

# NapoliSana Campania

ORGANO UFFICIALE ORDINE DEGLI INFERMIERI DI NAPOLI  
Anno XXVI - n° 3 - Settembre 2020

**IVSC**  
Nursing  
Insero di ricerca infermieristica  
all'interno pp. 13-36

*L'infermiere di famiglia*

## Carbone: "Asl in grave ritardo"

### POLITICA SANITARIA

**TRA I BANCHI IN  
SICUREZZA,  
C'È L'INFERMIERE  
SCOLASTICO**



A PAGG. 8-9

### POLITICA SANITARIA

**REGIONE, PIANO  
IN TRE MOSSE  
CONTRO IL  
RITORNO DEL VIRUS**

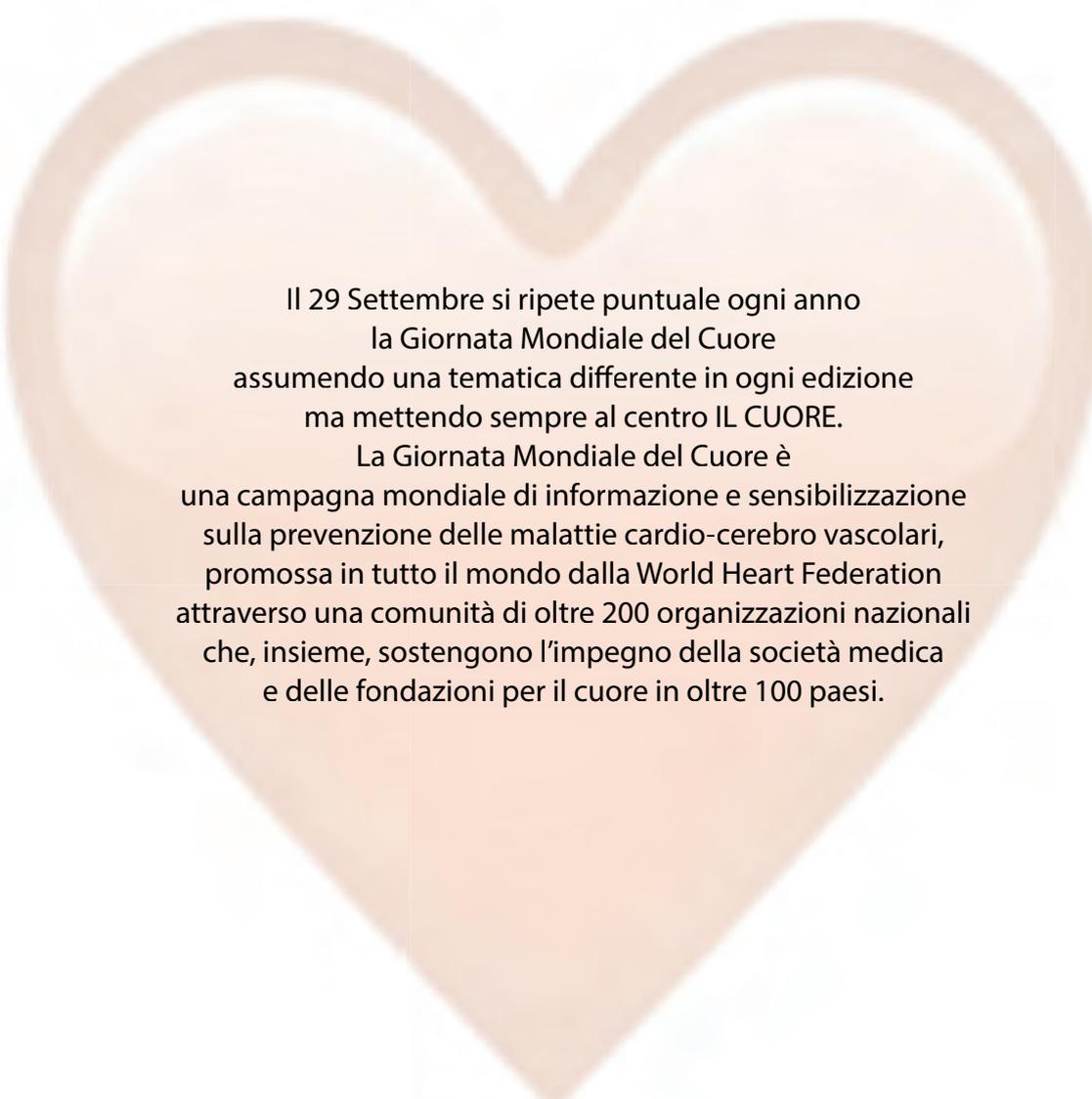


A PAG. 12

# GIORNATA MONDIALE DEL CUORE 2022 WORLD HEART DAY



USE  TO BEAT   
For society, your loved ones and you



Il 29 Settembre si ripete puntuale ogni anno  
la Giornata Mondiale del Cuore  
assumendo una tematica differente in ogni edizione  
ma mettendo sempre al centro IL CUORE.  
La Giornata Mondiale del Cuore è  
una campagna mondiale di informazione e sensibilizzazione  
sulla prevenzione delle malattie cardio-cerebro vascolari,  
promossa in tutto il mondo dalla World Heart Federation  
attraverso una comunità di oltre 200 organizzazioni nazionali  
che, insieme, sostengono l'impegno della società medica  
e delle fondazioni per il cuore in oltre 100 paesi.



La nostra sfida alla buona politica

## Più infermieri nelle istituzioni

“Il prezzo pagato dalla brava gente che non si interessa di politica è di essere governata da persone peggiori di loro.” Cito Platone non per vana gloria, o per fare sfoggio di alta cultura, ma perché autorevolmente esprime appieno, al meglio e in poche parole il mio pensiero, la mia ambizione: portare nella politica la visione, la passione e le competenze degli infermieri. Competenze nella sanità, naturalmente, ma anche sui temi della fragilità sociale e psicologica, sui minori, sugli anziani, sul disagio di chi soffre. Il tutto dentro una visione politica ben precisa: mettere il cittadino al centro delle politiche sanitarie e sociali e dei processi decisionali. Proprio così. Esattamente come noi infermieri, infermieri pediatrici, liberi professionisti o dipendenti, facciamo ogni giorno nel nostro piccolo, ponendo le esigenze di chi soffre al centro del processo di cura e di assistenza.

Ecco il mio sogno. Il motivo che mi ha indotto ad autosospendermi momentaneamente dalla carica di Presidente degli infermieri di Napoli, per accettare una candidatura che io definisco di servizio. Servizio verso la collettività professionale alla quale appartengo, prima di ogni altra cosa. Ma più ancora nei confronti dei cittadini campani. È tempo che ciascuno di noi, io per primo, la politica prima di tutto, ma tutti insieme ci si prenda cura della cosa pubblica, della nostra sanità, delle nostre città, dei nostri territori. La politica, lo sapete, non è il mio mondo. I miei anni li ho spesi quasi tutti, da infermiere, nel prendermi cura delle persone. Come migliaia e migliaia di infermieri fanno ogni giorno, onorando il nostro mandato professionale e il nostro codice deontologico. Ma è tempo che la Professione prenda co-

scienza di se, di come essa sia cresciuta, del ruolo importante che oggi assume nella società. Non solo perché siamo l'Ordine professionale numericamente più importante. Ma perché esprimiamo idee, valori, passioni. Perché abbiamo una visione di società più equa, attenta ai bisogni, ma anche ai meriti. Merce rara di questi tempi. E allora è tempo che ci si faccia sentire lì dove si prendono decisioni, senza delegare altri a farlo. Dobbiamo raggiungere insieme due obiettivi: porre il cittadino al centro di tutto il processo di cura e convincere la politica a investire nella sanità. E a non considerarla come un esborso doloroso e doloroso per mantenere in piedi le politiche di welfare. Investire sul personale, sull'innovazione tecnologica e la ricerca, sull'organizzazione, sul territorio. Il primo passo parte proprio da quest'ultimo aspetto: potenziare e valorizzare i presidi territoriali. L'infermiere e l'infermiere pediatrico di famiglia, o di quartiere, come mi piace definirli, potrebbero rappresentare un primo importante step per essere più vicini a chi ha bisogno d'assistenza e di cura. Stesso ragionamento vale per l'infermiere scolastico, figura centrale anche per la gestione del covid nelle classi, ma non solo. Bisogna poi allargare lo sguardo alle competenze e ai problemi di tutte le altre professioni sanitarie. E sono tante. Immagino una sanità inclusiva, capace di ascoltare e di ricevere il contributo di idee e soluzioni da parte di tutti i professionisti della salute, delle parti sociali e della società. Solo con una visione d'insieme, con un lavoro di squadra, in cui tutte le professioni e gli attori trovano cittadinanza, la sanità può rispondere al diritto ad un'assistenza equa, accessibile, sicura, universale e solidale. Oggi si può fare.

di **Ciro Carbone**  
editoriale

# NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana  
Rivista periodica di aggiornamenti professionali, attualità,  
cultura e ricerca infermieristica  
Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli  
ANNO XXVI - N. 3 - settembre 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  
**Dott.ssa Margherita Ascione, Dott.ssa Florinda Carcarino,  
Ph.D. Andrea Chirico, Dott.ssa Grazia Isabella Continisio,  
RN, Ph.D. Alberto Dal Molin, Ph.D. Maria Rosaria Esposito  
Dott. Gianpaolo Gargiulo, Dott.ssa Lorenza Garrino,  
Ph.D. Joseph Giovannoni, Ph.D. Assunta Guillari,  
Dott.ssa Loreana Macale, Ph.D. Antonella Mottola,  
Ph.D. Gianluca Pucciarelli, Dott.ssa Franca Sarracino,  
Ph.D. Nicola Serra, Ph.D. Silvio Simeone.**

Hanno collaborato a questo numero  
**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



*Più infermieri  
nelle istituzioni*

## Primo piano

6-7

**L'infermiere di famiglia non decolla. Carbone:  
"Asl in grave ritardo"**

6

**Politica sanitaria****8-12**

- Tra i banchi in sicurezza, c'è l'infermiere scolastico** 8
- Censis/Fnopi: investire negli infermieri per avere più salute** 9
- Violenze contro operatori sanitari: pene fino a 16 anni** 10
- Campania sul poco onorevole podio delle aggressioni** 10
- Regione, piano in tre mosse per contrastare il ritorno del virus** 12
- Più posti letto: passa il potenziamento delle terapie intensive** 12

**L'Ordine informa****38-39**

- Con un'App tutto l'Ordine a portata di smartphone** 37
- Carbone: "Apriamo le porte della nuova casa a tutta la professione"** 38

**Ospedali & territori****40-46**

- Ospedale dei Pellegrini. Varata la nuova Rianimazione** 40
- Coronavirus, al Policlinico Federiciano nuova terapia intensiva con 8 posti letto** 41
- Quattro nuovi primari al San Giuseppe Moscati di Avellino** 41
- Coronavirus, Ospedale Sorrento: risposta tamponi in 51 minuti** 42
- Coronavirus, l'Università di Napoli scopre sostanza che blocca l'accesso del virus nelle cellule umane** 42
- Innovazione al Santobono. Addio al gesso per i bambini** 43
- Cardiologia e cardiocirurgia. Eccellenze alla San Michele** 43
- Formazione continua in sanità. Inaugurato il Centro "Archimede"** 44
- Ricerca, l'Ue premia un napoletano 150mila euro al Tigem di Pozzuoli** 44
- Riabilitazione psichiatrica "Casa Impresa Benessere" Ad Arzano la Residenza tra le più grandi in Italia** 45
- Virus nell'intestino aiuta le terapie contro il cancro** 45
- Malattie neuromuscolari. Al Monaldi ora c'è Nemo** 46
- Promuovere la prevenzione oncologica Pascale e CittadinanzaAttiva insieme** 46

**NSC - Supplemento di ricerca infermieristica****13-36**

- Evaluation of the quality perception of the patients in relation to the care received by the nursing staff in the Laboratory of Hemodynamic and Elettrostimulation: A cohort study** 14
- La Sindrome di Münchhausen per procura: conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel Dipartimento di Emergenza** 21
- Valutazione dell'efficacia dello strumento Tri-Co nei pazienti post-chirurgici: Studio osservazionale** 32

Primo piano

# L'infermiere di famiglia non decolla

Licenziato rapidamente dal Governo e approvato speditamente rispetto al solito da Camera e Senato, il provvedimento non hanno ancora fatto partire i bandi. Dura la protesta inscenata da Ciro Carbone, numero uno degli infermieri di famiglia all'assurdo: una volta si dava la colpa alla politica se ogni provvedimento veniva preso in tempi biblici. Oggi

di PINO DE

NAPOLI – Ha avuto un iter legislativo super veloce. Il Governo l'ha inserito rapidamente nel così detto Decreto Rilancio. E anche i due rami del Parlamento, di solito impegnati in logoranti sfide tra partiti a suon di emendamenti, sono stati più lesti del solito: la pandemia fa paura. E gli infermieri si sono guadagnati parecchi galloni nel contrasto al virus durante l'emergenza dei mesi scorsi. Ed allora sembrava che per l'infermiere di famiglia fosse cose fatta. Con l'ok del Governo e il via libera di Camera e Senato non ci dovrebbero più essere sorprese. Non è affatto così. Una volta tanto che la politica rispetta i tempi, tutto si è bloccato una volta che la palla passa alle aziende territoriali. Così che, invece di ministri, deputati e senatori, a tirare il freno a mano questa volta è la burocrazia. Al momento, in Campania la sola Asl Napoli 1 ha fatto partire con regolarità i bandi. Per il resto lettera morta. I bandi restano nei cassetti delle Asl, mentre fuori fischia di nuovo il glaciale vento del corona virus. La cosa non è passata inosservata. E ha man-



dato su tutte le furie il numero uno degli infermieri di Napoli, al secolo Ciro Carbone, presidente momentaneamente autosospeso (come si legge anche sul sito dell'Ordine) perché candidato alle prossime elezioni per il rinnovo del Consiglio regionale.

“Non c'è dubbio che ci sia amarezza e forte preoccupazione per il fatto che la stragrande maggioranza delle Asl napoletane e campane non ha ancora fatto partire i bandi per il varo degli infermieri generalisti e pediatrici di famiglia”, denuncia Carbone. “Ciò avviene – continua – nonostante una legge dello Stato, nota come Decreto Rilancio, sia stata istituita ad hoc proprio per fronteggiare le gravi ricadute che la pandemia da covid 19 ha avuto e potrebbe riavere sugli ammalati con più pa-

tologie, sulle persone fragili come bambini, anziani e disabili”. La cosa fa ancora più scalpore in questi giorni di fine agosto, quando i casi di contagio ritornano a salire e si fa un gran parlare di un possibile ritorno al lockdown, con discoteche chiuse e scuole in forse. “Esattamente”, commenta il leader degli infermieri napoletani. “Con un possibile, speriamo di no, ritorno ai terribili mesi ormai alle spalle, con migliaia e migliaia di ricoveri e purtroppo di decessi, un'argine alla pandemia lo può porre proprio un buon presidio territoriale. Dove infermieri, ma anche assistenti sociali, medici e altre professioni sanitarie, possono garantire un'assistenza h24 a chi non può spostarsi”. Senza contare la perdita secca di parecchi posti di lavoro, soprattutto per



# a. Carbone: “Asl in grave ritardo”

oggetto resta chiuso nei cassetti delle Aziende sanitarie locali. Fatta eccezione per l'Asl Napoli 1, tutte le altre infermieri di Napoli: “C'è amarezza e forte preoccupazione per il mancato avvio dell'iter burocratico. Siamo i tempi la politica li ha rispettati. Vedremo di chi è la colpa. Anche perché non staremo con le mani in mano”

MARTINO



*i giovani infermieri disoccupati. “Effettivamente. Non le nascondo - osserva Carbone - che come Opi Napoli ci contiamo ancora molto. Prima per fronteggiare un possibile ritorno del virus in forme emergenziali. Sia per arginare, almeno in parte, la perdita di tanti posti di lavoro di tutti questi anni. Sarebbe una boccata d'ossigeno per i tanti colleghi disoccupati e precari. Non molleremo la presa. Abbiamo già indirizzato alle aziende territoriali una lettera per sollecitare una rapida soluzione del problema e auspichiamo un imminente avvio dei bandi e l'estensione di questi anche alle altre professioni sanitarie, tutte indispensabili per una sanità che abbia al centro del processo di cura il cittadino”.*

## In Campania circa 2mila assunzioni

È ossigeno puro per la qualità e la quantità di assistenza sanitario a livello territoriale. Ma è anche una concreta opportunità occupazionale per i tanti precari della sanità. Soprattutto in Campania, alle prese con anni e anni di blocco del turn over e quindi di assunzioni. Il Decreto Rilancio porta grandi speranze. 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.

**I DETTAGLI.** Con questo provvedimento si potrebbe finalmente dare attenzione alla sanità pubblica territoriale, troppo spesso dimenticata. Oggi essa è decisiva nella lotta al covid e ad una possibile ripresa della pandemia. 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 denunciato più e più volte dagli infermieri, ma inascoltato. Tutti saranno assunti a tempo determinato con un avviso pubblico e senza concorso. Poi eventualmente 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 potenziale 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.

## Politica sanitaria

**T**ra le funzioni dell'infermiere, soprattutto quello pediatrico, c'è anche quella dell'educazione sanitaria e della prevenzione. Lo dice la legge. Nel "profilo professionale", più noto come decreto ministeriale numero 739, del 14 settembre 1994, nell'art 1; comma 2, si parla espressamente di "assistenza infermieristica educativa e preventiva". Da questo fondamento legislativo prende le mosse la proposta di puro buon senso e di enorme portata pedagogica avanzata dalla Federazione degli infermieri a livello nazionale e dal presidente dell'Opi Napoli, **Ciro Carbone**, a livello territoriale. *"Portiamo gli infermieri nelle scuole per garantire una riapertura nel massimo della sicurezza per la salute dei ragazzi"*. "Garantire la salute nelle scuole fa parte delle caratteristiche proprie della professione infermieristica", ricorda **Ciro Carbone**. Ed aggiunge: "Gli infermieri, soprattutto quelli di orientamento pediatrico, sono professionisti laureati, formati ad hoc, esperti di comunicazione ed educazione sanitaria. Quale figura professionale c'è oggi in Italia più idonea allo scopo?"

E poi c'è lo stesso Decreto Rilancio a indicare la strada. Con esso si è introdotto nel Sistema sanitario nazionale la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, e nella comunità la scuola riveste un ruolo centrale. Quindi, al problema di riaprire in sicurezza le scuole a settembre per consentire ai nostri studenti una

## Tra i banchi in sicurezza,

**Carbone: "Portiamo gli infermieri, soprattutto per garantire una riapertura nel massimo della sicurezza"**  
**Lettera della Fnopi ai ministri competenti: "Dis"**  
**Roberto Speranza: "Un obiettivo fondamentale è e sanità. Nel 1961 in Italia c'era la medicina scolastica"**  
**la Sanità accompagni questo processo. Presidi**

di PINO DE

continuità formativa indispensabile alla loro crescita, c'è una soluzione semplice e a portata di mano che va solamente colta e valorizzata. Portiamo i nostri infermieri pediatrici nelle scuole. E' il senso della lettera inviata dalla Federazione ai ministri competenti, alle Regioni e alle commissioni parlamentari, dichiarando la piena disponibilità al confronto. Del resto per volontà stessa delle Regioni, Governo e del Parlamento, l'infermiere è stato riconosciuto come attore protagonista del "rilancio" del Paese. La scuola è una delle situazioni che attualmente presentano maggiore



## c'è l'infermiere scolastico

*elli con orientamento pediatrico, nelle scuole per  
zza per la salute dei ragazzi e delle loro famiglie".  
ponibili a dare una mano". Il Ministro della Salute  
costruire una nuova relazione organica tra scuola  
stica poi dimenticata. Oggi va ripristinata affinché  
e insegnanti non devono essere lasciati soli".*

MARTINO

fragilità e non solo nel caso della pandemia. Attualmente infatti si procede cercando di coinvolgere insegnanti e parenti in un compito di assistenza prettamente sanitario, che necessita di una presenza costante che l'infermiere di comunità, per sua natura, può garantire. E che garantirebbe la necessaria multidisciplinarietà, essendo in grado, se necessario, di attivare e coinvolgere altri professionisti in base alle eventuali, reali necessità degli alunni.

La popolazione dei bambini di età 0-18 anni è pari a circa il 18 per cento della popolazione totale e – ricorda la Fnopi - nonostante il decremento progressivo delle nascite, sono numerosi i nuovi problemi di salute e di educazione sanitaria dei bambini e delle famiglie che richiedono attenzione con risposte appropriate e uniformi sul territorio nazionale. Va garantita la migliore qualità delle cure, sicurezza negli interventi, nonché risposte assistenziali efficaci. Come già gli infermieri fanno in alcuni casi: sono ormai circa due anni che è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra FNOPI e Federazione Diabete Giovanile per l'assistenza ai bambini diabetici nelle scuole. Un'assistenza sia dal punto di vista clinico secondo i bisogni legati a questa patologia, che educativo, perché i piccoli non siano condizionati nel loro stile di vita. *"Appare utile prevedere nella riorganizzazione dell'assistenza sul territorio – osserva Barbara Mangiacavalli – una figura di "infermiere scolastico" che può anche essere un infermiere pediatrico, figura questa che si occupa dei bisogni di salute dei bambini di età compresa tra 0 e 18 anni, soprattutto in ambito ospedaliero, mentre è poco presente sul territorio, dove invece darebbe sicuramente seguito nel migliore dei modi alla necessità di assistenza e di implementazione dei determinanti di salute".* L'organizzazione di un tale modello potrebbe anche garantire iniziative di prevenzione, educazione e promozione della salute e dei corretti stili di vita sin dai primi anni di vita, per incidere precocemente sui determinanti di salute, per ridurre sia l'incidenza delle malattie croniche, sia la progressione della malattia già esistente, attraverso l'impegno di tutti i professionisti coinvolti. Lo stesso ministro Speranza in un pubblico intervento ha dichiarato: "Un obiettivo fondamentale è costruire una nuova relazione organica tra scuola e sanità. Nel 1961 in Italia c'era la medicina scolastica poi dimenticata. Oggi va ripristinata affinché la Sanità accompagni questo processo. Presidi e insegnanti non devono essere lasciati soli".

