'impatto dell'assistenza infermieristica sulla salute: una revisione della letteratura. Prof Inferm. 2013;66(3):131–42.
35. Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. Intensive Crit Care Nurs Nurs. 2020;59:1–2.
36. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. J Pain Symptom Manage. 2020;60(1):e60–5.
37. Muntlin Athlin Å, Brovall M, Wengström Y, Conroy T, Kitson AL. Descriptions of fundamental care needs in cancer care—An exploratory study. J Clin Nurs. 2018;27(11–

- 12):2322–32.
38. Primavera E, Leonelli S. The Role of Nurse in the Positive Aging Culture. Int J Geriatr Nurs. 2020;3(1):1–9.

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 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 agli 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-marijuana law. N Engl J Med 1997;337:545-53.
- dopo il cognome inserire l'iniziale/le iniziali del nome dell'autore/degli autori;
 - titolo dell'articolo;
 - abbreviazioni delle testate delle riviste, quando devono essere abbreviate, senza punto;
 - anno seguito dal punto e virgola, volume seguito dai due punti, numero di pagina/e;
 - non utilizzare mai il corsivo.

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

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



**10 ottobre
Giornata Mondiale
contro la pena di
morte**