## Censis/Fnopi: investire negli infermieri per avere più salute

Più infermieri per una sanità migliore: gli italiani dicono sì. Il 92,7% degli italiani (con punte fino del 94,3% nel Nord-Est e del 95,2% tra i laureati) ritiene positivo potenziare il numero e il ruolo degli infermieri nel Servizio sanitario nazionale. Il 41,9%, al fine di colmare le attuali lacune negli organici, il 40% perché li ritiene essenziali per potenziare i servizi domiciliari, territoriali e di emergenza. Si stimano in 450.000 gli infermieri attivi di cui ci sarebbe bisogno (oggi sono 450.000 gli iscritti, pensionati compresi), 57.000 più di quelli attuali. Questi sono alcuni dei principali risultati del Rapporto Censis-Fnopi sugli infermieri e la sanità del futuro, una ricerca realizzata dal Censis per la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi).

**L'ora dell'infermiere di famiglia e di comunità** - Il 91,4% degli italiani (il 95,1% delle persone con patologie croniche, il 92,6% dei cittadini nel Sud) ritiene l'infermiere di famiglia e di comunità una buona soluzione per potenziare le terapie domiciliari e riabilitative e la sanità di territorio, fornendo così l'assistenza necessaria alle persone non autosufficienti e con malattie croniche. Il 51,2% è convinto che l'introduzione di questa figura professionale faciliterebbe la gestione dell'assistenza, migliorando la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari. Il 47,7% pensa che darebbe loro sicurezza e maggiore tranquillità. Il 22,7% ritiene che innalzerebbe la qualità delle cure. Sono i numeri di un ampio e trasversale apprezzamento per una figura strategica per garantire quella sanità territoriale resa ineludibile dall'esperienza del Covid-19.

**Bravi e affidabili** - L'idea che più infermieri migliorano la sanità, a cominciare da quella territoriale, è anche l'esito di un legame profondo e consolidato dei cittadini con gli infermieri. Il 91% degli italiani ha molta o abbastanza fiducia negli infermieri (il dato sale al 93,8% nel Nord-Est e al 93,7% tra gli anziani). Il 68,9% degli italiani valuta positivamente il rapporto avuto in passato con gli infermieri (il giudizio positivo sale al 73,9% nel Nord-Est e al 72,6% tra chi ha in famiglia non autosufficienti). Una fiducia nata nella sanità vissuta quotidianamente dagli italiani, grazie alla valutazione positiva di professionalità e impegno degli infermieri già prima dell'ammirazione per i tanti casi di eroismo durante l'emergenza Covid-19.

**Una professione che attrae** - L'83% degli italiani incoraggerebbe un figlio, parente o amico che volesse intraprendere la professione dell'infermiere: il 71,1% perché lo ritiene un lavoro utile in quanto aiuta chi soffre, il 37,3% perché lo reputa un'attività affascinante che fa crescere come persone, il 32,9% perché consente di trovare lavoro. L'infermiere è oggi una professione che piace a tutti, dai giovani agli anziani.

## Politica sanitaria



# Violenze contro operai pene fino a 16 anni

**Con l'ok definitivo del Senato passa la legge con  
Sanzioni amministrative fino a 5mila euro. Pro  
Un osservatorio nazionale per monitorare il fenomeno  
Casi in aumento e l'80 per cento di essi non vanno  
Fnopi: "Un doppio segnale di civiltà, verso i cittadini"**

di **DARIO DE MARTINO**

Inasprimento delle pene fino a 16 anni di carcere, sanzioni amministrative fino a 5mila euro, procedibilità d'ufficio senza la necessità che vi sia querela da parte della persona offesa, l'istituzione di un Osservatorio ad hoc e di una Giornata nazionale. E' ormai legge, con il via libera definitivo votato all'unanimità dal Senato, la sicurezza degli operatori sanitari e socio-sanitari dalle aggressioni.

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, del governo Conte-Uno. 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 usa violenza, offenda o molesti gli operatori sanitari dovrà pagare una multa da 500 a 5 mila euro.

**L'Osservatorio** - Sono poi previste varie iniziative, come l'istituzione di un Osservatorio nazionale, costituito per la metà da donne, per monitorare gli episodi di violenza e promuovere la prevenzione, anche con l'uso della videosorveglianza; la stipula di protocolli

fra le strutture sanitarie e le forze di polizia e l'istituzione della "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari". Soddisfatto il ministro della Salute **Roberto Speranza**: *"Ora c'è una Legge che difende con più forza da ogni forma di aggressione i professionisti sanitari e il loro lavoro. L'approvazione definitiva del disegno di legge rappresenta un importante traguardo, che ha unito Governo, Parlamento e mondo della sanità"*. "Gli episodi di violenza e le aggressioni a chi lavora negli ospedali e negli studi - ha aggiunto - sono inaccettabili. Ci prendiamo cura di chi si prende cura di noi". Parla di un *"gesto concreto"* a tutela dei professionisti anche il viceministro alla Salute Pierpaolo Sileri, che ricorda come *"la violenza contro medici, infermieri ed operatori è frequente, aumenta sempre di più ed i casi sono sicuramente sottostimati: 4 o 5 violenze al giorno ma si ipotizza che siano molte di più"*.

**Fnopi** - La Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche individua nella legge "Una nuova forma di tutela che vale anche per l'assistenza ai cittadini". «Il via libera definitivo del Parlamento alla legge contro la violenza sugli operatori sanitari rappresenta un doppio segnale di civiltà: il primo

verso i cittadini che sanno di poter contare su professionisti concentrati sui loro problemi e non sulla difesa da attacchi che non hanno ragion d'essere; il secondo verso gli operatori che ora hanno una forma di tutela in più per un lavoro che fino a ieri nella pandemia li ha fatti definire 'eroi', ma che già oggi comincia a es-

## Campania sul podio delle

**NAPOLI** - Lombardia, Campania e Veneto. In queste tre regioni si concentrano la maggior parte degli episodi di violenza registrati nel 2019. Lo dice una recente indagine condotta sul fenomeno della violenza in corsia e sui mezzi di pronto soccorso. Una classifica che mette in discussione tutte le recenti ricerche e le considerazioni anche sociologiche sull'argomento. Quando le violenze, fino al 2018 si concentravano nelle regioni del Sud si parlava di strutture e procedure sanitarie in grave sofferenza. In poche parole si giustificava in parte l'aggressione in considerazione del fatto che la sanità al Sud ha ritardi e lacune strutturali. A questo dato si accompagnava un altro: il grave disagio sociale ed economico del Mezzogiorno: come a dire c'è un gap socio culturale alimentato da fe-

# Operatori sanitari:

che penalizza le aggressioni.  
credibilità d'ufficio.  
fenomeno.  
viene denunciato.  
cittadini e verso gli operatori"

sere al centro di nuove violenze». Questo il commento di **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche.

**I dati** - Nel corso dell'audizione alla Camera dei Deputati tenuta all'inizio di

## poco onorevole aggressioni

nomi di marginalità sociale storici che agisce da moltiplicatore di violenza. Ma ora il fenomeno delle aggressioni si sposta al Nord, con Lombardia al primo posto e Veneto a seguire dopo la Campania. Come si spiega adesso? Le categorie della marginalità sociale e culturale non reggono più. E nemmeno la spiegazione del ritardo strutturale della stessa sanità. E allora? La cattiva sociologia, quella che si accontenta delle prime superficiali correlazioni non aiuta a comprendere un fenomeno molto più complesso sul quale bisognerà indagare a fondo e con più zelo scientifico. Nel frattempo si spera che la nuova legge possa in qualche modo arginare il problema attraverso la repressione e le pene severe. In attesa che tutto il Bel Paese faccia uno scatto di civiltà e di pace sociale.

quest'anno, la Federazione nazionale degli infermieri ha snocciolato cifre da capogiro. Ogni anno circa 5mila infermieri subiscono violenze fisiche o verbali: circa 13-14 al giorno. L'89,6% degli infermieri - in prima linea ad esempio nel triage ospedaliero che "accoglie" i pazienti e li smista nella struttura con tempi spesso lunghi non dovuti però alla professionalità dell'operatore, ma all'organizzazione - è stato vittima, secondo una ricerca condotta dall'Università di Tor Vergata di Roma, di violenza fisica/verbale/telefonica o di molestie sessuali da parte dell'utenza sui luoghi di lavoro. In base ai dati rilevati si può dire che praticamente circa 240mila infermieri su 270mila dipendenti durante la loro vita lavorativa hanno subito una qualche forma di violenza, sia pure solo una aggressione verbale. Di tutte le aggressioni (secondo l'Inail) il 46% sono a infermieri e il 6% a medici (gli infermieri sono i primi a intercettare i malati al triage, a domicilio ecc. e quindi quelli più soggetti). **Tre episodi di violenza al giorno contro medici e infermieri, 1.200 casi denunciati di cui 456 in Pronto soccorso, 400 in corsia e 320 negli ambulatori. Que-**

**sto il bollettino dell'Inail nell'ultimo report 2019, in via di aggiornamento. Mentre secondo i primi dati di uno studio fatto dalla Fnomceo un medico su due ha subito aggressioni. A dar conto di un fenomeno che sembra in crescita è del resto la cronaca quotidiana: assalti continui registrati soprattutto a danno di chi si trova a fare un turno in solitaria o di dottoresse nelle postazioni di guardia medica. E passano sotto traccia gli episodi di intimidazione, le minacce e le molestie senza conseguenze fisiche. Testimonianze di infermieri e giornalisti, di vittime e istituzioni, sfilano nel docufilm proiettato alla presenza del ministro Roberto Speranza, alla Camera dei deputati. I numeri delle aggressioni fisiche e verbali, secondo una recente indagine Anaa, confermano un trend in ascesa anche se l'80% dei casi non viene denunciato. Per quanto riguarda le discipline interessate dal fenomeno, l'86% degli psichiatri dichiara di aver subito aggressioni, il 77% dei medici di medicina d'urgenza, il 60% dei chirurghi, il 54% dei medici del territorio, il 40% degli anestesisti.**



## Politica sanitaria

# Regione, piano in tre mosse per contrastare il ritorno del virus

Con il crescere dei casi, il virus ritorna a far paura. Già predisposto dalla Giunta regionale della Campania un piano a diversi livelli d'intensità di contagio. De Luca: *"Pronti ad affrontare il peggio, ma prima richiudo tutto"*

NAPOLI – Con le vacanze estive, la parziale riapertura delle frontiere e un certo allentamento della prevenzione, il virus torna a far paura. I numeri dei contagiati risalgono. Per fortuna non con lo stesso ritmo dei mesi primaverili, soprattutto per quanto riguarda le vittime e i ricoveri in terapia intensiva. Ciononostante ci si prepara al peggio. Intanto il Governatore ha già dichiarato che *«A fine agosto vedremo se chiedere o no al governo di ripristinare la limitazione della mobilità tra Regioni. Lo decideremo tra 15 giorni con grande determinazione, salvo i casi di motivi di lavoro o di salute. Ci regoleremo anche sui contagi nel resto d'Italia»*. Dal governo c'è freddezza rispetto a questa fuga in avanti. Sia **Roberto Speranza** (Salute), sia **Francesco Boccia** (Affari regionali) escludono che possa essere decisa la chiusura dei confini tra Regioni. Il piano è un altro: intervenire chirurgicamente, con zone rosse circoscritte, nelle aree in cui dovessero svilupparsi focolai complicati e fuori controllo. La Campania è pronta con tre livelli d'intervento predisposti fortunatamente per tempo per affrontare con diversi gradi d'intensità il ritorno del virus.

**L'Anti covid** - Per fronteggiare la nuova emergenza Covid in ognuno degli ospedali dedicati si sono definiti più posti letto attivi e da attivare nelle tre fasi. Il Piano A corrisponde alla bassa incidenza epidemica e conta su 42 posti di terapia intensiva, 53 di sub-intensiva e 106 di degenza (totale 201). A Napoli sono impegnati il Padiglione G del Cotugno, il Covid dell'Ospedale del mare, il padiglione M del

Cardarelli e la Federico II. Ad Avellino e Benevento al padiglione Covid del Moscati di Avellino e del San Pio di Benevento. Poi Maddaloni e Scafati. Nella Fase B di una eventuale recrudescenza epidemica, i posti letto diventerebbero 559 incrementando i presidi già attivi e facendo entrare in pista i 70 posti del Loreto i 12 della e i 38 di Boscotrecase. Caserta e Salerno conterebbero sulle 24 unità del Covid del Sant'Anna e del Ruggi a cui si aggiungerebbero i 28 posti del Da Procida. Infine c'è lo scenario C di forte ripresa dei contagi: scenario in cui il totale dei posti arriverebbe a 1.095 (245 di terapia intensiva, 303 di sub-intensiva e 547 di degenza) grazie a ulteriori incrementi e l'aggiunta di Pozzuoli, Frattamaggiore e Rizzoli di Ischia. Nel caso in cui i contagi e la pressione assistenziale non fossero più affrontabili, l'intensa rete ospedaliera farebbe fronte salvaguardando solo i grandi pronto soccorso. L'ospedale di via Vespucci, il Loreto Mare, in caso di recrudescenza epidemica massima (Piano C) in tempi rapidi dovrà tornare al ruolo di Covid Center con 70 posti (40 ordinari, 20 di sub-intensiva e i 10 di intensiva). «L'emergenza Covid non è ancora finita - avverte il manager della Asl Ciro Verdoliva e dunque prevediamo una struttura che deve, nel giro di pochi giorni, ritornare ad assumere un ruolo di protagonista contro il Coronavirus. Ciò non ci impedisce di lavorare per programmare il pronto soccorso del Loreto come Dea di I livello della rete regionale tempo dipendente a cui sarà destinato ad emergenza archiviata».

## Più posti letto: passa il potenziamento delle terapie intensive

La giunta regionale ha approvato la delibera con cui si definisce il Piano per il potenziamento della rete ospedaliera secondo quanto disposto dal decreto rilancio del governo n.34/2020. Il Piano risponde all'indicazione del Ministero della Salute di incrementare ulteriormente i posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva in Campania, al fine di garantire anche pluralità di soluzioni assistenziali.

Gli obiettivi indicati sono i seguenti: rafforzare la risposta della rete

ospedaliera alle molteplici emergenze, tra cui prioritariamente quelle delle reti tempo-dipendenti e consolidare quelle ad alta intensità di cura; utilizzare quota parte dei posti letto a media ed alta intensità di cura per il pieno recupero di attività pre e postoperatorie ordinarie di chirurgia maggiore a medio-alta complessità; qualificare e mettere in sicurezza la rete dei posti letto di terapia intensiva; decongestionare le aree critiche dei Pronto Soccorso e della Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza,

spesso sovraffollate di pazienti critici necessitanti di elevata intensità di cure.

Per quanto attiene il potenziamento della terapia Intensiva è stato programmato un incremento di posti letto che determina a livello regionale un totale pari a 834 unità, rispetto ai 621 posti letto già programmati, con una dotazione omogenea sul territorio regionale pari a 0,14 per mille abitanti, secondo decreto. La dotazione complessiva ricomprende le strutture modulari esistenti, con i 120 posti letto già realizzati.

*Evaluation of the quality perception  
of the patients in relation to the  
care received by the nursing staff in  
the Laboratory of Hemodynamic  
and Elettrostimulation:  
A cohort study*



*pagg. 1-22*

*La Sindrome di Münchhausen  
per procura: conoscenze, attitudini,  
percezioni tra i professionisti  
sanitari che operano  
nel Dipartimento di Emergenza*



*pagg. 23-55*

*Valutazione dell'efficacia  
dello strumento Tri-Co  
nei pazienti  
post-chirurgici:  
Studio osservazionale*



*pagg. 56-70*

**Evaluation of the quality perception of the patients in relation to the care received by the nursing staff in the Laboratory of Hemodynamic and Elettrostimulation: A cohort study.**

Vitale Elsa<sup>1\*</sup>, Donvito Simona<sup>2</sup>, Altieri Vito<sup>3</sup>

1. Centre of Mental Health, Modugno, ASL BARI. Contract professor for the University of Bari.
2. Nursing student at the University of Foggia.
3. Nursing coordinator ASM, Matera. Professor of Nursing Degree at the University of Foggia.

\* *Corresponding author*: Vitale Elsa, Centre of Mental Health, Modugno, ASL Bari, e-mail: [vitaleelsa@libero.it](mailto:vitaleelsa@libero.it)

**DOI: [10.32549/OPI-NSC-37](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-37)**

## ABSTRACT

**Introduction:** The Health Care Quality System began in 1992 and continues in the complex phenomenon of innovation which is necessary to improve the Health Care System.

This study aims to investigate how patients perceive the quality of care provided in the interventional cardiology service and therefore whether they are satisfied with the care received.

**Materials and Methods:** A questionnaire of 19 total items was elaborated and administered on 81 patients with the objective of assessing the importance of the interaction modality of the nursing staff with the patients who undergo the interventional cardiology procedure in the intra and peri-procedural moments.

**Results:** The sample collected was significantly heterogeneous because the male component was more frequent ( $p < 0.001$ ), patients over 61 were significantly less frequent ( $p = 0.0161$ ) and patients with elementary or lower secondary school diploma ( $p < 0.001$ ) were significantly more frequent.

Patients expressed a high level of satisfaction, with regards to the evaluation of the nursing staff, the kindness and courtesy shown to them, and the attention paid to their problems, the time dedicated to them, the level of information received about the procedure and the post-procedure, the help to resolve any inconvenience that occurred at the time of the procedure itself. Patients were moderately satisfied with regards to the nurses that assisted them directly with the procedure and how they understood and answered all their questions.

So also for the evaluation of: privacy, the information received for the post procedure, the assessment of the rooms, the cleaning, the silence and the temperature, patients have more frequently expressed a moderate level of satisfaction.

**Discussion:** The present study showed a good level of satisfaction of the perception of quality in patients who underwent a cardiology procedure. Further developments are desirable in order to generate a validated questionnaire which could be adapted to our healthcare realities, and in sampling a larger number of patients.

**Keywords:** Interventional Cardiology Service, Nursing Performances, Perceived Quality, Patient Quality.

**“Valutazione della percezione della qualità dei pazienti in relazione alle cure ricevute dal personale infermieristico nel Laboratorio di Emodinamica ed Elettrostimolazione:: uno studio di coorte.**

**ABSTRACT**

**Introduzione:** Il sistema di qualità in sanità è iniziato dal 1992 e continua in un complesso fenomeno di innovazione, necessario per migliorare il sistema sanitario. Questo studio ha lo scopo di valutare come i pazienti percepiscono la qualità delle cure fornite dal servizio di cardiologia interventistica e, se sono soddisfatti delle cure ricevute.

**Materiali e Metodi:** Un questionario di 19 domande totali è stato elaborato e somministrato a 81 pazienti con l’obiettivo di valutare l’importanza della modalità di interazione del personale infermieristico con i pazienti sottoposti alla procedura di cardiologia interventistica nei momenti intra e procedurali.

**Risultati:** Il campione raccolto era significativamente eterogeneo perché la componente maschile era più frequente ( $p<0.001$ ), i pazienti con più di 61 anni erano significativamente meno frequenti ( $p=0.0161$ ) e i pazienti con diploma di scuola elementare o inferiore ( $p<0.001$ ) erano significativamente più frequenti. I pazienti hanno espresso un alto livello di soddisfazione per quanto riguarda la valutazione del personale infermieristico, la gentilezza e la cortesia mostrate loro e l’attenzione prestata ai loro problemi, il tempo a loro dedicato, il livello di informazioni ricevute sulla procedura e il post-procedura, l’aiuto per risolvere eventuali inconvenienti verificatisi al momento della procedura stessa. I pazienti sono stati moderatamente soddisfatti per gli infermieri che li hanno assistiti direttamente nella procedura e di come hanno compreso e risposto a tutte le loro domande. Anche per la valutazione di: privacy, informazioni ricevute per il post- procedura, valutazione degli ambienti, pulizia, silenzio e temperatura, i pazienti hanno più frequentemente espresso un moderato livello di soddisfazione.

**Discussione:** Il presente studio ha mostrato un buon livello di soddisfazione per la percezione della qualità nei pazienti sottoposti a procedura cardiologica interventistica. Ulteriori sviluppi sono auspicabili al fine di generare un questionario validato che potrebbe essere adattato alle nostre realtà sanitarie e al campionamento più numeroso di pazienti.

**Parole Chiave:** Prestazioni infermieristiche; Qualità percepita; Qualità per il paziente; Servizio di Cardiologia Interventistica.

## INTRODUCTION

The definition of Quality in Healthcare originated immediately after the end of the Second World War. Deming W. Edward [1] had developed a critical view on production methods in the U.S.A. during the war, particularly on methods of quality control, since management and engineers controlled the process and line workers played a small role. In his lectures he promoted the new statistical tools in order to quantify quality in industrial world. In the early 1950s he traveled to Japan and began to spread and compare the Quality Management in Quality Control, extending to all business sectors the goal of quality. Ten years later, Deming received a high recognition from the Emperor of Japan and, its idea known as “Total Quality Management” (TQM) became widely involved in Japanese business organizations and entrepreneurial culture. It will take another twenty years for knowledge of TQM concepts and techniques to spread to the industrialized world of the West. Since then, a rich series of theoretical approaches have followed.

Borrowing from Ceosby’s quality concept from industry, Avedis Donabedian implemented the concept of quality in the healthcare setting as: “the degree with care complies current criteria of good medicine”, by also including the concept of evaluation in its definition. Moreover, a specific definition of Quality in healthcare setting could be: “do only what is useful (theoretical efficacy), in the best way (practical efficacy) with the lowest cost (efficiency), to whom (accessibility), and only to those who really need it (appropriateness), having the care done by those who are competent to do it (competence), obtaining the results deemed best (satisfaction)”.

Always borrowing the concept of quality from industry, the ISO9000 standards - which are now a consolidated reference for this sector - are also applicable to the healthcare sector.

Moreover, thanks to the D.L. 502/92 and the D.L. 517/93 and the subsequent D.P.R. 801/97 (which introduces the concept of accreditation of healthcare structures and the systems for evaluating and improving activities) and D.L. 229/99 (which reaffirms the need to guarantee the quality of assistance and proposes the method of verification and revision, by providing agreements between

the Region and Healthcare Organizations) the regulatory framework on quality in healthcare defined better the fields of action. It is on the basis of these legislative guidelines that Healthcare Companies have started to encourage the discussion on organizational quality and on the quality perceived by the user / patient [2-4].

As part of a project to improve clinical care pathways in the Interventional Cardiology Service of the “Madonna delle Grazie” Hospital sited in Matera, a questionnaire was developed and administered that aims to assess the importance of the way the nursing staff interacts with the patient who undergoes the interventional cardiology procedure in the intra and peri- procedural. The purpose of our study is to investigate how patients perceive the quality of care provided in the interventional cardiology service, and therefore, whether they are satisfied with the care received.

## **MATERIALS AND METHODS**

### **Study Population**

By considering the Dossier of the Regional Health Agency of Emilia Romagna, entitled: “The perceived quality in Emilia Romagna” (2006) [5], a questionnaire of 19 items (Appendix I) was elaborated and subsequently administered to 81 consecutive patients belonging to the Interventional Cardiology service of the “Madonna delle Grazie” hospital who underwent interventional cardiology procedures. The study was conducted from April 2017 to April 2018. The patient’s consent was requested and, only after his authorization was it administered anonymously and no economic incentives were offered or provided for participation in this study. Informed consent was obtained by all patients included in this study. For all patients anonymity was guaranteed. No economic incentives were offered or provided for participation in this study. This study was performed in accordance with the ethical considerations of the Helsinki Declarations. A formal authorization was requested from the hospital for data collection and Local Ethical Committee ruled that no formal ethics approval was required in this case. The questionnaire administered

investigated four salient areas of perceived quality, listed in Table 1. The initial section of the questionnaire collected the socio-personal data of participants, as: sex, age, educational level, professional condition, nationality, marital status and condition of coexistence. In addition, the duration of treatment and the cardiac invasive interventions (as: coronary angiography and PTCA or implantation or replacement of PM or electrical cardioversion) were requested. In the most consistent part of the questionnaire, relating to the quality of care and treatment, in order to investigate the particularity of the patient's condition, a section was included listing some of the typical ailments that patients could experience during the procedure and asked to indicate for each of these the possible onset, the level of tolerability and, if some intervention had been carried out and, finally, the evaluation of the latter.

**Table 1.** *Scheme of the investigated dimensions.*

<b>Investigation area</b>	<b>Quality dimensions investigated</b>
<b>Staff</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kindness</li> <li>• Caution</li> <li>• willingness to listen- dedicated time- confidence</li> <li>• clarity / comprehensibility of information</li> <li>• information on type-related benefits / disorders of treatment</li> </ul>
<b>Involvement in the care path</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• involvement in device management of hemostasis</li> <li>• possibility of receiving information and speaking with the nursing staff</li> </ul>
<b>Cures and treatments</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• effectiveness in resolving disturbances</li> <li>• information on device management</li> <li>• hemostasis and precautions</li> <li>• behaviors related to the immediate post-procedure</li> </ul>
<b>Environments</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cleaning the rooms</li> <li>• silence of the rooms</li> <li>• room temperature</li> <li>• environment care</li> <li>• availability of spaces</li> <li>• comfort of the spaces</li> </ul>

## Instruments

A first part of the questionnaire concerned the collection of the demographics of the participants, as the gender, the age group to which the respondents belong, if up to 40 years old, from 41 to 60 years old or above 61 years old; the qualification, also grouping this variable in 3 possible answers: if he had either an elementary or lower secondary school diploma, or if he had a diploma or a degree. The questionnaire elaborated “ad hoc” and used for the first time in this research, contained also 19 questions investigating four dimensions of healthcare quality, such as: the nursing staff evaluation, the privacy assessment, the evaluation of information received on the post procedure, the evaluation of environments (Table 1).

Each item of the questionnaire is scored with a 5-point Likert scale (1=very dissatisfied, 2=dissatisfied, 3=moderate, 4=satisfied, 5=very satisfied). For each question, participants had to indicate a single answer between proposals. The study was conducted from April 2017 to April 2018.

## Statistical analysis

Statistical analyses were performed using IBM SPSS 20 software.

Data are presented as numbers and percentages for categorical variables, and continuous data expressed as the mean±standard deviation (SD) unless otherwise specified. A binomial test was performed to compare two mutually exclusive proportions. A multiple comparison chi-square test was used to define significant differences among percentages for unpaired data. In this case, if the chi-square test was significant ( $p<0.05$ ), a post hoc Z-test was performed to individualize the significant most or less frequent modality. All tests with  $p<0.05$  were considered significant.

## RESULTS

In the period between April 2017 and April 2018, 81 patients agreed to participate in this interview. Of these, 24 (29.63%) were female patients and 57 (70.37%) were male patients. Among the patients interviewed 30 (37.04%) were aged up to 40 years, 36 (44.44%) were aged between 41 and 60 years and only 15 (18.52%) were aged between over 61 years old. Furthermore, as many as 50 (61.73%) interviewees had a primary or lower secondary school diploma, 24 (29.63%) a diploma and only 7 (8.64%) a degree. Therefore, overall, our sample is significantly heterogeneous as there is a strong male component ( $p < 0.001$ ) and the age groups were not equal in their sample size, in fact, significant less frequent were patients older than 61 years ( $p = 0.0161$ ). Also as regards the education level, the group of participants is not homogeneous, in fact, patients with an elementary or lower secondary school diploma, were more frequent ( $p < 0.001$ ).

**Table 2.** Demographic sampling characteristics.

Characteristics	n(%)	p value
<b>Gender:</b> Female Male	24(29.63%) 57(70.37%)	$p < 0.001^*(B)$
<b>Age:</b> <40 years 41-60 years >61 years	30(37.04%) 36(44.44%) 15(18.52%)	$p = 0.013^*$ <61years, $p = 0.0161^{***}(Z)$
<b>Educational level:</b> Elementary or lower middle school Diploma Graduation	50(61.73%) 24(29.63%) 7(8.64%)	$p < 0.001^*(C)$ Elementary or lower middle school, $p < 0.001^{**}(Z)$

\*= $p$  value $<0.05$ ; \*\*= $p$  value $<0.01$ ; \*\*\*= $p$  value $<0.001$ ; (B)=Binomial Test; (C)= Multiple comparison chi-square test; (Z)= z-test.

Table 3 shows the number of responses and the relative percentages for the answers given regarding the perception of the quality of the interventional cardiology service.

For questions related to the evaluation of nursing staff, significant more frequent answered were

“satisfied” or “very satisfied”. Particularly, for the first question concerning the general evaluation of the nursing staff, about the nursing staff available to them, patients “satisfied” ( $p=0.001$ ) and “very satisfied” ( $p<0.001$ ) were significant more frequent. As for the level of perception of kindness and courtesy in the nurse-patient relationship, the more frequent response was “satisfied” ( $p<0.001$ ), obtained by 35 (43.21%) patients. About the level of attention paid by the service nurses to the problems of the patients interviewed, satisfactory ( $p=0.0209$ ) and very satisfactory ( $p=0.005$ ) answers were the more frequent. A good level of willingness to listen was attributed by patients who significant most frequent responded that they were satisfied ( $p<0.001$ ) and very satisfied ( $p<0.0001$ ) for this aspect. About time dedicated to patients, they were significant more frequent satisfied ( $p=0.0022$ ), while they were significant more frequent moderately satisfied ( $p<0.0001$ ) for the nurses dedicated to them for assistance with the procedure. For the level of information received by the nursing staff about the progress, patients were significant more frequent satisfied ( $p=0.0004$ ) and very satisfied ( $p=0.0105$ ). On the other hand, for availability and understanding in answering their questions, patients ( $n=52$ ) were significant most frequent moderately satisfied ( $p<0.0001$ ). For every information of any side effects that the procedure entailed 34 (41.97%) patients were significant most frequent satisfied ( $p<0.0001$ ) and 35 (43.21%) were considered significant most frequent very satisfied ( $p<0.0001$ ). Moreover, as many as 34 (41.97%) patients were significant most frequent satisfied ( $p<0.0001$ ) for the nursing care received in order to alleviate any inconvenience related to the procedure. For the level of evaluation of respect for privacy, 35 (43.21%) patients were significant most frequent moderately satisfied ( $p<0.001$ ). As regards the evaluation of the information received for the post procedure 34 (41.97%) patients were also significant most frequent satisfied ( $p<0.0001$ ) and 26 (32.10%) were significant most frequent very satisfied ( $p=0.0209$ ). Finally, as regards the assessment of the rooms, in particular for the cleaning of the rooms, 35 (43.21%) patients were significant most frequent satisfied ( $p<0.0001$ ) and 26 (32.01%) very satisfied ( $p=0.0289$ ). For the quietness of the environments, 51 (62.92%) patients

were most frequent moderately satisfied ( $p < 0.0001$ ) and, for the environmental temperature 65 (80.25%) patients expressed most frequent moderate level of satisfaction ( $p < 0.0001$ ); while for the quality of care and the environment in general 30 (37.04%) patients were significant most frequent satisfied ( $p = 0.001$ ) and 36 (44.44%) patients were significant most frequent very satisfied ( $p < 0.0001$ ).

**Table 3.** Comparison of quality perceived among cardiological patients.

Questionnaire Items	Very dissatisfied (VD) n(%)	Dissatisfied (D) n(%)	Moderate (M) n(%)	Satisfied (S) n(%)	Very satisfied (VS) n(%)	(C) p value	(Z) p value
<b>1. Staff evaluation</b> How do you rate:							
• Nursing staff	0(0%)	16(19.75%)	0(0%)	30(37.04%)	35(43.21%)	<0.0001*	$p < 0.0001^*(VS)$ $p = 0.001^*(S)$
• Kindness and courtesy in the nurse-patient relationship	1(1.23%)	9(11.11%)	16(19.75%)	35(43.21%)	20(24.69%)	<0.0001*	$p < 0.0001^*(S)$
• Attention paid to your problems	1(1.23%)	8(9.88%)	18(22.22%)	26(32.10%)	28(34.57%)	<0.0001*	$p = 0.005^*(VS)$ $p = 0.0209^*(S)$
• Willingness of the nursing staff to listen	0(0%)	0(0%)	0(0%)	30(37.04%)	51(62.96%)	<0.0001*	$p < 0.0001^*(VS)$ $p < 0.001^*(S)$
• Time dedicated to you for the performance	1(1.23%)	11(13.58%)	17(20.99%)	29(35.80%)	23(28.39%)	<0.0001*	$p = 0.0022^*(S)$
• Nurses who assisted you	6(7.41%)	0(0%)	75(92.59%)	0(0%)	0(0%)	<0.0001*	$p < 0.0001^*(M)$
• The information staff regarding the procedure	1(1.23%)	5(6.17%)	17(20.99%)	31(38.27%)	27(33.33%)	<0.0001*	$p = 0.0105^*(VS)$ $p = 0.0004^*(S)$

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Availability and comprehension in answering your questions</li> <li>• Information of any side effects that the procedure entailed</li> <li>• Nurses helped to alleviate any inconvenient that the procedure provides</li> </ul>	1(1.23%)	4(4.94%)	52(64.20%)	24(29.63%)	0(0%)	<0.0001*	p<0.0001*(M)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information of any side effects that the procedure entailed</li> </ul>	10(12.34%)	0(0%)	2(2.47%)	34(41.97%)	35(43.21%)	<0.0001*	p<0.0001*(VS) p<0.0001*(S)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurses helped to alleviate any inconvenient that the procedure provides</li> </ul>	0(0%)	4(4.94%)	20(24.69%)	34(41.97%)	23(28.39%)	<0.0001*	p<0.0001*(S)
<b>2. Privacy assessment</b> How do you rate nurses' respect for confidentiality?	0(0%)	0(0%)	35(43.21%)	23(28.39%)	23(28.39%)	<0.0001*	p<0.0001*(M)
<b>3. Evaluation of information received on the post-procedure.</b> Did they give you adequate information about the correct management of the post-procedure?	0(0%)	0(0%)	34(41.97%)	21(25.92%)	26(32.10%)	<0.0001*	p<0.0001*(M) p=0.0209*(VS)
<b>4. Evaluation of environments</b> How do you rate:							
<b>Cleaning the rooms</b>	0(0%)	8(9.88%)	35(43.21%)	14(17.28%)	26(32.10%)	<0.0001*	p<0.0001*(M) p=0.0289(VS)
<b>The silence of the rooms</b>	0(0%)	0(0%)	51(62.92%)	16(19.75%)	24(29.63%)	<0.0001*	p<0.0001*(M)
<b>The temperature of the room</b>	0(0%)	16(19.75%)	65(80.25%)	0(0%)	14(17.28%)	<0.0001*	p<0.0001*(M)
<b>The quality and care of the environments</b>	0(0%)	0(0%)	15(18.52%)	30(37.04%)	36(44.44%)	<0.0001*	p<0.0001*(VS) p=0.001*(S)

\*p<0.05 is statistically significant;

(C)= Multiple comparison chi-square test; (Z)= z-test.

## DISCUSSION

Our data collection was completely random, mainly linked to the availability of time to devote to the administration of the questionnaire and this meant that apart from the pre-established period of time, the entire sample collected is not homogeneous in its composition. In fact there was significant most frequent male component (n=57) compared to 24 female patients (p<0.001). Furthermore, the group of patients over the age of 61 was also significantly less frequent (p=0.0161) than the other groups and there was a significant most frequent component of patients with an elementary or lower secondary school leaving qualification (p<0.001). In general, patients showed a high level of satisfaction with the interventional cardiology service. As regards the part concerning the evaluation of the nursing staff, patients were significant most frequent satisfied and very satisfied both for the evaluation of the nursing staff in general and for the kindness and courtesy shown to them, and for the attention paid their problems, the time dedicated to them, the level of information received about the procedure and the post-procedure, the help to resolve any inconvenience that occurred at the time of the procedure itself. Only for the aspects related to the nurses who directly assisted them in the procedure and in the willingness and understanding to answer all their questions, patients were significant most frequent moderately satisfied. So also for the evaluation of privacy, patients were significant most frequent as moderately satisfied. Instead, for the evaluation of the information received for the post procedure, the nurses were considered significant most frequent moderately satisfied and also satisfied. For the assessment of the rooms, in particular for the cleaning, the silence and the temperature of the rooms, patients showed a moderate level of satisfaction. While they expressed a high level of satisfaction in the general assistance received and the quality of environments, in general. Reflecting on the data collected and on their level of statistical significance, it is clear that overall patients are satisfied and very satisfied on the quality of the overall nursing care received. Only in the aspects related to the assistance received “at the moment” procedure and to the availability to answer to questions related to the moment of the procedure patients gave a more moderate answers, maybe they could show more

anxiety for the procedure which could reduce patient satisfaction level. This aspect is widely discussed in the literature, in which the reduction of the quality perceived by the patient is reduced by the anxiety that a particular invasive procedure entails [6-8]. This discourse could also be the basis for the perception of quality linked to cleanliness of rooms, silence and temperature. Maybe the perception of these aspects is influenced by the anxiety of undergoing the invasive procedure, as reported in the literature.

In the current literature, there are few studies available in the literature that deal with quality assessment in interventional cardiology. Furthermore, some studies explore this aspect using the style of qualitative research. One example is the study of Nakano et al. [9] which aimed to investigate what preoccupied patients admitted to cardiac care unit with acute coronary syndrome in connection with the first hours of their admission and secondly to discuss these perceptions in relation to the nurses' perception. In this case a qualitative descriptive analysis of 30 semi-structured interviews was carried out. It was highlighted that the patients thought that the care providers' competencies were most important and they knew their job. The latter aspect is not in agreement with our results since the patients responded with a high statistical significance ( $p < 0.0001$ ) on the excellent satisfaction perceived towards the nurses always ready to relieve their pain.

Unfortunately, the perceived quality has not always been interpreted as an opportunity, an opportunity for listening and an indication for improvement: in fact, the problem of detecting the quality perceived within Healthcare Companies has often presented inconsistencies in the definition objectives and in the use and interpretation of results [10]. The absence of specific skills within the Companies, the onerousness of the methodological apparatus (sometimes, moreover, circumvented) linked to these surveys, the incomprehension on how to interpret and even more to use the data (often intended as confirmation and as mere communication tool rather than as an operating lever for improvement), have contributed to creating a context that is still very wary of perceived quality

conceived as a system [11]. From these preliminary considerations, it is evident how to integrate / decline / use within the company strategies the package or system consisting of scientific instrumentation for the detection of perceived quality, which is poor in clear and clear reference points. It is therefore necessary to dwell on some definitions that will serve to trace the boundaries of the space in which one is moving: the peculiarity of the context of the Healthcare companies; the definition of quality and perceived quality, distinguishing the patient / user from the operator side; the improvement. As for the meaning of quality, in the sense referred to in this volume, the starting point is the traditional distinction proposed by Donabedian (1988) [12] which identifies three specific areas of intervention on quality:

- organizational quality linked to the available resources and the ways in which they are organized;
- professional or process quality, which refers to the product, the performances, the technical correctness of execution of the same also in terms of appropriateness and timeliness, and in a broad sense to the behavior of the operators;
- perceived quality, which instead concerns the outcome (including the patient's point of view) or the changes in health conditions due to health interventions in terms of prolonging life and reducing pain and disabilities, or on the contrary the occurrence of iatrogenic complications or effects. From a different point of view, each dimension of the concept of quality identified in the Donabedian tripartition [12] can be interpreted as explaining the requests (even conflicting) of the major interest groups (stakeholders), which must be integrated and mediated to specify the quality of a service;
- organizational quality, that is, the most effective and productive use of resources by management within the limits set by regulatory requirements and objectives set by regional authorities or bodies that purchase services;

- professional quality, which identifies the role and point of view of the professionals and operators who provide care and assistance;
- perceived quality, which gathers the expectations of customers (external or internal) as individuals or as groups.

It must therefore be clear in the Company's strategy that no quality is given for a single actor or for a single category of actors involved in the health process and that the evaluation of the quality of services and services is not the result of an aseptic standardization of the activities, nor the neutral application of a method; it is within a conception of evaluation as a negotiation and communication of different perspectives by multiple actors, it is multi-criteria evaluations that operate through both qualitative and quantitative investigation techniques [13].

## **Conclusion**

The present study showed a good level of satisfaction in the quality perception in patients who underwent an invasive cardiology procedure. Further future developments are desirable both in performing a validated questionnaire, adaptable in our healthcare realities, and in the larger number of samples in order to be able to generalize the data obtained. In any case, our study represents a strong point of the nursing quality delivered to these patients at least in our working reality.

## **Limitations**

This study discusses a very important topic, such as the perception of quality in the interventional cardiology unit. However, the survey method is characterized by a questionnaire constructed "ad hoc" for the occasion and which refers to the usual behavior of the nursing staff without considering a comparison term with an optimal or standardized nursing behavior. In any case, our questionnaire is inspired by the World Health Organization document entitled "Quality of care: a process for

making strategic choices in health systems” [14] which highlights the six generic domains to improvement quality in many health systems, such as: leadership, information, patient and population engagement, regulation and standards, organizational capacity and models of care.

### **Funding statement**

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not for profit sectors.

### **Competing interests statement**

There are no competing interests for this study.

## REFERENCES

1. Petersen PB. *Total quality management and the Deming approach to quality management.* Journal of Management History (Archive) 1991; 5(8):468-488. doi:10.1108/13552529910290520
2. Aiken LH, Sean PC, Douglas MS. *Hospital staffing, organization, and quality care: cross-national findings.* Int J Qual Health Care 2002; 14:5-13
3. Blumenthal D. Quality of care: what is it? N Engl J Med 1996; 335:891-894.
4. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harms D. *Nurse staffing and patient perceptions of nursing care.* J Nurs Adm 2003; 33:607-14.
5. Agenzia sanitaria regionale Regione Emilia - Romagna/ Dossier. *La qualità percepita in Emilia - Romagna; Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi* 2006.
6. Mammadov A, Gasanov R. *Research on a relationship between patient satisfaction and medical services in state health organizations.* Am J Ind Bus Manage 2017;07(11):1255-1266. doi:10.4236/ajibm.2017.711089.
7. Liu L, Fang J. *Study on potential factors of patient satisfaction: based on exploratory factor analysis.* Patient Preference and Adherence 2019; 13:1983-1994. doi: 10.2147/PPA.S228073.
8. Farzianpour F, Byravan R, Amirian S. *Evaluation of patient satisfaction and factors affecting it: a review of the literature.* Health 2015; 07(11):1460-1465. doi:10.4236/health.2015.711160
9. Nakano A, Mainz J, Lomborg, K. *Patient Perception and Assessment of Admission to Acute Cardiac Care Unit.* European Journal of Cardiovascular Nursing 2008; 7(1):10-15. doi:10.1016/j.ejnurse.2007.05.002
10. Agosta L J. *Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare services.* Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2009; 21(11): 610-617.

11. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane D M, Busse R, McKee M, Tishelman C. *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. British Medical Journal 2012; 344: e1717.
12. Donabedian A. *The quality of care. How can it be assessed?* The Journal of the American Medical Association 1988; 260: 1743-1748.
13. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, et al. *Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2012; 26: 372-380.
14. World Health Organization. (2006). Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>

## Appendix I. The questionnaire administered

Sex:  Female  Male

Age:  <40 years  41-60 years  >61 years

Education level:

Elementary or lower middle school

Diploma

Graduation

### 1. Staff evaluation:

How do you rate:

1. Nursing staff:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

2. Kindness and courtesy in the nurse-patient relationship:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

3. Attention paid to your problems:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

4. Willingness of the nursing staff to listen:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

5. Time dedicated to you for the performance:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

6. Nurses who assisted you:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

7. The information staff regarding the procedure:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

8. Availability and comprehension in answering your questions:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

9. Information of any side effects that the procedure entailed:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

10. Nurses helped to alleviate any inconvenient that the procedure provides:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

## 2. Privacy assessment

How do you rate nurses' respect for confidentiality?

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

## 3. Evaluation of information received on the post-procedure

Did they give you adequate information about the correct management of the post-procedure?

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

## 4. Evaluation of environments

How do you rate:

Cleaning the rooms:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

The silence of the rooms:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

The temperature of the room:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

The quality and care of the environments:

Very Dissatisfied;  Dissatisfied;  Moderate;  Satisfied;  Very Satisfied.

**La Sindrome di *Münchausen* per procura:  
conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel  
Dipartimento di Emergenza**

Maria Chiara Carriero<sup>1</sup>, Roberto Lupo<sup>2</sup>, Pietro Santoro<sup>3</sup>, Francesca Simone<sup>4</sup>, Ornella De Mitri<sup>5</sup>,  
Antonino Calabrò<sup>6</sup>, Federica Maria Pia Ferramosca<sup>7</sup>, Carmen Donadio<sup>8</sup>, Maicol Carvello<sup>9</sup>

1. Psicologa presso l'Istituto Santa Chiara, sede di Roma
2. Infermiere presso l'Asl di Lecce, Ospedale San Giuseppe da Copertino (LE)
3. Docente presso Servizio di formazione e consulenza MathCounseling, (LE)
4. Infermiera presso Residenza Sociosanitaria Assistenziale per anziani (R.S.S.A.), Madonna delle Grazie, Andria (BAT)
5. Dirigente Medico presso l'Asl di Lecce, Presidio Ospedaliero Vito Fazzi (LE)
6. Infermiere presso l'Asl di Biella, Ospedale degli Infermi (BI)
7. Ostetrica (Le)
8. Infermiera presso l'Azienda Sanitaria Matera, Ospedale Distrettuale "Salvatore Peragine" Stigliano (MT)
9. Tutor Didattico presso "Università degli studi di Bologna", Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Faenza (RA)

**Corresponding author:** Dott. Antonino Calabrò, Infermiere presso l'ASL Biella S.P.D.C.

E-mail: [anto.cala76@gmail.com](mailto:anto.cala76@gmail.com)

**DOI:** [10.32549/OPI-NSC-38](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-38)

**ABSTRACT**

**Introduzione:** La Sindrome di Münchausen per Procura (*Münchausen Syndrome by Proxy - MSbP*) è una condizione in cui la figura di accudimento, solitamente la madre, procura o simula un danno fisico e psicologico al proprio figlio, per richiamare su di sé le attenzioni delle persone con cui si relaziona tramite il piccolo. Il danno psicologico che ne consegue sulle vittime è devastante e può causare anche la morte. Dalla letteratura emerge la difficoltà di svolgere la diagnosi della Sindrome, per cui occorre un'adeguata formazione del personale sanitario.

**Obiettivo:** valutare il grado di conoscenza della Sindrome di Münchausen per Procura tra i professionisti che lavorano in contesti di emergenza-urgenza.

**Materiali e metodi:** E' stato condotto uno studio osservazionale e multicentrico presso le Unità Operative di Pronto Soccorso di quattro ospedali del Sud Italia. Lo strumento utilizzato è questionario di Hochhauser, consegnato in busta chiusa ai Direttori delle Unità operative e ai coordinatori infermieristici dei vari reparti e distribuito al personale Medico ed infermieristico.

**Risultati:** Il campione è costituito da 137 professionisti sanitari, di cui fanno parte medici e infermieri. Solo il 22.6% (n=31) ha dichiarato di conoscere la MSbP. L'86.1% (n=118) sostiene di non aver mai trattato la MSbP. Il 53.3% (n=73) ha sospettato o potrebbe ora sospettare retrospettivamente tale Sindrome in alcuni casi trattati. Il 41.6% (n=57) ha riscontrato genitori che esagerassero i sintomi del bambino o attribuissero significati patologici gravi a malattie sintomatologiche modeste. Il 93.4% (n=128) sostiene che sarebbero utili e necessari corsi di formazione per approfondire tale Sindrome.

**Conclusioni:** I risultati del nostro studio mostrano una scarsa conoscenza della Sindrome di Münchausen tra gli operatori sanitari, nonché lacune in un eventuale gestione di un caso. Si evidenzia la necessità di incrementare corsi di formazione in merito a tale tematica, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del professionista sanitario rispetto al riconoscimento, diagnosi e cura di questa forma di abuso.

**Parole chiave:** Sindrome di Munchausen, Sindrome di Munchausen per Procura, maltrattamento sui minori.

## The Münchausen Syndrome by Proxy: knowledge, attitudes, perceptions among health professionals of the Department of Emergency

### ABSTRACT

**Introduction:** The Münchausen Syndrome by Proxy (MsbP) is a condition in which the caring figure, usually the mother, causes or simulates a physical and psychological damage to her own child, in order to call upon herself the attentions of the people with whom she relates through the baby. This resulting psychological damage on the victims is devastating and it can even lead to death.

From the Scientific Literature emerges the difficulty in diagnosing the Syndrome, therefore an adequate training of the healthcare personnel, is necessary.

**Purpose:** To assess the level of knowledge of the Münchausen Syndrome by Proxy among professionals working in the Emergency Department.

**Material and methods:** An observational and multicenter study was conducted in four hospitals located in the South of Italy. The tool used is the questionnaire of Hochhauser, was delivered in a sealed envelope to the Directors of the first Aid Operating Units and to the coordinators of the various departments and later distributed to the Medical and Nursing Staff.

**Results:** The sample consists of 137 health professionals, which includes doctors and nurses. Only 22.6% (n = 31) said they knew about the MSbP. 86.1% (n = 118) say they have never treated MSbP. 53.3% (n = 73) suspected or could now retrospectively suspect this syndrome. 41.6% (n = 57) found parents who exaggerated the child's symptoms or attributed serious pathological meanings to modest symptomatological diseases. 93.4% (n = 128) asserted that training courses would be useful and necessary to deepen this syndrome.

**Conclusions:** The results of the study indicate that only a minority of the analyzed professionals know the Münchausen Syndrome by proxy and only some of them would know how to manage and

deal with such a situation. The need to increase professional training courses is highlighted on this issue, with the aim of improving the health professional's awareness about the importance of recognition, diagnosis and treatment of this form of abuse.

**Keywords:** Münchausen Syndrome, Münchausen Syndrome by Proxy, mistreatment of children.

## Introduzione

La Sindrome di *Munchausen per Procura* (*Munchausen Syndrome by Proxy - MSbP*) è una condizione in cui la figura che si prende cura del bambino, solitamente la madre, [1] procura o simula un danno fisico e psicologico al proprio figlio, per richiamare su di sé le attenzioni delle persone con cui si relaziona tramite il piccolo. Viene menzionata per la prima volta in letteratura nel 1977 dal pediatra inglese Roy Meadow [2], che ne coniò il termine nel lavoro pubblicato su *Lancet*, definendola come “un bizzarro disordine mentale”. Già in questo suo scritto, si sottolineava che i metodi usati per creare sintomi fossero eterogenei e crudeli ma che l’intenzione del genitore non fosse quella di nuocere ai figli, ma l’espressione di un estremo bisogno di attenzione [3], facendo sospettare una malattia che richiedesse frequenti consulti, ricoveri o interventi chirurgici. Il bambino per contro, a causa delle ripetute ospedalizzazioni e delle procedure diagnostico-terapeutiche cui viene sottoposto, riporta gravi sequele psico-fisiche, fino a giungere nei casi più gravi, circa il 10%, alla morte [2]. Tra i metodi usati per causare sintomi nel bambino si ricorda: l’iniezione di insulina o urine, l’uso di veleno per topi, lassativi [4], sedativi, sale da cucina, lesioni facciali, soffocamento [5], volontaria sotto nutrizione, induzione di attacchi epilettici [4,5]. Secondo alcuni studi, almeno il 70% delle madri abusanti sono state a loro volta vittime di maltrattamento [6] e abusi emotivi, fisici e sessuali [7]. Il danno psicologico che ne consegue sulla vittima di MSbP è devastante. Spesso infatti, sono compiuti tentativi di suicidio in fase adolescenziale, si fa abuso di alcol e fumo e si hanno problemi di delinquenza. Le vittime mostrano inoltre, ipocondrie, fobie, turbe sessuali, ansie e vissuti di malattia, di isolamento ed emarginazione. In casi estremi invece, si instaurano disturbi di personalità di tipo borderline [8] o personalità multipla [9]. Tra le caratteristiche messe in evidenza rispetto alla figura materna in situazioni di MSbP emerge che, nonostante sia molto attenta, presente, con ottime conoscenze nell’ambito medico e con buone capacità espressive, spesso assume atteggiamenti inappropriati: si rifiuta di lasciare il bambino da solo, si propone per somministrare essa stessa i farmaci ed effettuare la raccolta di sangue e urina [10]. Gli aspetti patologici che bisognerebbe

considerare della madre sono le reazioni paranoide, la convinzione maniaca che il figlio sia malato e la personalità sociopatica [11]. Queste donne sfruttano gli altri, violando le norme sociali e morali, senza senso di colpa o rimorso alcuno. Possono essere, inoltre, affette da un disturbo di personalità (paranoide, narcisistico, istrionico e borderline), ed è spesso ricorrente che le madri abusanti siano state a loro volta vittime di maltrattamento durante l'infanzia [11]. Secondo Morrell B, Tilley D.S. [12] il ruolo dei padri, invece, è incerto e raramente esplorato. Tendono, infatti, ad essere distanti e assenti, sia fisicamente che affettivamente, dalla vita familiare, e ciò facilita la messa in atto degli abusi da parte della madre [12].

Classificata tra le cosiddette "Patologie delle Cure", in cui sono presenti tre tipi di categorie cliniche (*Incuria, Discuria e Ipercuria*), la Sindrome di Munchausen per Procura viene inquadrata nell'Ipercuria e rinominata come "Disturbo Fittizio provocato da altri" nella categoria nosografica dei Disturbi Fittizi del DSM-5 [13]. Sebbene questa Sindrome sia considerata una forma di abuso sul minore, ad oggi non è ben chiaro il tasso di prevalenza sul nostro territorio [14]. In generale, secondo il Rapporto sulla Prevenzione del maltrattamento all'infanzia in Europa 2013 [15], oltre 91 mila minorenni sono stati maltrattati in Italia [15,16], per cui nel 2006, l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) [17] ha dichiarato il maltrattamento e l'abuso infantile un problema di salute pubblica. Tuttavia, nonostante la sensibilizzazione sociale stia progredendo, la sottostima della questione è ancora ampia, persino in campo sanitario. A renderlo un problema difficile da diagnosticare sono, come definisce l'OMS [18], "meccanismi culturali di minimizzazione e negazione del fenomeno, perché si verifica prevalentemente all'interno della famiglia, col forte rischio di restare inespresso e invisibile".

La diagnosi di tale sindrome risulta, quindi, essere molto complicata e difficile da riconoscere, tuttavia a porre il sospetto di questo abuso potrebbe essere, in primo luogo, l'infermiere di triage del pronto soccorso, che dovrebbe essere formato ed aggiornato riguardo il percorso sulla gestione del bambino maltrattato e abusato. Inoltre, un'indagine corretta dei segni e sintomi fin dal primo approccio,

potrebbe essere un passaggio fondamentale nel percorso diagnostico e assistenziale [15,18,19].

Per tale Sindrome non è ancora presente un corpus di ricerca consolidato, poiché mancano gli strumenti sia per poter identificare precocemente i bambini a rischio, sia per una corretta gestione della malattia in tutte le sue manifestazioni. A livello scientifico internazionale la Sindrome di Munchausen per procura è riconosciuta, ma in Italia rappresenta un fenomeno ancora sottostimato e diagnosticato con difficoltà. Questa mancanza di identificazione, oltre a causare un danno psico-fisico sul bambino, porta ad effettuare test e procedure di laboratorio non necessari, che possono prolungare le ospedalizzazioni e aumentare i costi dei sistemi sanitari.

Inoltre, pochi sono gli studi in merito alle conoscenze, attitudini, percezioni e metodi di rilevazione delle forme di maltrattamento da parte del personale sanitario. Da qui, la scelta di indagare il grado di conoscenza della Sindrome di *Munchausen per Procura* tra gli infermieri e i medici che lavorano in Ospedale.

**Obiettivo:** Scopo principale dello studio è stato valutare il grado di conoscenza della Sindrome di *Munchausen per Procura* (*Munchausen Syndrome by Proxy - MSbP*) tra gli Infermieri e i Medici di area critica in quattro Ospedali del Sud Italia, al fine di evidenziare eventuali necessità formative.

## **Materiali e Metodi**

È stato condotto uno studio trasversale conoscitivo e multicentrico presso quattro Ospedali Italiani, in particolare presso le Unità Operative del Pronto Soccorso della Regione Puglia: Ospedali “Vito Fazzi” di Lecce (LE), “Santa Caterina Novella” di Galatina (LE), “San Giuseppe” di Copertino (LE) e “Lorenzo Bonomo” di Andria (BT). Dopo aver ottenuto le autorizzazioni (Prot. n°10/18 del 14/06/2018; n° 03/18 del 08/03/2018; 28/05/2018) presso le Direzioni Sanitarie ed Infermieristiche dei centri sede d’indagine, nel periodo da maggio 2018 a gennaio 2019, è stato somministrato il questionario dello studio di Hochhauser et al.[20], allo scopo di valutare le conoscenze

infermieristiche e l'esperienza professionale in merito alla Sindrome. Il questionario utilizzato e riportato è stato consegnato in busta chiusa, con copia della relativa autorizzazione, ai Direttori delle Unità operative e ai coordinatori dei vari reparti.

Oltre a domande di interesse demografico, lo strumento è composto da 13 domande a risposta chiusa ed una opzionale a risposta aperta. Il questionario è suddiviso in 4 sezioni contraddistinte con le lettere A, B, C e D, in cui sono ripartite delle domande secondo criterio di pertinenza ad un particolare ambito: Sez. A – Dati socio professionali, Sez. B – Grado di conoscenza della sindrome (items 1-4), Sez. C – Percezione e pratica professionale (items 5-6), Sez. D – Esperienza professionale e percezione bisogno formativo (items 7-13). Il questionario si articola in due percorsi diversi a seconda della risposta alla prima domanda, inerente alla conoscenza della Sindrome. Questi due percorsi, poi, si riuniscono nell'ultima serie di domande comune ad entrambi.

La domanda 4 proponeva 18 items inerenti le caratteristiche distintive della Sindrome, veniva quindi richiesto di indicare quelle ritenute corrette.

All'interno della presentazione del questionario sono state enunciate le caratteristiche dello studio. Tutti i soggetti che hanno partecipato allo studio hanno ricevuto la scheda informativa e il modulo di consenso che dovevano essere firmati. I dati sono stati raccolti in forma aggregata nel rispetto della *privacy* e avendo cura di mantenere l'anonimato dei partecipanti. Non sono stati offerti incentivi per la partecipazione allo studio. I soggetti coinvolti nell'indagine dovevano soddisfare dei criteri di eleggibilità allo studio; in particolare, sono stati reclutati Infermieri e Medici delle unità operative di Pronto Soccorso, in quanto attivamente coinvolti nell'assistenza del paziente pediatrico, e operatori sanitari con almeno un anno di esperienza lavorativa in area critica.

### **Analisi statistica**

Sono state condotte analisi descrittive per tutte le variabili qualitative e quantitative. Le variabili continue sono state sintetizzate tramite media e deviazione standard (DS) e le variabili categoriche

mediante frequenze e percentuali. Il test t di Student per dati non appaiati, è stato eseguito per confrontare le medie fra due sottogruppi indipendenti. Il test chi-quadrato è stato eseguito per individuare significative differenze fra due sottogruppi indipendenti in termini di percentuali o proporzioni. Tutti i test con  $p\text{-value} < 0.05$  sono stati considerati come significativi. I dati raccolti, sono stati analizzati attraverso l'uso di un software (Software Statistical Package for Social Science) versione 17.

## **Risultati**

### **Sezione A: caratteristiche socio-demografiche del campione**

Il campione è costituito da 137 professionisti, tra medici (22.6%, N=31) e infermieri (73%, N=100) che lavorano presso i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (Tabella 1), il 4.4 % (N=6) erano risposte mancanti, ovvero il tipo professionista sanitario non era descritto. Tra i partecipanti il 58.4% (N=80) è di genere maschile, il 39.4% (N=54) di genere femminile, mentre il 2.2 % (N=3) non ha dichiarato il proprio genere. La fascia di età dei professionisti maggiormente frequente è quella compresa tra gli anni 41-50, con una percentuale del 34.3% (N=47). I professionisti lavorano, all'interno delle Unità Operative di pronto soccorso mediamente da circa 9.5 anni (SD = 8.0).

<b>Tabella 1. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE (N=137).</b>	<b>% (N)</b>
<i>Classe di età</i>	
21-30	19.0 (26)
31-40	27.7 (39)
41-50	34.3 (47)
51-60	19.0 (26)
<i>Genere</i>	
Maschile	58.4 (80)
Femminile	39.4 (54)
Risposte mancanti	2.2 (3)
<i>Formazione</i>	
Diploma regionale	28.5 (39)
Laurea in Infermieristica	33.6 (46)
Laurea in Medicina e Chirurgia	21.9 (30)
Master	2.9 (4)
Diploma Universitario	7.3 (10)
Risposte mancanti	5.8 (8)
<i>Area geografica</i>	
Provincia di Lecce	77.4 (106)
Province Andria-Barletta-Trani (BAT)	21.9 (30)
Risposte mancanti	0.7 (1)
<i>Centri Ospedalieri</i>	
“Vito Fazzi” (Lecce)	37.2 (51)
“Santa Caterina Novella” Galatina (Le)	21.2 (29)
“San Giuseppe da Copertino” Copertino (Le)	18.2 (25)
“Lorenzo Bonomo” Andria (BAT)	21.9 (30)
Risposte mancanti	0.7 (1)
<i>Ruolo professionale</i>	
Medico	22.6 (31)
Infermiere	73 (100)
Risposte mancanti	4.4 (6)
<i>Anni di esperienza lavorativa</i>	
1-5	17.1 (22)
6-10	16.3 (21)
11-15	18.6 (24)
16-20	10.9 (14)
21-25	17.1 (22)
26-30	14.7 (19)
Over 30	5.4 (7)
Risposte mancanti	2.9 (4)

## Sezione B: grado di conoscenza della MSbPtra i professionisti sanitari

Alla domanda se conoscessero o meno la sindrome (Tabella 2), solo il 22.6% (n= 31) del campione ha risposto affermativamente. Tra le fonti di informazione, rientra la formazione di base (7.3%, n=10), i corsi di formazione post-base (2.2 %, n=3), corsi di aggiornamento per la Formazione Continua in Medicina (2.9.%, n=4). Ulteriori informazioni sono state ricevute attraverso uno scambio informativo con altri colleghi infermieri (2.9 %, n=4) e Tv-mass-media (2.2%, n=3). Tra le fonti di informazione, nell'ambito della formazione di base e post base, l'1,5% (n=2) attraverso convegni; durante il corso di Laurea in Infermieristica (2.2; n=3) e corso di Laurea in Medicina (0.7% n=1); durante il corso di specializzazione in medicina legale (0.7%, n=1).

Nell'item 4 della Tabella 2, venivano chieste tra una serie di caratteristiche quelle distintive della Sindrome di *Munchausen per Procura*. Sebbene il 77.4% (n=106) non abbia rilasciato risposta all'item, il 64.5% (n=20/31) dei rispondenti ha riconosciuto l'item "*La Sindrome di Munchausen per Procura è una forma di abuso su minore classificabile tra le cosiddette Patologie delle Cure*" come esatto. Mentre, il 58.1% (n=18/31) ha riconosciuto l'item "*La madre assume atteggiamenti inappropriati al periodo evolutivo del bambino*" come esatto, nonostante fosse sbagliato. L'item "*La madre è fredda o indifferente nei confronti del bambino*" è stato segnato esatto dal 12.9% (n=4/31) nonostante fosse sbagliato. Il 16.1% (n=22), inoltre, ha sostenuto che i disturbi indotti\simulati più comunemente non fossero convulsioni, sanguinamento, squilibri biochimici, febbre o vomito, ma manifestazioni respiratorie, gastrointestinali, ematiche, otorinolaringoiatriche e altre disfunzioni a carico di vari organi. Ciò nonostante, il 19.7% (n=27) sostiene che il fine ultimo delle azioni materne non sia la morte del bambino (Tabella 2).

Inoltre, è stata calcolata le media degli anni lavorativi, ed è emerso che i professionisti lavorano mediamente all'interno delle unità operative da circa 9.5 anni (SD = 8.0). Confrontando le medie dell'esperienza lavorativa in funzione dell'item n. 1 (Tabella 2), che esplorava la conoscenza della

patologia, emerge che la percentuale di coloro che non conoscono la patologia è pari al 77.4% (media =9.4, n=106;SD = 8.4) contro una percentuale pari al 22.6%; (media di 8.2, n=31, SD = 7.1) tra chi la conosce. Questa differenza non risulta però statisticamente significativa ( $t = 0.727$ ;  $p = 0.468$ ).

<b>Tabella 2. GRADO DI CONOSCENZA DELLA SINDROME DI MÜNCHAUSEN(N=137).</b>	<b>% (N)</b>
<i>V1. Conosce la Sindrome di Munchausen per Procura?</i>	
Si	22.6 (31)
No	77.4 (106)
<i>V2. In quale occasione o attraverso quale fonte ha acquisito conoscenze in merito a questa sindrome?</i>	
Altri Infermieri	2.9 (4)
Formazione di base	7.3 (10)
Formazione continua in medicina	2.9 (4)
Formazione post base	2.2 (3)
Internet	0.7 (1)
Pediatri	0.7 (1)
Quotidiani, TV, media	2.2 (3)
Attraverso esperienze in altre unità operative	0.7 (1)
Altro	2.2 (3)
Risposte mancanti	77.4 (106)
<i>V3. Se nell'ambito formativo, in occasione di quale corso universitario, corso di master, conferenza per la Formazione Continua in Medicina etc.?</i>	
Convegni	1.5 (2)
Corsi di aggiornamento	0.7 (1)
Corso di laurea	2.2 (3)
Corso di laurea in medicina	0.7 (1)
Corso di medicina legale	0.7 (1)

ECM	1.5 (2)
Master infermieristica forense	0.7 (1)
Medicina legale	1.5 (2)
Risposte mancanti	90.5 (124)
<i>V4. Quali reputa siano le caratteristiche distintive la Sindrome di Munchausen per Procura? *</i>	
<i>V4.1 La Sindrome di Munchausen per Procura è una forma di abuso su minore classificabile tra le cosiddette “Patologie delle Cure”.</i>	
No	35.5 (11)
Si	64.5 (20)
<i>V4.2 Si ha la presenza di una malattia inspiegabile persistente o ricorrente</i>	
No	58.1 (18)
Si	41.9 (13)
<i>V4.3 La madre assume atteggiamenti inappropriati al periodo evolutivo del bambino.</i>	
No	41.9 (13)
Si	58.1 (18)
<i>V4.4 La madre è fredda o indifferente nei confronti del bambino.</i>	
No	87.1 (27)
Si	12.9 (4)
<i>V4.5 La madre è molto attenta e presente; si rifiuta di lasciare il bambino da solo e si propone per somministrare essa stessa i farmaci ed effettuare la raccolta di sangue e urina.</i>	
No	45.2 (14)
Si	54.8 (17)

<i>V4.6 La madre è meno preoccupata della malattia del figlio di quanto non lo siano i sanitari e acconsente prontamente a qualsiasi procedura diagnostico-terapeutica anche molto invasive propostale dai medici.</i>	
No	77.4 (24)
Si	22.6 (7)
<i>V4.7 Il bambino è spesso frutto di una gravidanza non desiderata.</i>	
No	93.5 (29)
Si	6.5 (2)
<i>V4.8 Il bambino vittima di Sindrome di Munchausen per Procura è tipicamente in età prescolare (dalla nascita ai 4 anni di età).</i>	
No	71 (22)
Si	29 (9)
<i>V4.9 I disturbi indotti\simulati più comunemente sono: convulsioni, sanguinamento, squilibri biochimici, febbre, vomito.</i>	
No	71 (22)
Si	29 (9)
<i>V4.10 I segni e sintomi non si manifestano in assenza della madre.</i>	
No	77.4 (24)
Si	22.6 (7)
<i>V4.11 Lo scopo ultimo delle azioni materne è la morte del bambino.</i>	
No	87.1 (27)
Si	12.9 (4)
<i>V4.12 Si ha discrepanza tra risultati clinici e storia riferita; segni che non hanno un senso clinico.</i>	
No	51.6 (16)
Si	48.4 (15)

<i>V4.13 La madre possiede conoscenze mediche e/o infermieristiche.</i>	
No	77.4 (24)
Si	22.6 (7)
<i>V4.14 Il bambino appare spaventato dalla madre rifiutandone il contatto.</i>	
No	87.1 (27)
Si	12.9 (4)
<i>V4.15 Il bambino appare trascurato.</i>	
No	93.5 (29)
Si	6.5 (2)
<i>V4.16 Il bambino vive un rapporto simbiotico con la madre.</i>	
No	80.6 (25)
Si	19.4 (6)
<i>V4.17 Il genitore non perpetrante l'abuso, generalmente il padre, è l'elemento passivo, marginale, della coppia genitoriale.</i>	
No	64.5 (20)
Si	35.5 (11)
<i>V4.18 Se non conduce a morte, la Sindrome di Munchausen per Procura comporta comunque sequele a lungo termine sulla salute psicofisica del bambino.</i>	
No	54.8 (17)
Si	45.2 (14)

### **Sezione C-D: percezione del bisogno formativo e della pratica professionale**

Dai risultati dello studio si evince che una percentuale importante (86.1%, n=118) sostiene di non aver mai assistito, nel corso della sua vita professionale, alla diagnosi della Sindrome di *Munchausen* per Procura, contro il 10.9% (n=17) che invece sostiene di aver assistito alla diagnosi di tale sindrome.

Di questi 17 soggetti, il 7.3% (n=10) è stato attivamente coinvolto in tale diagnosi. Dei 17 soggetti che si sono trovati di fronte al presunto abuso; emerge che il primo professionista coinvolto sia stato un pediatra (17.6%; n=3); il 5.9% (n=1) ha denunciato personalmente l'abuso; il 35.3% (n=6) ne ha parlato con altri infermieri, il 5.9% (n=1) ne ha parlato con il medico referente; il 35.3% (n=6) non ha assunto nessuna decisione poiché non sapeva cosa fare. Una percentuale importante (53.3%, n=73) dei professionisti indagati ha sospettato o potrebbe ora sospettare retrospettivamente la Sindrome.

Inoltre, non sono state trovate differenze significative tra medici ed infermieri nelle risposte agli items, tranne che per l'ultimo punto dell'item 5: "*Si sono presentati più volte con il proprio bambino vittima di patologie ogni volta non ben clinicamente definibili*", per il quale risulta che per i medici (36.7%) questo tipo di evento si è verificato di più rispetto agli infermieri (11.1%) (Chi quadro = 9.7; p-value = 0.002). Esaminando, invece, la percezione di questa condizione patologica emerge che il 39.4% (n=54) dei professionisti, nel corso della loro attività professionale, è rimasto colpito dai genitori che raccontano minuziosamente la storia della malattia del figlio (Tabella 3). Il 35.8% (n=49) ha incontrato più volte, durante il proprio turno di lavoro, genitori ansiosi e molto presenti, che acconsentissero prontamente a tecniche diagnostiche terapeutiche invasive (Tabella 3).

Inoltre, il 50.4% (n=69) dei professionisti ha riscontrato situazioni nelle quali i genitori, che ricorrevano con assiduità al ricovero del proprio figlio, raccontavano che fosse affetto da malattie rare o secondo alcuni professionisti (46.7%, n=64), da malattie difficili da diagnosticare. Il 41.6% (n=57) hanno riscontrato genitori che esagerassero i sintomi del bambino o attribuissero significati patologici gravi a malattie sintomatologiche modeste. Infine, il 35.8% (n=49) ha assistito a situazioni in cui i genitori hanno deciso di interrompere l'iter clinico senza motivo apparente. Alla luce di quanto detto, il 93.4% (n=128) dei professionisti sostiene che sarebbero utili e necessari corsi di formazione per approfondire tale Sindrome. La maggior parte dei professionisti coinvolti nello studio infatti pensa che il professionista Infermiere con una formazione adeguata, possa contribuire a ridurre la sottostima di tale fenomeno, e orientare il professionista medico ad una diagnosi tempestiva (Tabella 3).

<b>Tabella 3. ESPERIENZA PROFESSIONALE E PERCEZIONE BISOGNO FORMATIVO(N=137).</b>	% (N)
<i>V5 Durante la sua attività professionale è rimasto colpito da genitori che</i>	
<i>V5.1 Raccontano minuziosamente la storia della malattia del figlio</i>	
Si	39.4 (54)
No	46 (63)
Risposte mancanti	14.6 (20)
<i>V5.2 Chiedono di partecipare alla somministrazione della terapia</i>	
Si	52.6 (72)
No	32.8 (45)
Risposte mancanti	14.6 (20)
<i>V5.3 Sono particolarmente attivi e cercano di aiutare gli infermieri socializzando con questi e con gli altri pazienti</i>	
Si	52.6 (72)
No	32.8 (45)
Risposte mancanti	14.6 (20)
<i>V5.4 Sono particolarmente presenti e ansiosi nei confronti del figlio durante la degenza in ospedale ma acconsentono prontamente a tecniche diagnostiche terapeutiche anche invasive</i>	
Si	35.8 (49)
No	49.6 (68)
Risposte mancanti	14.6 (20)
<i>V5.5 Si sono presentati più volte con il proprio bambino vittima di patologie ogni volta non ben clinicamente definibili</i>	
Si	70.1 (96)
No	14.6 (20)

Risposte mancanti	15.3 (21)
<i>V6 Fra i genitori che ricorrono con molta assiduità al ricovero del proprio figlio ha mai riscontrato situazioni nelle quali i genitori</i>	
<i>V6.1 Raccontano che il figlio è affetto da malattie particolarmente rare</i>	
Mai	26.3 (36)
Qualche volta	50.4 (69)
Spesso	5.8 (8)
Risposte mancanti	17.5 (24)
<i>V6.2 Riferiscono che il figlio ha una malattia difficile da diagnosticare, pur risultando sano</i>	
Mai	24.1 (33)
Qualche volta	46.7 (64)
Spesso	10.2 (14)
Risposte mancanti	19 (26)
<i>V6.3 Esagerano i sintomi e il quadro clinico del bambino</i>	
Mai	8.8 (12)
Qualche volta	41.6 (57)
Spesso	33.6 (46)
Risposte mancanti	16.1 (22)
<i>V6.4 Attribuiscono significati patologici gravi a malattie sintomatologicamente modeste, richiedendo ulteriori accertamenti</i>	
Mai	8.8 (12)
Qualche volta	44.5 (61)
Spesso	27 (37)
Risposte mancanti	19.7 (27)
<i>V6.5 Decidono di interrompere l'iter clinico senza motivo apparente</i>	

Mai	34.3 (47)
Qualche volta	35.8 (49)
Spesso	9.5 (13)
Risposte mancanti	20.4 (28)
<i>V7 Ha mai assistito nel corso della sua professione alla diagnosi di tale sindrome?</i>	
Si	10.9 (17)
No	86.1 (118)
Risposte mancanti	2.9 (4)
<i>V8 Se sì, è stato effettivamente coinvolto in tale diagnosi?</i>	
Si	7.3 (10)
No	5.8 (8)
Risposte mancanti	86.9 (119)
<i>V9 Ha mai assistito a casi che, all'epoca in cui si sono verificati ha sospettato, o potrebbe ora sospettare retrospettivamente, essere attribuibili e non diagnosticati come tali?</i>	
Si	53.3 (73)
No	39.4 (54)
Risposte mancanti	7.3 (10)
<i>V11 Nel caso abbia in prima persona sospettato un caso di sindrome, cosa ha fatto?</i>	
Ho personalmente denunciato l'abuso	5.9 (1)
Ne ho parlato con gli altri infermieri	35.3 (6)
Ne ho parlato con il medico referente	5.9 (1)
Ne ho parlato con il pediatra	17.6 (3)
Niente perché ero sicuro	35.3 (6)
Risposte mancanti	87.6 (120)

<i>V12 Alla luce di quanto detto, ritiene che un infermiere debitamente formato in merito possa contribuire significativamente al riscontro e diagnosi della sindrome?</i>	
Si	82.5 (113)
No	10.2 (14)
Risposte mancanti	7.3 (10)
<i>V13 Sarebbero utili, secondo lei, corsi di formazione per approfondire tali tematiche?</i>	
Si	93.4 (128)
No	0.7 (1)
Risposte mancanti	5.8 (8)

## Discussione

Obiettivo dello studio è stato quello di valutare il grado di conoscenza della Sindrome di *Munchausen* per Procura (*Munchausen Syndrome by Proxy - MSbP*) tra gli Infermieri e i Medici di quattro Ospedali del Sud Italia. È indubbio che lo sviluppo armonioso della personalità del bambino dipenda da un adeguato attaccamento alla figura materna [21]. Le prime relazioni affettive sono fondamentali per una sana crescita del bambino, ma in assenza di cure adeguate si può parlare di “Patologie delle cure” ovvero “quelle condizioni in cui i genitori o le persone legalmente responsabili del bambino non provvedono adeguatamente ai suoi bisogni fisici e psichici, in rapporto all’età evolutiva” [22]. Esistono tre tipi di categorie cliniche che rientrano nella ‘Patologie delle cure’ (*Incuria, Discuria e Ipercuria*), ma tutte causano importanti ripercussioni sulla salute fisica e mentale del bambino. Tra le caratteristiche messe in evidenza dai professionisti rispetto alla figura materna in situazioni di MSbP emerge che, nonostante sia molto attenta e presente, spesso assume atteggiamenti inappropriati: si rifiuta di lasciare il bambino da solo, si propone per somministrare essa stessa i farmaci ed effettuare la raccolta di sangue e urina [10]. Il 17.5% del campione (n=24) pensa che la madre non possieda

conoscenze mediche e/o infermieristiche, questo aspetto non conferma i dati riportati in letteratura, dai quali si evince che la madre risulta essere colta in campo sanitario, cooperativa verso i medici e in grado di esprimersi con buone proprietà di linguaggio [23]. Per quanto riguarda la figura paterna invece, questa sembra essere assente dalla vita familiare o resta lontano da casa per molto tempo e ciò facilita la messa in atto degli abusi da parte della madre. Tuttavia, per il 14.6% (n=20) dei professionisti sanitari il genitore non perpetrante l'abuso non è l'elemento passivo e marginale della coppia genitoriale.

Questo dato è in contrasto con quello ottenuto dallo studio di Morell B. e Tilley DS (2012), in cui si evince che i padri delle vittime di MSbP tendono ad essere sorpresi dall'abuso, perché generalmente sono distanti e distaccati dal nucleo familiare, non coinvolti emotivamente e fisicamente. Solo dopo la conferma della diagnosi di MSbP il padre, ripensando al passato, è in grado di riconoscere e identificare alcuni segnali di avvertimento sull'abuso da parte del suo coniuge. Secondo questo studio, inoltre, conoscere le caratteristiche della Sindrome e di entrambi i genitori consente agli infermieri di rilevare meglio questa forma di abuso [12].

L'abuso sui minori non rappresenta solo un preoccupante fenomeno sociale, ma costituisce una vera e propria patologia, che richiede un'accurata valutazione diagnostica da parte di un'equipe specialistica multidisciplinare. La necessità di conoscenze in merito, appare un bisogno sentito in quanto indice della consapevolezza del professionista sanitario dell'importanza del riconoscimento, diagnosi e cura di questa forma di abuso. In Italia non mancano iniziative e solide basi di appoggio di tipo legislativo per prevenire e contrastare il maltrattamento dei minori [24]. I risultati dello studio indicano che solo una minoranza dei professionisti analizzati conosce la Sindrome di *Munchausen* per Procura e solo alcuni di loro saprebbero gestire e affrontare una tale situazione. A confermare questo dato potrebbero essere non solo i risultati allo studio, ma anche le numerose risposte mancanti alle domande proposte sulla conoscenza della Sindrome e sull'esperienza professionale. Questi dati sono in linea con quelli presenti in un'indagine multicentrica condotta in tre ospedali della Toscana (Italia).

In questo studio è stato visto che il livello di conoscenza generale è generalmente basso (30.8%) o medio-basso (30.8%). In particolare, ai partecipanti era chiaro che la Sindrome fosse una forma di abuso sui minori, ma la distinzione tra le diverse forme di abuso (*Incuria, Discuria, Ipercuria*) sembrava essere poco conosciuta. Dallo studio effettuato si evidenzia, inoltre, la necessità di formazione in merito e un bisogno sentito dal 95.9% del personale infermieristico di conoscere meglio la Sindrome [25]. Un altro aspetto che sembra carente è la macchina attuativa, il coordinamento delle risorse e dei servizi, l'armonizzazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, per cui una volta identificato un caso sospetto non si sa come procedere. I maltrattamenti e abusi sui minori vengono denunciati ai dipartimenti di emergenza e secondo le linee guida della Regione Emilia-Romagna sono da identificare con il codice ROSSO/NAP (Non Avere Paura). Tuttavia, non tutte le realtà di primo intervento pediatrico sembrerebbero dotate di uno strumento, come un questionario o checklist, che faciliti il professionista nell'individuare le condizioni di rischio di abuso infantile [26]. Sulla base di questa indagine, si possono, quindi, indicare due livelli su cui lavorare:

- 1) il livello sanitario, il maltrattamento dei minori va considerato una questione di salute pubblica e deve essere trattato in termini di prevenzione, formazione di vari profili professionali che si interfacciano con il minore, approfondimento diagnostico sui comportamenti a rischio, protocolli di intervento e investimenti economici e finanziari in ricerca;
- 2) il livello sociale, il maltrattamento dei minori richiede un'azione di cura sociale sulle famiglie, sul sostegno alla genitorialità, sul delicato periodo del post-partum. Il maltrattamento sui minori richiede un'attenzione e un piano d'azione ad ogni livello: nazionale, regionale e locale. Il contrasto rappresenta oltre che una forma di tutela dei diritti fondamentali anche un ambito di salvaguardia del benessere dell'individuo e un buon investimento sul futuro.

## Conclusioni

Lo studio ha evidenziato la scarsa conoscenza di tale Sindrome dei professionisti sanitari e la necessità

di incrementare corsi di formazione professionale. Secondo la letteratura, i casi di maltrattamento e abuso sui minori sono sottostimati e spesso quando diagnosticati, l'inefficacia dell'intervento è dovuta alla coesistenza di interventi frammentati, con modelli di lavoro non coordinati [27]. Di conseguenza è di fondamentale importanza che tutti gli interventi sanitari e sociali siano integrati e condivisi. Prioritario è l'investimento nella qualificazione delle competenze specifiche, sia mediante un aggiornamento continuo, sia attraverso la condivisione di un protocollo condiviso tra i vari servizi interessati. È necessario quindi che ci sia un contributo di tutti gli operatori che interagiscono con il minore e che questi abbiano una profonda conoscenza della situazione in cui egli si trova, anche in momenti successivi all'abuso subito.

### **Limiti**

I risultati dello studio devono essere considerati tenendo conto di alcuni limiti che riguardano delle possibili distorsioni legate ad aspetti che interessano l'intenzione di non voler dichiarare eventuali abusi su minori per paure di ritorsioni. Inoltre, una maggiore numerosità campionaria e uno studio multicentrico avrebbero dato un maggior contributo e la possibilità di comparare i nostri dati con quelli presenti in letteratura. In ogni caso, i nostri risultati preliminari evidenziano la necessità di una maggior divulgazione di conoscenze in ambito pediatrico e nei dipartimenti di emergenza/urgenza, in merito a questa patologia.

### **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.

## **Ringraziamenti**

Si ringraziano gli Infermieri e i Medici che hanno accettato di partecipare allo studio.

## **Abbreviazioni:**

MSBP (*Münchhausen Syndrome by Proxy*)

DSM (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)

APA (American Psychiatric Association)

CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia)

**Appendice:** Questionario per la valutazione della Sindrome di *Munchausen* per Procura

(*Munchausen Syndrome by Proxy - MSbP*)

Questionario di Hochhauser KG &amp; Richardson RA (1994)

**SEZIONE A – DATI SOCIO PROFESSIONALI**

<b>Regione in cui lavori</b> _____	ASL _____ OSPEDALE _____ _____ _____	<b>Provincia</b> _____	<b>GENERE</b> 1) Maschio 2) Femmine						
<b>ETÀ</b> <input type="checkbox"/> 21- 30 <input type="checkbox"/> 31- 40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51- 60 <input type="checkbox"/> oltre i 60									
<b>AREA CRITICA:</b> <input type="checkbox"/> Pronto soccorso Da quanto tempo presta servizio nell'unità operativa (anni)n ____									
<b>ESPERIENZA LAVORATIVA</b>									
<input type="checkbox"/> 1 - 5 <input type="checkbox"/> 6- 10 <input type="checkbox"/> 11-15 <input type="checkbox"/> 16- 20 <input type="checkbox"/> 21-25 <input type="checkbox"/> 26-30 <input type="checkbox"/> oltre i 30									
<b>RUOLO LAVORATIVO</b> <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Medico									
<b>INDICHI IL LIVELLO DI FORMAZIONE PIU ELEVATO</b>									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>(1) Diploma universitario</td></tr> <tr><td>(2) Diploma regionale</td></tr> <tr><td>(3) Laurea Triennale</td></tr> <tr><td>(4) Laurea magistrale</td></tr> <tr><td>(5) Dottorato di Ricerca</td></tr> <tr><td>(6) Laurea in Medicina e Chirurgia                      Specializzazione in _____</td></tr> </table>				(1) Diploma universitario	(2) Diploma regionale	(3) Laurea Triennale	(4) Laurea magistrale	(5) Dottorato di Ricerca	(6) Laurea in Medicina e Chirurgia                      Specializzazione in _____
(1) Diploma universitario									
(2) Diploma regionale									
(3) Laurea Triennale									
(4) Laurea magistrale									
(5) Dottorato di Ricerca									
(6) Laurea in Medicina e Chirurgia                      Specializzazione in _____									

**SEZIONE B – GRADO DI CONOSCENZA DELLA SINDROME**

1. Conosce la “Sindrome di Munchausen per Procura”(MSbP)?

Si       No

2. In quale occasione o attraverso quale fonte ha acquisito conoscenze in merito a questa sindrome?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formazione di base              | <input type="checkbox"/> Altri infermieri       |
| <input type="checkbox"/> Formazione post – base          | <input type="checkbox"/> Riviste professionali  |
| <input type="checkbox"/> Formazione Continua in Medicina | <input type="checkbox"/> Quotidiani, Tv e Media |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                     | <input type="checkbox"/> Pediatri               |

3. Se nell’ambito formativo, in occasione di quale corso universitario, corso di master, conferenza per la Formazione Continua in Medicina etc.?

\_\_\_\_\_

4. Quali reputa siano le caratteristiche distintive la Sindrome di Munchhausen per Procura? (possibili più risposte esatte, barrare le caselle corrispondenti). Una volta risposto alla presente domanda vada alla domanda n° 7

- La Sindrome di Munchhausen per Procura è una forma di abuso su minore classificabile tra le cosiddette “Patologie delle Cure”
- Si ha la presenza di una malattia inspiegabile persistente o ricorrente
- La madre assume atteggiamenti inappropriati al periodo evolutivo del bambino
- La madre è fredda o indifferente nei confronti del bambino
- La madre è molto attenta e presente; si rifiuta di lasciare il bambino da solo e si propone per somministrare essa stessa i farmaci ed effettuare la raccolta di sangue e urina
- La madre è meno preoccupata della malattia del figlio di quanto non lo siano i sanitari e acconsente prontamente a qualsiasi procedura diagnostico – terapeutica anche molto invasiva proposita dai medici
- Il bambino è spesso frutto di una gravidanza non desiderata

- Il bambino vittima di Sindrome di Munchhausen per Procura è tipicamente in età prescolare (dalla nascita ai 4 anni di età)
- I disturbi indotti/simulati più comunemente sono: convulsioni, sanguinamento, squilibri biochimici, febbre, vomito
- Segni e sintomi non si manifestano in assenza della madre
- Lo scopo ultimo delle azioni materne è la morte del bambino
- Si ha discrepanza tra risultati clinici e storia riferita; segni che non hanno un senso clinico
- La madre possiede conoscenze mediche e/o infermieristiche
- Il bambino appare spaventato dalla madre rifiutandone il contatto
- Il bambino appare trascurato
- Il bambino vive un rapporto simbiotico con la madre
- Il genitore non perpetrante l'abuso, generalmente il padre, è l'elemento passivo, marginale, della coppia genitoriale
- Se non conduce a morte, la Sindrome di Munchhausen per Procura comporta comunque sequele a lungo termine sulla salute psicofisica del bambino

### SEZIONE C – PERCEZIONE e PRATICA PROFESSIONALE

**5. Durante la sua attività professionale è rimasto colpito da genitori che (possibili più risposte):**

- Raccontano minuziosamente la storia della malattia del figlio
- Chiedono di partecipare alla somministrazione della terapia
- Sono particolarmente attivi e cercano di aiutare gli infermieri socializzando con questi e con gli altri pazienti
- Sono particolarmente presenti e ansiosi nei confronti del figlio durante la degenza in ospedale ma acconsentono prontamente a tecniche diagnostiche terapeutiche anche invasive
- Si sono presentati più volte con il proprio bambino vittima di patologie ogni volta non ben clinicamente definibili

**6. Fra i genitori che ricorrono con molta assiduità al ricovero del proprio figlio ha mai riscontrato situazioni nelle quali i genitori:**

	<b>Mai</b>	<b>Qualche volta</b>	<b>Spesso</b>
Raccontano che il figlio è affetto da malattie particolarmente rare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riferiscono che il figlio ha una malattia difficile da diagnosticare, pur risultando sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esagerano i sintomi e il quadro clinico del bambino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attribuiscono significati patologici gravi a malattie sintomatologicamente modeste, richiedendo ulteriori accertamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decidono di interrompere l'iter clinico senza motivo apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Legga questa breve definizione e alla luce di questa nonché delle eventuali riflessioni suscitate dalle risposte alle domande n° 5 e n° 6 risponda alle domande seguenti.**

La Sindrome di Munchhausen per Procura (MSbP) può essere definita come una insolita ed insidiosa forma di abuso su minore nella quale l'autore dell'abuso, (usualmente, ma non sempre, la madre) riferisce/simula/fabbrica/induce segni e sintomi ascrivibili a quadri patologici non ben definibili nel proprio figlio con l'intento di ottenere per questo valutazioni mediche/ricoveri/procedure diagnostiche terapeutiche in realtà non necessarie."

**SEZIONE D**

**ESPERIENZA PROFESSIONALE e PERCEZIONE BISOGNO FORMATIVO**

**7. Ha mai assistito nel corso della sua professione alla diagnosi di tale sindrome?**

- Sì                       No

**8. Se sì, è stato attivamente coinvolto in tale diagnosi?**

- Sì                       No

**9. Ha mai assistito a casi che, all'epoca in cui si sono verificati ha sospettato, o potrebbe ora sospettare retrospettivamente, essere attribuibili a tale sindrome e non diagnosticati come tali?**

- Sì                       No

**10. Se ha assistito a casi di sospetta o diagnosticata MSbP, chi dell'equipe sanitaria è stato il primo a muovere sospetti?**

- Io stesso                       Il pediatra  
 Un altro infermiere                       Altro

**11. Nel caso abbia in prima persona sospettato un caso di tale sindrome, cosa ha fatto?**

- Ne ho parlato con gli altri infermieri  
 Ne ho parlato con il pediatra/medico referente Ho personalmente denunciato l'abuso  
 Niente perché non ero sicuro

**12. Alla luce di quanto detto, ritiene che un infermiere debitamente formato in merito possa contribuire significativamente al riconoscimento e diagnosi della sindrome?**

- Sì                       No

**13. Sarebbero utili, secondo lei, corsi di formazione per approfondire tali tematiche?**

- Sì                       No

## Bibliografia

1. Lasher LJ, Sheridan M.S. Munchausen by proxy: identification, intervention, and case management. Binghamton, NY: Haworth Press. 2004.
2. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse, *Lancet*. 1977;2(8033):343-345.
3. Gregory RJ, Jindal S. Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward *Am. J Orthopsychiatry*. 2006; 76(1):31-36
4. Mehl AL, Coble L, Johnson S. Munchausen syndrome by proxy: a family affair, in *Child Abuse & Neglect*. 1990; 14(4): 577–585.
5. Coluccia A, Lorenzi L, Strambi M. *Infanzia mal-trattata*, 1nd ed. Milano: F. Angeli; 2002: 38.
6. Roger W. Byard. *Sudden Death in Infancy, Childhood and Adolescence*. 2nd ed. Cambridge University Press; 2004: 139.
7. St Andrew's House Scottish Government, *It's everyone's job to make sure "I'm alright"* *Literature Review*, su *gov.scot*, 9 maggio 2003.
8. Herman JL, Perry C, Van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1989; 146(4): 490-495.
9. Whitman BY, Munkel W. Multiple personality disorder: A risk indicator, diagnostic marker and psychiatric outcome for severe child abuse. *Clinical Pediatrics*. 1991; 30(7): 422-428.
10. Levine A, Sheridan M.S. *La sindrome di Munchausen per procura*. Centro Scientifico Editore; 2001.
11. Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. *Archives of disease in Childhood*. 1992 Dec 1; 67: 1510-1516.
12. Morrell, B, Tilley D.S. The role of non-perpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of pediatric nursing*. 2012; 27(4), 328-335.

13. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5nd ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013: 324–326.
14. PHIL M. Munchausen's Syndrome by Proxy: Current Issues in Assessment, Treatment, and Research. International perspectives on Munchausen syndrome by proxy. London: Imperial College Press; 2001: 13-38.
15. WHO Regional office for Europe. European report on preventing child maltreatment. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013.
16. Cismai: Autorità Garante per L'Infanzia e L'Adolescenza, Terre de Hommes. Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, Risultati e Prospettive. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Cismai – Fondazione Terre des Hommes Italia2015. Disponibile a: <https://terredeshommes.it/wp-content/uploads/2015/05/Indagine-maltrattamento.pdf>. Ultimo accesso 1 giugno 2020.
17. World Health Organization. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
18. OMS. Quaderni di sanità pubblica: Violenza e Salute nel mondo. Milano: CIS; 2002.
19. D'Andrea MS, De Palma A, Gaudio RM, Masi M, Sola N. I quaderni del professionista (novembre 2013), Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso. Regione Emilia-Romagna, Bologna: novembre 2013 disponibile sul sito: [https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/archivio/quad\\_1\\_valutazione\\_clinica\\_e\\_medico\\_legale.pdf/view](https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/archivio/quad_1_valutazione_clinica_e_medico_legale.pdf/view) Ultimo accesso 1Giugno 2020.
20. Hochhauser KG, Richardson RA. Munchausen syndrome by proxy: an exploratory study of pediatric nurses' knowledge and involvement. J Pediatr Nurs. 1994 Oct;9 (5):313-20.
21. Bowlby J. The role of attachment in personality development and psychopathology. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock; 1989.

22. Montecchi F. I maltrattamenti e gli abusi sui bambini: Prevenzione e individuazione precoce. Milano: Franco Angeli; 1998.
23. Louis R. Franzini, John M. Grossberg. Comportamenti bizzarri. Astrolabio; 1996.
24. XVIII LEGISLATURA, Allegato B, Seduta di Martedì 18 giugno 2019. ATTI DI INDIRIZZO, *Mozioni*:  
[http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/assemblea/html/sed0191/allegato\\_b.htm](http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/assemblea/html/sed0191/allegato_b.htm)
25. Bulli G, Ciofi D. La Sindrome di Munchausen per Procura: un'indagine tra gli infermieri di area pediatrica. *Children's Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing*. 2015;7(4),117-119.
26. Zangardi T, Da Dalt L. Il triage pediatrico, Padova: Piccin editore; 2008.
27. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

---

**Valutazione dell'efficacia dello strumento Tri-Co nei pazienti post-chirurgici:**

**Studio osservazionale**

Benedetta Cianciolo<sup>1</sup>and Manuela Ferrari<sup>2</sup>

1. Infermiera Medicina Interna presso l'Azienda Sanitaria Locale di Biella
2. Tutor della Didattica Professionale presso il Corso di Laurea in Infermieristica Università del Piemonte Orientale - Biella

\* *Corresponding Author*: Benedetta Cianciolo, infermiera di Medicina Interna presso l'Azienda Sanitaria Locale di Biella. E-mail: [benny.cianciolo@gmail.com](mailto:benny.cianciolo@gmail.com)

**DOI:** [10.32549/OPI-NSC-39](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-39)

**ABSTRACT**

**Introduzione:** ad oggi, non esiste uno strumento che identifichi il livello di intensità di cura adeguato nell'immediato post-operatorio nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Tra gli strumenti utilizzati, il Triage di Corridoio (Tri-Co), che comprende la valutazione empirica del livello di gravità e di dipendenza del paziente, potrebbe essere potenzialmente utile anche in ambito chirurgico.

**Obiettivo:** valutare l'efficacia dello strumento Tri-Co attraverso un'analisi della concordanza tra i punteggi ottenuti dallo strumento Tri-Co e l'allocazione reale del paziente per intensità di cura.

**Materiali e Metodi:** è stato condotto uno studio osservazionale presso l'Ospedale di Biella, su pazienti che erano stati sottoposti ad intervento chirurgico nel 2016, per i quali era stato calcolato il punteggio Tri-Co e successivamente valutato il grado di concordanza tra il punteggio Tri-Co e l'effettiva collocazione del paziente.

**Risultati:** sono stati osservati 671 pazienti, di questi, 443 sono stati inclusi nell'analisi. La concordanza, tra l'allocazione per intensità di cura secondo la valutazione in uso e il Tri-Co, è stata calcolata con il Kappa di Cohen pesato e relativo intervallo di confidenza al 95%. Il valore Kappa è stato pari a 0.125 (IC 95% 0.105 - 0.131), mostrando una concordanza scarsa tra i due tipi di valutazione. In particolare, nella valutazione dell'allocazione dei pazienti, il metodo Tri-Co sovrastima nella valutazione i pazienti da allocare in reparti appartenenti alla chirurgia a bassa intensità, mentre sottostima quelli da allocare presso le chirurgie a media ed alta intensità di cura.

**Conclusioni:** i risultati ottenuti hanno dimostrato una scarsa concordanza tra l'allocazione per intensità di cura reale e con il Tri-Co. La valutazione del paziente chirurgico dovrebbe prevedere l'integrazione dell'indice ASA con il grado di complessità dell'intervento.

**Parole Chiave:** triage di corridoio, intensità di cura, chirurgia.

---

**Assess effectiveness of the *Tri-Co* tool in post-surgical patients : an observational study****ABSTRACT**

**Introduction:** to date, there is no tool that identifies the appropriate level of care intensity in the immediate post-operative period in patients undergoing surgery. Among the tools used, the Corridor Triage (Tri-Co), which includes the empirical evaluation of the level of severity and dependency of the patient, could also be potentially useful in surgery.

**Objective:** assess effectiveness of the Tri-Co tool through the analysis of the concordance between the scores obtained by the Tri-Co instrument and the real allocation of the patient by intensity of care.

**Materials and Methods:** an observational study was conducted in Biella's Hospital, on surgical patients undergoing surgery in 2016 was calculated the Tri-Co score and, subsequently, assess the concordance index between Tri-Co score and the actual patient placement.

**Results:** 671 patients were observed, of which 443 were included in the analysis. The agreement between the intensity allocation according to the evaluation in use and the Tri-Co was calculated with weighed Cohen's Kappa and its 95% confidence interval. The Kappa value is 0.125 (IC 95% 0.105 - 0.131), showing poor agreement between the two types of evaluation. In particular, the Tri-Co method overestimation in the evaluation, the patients to allocate in low intensity care surgeries, while it underestimates the patients to allocate in medium and high intensity care surgeries.

**Discussion:** The results obtained showed a poor match between Tri-Co. and the real care intensity allocation. The assessment of the surgical patient should include the integration of the ASA index with the degree of complexity of the intervention.

**Keywords:** Triage, surgery admission, level of care.

## INTRODUZIONE

I mutamenti del panorama sanitario italiano degli ultimi anni hanno portato allo sviluppo di un nuovo modello ospedaliero basato sull'intensità di cura in cui il protagonista è il paziente, valutato in base alla sua instabilità clinica e alla complessità assistenziale [1].

Per intensità di cura si intende la determinazione dell'intensità clinicamente richiesta, in base alla patologia e a specifiche alterazioni dei parametri fisiologici. Maggiore è il rischio di deterioramento clinico e la complessità assistenziale, più intenso è il livello di cura richiesto [2].

L'accoglienza del paziente in un'area di degenza appropriata per il suo livello di cura e lo spostamento al variare delle condizioni cliniche, devono seguire criteri oggettivi condivisi e formalizzati tra i professionisti.

A parità di risorse impiegate, l'assistenza sanitaria per intensità di cura massimizza gli effetti del percorso di presa in carico.

L'idea alla base dell'ospedale organizzato per intensità è di avere delle aree assistenziali con una diversa disponibilità di personale infermieristico rispetto ai modelli tradizionali, dove i pazienti con un quadro clinico più severo sono raggruppati in aree che richiedono una più assidua e rilevante assistenza infermieristica [3].

L'instabilità clinica si correla all'alterazione dei parametri fisiologici e permette l'identificazione del rischio di un rapido peggioramento o della morte; una sorveglianza efficace è l'elemento fondamentale affinché nella pratica non si trascuri alcun segno o sintomo di peggioramento [4]. Tra gli strumenti presenti in letteratura, in grado di valutare l'instabilità clinica, il più noto e utilizzato è il *Modified Early Warning Score* (MEWS) [5].

L'intensità assistenziale è una misura per definire la quantità e il livello di complessità dell'assistenza infermieristica necessaria per un paziente ed è il secondo fattore, insieme all'instabilità clinica, da tenere in considerazione quando si parla di intensità di cura. Essa pone in evidenza la relazione tra i bisogni assistenziali della persona e la disponibilità di risorse del

personale [6]. Il concetto di complessità assistenziale esprime una valutazione relativa al grado di dipendenza e alla tipologia dei problemi che la persona presenta e per i quali viene erogata l'assistenza [7]. Nel corso degli anni è stata sviluppata una gamma di metodi differenti per la rilevazione della complessità assistenziale, la maggior parte dei quali in contesto anglosassone, americano e canadese; alcuni esempi sono presenti anche in Australia ed Europa. Il più noto di questi metodi è l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) [8].

L'instabilità clinica e la complessità assistenziale devono naturalmente integrarsi tra di loro per fornire l'esatta collocazione del paziente nell'area ad intensità di cura adeguata a garantire un setting assistenziale coerente con i problemi clinici [9]. Per un utilizzo più appropriato dei posti letto in aree ad altissimo tasso di occupazione, e quindi dotate di ridotta flessibilità, ma anche per un corretto uso delle risorse disponibili in realtà meno affollate e con dotazioni organiche meno contratte, può essere utile prevedere l'attivazione di un sistema di triage interno all'ospedale finalizzato a stratificare, in maniera semplice e rapida, il livello di gravità clinica del paziente in modo da poterlo assistere nel setting più adeguato [10].

Il metodo Triage di Corridoio (Tri-Co) comprende la valutazione empirica del livello di gravità e di dipendenza grazie all'integrazione di due strumenti: il *Modified Early Warning Score* e l'Indice di Dipendenza Assistenziale. Il metodo permette di ottenere un indice utile ad assegnare il paziente all'area ad intensità di cura più adeguata [11].

Il Triage di corridoio è già stato sperimentato in altre realtà italiane, presso l'AUSL 6 Ospedale di Livorno in ambito medico [12], all'IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia [13], nel Pronto Soccorso della Fondazione Poliambulanza [14] e, in ambito chirurgico, nell'Ospedale di San Giovanni in Persiceto. Il Persiceto's Score prevede l'integrazione dell'indice American Society of Anesthesiologist – Physical Status Classification System (ASA) e dell'intensità dell'intervento associati alla Scala di Barthel [15].

Una valutazione complessiva del paziente chirurgico deve integrare il contributo infermieristico e

quello medico. In questo studio sono stati presi in considerazione indici quali l'ASA e la Classificazione Internazionale degli Interventi Chirurgici [16] ad integrazione dello strumento Tri-Co. L'esigenza di utilizzare uno strumento per migliorare l'allocazione del paziente chirurgico nasce dalla riorganizzazione per intensità di cura dell'Ospedale di Biella, come da Atto Aziendale del 2005.

### **Obiettivo dello studio**

L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia dello strumento Tri-Co attraverso un'analisi del concordanza tra i punteggi ottenuti dallo strumento Tri-Co e l'allocazione reale del paziente per intensità di cura, nel contesto chirurgico dell'Ospedale di Biella.

### **MATERIALI E METODI**

Lo studio condotto è di tipo osservazionale.

La raccolta dati è avvenuta dal 19 ottobre al 19 dicembre 2016, includendo nello studio tutti i pazienti afferenti al Dipartimento Chirurgico dell'Ospedale di Biella.

Il comitato etico locale ha ritenuto che in questo caso non era richiesta l'approvazione etica formale.

La partecipazione allo studio era in forma anonima. Non sono stati offerti o previsti incentivi economici ai partecipanti per essere inclusi in questo studio, i dati sensibili non sono stati né utilizzati né richiesti.

Lo studio è stato condotto in conformità con le considerazioni etiche delle dichiarazioni di Helsinki.

### **Criteri di inclusione ed esclusione**

Sono stati inclusi nello studio i pazienti maggiorenni sottoposti ad intervento chirurgico, sia in elezione che in urgenza, in regime di ricovero ordinario.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti ricoverati presso altri Dipartimenti, gli utenti ricoverati con

regime di ricovero day-hospital, one-day-hospital o sottoposti a procedure chirurgiche di ginecologia e ostetricia.

### **Raccolta dati**

Prima dell'avvio dello studio è stato previsto un momento formativo in cui gli infermieri sono stati istruiti sul corretto uso dello strumento Tri-Co. Il Tri-Co è stato applicato dal personale infermieristico in fase di arrivo in reparto dell'assistito nell'immediato post-operatorio.

Tramite la consultazione della documentazione sanitaria sono stati raccolti i dati anagrafici, l'indice ASA e il grado di complessità dell'intervento chirurgico, attribuiti secondo la Classificazione Internazionale degli Interventi Chirurgici e dal medico Anestesista in fase di risveglio post-operatorio. L'allocazione del paziente per intensità di cura ha tenuto conto: a) della durata dell'intervento, b) della complessità dell'intervento, c) della comparsa di problemi respiratori, d) della necessità di emotrasfusioni ed e) dell'utilizzo di ammine e/o colloidi.

### **Strumenti**

Il Triage di Corridoio (Tri-Co) è composto dall'integrazione di due strumenti: il *Modified Early Warning Score* e l'Indice di Dipendenza Assistenziale, che definiscono rispettivamente il livello di instabilità clinica e il livello di complessità assistenziale. Nel primo strumento si raccolgono dati relativi alla stabilità/instabilità clinica, mentre il secondo classifica le informazioni relative alla complessità assistenziale. Tali strumenti possono essere utilizzati dall'equipe medico-infermieristica.

La Tabella 1, mostra come l'integrazione degli score dei due indici identifichi l'area di intensità di cura (alta, media e bassa).

Intensità clinica	Complessità assistenziale		
	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11
MEWS 0-2	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4	Media	Media	Alta
MEWS >5	Alta	Alta	Alta

**Tabella 1.** Rappresentazione grafica dell'intensità di cura secondo il metodo Tri-Co

### Analisi Statistica

I dati sono stati raccolti all' interno di un foglio di calcolo Excel ed analizzati con il software statistico Stata 15.1 [17]. Per ogni variabile sono state riportate le frequenze assolute e percentuali.

La concordanza tra l' allocazione per intensità di cura secondo l' attuale valutazione e il metodo Tri-Co è stata calcolata con il Kappa di Cohen pesato e relativo intervallo di confidenza al 95%.

Di seguito i valori di riferimento del kappa:  $k \leq 0.2$  = concordanza scarsa;  $k$  compreso fra 0.21 e 0.4 = concordanza modesta; fra 0.41 e 0.61 = moderata; fra 0.61 e 0.80 = buona;  $>0.80$  = eccellente [18].

Il test di McNemar è stato utilizzato per valutare sullo stesso campione di pazienti, l'esistenza di differenze significative fra l'effettiva allocazione dei pazienti e la valutazione avvenuta secondo il metodo Tri-Co.

Tutti i test statistici con un  $p\text{-value} < 0.05$  sono stati considerati come significativi.

### RISULTATI

Nel periodo di studio sono stati osservati 671 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Di questi, 443 sono stati inclusi nelle analisi; i restanti 228 sono stati esclusi per incompletezza dei dati raccolti. L'età media del campione è di 66.21 anni (SD=17.3), range 18-104 anni, e composto dal 44.7% (198) da uomini e dal 55.3% (245) da donne.

Nella Tabella 2, sono riassunte le caratteristiche del campione in base all'allocazione reale per intensità di cura.

	Intensità di cura			Totale
	Bassa	Media	Alta	
<b>Tipologia di ricovero (N, %)</b>				
Programmato	62 (14)	170 (38.37)	45 (10.16)	277 (62.53)
Urgente	0	117 (26.41)	49 (11.06)	166 (37.47)
<b>Tipologia di intervento (N,%)</b>				
Elezione	62 (14)	242 (54.63)	63 (14.22)	367 (82.84)
Urgenza	0	45 (10.16)	31 (7.0)	76 (17.16)
<b>Score Indice ASA (N,%)</b>				
1-2	61 (13.77)	186 (41.99)	22 (4.96)	269 (60.72)
3-4	1 (0.23)	101 (22.80)	70 (15.80)	172 (38.83)
5-6	0	0	2 (0.45)	2 (0.45)
<b>Intervento chirurgico Classificazione Internazionale degli Interventi Chirurgici (N,%)</b>				
Chirurgia minore	9 (2.03)	33 (7.45)	0	42 (9.48)
Chirurgia intermedia	52 (11.74)	243 (54.85)	33 (7.45)	328 (74.04)
Chirurgia maggiore	1 (0.23)	11 (2.48)	61 (13.77)	73 (16.48)

**Tabella 2.** Caratteristiche del campione per livello di intensità di cure.

La Tabella 3, riporta la distribuzione di frequenza e percentuale dei pazienti sulla base degli score legati agli indici MEWS e IDA.

Intensità clinica	Complessità assistenziale			Totale
	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11	
MEWS 0-2 (N,%)	306 (69.07)	128 (28.89)	2 (0.45)	436 (98.42)
MEWS 3-4 (N,%)	1 (0.23)	2 (0.45)	3 (0.68)	6 (1.35)
MEWS >5 (N,%)	0	1 (0.23)	0	1 (0.23)
Totale (N,%)	307 (69.30)	131 (29.57)	5 (1.13)	443 (100)

**Tabella 3.** Distribuzione di frequenza e percentuale dei pazienti secondo il metodo Tri-Co

Il confronto con la reale allocazione del paziente e quello suggerito dall'indice Tri-Co è riportato in Tabella 4.

Intensità di cura (Tri-Co)	Intensità di cura (realtà)			Totale
	Bassa	Media	Alta	
Bassa (N,%)	62 (14)	202 (45.60)	42 (9.48)	306 (69.07)
Media (N,%)	0	85 (19.19)	46 (10.38)	131 (29.57)
Alta (N,%)	0	0	6 (1.35)	6 (1.35)
Totale (N,%)	62 (14)	287 (64.79)	94 (21.21)	443 (100)

**Tabella 4.** *Distribuzione di frequenza e percentuale dell'allocazione dei pazienti per intensità di cura secondo il metodo Tri-Co e quanto verificatosi nella realtà.*

I pazienti allocati in reparti appartenenti alla bassa intensità di cura sono stati il 14% (62), in base alla valutazione con il metodo Tri-Co dovrebbero essere il 69.07% (306,  $14\% < 67.95\%$ ,  $p < 0.0001$ ).

Il 64.79% (287) dei pazienti sono ricoverati presso una chirurgia a media intensità, la valutazione Tri-Co ne indicherebbe il 30.7 % (136,  $64.79\% > 30.7\%$ ,  $p < 0.0001$ ). Per quanto riguarda l'alta intensità di cura i ricoveri sono stati 21.2% (94), mentre Tri-Co ne assegnerebbe l'1.35% (6,  $21.2\% > 1.35\%$ ,  $p < 0.0001$ ).

Infine l'analisi della concordanza tra l'allocazione per intensità di cura secondo l'attuale valutazione e il metodo Tri-Co è stata valutata attraverso il coefficiente Kappa di Cohen pesato e relativo intervallo di confidenza al 95%. In particolare è risultato che il valore di Kappa è stato pari a 0.125 (IC 95% 0.105 – 0.131), evidenziando una scarsa concordanza tra le due metodiche.

## DISCUSSIONE

Lo strumento Tri-Co si è dimostrato di facile utilizzo ed in grado di fornire dati di semplice lettura, riproducibili e confrontabili, potendo essere utilizzato da infermieri e medici in modo congiunto.

Questo studio indica una scarsa concordanza tra i risultati ottenuti con il solo utilizzo del Tri-Co e

l'allocazione reale del paziente. La valutazione del paziente chirurgico con il Tri-Co dovrebbe prevedere l'integrazione con il grado di complessità dell'intervento e l'indice ASA, in linea con quanto previsto dalle *"Recommendation for specific surgery grades, minor, intermediate and major or complex and asa"* del 2016 [16], perché il metodo Tri-Co, come è emerso dal test di McNemar, sovrastima nella valutazione dei pazienti allocati in reparti appartenenti alla chirurgia a bassa intensità, mentre sottostima quelli ricoverati presso le chirurgie a media e alta intensità di cura.

I sistemi di valutazione dell'intensità di cura, ad oggi, non presentano uno strumento utile a integrare le informazioni relative alla complessità/rischio chirurgico con quelle relative alla complessità assistenziale. I dati presentati in questo studio suggeriscono di utilizzare criteri oggettivi di valutazione per la corretta allocazione dell'assistito. Per quanto riguarda l'uso di strumenti quali Modified Early Warning Score, studi condotti in ambito di emergenza suggeriscono che l'uso di un solo strumento non può essere sufficiente per la precoce identificazione del peggioramento delle condizioni del paziente e della necessità dunque di associarne sempre l'uso al giudizio clinico [14]. Questo aspetto deve senz'altro essere tenuto in considerazione anche nella valutazione del paziente in ambito post - chirurgico.

## CONCLUSIONI

In prospettiva, studi di questo tipo potrebbero risultare utili sia in realtà già organizzate per intensità di cura, al fine di valutare la corretta sistemazione dell'utente, sia in quelle suddivise per specialità, per studiare la fattibilità del cambiamento e il beneficio che questo potrebbe apportare. In accordo con gli studi condotti in ambito di emergenza e in ambito chirurgico, la scelta del metodo con il quale valutare l'intensità di cura deve prevedere l'uso di sistemi validati, adattati al contesto locale sulla base delle risorse disponibili. L'introduzione di strumenti di valutazione deve essere accompagnata da un percorso di adattamento degli strumenti stessi; tale adattamento deve prevedere il contributo di tutte le figure professionali coinvolte, ciò contribuirebbe a fornire uno strumento di

valutazione effettivamente capace di garantire una migliore organizzazione delle risorse umane e di rispondere meglio alle esigenze della persona assistita [19]. Negli ultimi anni la letteratura ha proposto numerosi strumenti per la valutazione della complessità assistenziale, pur con caratteristiche diverse tutti integrano la valutazione della stabilità clinica con indicatori di funzionalità cardiocircolatoria e respiratoria e la valutazione del livello di autonomia della persona assistita. La valutazione di quest'ultima dimensione risulta particolarmente utile al fine di definire il carico di lavoro degli infermieri e la miglior organizzazione possibile delle risorse disponibili.

### **Limiti dello studio**

Lo studio presenta dei limiti in relazione al campione esaminato, sarebbero infatti utili ulteriori studi condotti su popolazioni più ampie per confermare o meno tale livello di concordanza. Inoltre, il dato potrebbe essere influenzato dalla tipologia di utenza chirurgica dell'Ospedale Biellese che rientra nella categoria a bassa-media intensità di cure in quanto, non esistendo specialità chirurgiche, le situazioni critiche vengono dirottate in altre strutture ospedaliere.

### **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

### **Ringraziamenti**

Gli autori ringraziano l'ASL BI, l'Università degli Studi del Piemonte Orientale e la Direzione del master "Management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie", per aver permesso la raccolta dei dati, l'analisi e la condivisione dei risultati ottenuti.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Alaimo M (2015) *Ospedali per intensità di cura: i risultati dello studio sui nuovi modelli assistenziali* (Internet). Modificato 2018; consultato il 18/03/2019, disponibile all'indirizzo: [HYPERLINK "http://www.nurse24.it/"](http://www.nurse24.it/)[HYPERLINK "http://www.nurse24.it/"](http://www.nurse24.it/)
- 2) Cagnazzo R (2016) *Intensità di cura e strumenti di classificazione*, AcademyCm al congresso FADOI-ANIMO Triveneto 2016 interpretare uno studio clinico (Internet). Consultato il 18/03/2019, disponibile all'indirizzo: [HYPERLINK "http://www.academycm.org/"](http://www.academycm.org/)[HYPERLINK "http://www.academycm.org/"](http://www.academycm.org/)
- 3) Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rossetto P (2009) *La complessità assistenziale - concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa*. Milano: McGraw-Hill.
- 4) Odell M, Victor C, Oliver D (2009) *Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review*, Journal of Advanced Nursing; 1992:2006.
- 5) Ludikhuize J, Smorenburg S, de Rooij S, de Jonge E (2012) *Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score*. J Crit Care, 27, 424. 7-13
- 6) Cologna M, Zanolli D, Saiani L (2019) *Complessità assistenziale: significati e interpretazioni*, Assist Inferm Ric; 29 (4): 184-191
- 7) Rossetti AML, Lettieri A, Greco L, Dalponte A (2016) *Sistemi per la valutazione della complessità assistenziale a confronto: revisione narrativa della letteratura*, Assist Inferm Ric; 35(2): 70-81.
- 8) Fagerström L, Rainio AK, Rauhala A, Nojonen KJ (2000) *Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification*. J Adv Nurs, 31(2), 481-90.
- 9) Mathieu G (2007) *Triage di Corridoio (Tri-Co): strumento utile per migliorare la qualità*

dell'assistenza Italian Journal of Medicine;(1)2: 3-5.

- 10) Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L (2001) *Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions* (Internet). Consultato il 02/03/2019, disponibile all'indirizzo: [http:// HYPERLINK](http://HYPERLINK)  
 "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11588210"www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11588210 .
- 11) Robb G, Seddon M (2010) *A multi-faceted approach to the physiologically unstable patient*. Qual Saf Health Care, 19(5), e47.
- 12) Bartolomei C, Cei M (2007) *L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio)*. Ital J Med, (1), 32-36.
- 13) Baratto S (2012) *Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica*, XVI Congresso federazione nazionale Collegi IPASVI, 33-34.
- 14) Rossetti L, Franchini M, Conti C, Tosini F, Cominelli F (2018) *Classificazione dei pazienti per intensità di cura in Pronto Soccorso*. Assist Inferm Ric, 37, 120-127.
- 15) Buli F, Talarico F, Suppressa A et al. (2008) *Riorganizzazione UUOO Chirurgia/Urologia/Senologia/Ginecologia per intensità di cura/complessità assistenziale infermieristica, Dipartimento Chirurgico/Dipartimento Materno Infantile, Stabilimento Ospedaliero di San Giovanni di Percesito*, Azienda USL di Bologna.
- 16) NICE guideline [NG45] (2016) *Routine preoperative tests for elective surgery* (Internet) Consultato 2 settembre 2019, disponibile all'indirizzo: <HYPERLINK>  
 "https://www.nice.org.uk/guidance/ng45/chapter/Recommendations" \l "recommendations-for-specific-surgery-grades-minor-intermediate-and-major-or-complex-and-asa"https://www.nice.org.uk/guidance/ng45/chapter/Recommendations#recommendations-for-specific-surgery-grades-minor-intermediate-and-major-or-complex-and-asa
- 17) StataCorp. (2017) *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp

LLC.

18) Landis J, Koch, G (1977) *The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics*, 33(1), 159–174.

19) Rocco M J, Papetti A (2012) *La valutazione della complessità assistenziale infermieristica in Medicina Interna: applicazione di due metodi, Italian Journal of Medicine*, 6, 27-32.

# PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI A CARATTERE SCIENTIFICO

## NORME EDITORIALI

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

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

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

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

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

## FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

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

## CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi solo gli autori citati nel testo. Tutti gli articoli devono essere supportati da aggiornate referenze bibliografiche. L'accuratezza delle citazioni bibliografiche e della bibliografia sono requisiti indispensabili ai fini della pubblicazione. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi. I rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo modo 2; se si devono citare due o più fonti, riportare i numeri consecutivi seguiti dalla virgola 3,4, più di due rimandi alla bibliografia, riportare il primo e l'ultimo numero delle citazioni corrispondenti 5-8. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

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

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

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

Libro o testo, di un capitolo

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

- Pagel JF, Pegram GV. The role of 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](mailto: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.

# Con un'App tutto l'Ordine a portata di smartphone

Un importante aggiornamento tecnologico mette in rete gli infermieri di Napoli. Già tremila iscritti in pochi mesi. Più facili le comunicazioni con l'Ordine. Carbone: "Più aggiornati su attività, servizi convenzioni". Artiola: "Sarà come avere il tesserino sempre in tasca"

La prima piattaforma digitale di comunicazione dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli è ormai una realtà. In poco più di un mese, sono oltre 3mila gli infermieri collegati all'applicazione. Ed entro l'anno si punta a raggiungere il 50 per cento della platea degli aventi diritto, cioè circa 10mila. La pandemia da Covid-19 ha evidenziato e accelerato un processo di modernizzazione informatica inevitabile ai nostri tempi: l'importanza di una comunicazione e di un'informazione in tempo reale tra professionisti e tra questi e l'Ordine professionale. Con questa applicazione tecnologica si punta infatti ad accorciare le distanze tra infermieri e ordine professionale e nel contempo facilitare l'iscritto nell'accedere a tutti i servizi e le informazioni che l'Ordine degli infermieri di Napoli garantisce e mette a disposizione dei propri associati. Il tutto a portata di smartphone. Si tratta infatti di un'applicazione mobile utile e facile da utilizzare. È stata sviluppata

da un infermiere napoletano ed è destinata in maniera gratuita a tutti gli iscritti all'Opi Napoli.

"Attraverso l'App, i nostri iscritti restano costantemente aggiornati su tutte le attività e i servizi messi in campo dall'Ordine", commenta soddisfatto **Ciro Carbone**, presidente Opi Napoli. "Vale a dire", precisa Carbone, "avere la possibilità di essere costantemente informati su tutte le tematiche inerenti la professione, su eventi formativi, corsi ECM, ricerca, informazione. Basterà selezionare le aree di maggiore interesse: area chirurgica, area critica, area pediatrica e via dicendo, per mantenersi informati e ricevere news inerenti le scelte selezionate. Il tutto con un semplice click". L'App permette infatti di scaricare e compilare online tutta la modulistica utile ed essere sempre aggiornati sui propri crediti ECM.



Il momento è arrivato.  
in uscita oggi l'app  
ufficiale di OPI Napoli



Disponibile su:



"Questo importante processo di digitalizzazione permette inoltre all'iscritto di avere il proprio tesserino di iscrizione all'Ordine sempre a portata di smartphone, di accedere allo storico dei pagamenti e di aggiornare i propri dati in possesso dell'Ordine", aggiunge **Gaetano Artiola**, consigliere dell'Ordine e ideatore dell'applicazione. "Questa rivoluzione digitale - aggiunge - riguarda anche il settore della ricerca infermieristica. Attraverso l'app l'infermiere potrà partecipare alla compilazione di questionari di ricerca creati da altri professionisti utenti, favorendo ed implementando per questa via la ricerca e l'approfondimento professionale". Senza contare che attraverso l'App sarà possibile scaricare articoli di ricerca della rivista scientifica *Napolisana*, ricevendo, quando in collaborazione con Cogeaps, 1 credito ECM per articolo scientifico scaricato.

Grazie a questa innovazione gli iscritti potranno accedere anche alle molteplici convenzioni, sconti e facilitazioni messe in essere dall'Ordine, sia di stretto interesse professionale (corsi ECM e formazione) sia culturali (musei, teatri, cinema, visite guidate) che di svago (ristoranti, hotel, centri benessere, palestra e altro).

## L'Ordine informa

**A**lla presenza della Presidente nazionale dell'Ordine delle professioni infermieristiche Barbara Mangiacavalli e nel pieno rispetto delle direttive anti assembramento, si è tenuta la cerimonia d'inaugurazione della nuova sede dell'Opi Napoli di P.zza Carità. Una giornata attesa una vita. Soprattutto dal Presidente Carbone, che l'ha voluta con forza, e da tutto il gruppo dirigente di Napoli. Tutto era pronto per metà marzo. Poi il coronavirus e i divieti anti assembramento hanno congelato il tutto. Si è dovuto attendere che il virus mollasse un poco la presa per celebrare, anche se in forma contenuta, l'evento.

**Rispettato il distanziamento** – E' stata una cerimonia sobria e composta. Tutti con mascherine e rispettosi delle distanze. Vietati gli abbracci e le strette di mano, pur normali in queste circostanze. Quella che doveva essere una festa di tutta la professione, il covid l'ha trasformata in una rigida e asettica celebrazione. Limitato al massimo anche il numero dei partecipanti. I pur ampi saloni consentivano, nel rispetto del distanziamento, al

## Carbone: "Apriamo le porte della"

Inaugurata la nuova sede Opi Napoli di piazza Carità – Il rispetto del evento di Barbara Mangiacavalli che elogia il Presidente Carbone e il di Avellino, Rocco Cusano e di Benevento, Massimo Procaccini, il Pres. Benevento e Caserta), Franco Ascolese, la presidente dell'Ordine della degli Psicologi Armando Cozzuto - Assegnato il premio alla migliore

di ANTONIO

massimo la presenza di non oltre trenta persone. A scaldare i cuori ci hanno pensato le parole, soprattutto quelle pronunciate dalla Presidente nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, Barbara Mangiacavalli. La numero uno degli infermieri ha pubblicamente elogiato l'impegno professionale profuso in questi anni dal gruppo dirigente di Napoli. "Impegno – ha detto – visibile e duraturo, culminato in questa importante iniziativa che dà ulteriore lustro alla nostra professione".

**La benedizione** – Toccante e molto sentito è stato il rito della benedizione dei locali. La funzione è stata



ufficiata da Padre Orlando Barba. E il ricordo va alle vittime del coronavirus. Soprattutto agli infermieri coraggiosi iscritti all'Ordine di Napoli che non ce l'hanno fatta. Una funzione dedicata a loro, al loro impegno professionale, importante esempio per l'intera comunità professionale.

**I saluti** - Ad aprire i lavori, colui che ha voluto con forza e determinazione una sede prestigiosa nel centro di Napoli per gli oltre 20mila infermieri napoletani, il Presidente **Ciro Carbone**. "Questa è la nuova casa degli infermieri - ha detto - Ho lavorato tanto perché questo avvenisse e lavorerò ancora perché diventi il



L'Ordine informa

# nuova casa a tutta la professione”

le norme anti assembramento limita la festa – Il commovente intergruppo dirigente di Napoli – Hanno portato i saluti i presidenti Opi presidente dell'Ordine dei Tecnici sanitari (TSRM PSTRP Napoli, Avellino, la Professione Ostetrica Giuseppina Piacente, il presidente dell'Ordine e tesi di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche.

D DE LUCE



Caserta), Franco Ascolese, la presidente dell'Ordine della Professione Ostetrica Giuseppina Piacente, il presidente dell'Ordine degli Psicologi Armando Cozzuto.

**I giovani** – La nuova sede nasce con uno sguardo al futuro. “Sono orgoglioso di questo passo importante”, dice Carbone nel suo intervento. “E ringrazio tutti quelli che hanno sostenuto questo mio sogno, a partire dai consiglieri, ma anche i collaboratori e i consulenti: dare una sede stabile e prestigiosa agli infermieri di Napoli. Soprattutto ai giovani. Per incoraggiarli al lavoro di gruppo, alla ricerca infermieristica. A breve sarà pubblicato il bando che prevede la partecipazione di un'intera Unità Operativa

finalizzato al supporto di un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza. Questo progetto vuole favorire l'integrazione e il lavoro di equipe. Anche il premio di 3000 euro assegnato alla miglior tesi di laurea triennale va in questa direzione e si somma a quello appena assegnato per la laurea magistrale”.

**Premio alla tesi** - La cerimonia si è chiusa con l'assegnazione del premio alla migliore tesi di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche. Il riconoscimento intitolato all'infermiera pediatrica “Teresa Comentale” è andato quest'anno al neo dottor Francesco Polito, che si è aggiudicato anche la borsa di studio di 3mila euro prevista. Nella nuova sede, moderna non solo negli arredi, ma anche nelle tecnologie e dei sistemi ambientali ecocompatibili, ci sarà spazio abbondante per ospitare gruppi di lavoro, team di ricerca, convegni, dibattiti, incontri e manifestazione. “Una casa nuova significa dare dignità ad una professione e ad una famiglia professionale quale siamo”, ha detto infine la vicepresidente Teresa Rea.

cuore pulsante dell'attività professionale, di ricerca, di studio, di approfondimento e di aggiornamento. Con questo auspicio – ha aggiunto Carbone - apriamo le porte di questa nuova sede, dando il benvenuto a tutti, in modo che ciascun infermiere possa sentirsi qui come nella casa comune della professione infermieristica di Napoli”.

Dopo gli auguri e le lusinghiere parole di compiacimento formulati da Barbara Mangiacavalli, hanno portato i saluti i presidenti Opi di Avellino, Rocco Cusano e di Benevento, Massimo Procaccini, il Presidente dell'Ordine dei Tecnici sanitari (TSRM PSTRP Napoli, Avellino, Benevento e



# Ospedali & territorio



## Ospedale dei Pellegrini Varata la nuova Rianimazione

NAPOLI - Dopo circa 15 anni ha riaperto i battenti la nuova Rianimazione del presidio ospedaliero dei Pellegrini. «L'impegno della Regione per migliorare l'assistenza e i servizi sanitari ai cittadini di Napoli - ha detto il governatore Vincenzo De Luca, intervenendo all'inaugurazione - è massima. Anche questo è un importante tassello del lavoro che stiamo portando avanti anche e soprattutto durante questa emergenza epidemica». La nuova Rianimazione del Pellegrini - come previsto dal Piano ospedaliero ha riclassificato il Pellegrini in un Dea di I livello, ossia un ospedale dotato di pronto soccorso e di un ventaglio di discipline che ne fanno un ospedale a maggiore complessità rispetto a un pronto soccorso semplice cui era precedentemente ascritto. La nuova Rianimazione è dotata di 8 posti letto (raddoppiati rispetto ai 4 di prima), dei quali uno in stanza singola a isolamento. È inoltre dotata di impianti e attrezzature elettromedicali di ultima generazione. Il Pronto soccorso torna dunque ad avere spazi suf-

ficienti per l'area di Osservazione breve ordinaria ed intensiva (Obi) precedentemente occupata dalla rianimazione. Il Pellegrini con la nuova rianimazione si ripropone come un ospedale centrale nell'assistenza agli utenti del Centro antico di Napoli, servendo un quartiere storico e popolare.

Nel piano di riassetto della rete ospedaliera cittadina, tutti gli ospedali della Asl Napoli 1 dovrebbero assumere la qualifica di Dea di I livello, ciascuno con il proprio indirizzo e specializzazione. In questo quadro il Pellegrini potrebbe valorizzare la cardiologia, il centro di eccellenza sul trattamento delle aritmie, la chirurgia generale e vascolare e anche l'oculistica di cui è centro di riferimento regionale. In questo piano di potenziamento c'è posto sia per il San Paolo, con le specificità chirurgiche ed emergenziali, sia per il Loreto Mare che, a emergenza Covid terminata, è destinato a tornare all'antico assetto di Dea di I livello.



## Coronavirus, al Policlinico Federiciano nuova terapia intensiva con 8 posti letto

NAPOLI - Non si ferma l'impegno a farsi trovare pronti per nuove emergenze. Con questo spirito è stata inaugurata presso l'Ospedale Policlinico della Federico II una sala di terapia intensiva con otto posti letto. A presentare le nuove dotazioni nell'Aula Magna **Gaetano Salvatore** c'erano il ministro dell'Università e della Ricerca **Gaetano Manfredi**, il presidente della Regione Campania, che ha finanziato il progetto, Vincenzo De Luca, il rettore dell'ateneo **Arturo De Vivo**, il preside della Scuola di Medicina **Luigi Califano** e il direttore generale **Anna Iervolino**. Un momento per ricordare i sacrifici fatti durante il lockdown e per ricordare i medici e gli operatori sanitari che, durante la pandemia, si sono ammalati. L'inaugurazione è stata anche l'occasione per parlare dei traguardi che la sanità campana si è prefissata: «Non ci fermeremo finché la nostra sanità non sarà la migliore d'Italia» ha detto De Luca, nel presentare la terapia intensiva e nel raccontare ciò che il Policlinico ha fatto negli ultimi mesi,



diventando il luogo deputato per le nascite da madri positive al Covid-19. «Operiamo pensando che il peggio non sia ancora passato - ha continuato - il nostro obiettivo è quello di avere 800 posti in terapia intensiva e lavoreremo per questo». Manfredi, ministro dell'Università e della Ricerca ed ex rettore della Federico II ha ricordato come sia importante puntare sulla ricerca e soprattutto sulla collaborazione fra diverse capacità scientifiche, dalla medicina alla biologia all'ingegneria. Il ministro ha anche parlato del vaccino contro il Covid: «Sono in corso delle sperimentazioni che sto seguendo con il ministro della Sanità Speranza, non appena si

avranno risultati, i cittadini italiani saranno i primi ad averlo». Le nuove terapie intensive, però, come sottolinea **Anna Iervolino**, non serviranno solo ai pazienti Covid. «Vogliamo fornire supporto di cure per la chirurgia complessa, e, soprattutto, puntare, attraverso un protocollo con la Regione, anche a nuovi traguardi, come ad esempio i trapianti di fegato fra viventi».

## Quattro nuovi primari al San Giuseppe Moscati di Avellino

AVELLINO - Nominati quattro nuovi primari all'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino. Si tratta di **Armando Rapanà**, **Vittorio Imperatore**, **Antonio Maria Risitano** e **Lanfranco Aquilino Musto**. I quattro medici andranno a dirigere rispettivamente le Unità Operative Complesse di Neurochirurgia, Urologia, Ematologia e Radiologia. Armando Rapanà, 54 anni, arriva dall'ospedale "Lorenzo Bonomo" di Andria. Dove dal 2016 ha diretto l'Unità operativa complessa di Neurochirurgia. L'ematologo Antonio Risitano, 47 anni, da cinque anni è Direttore del Programma Trapianti di Midollo Osseo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli. Lanfranco Musto, 64 anni, arriva dal Presidio Ospedaliero "Gabriele Cri-



scuoli" di Sant'Angelo dei Lombardi (Av), dove dal 2003 ha diretto l'Unità operativa Complessa di Diagnostica per Immagini. Il neo-direttore dell'Unità operativa di Urologia, Vittorio Imperatore, 51 anni, esperto laparoscopia e chi-

rurgo di patologia oncologica, dal 2004 è Responsabile del reparto di Urologia dell'ospedale "Buon Consiglio Fatebenefratelli" di Napoli. I quattro neo-direttori sono risultati primi classificati ai rispettivi concorsi.

Ospedali &amp; territorio

# Coronavirus, Ospedale Sorrento: risposta tamponi in 51 minuti



NAPOLI - L'ospedale di Sorrento ha in dotazione un nuovo macchinario per l'analisi rapida dei tamponi Covid-19 in soli 51 minuti. Si tratta di uno strumento all'avanguardia in grado di accorciare notevolmente i tempi di attesa per l'analisi dei tamponi, soprattutto nelle situazioni emergenziali. Con la nuova apparecchiatura la struttura ospedaliera sorrentina può fare l'esame dei test direttamente in casa anche a residenti e ospiti delle strutture ricettive ed evitare attese più lunghe effettuando l'analisi presso altri laboratori. Il dispositivo è stato donato da Federalberghi Penisola Sorrentina con il sostegno di Banca Intesa Sanpaolo e la collaborazione della Fondazione Sorrento e Marigo Italia. "L'acquisto del dispositivo per l'analisi dei tamponi- ha dichiarato il presidente Costanzo Iaccarino - testimonia l'impegno sociale e l'attenzione alle esigenze del territorio da parte dell'associazione che ha già aderito al protocollo Accoglienza sicura, finalizzato a garantire un soggiorno tranquillo agli

ospiti e condizioni di lavoro altrettanto salubri al personale delle strutture ricettive, siglando un protocollo di sicurezza con Comuni, Asl Napoli 3 Sud e Fondazione Sorrento per sottoporre rapidamente a tampone e isolare gli ospiti con sintomi riconducibili al Covid-19 in apposite strutture". Gennaro Sosto, direttore generale dell'Asl Napoli 3 ha spiegato che

"il dispositivo donato da Federalberghi consentirà di verificare l'eventuale positività al Covid nel giro di un'ora. Il nuovo sistema per analisi di biologia molecolare è il frutto di una sinergia tra istituzioni fondamentale per ridurre i trasferimenti di pazienti che potrebbero aver contratto il Covid, affrontare eventuali emergenze e dare sicurezza al territorio".

## Coronavirus, l'Università di Napoli scopre sostanza che blocca l'accesso del virus nelle cellule umane

NAPOLI - Nuovi approcci molecolari al trattamento dell'infezione da Covid-19. Ricercatori dell'Università Federico II di Napoli e dell'Università di Perugia hanno individuato una sostanza naturale, già presente nel corpo umano, che può bloccare «l'attacco» del Sars-Cov2. I ricercatori hanno identificato molecole endogene in grado di impedire l'ingresso del virus nelle cellule umane: le molecole sono di natura steroidea e alcune di esse sono degli acidi biliari, ovvero sostanze prodotte nel fegato e nell'intestino dal metabolismo del colesterolo ed in grado di fermare l'infezione quando la carica virale non è elevatissima.

## Innovazione al Santobono Addio al gesso per i bambini

NAPOLI - Grazie a un software sviluppato con il bando Campania Startup e con l'aiuto di ortopedici ed ingegneri, all'Ospedale Santobono di Napoli sono stati creati tutori personalizzabili e stampati in 3D. *“Ogni anno – ricorda il Direttore Generale del presidio pediatrico Annamaria Minicucci - abbiamo 15 mila bambini in ospedale per traumi. Moltissimi si rompono il polso giocando al parco o per strada nel periodo post scolastico: significa grandi piante per i bambini e anche per i genitori che dicono addio*



*alle vacanze. Ma non solo, è anche un grande disagio perché bisogna mettere il gesso che è uno dei sistemi medici più antichi, di oltre ottant'anni e tra l'altro è un rifiuto speciale. Da qui l'idea di un progetto nato in ospedale con ortopedici, ingegneri biomedici e del materiale: un tutore personalizzabile e stampato in 3D che migliora la qualità della vita dei bambini con traumi. E dà grande vantaggio anche dal punto di vista ambientale e finanziario, perché i costi si riducono”. Il tutore consente di andare al mare, fare la doccia persino scrivere: attività normali, ma impossibili con il gesso. Esso è personalizzato sin dalla scannerizzazione della frattura ed è molto indicato anche per gli anziani. “Lo stiamo anche sperimentando per le fratture scomposte”, aggiunge la Minicucci.*

## Cardiologia e cardiocirurgia Eccellenze alla San Michele

NAPOLI - In sanità è necessario misurare i risultati degli interventi clinici per raggiungere i migliori standard qualitativi. È questo uno dei compiti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, che ogni anno fotografa lo stato del sistema sanitario nazionale. Anche nell'edizione 2019, la Casa di Cura “San Michele” di Maddaloni ha alzato il passo, come confermano i dati recentemente pubblicati dal Ministero della Salute e provenienti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) dell'Agenas: la “San Michele” è la prima in Italia ad ottenere il punteggio più basso della mortalità a 30 giorni per infarto miocardico acuto, attestatosi al 1,28% (dato grezzo) rispetto all'8,3% della media nazionale. Con 160 casi di infarto acuto del miocardio trattati, la Clinica maddalonese ha registrato livelli di mortalità molto più che dimezzati rispetto alla media nazionale. Per Marco Pepe, responsabile dell'Unità Coronarica, «si tratta di un parametro di grande rilievo e interesse e sicuramente molto importante in quanto correlato agli esiti con indici di mortalità a 30 giorni. Tale valutazione pone la “San Michele” a livello delle migliori realtà sanitarie nazionali». Un altro indicatore che emerge dai dati elaborati dall'Agenas, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, riguarda il By-Pass aortocoronarico isolato che, con valore 0.77 contro 1.95 nazionale, pone la “San Michele” nettamente al di sotto della media nazionale (addirittura al 4° posto in Italia) e al primo posto a livello regionale per la mortalità più bassa a 30 giorni. Sempre in area cardiovascolare soddisfacenti risultano gli esiti del PNE 2019 riguardanti la Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache (dato adj 2.33 in perfetta media nazionale del 2.29), risultati che collocano la Struttura ospedaliera di proprietà della famiglia Barletta al 2° posto in Campania, subito dopo il Policlinico della Federico II.



## Ospedali &amp; territorio

# Formazione continua in sanità. Inaugurato il Centro "Archimede"

**NAPOLI** - C'era il ministro dell'Università e della Ricerca Gaetano Manfredi all'inaugurazione del Centro Archimede a Torre Annunziata. Con lui il direttore dell'Asl Napoli 3 Sud Gennaro Sosto, il direttore sanitario Asl Napoli 3 Sud Gaetano D'Onofrio, il direttore scientifico del Centro Pietro Di Cicco. L'obiettivo del Centro è dare l'opportunità agli operatori sanitari di migliorare le proprie competenze, oltre ad offrire ai cittadini risposte sempre adeguate alle loro esigenze. Insomma, una costante formazione professionale, perché chi oggi sviluppa competenze sanitarie deve sapere che tra 5 anni il 50 per cento di queste diventano obsolete. "Si tratta di un centro di eccellenza di grandi qualità - ha assicurato il **ministro Manfredi** - che consentirà a operatori, studenti, personale di potersi addestrare in maniera tale da poter garantire un servizio sanitario di qualità. E questo non solo per Torre Annunziata ma per tutta l'Asl e tutta la Campania. E' motivo di soddisfazione che una struttura di tale eccellenza sia localizzata in questo territorio e possa dare un contributo importante per la formazione del personale". "Il nostro intento - ha aggiunto **Gennaro Sosto**, direttore dell'Asl Na 3 Sud - è di far acquisire competenze oltre che conoscenze. I nostri operatori vengono dalla scuola italiana, che è innegabile essere una delle migliori del mondo. Dovevamo potenziare il livello delle competenze con i centri di simulazione medica come quello che abbiamo inaugurato oggi. Il nostro obiettivo è che diventi un Centro di riferimento al servizio dei giovani



## Ricerca, l'Ue premia un napoletano 150mila euro al Tigem di Pozzuoli

**NAPOLI** - La Fondazione Telethon è tra i beneficiari dei fondi stanziati dello European Research Council (Erc) per sostenere ricercatori già premiati e che intendono esplorare il potenziale commerciale o sociale dei risultati delle loro ricerche. Tra i 55 premiati c'è anche Carmine Settembre dell'Istituto Telethon di genetica e medicina (Tigem) di Pozzuoli, uno dei 5 italiani che hanno meritato il Proof of Concept, un particolare finanziamento del valore di 150mila euro ciascuno. Le sovvenzioni Proof of Concept, sono finanziamenti di riserva che possono essere utilizzati, ad esempio, per esplorare opportunità commerciali, preparare domande di brevetto o verificare la fattibilità pratica di concetti scientifici. Dal 2011 oltre mille ricercatori hanno ricevuto questo tipo di sovvenzioni che aiutano i ricercatori finanziati dall'Erc a spostare i loro risultati verso l'innovazione commerciale o sociale. L'obiettivo del progetto di Carmine Settembre, che guida un gruppo di ricerca al Tigem ed è anche professore associato di Istologia ed Embriologia all'Università Federico II di Napoli, è individuare potenziali farmaci candidati per malattie genetiche rare dell'apparato scheletrico o con un forte coinvolgimento dell'osso tra gli organi colpiti. Scarsamente irrorate dal circolo sanguigno, le ossa sono un bersaglio molto complesso da raggiungere: grazie a studi precedenti Settembre e il suo team hanno individuato un bersaglio molecolare interessante che potrebbe consentire di superare i limiti attuali e tramite questo progetto intendono valutare potenziali molecole in grado di agire in modo specifico.

che studiano presso le Università, ma anche per i nostri stessi operatori affinché imparino a gestire situazioni critiche e a non trovarsi impreparati di fronte a situazioni impreviste. Il centro è dotato di manichini di ultima generazione dedicati all'emergenza adulti, intra e extra ospedaliera, e materno-infantile. La riproduzione simulata fedele di situazioni cliniche complesse e la gestione delle stesse in dinamiche di team rappresenta un contesto educativo ottimale per ridurre in misura massimale gli errori cognitivi attribuibili al fattore umano, quando l'esperienza formativa è trasferita alla realtà. Obiettivo primario della simulazione in ambito sanitario è la sicurezza del paziente e la necessità di creare uno standard qualitativo assistenziale, dominato dalla cultura della sicurezza, attraverso il miglioramento delle abilità operative tecniche e delle capacità comunicative degli operatori sanitari.

## Riabilitazione psichiatrica “Casa Impresa Benessere” Ad Arzano la Residenza tra le più grandi in Italia

ARZANO - “Casa Impresa Benessere” è la residenza di riabilitazione psichiatrica pubblica tra le più grandi in Italia. E’ stata realizzata dall’Asl Napoli 2 Nord, nel territorio di Arzano, in provincia di Napoli. La struttura, in corso Salvatore d’Amato angolo via Giovanni Ferraro, è pensata per ospitare 40 pazienti in una dimensione comunitaria aperta, volta a permettere il recupero dei pazienti anche mediante la collaborazione col ricco tessuto produttivo dell’area industriale di Arzano. “Casa Impresa Benessere” si articola su tre piani, per complessivi 2000 metri quadri coperti. La struttura accoglierà pazienti che, per un periodo di tempo limitato, dovranno tenersi lontano dal proprio abituale contesto di vita per facilitare il percorso riabilitativo. Caratteristica della struttura è



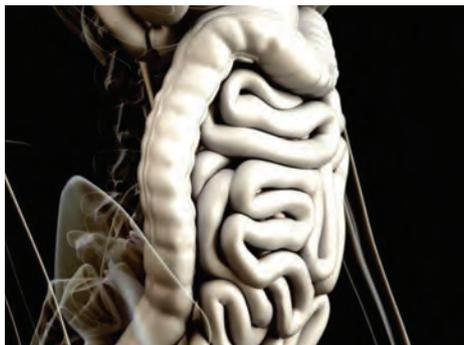
porre in primo piano l’importanza del “produrre” attraverso attività pratiche di lavoro: laboratori sartoriali, gestione di gallerie/boutique, di un bar e di attività che valorizzano le capacità inesprese dei pazienti. La scelta di realizzare una struttura come questa, fanno sapere dalla Asl Napoli 2 Nord, si propone come un sostanziale cambio di passo rispetto all’affidamento totale alle strutture private psichiatriche regi-

stratosi negli anni precedenti. “Abbiamo voluto che al riavvio dopo la sospensione del blocco per il Covid, si ripartisse dai più deboli – ha detto Antonio d’Amore, direttore generale dell’Asl Napoli 2 Nord – Nonostante l’utilizzo di tecnologie capaci di coprire le distanze e l’assistenza domiciliare, sappiamo che i pazienti psichiatrici e le loro famiglie sono tra coloro che più di altri hanno sofferto

l’isolamento. Volevamo dare loro un segno di vicinanza, l’inaugurazione di Arzano in questo momento va anche in questo senso”. Al taglio del nastro erano presenti il Governatore Vincenzo De Luca, il direttore d’Amore, alcuni pazienti con i loro familiari, operatori della psichiatria, imprenditori dell’area, e rappresentanti delle istituzioni.

NAPOLI - Un virus che si replica nei batteri enterococchi dell’intestino può potenziare gli effetti delle terapie anti-cancro: studi condotti sui topi dimostrano infatti che la presenza del virus induce una particolare reazione da parte del sistema immunitario, che riesce così a riconoscere e attaccare anche le cellule tumorali. La scoperta, che evidenzia l’importanza del microbiota intestinale aprendo nuovi scenari terapeutici, è pubblicata sulla rivista Science da un gruppo internazionale a cui l’Italia partecipa attraverso l’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma, l’Università Federico II di Napoli, l’Università di Trento e quella di Trieste. I ricercatori, guidati da Aure’lie Fluckiger dell’Istituto oncologico francese Gustave Roussy, hanno dimostrato

## Virus nell’intestino aiuta le terapie contro il cancro



sui topi che la somministrazione di batteri enterococchi portatori del virus induce un potenziamento della risposta dei linfociti T del sistema immunitario dopo la terapia anticancro. L’osservazione fatta nei modelli animali sembra trovare riscontro anche nelle persone: i pazienti con tumore del rene o del polmone godono più a lungo dei benefici dell’immunoterapia (quella che blocca la proteina Pd-1) se nelle feci presentano il virus degli enterococchi e se le loro cellule tumorali esprimono in superficie delle ‘antenne’ che vengono riconosciute dai linfociti T attivati dal virus. Indizi arrivano anche dai pazienti con melanoma, in cui sono stati trovati linfociti T che riconoscono ‘antenne’ esposte dai tumori e che legano anche peptidi prodotti dal virus.

## Ospedali &amp; territorio

NAPOLI - All'ospedale Monaldi di Napoli è operativo il Centro clinico Nemo. Un reparto di 1100 metri quadrati altamente specializzato per le malattie neuromuscolari. Il quinto in Italia. Il centro è composto da 23 camere di degenza, 3 camere per i day hospital, sala medica, 3 ambulatori specialistici, sala per l'accoglienza, palestra, 2 aree relax, sala colloqui e spazio riunioni. Dal colore delle stanze alla attrezzatura in tutto il reparto è evidente l'attenzione verso l'umanizzazione degli spazi ospedalieri, con l'obiettivo è quello di far vivere in modo sereno, soprattutto per i più piccoli, il ricovero e supportare le difficoltà del pe-

## Malattie neuromuscolari Al Monaldi ora c'è Nemo



riodo della degenza. Le camere sono dotate di ampi balconi e nel cuore del reparto un'accogliente "area bimbi". Il centro inizierà le prestazioni di cura in regime convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, senza oneri a carico dei

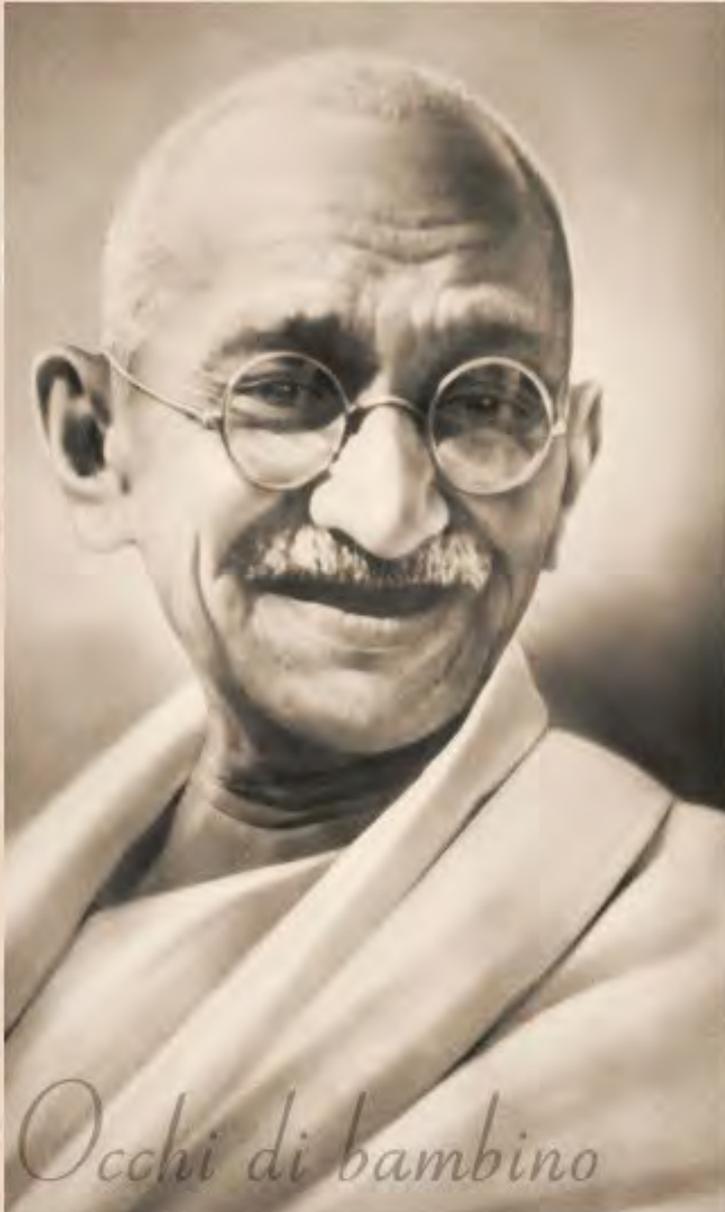
pazienti, da ottobre. La ristrutturazione è stata supportata dai Centri clinici Nemo con circa 2 milioni, sostenuti in parte da alcuni dei suoi soci (Uildm, fondazione Telethon, Aisla, Famiglie Sma), e ha ricevuto il sostegno di Fondazione con il Sud e Fondazione Peppino Vismara. Tutto è stato possibile grazie all'accordo di sperimentazione gestionale pubblico-privato tra

Fondazione Serena (ente gestore dei Centri Clinici Nemo), Regione e Azienda ospedaliera dei Colli firmato a febbraio dello scorso anno. Lo spazio del Monaldi sarà dedicato al medico-scientziato Giovanni Nigro.

## Promuovere la prevenzione oncologica Pascale e Cittadinanza Attiva insieme

NAPOLI - Informare e tutelare i cittadini sul fronte della prevenzione oncologica. Sono gli scopi della collaborazione tra l'Istituto tumori di Napoli 'Pascale', Cittadinanzattiva Campania e Cittadinanzattiva nazionale. Collaborazione che sarà ulteriormente rafforzata nei prossimi mesi con la firma di un protocollo congiunto. Cittadinanzattiva Campania mette a disposizione 36 sportelli e – come sottolineato da Lorenzo Latella, segretario regionale Cittadinanzattiva Campania – "abbiamo l'ambizioso obiettivo di accrescere l'informazione e la consapevolezza dei cittadini sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce in ambito oncologico". La collaborazione prende il via subito ed è finalizzata a sostenere l'iniziativa del Pascale con il Camper della prevenzione in giro per la Campania. "Da anni promuoviamo campagne di informazione e di tutela sul tema della diagnosi precoce e delle vaccinazioni – afferma Antonio Gaudio, segretario generale di Cittadinanzattiva – perché i cittadini possano fare la loro parte con consapevolezza sul tema della prevenzione sanitaria e, allo stesso tempo, accedere in maniera semplice e sicura a tutte le attività che il servizio sanitario mette a disposizione per la prevenzione oncologica". Dal direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi, e dal direttore scientifico, Gerardo Botti, è espressa soddisfazione per l'avvio della partnership e "per aver condiviso questa iniziativa che rappresenta la prima tappa di un percorso che siamo fieri e orgogliosi di intraprendere insieme".





**2 Ottobre**  
**GIORNATA**  
**MONDIALE**  
**DELLA**  
*Occhi di bambino*  
**NON VIOLENZA**

**La nonviolenza è la più  
grande forza a disposizione  
dell'umanità.**

*Gandhi*

*La Giornata internazionale della non-violenza viene commemorata il 2 ottobre, data di nascita del Mahatma Gandhi.*

*È stata promossa dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 15 giugno 2007 e celebrata per la prima volta il 2 ottobre 2007.*

*La risoluzione dell'Assemblea generale chiede a tutti i membri delle Nazioni Unite di commemorare il 2 ottobre in maniera adeguata così da "divulgare il messaggio della nonviolenza, anche attraverso l'informazione e la consapevolezza pubblica".*



**END  
POLIO  
NOW**

Il 24 ottobre si celebra la Giornata mondiale della poliomielite. Quest'anno l'evento assume particolare significato in quanto ricorre il 30° anniversario della Global Polio Eradication Initiative (GPEI), lanciata nel 1988 dall'OMS, in collaborazione con UNICEF, Rotary e CDC (Centro statunitense per il controllo e la prevenzione delle malattie), con l'obiettivo di eradicare il poliovirus. Eradicare una malattia vuol dire eliminare globalmente l'agente infettivo. Il virus della poliomielite ha una scarsa sopravvivenza nell'ambiente esterno, non è veicolato da animali e non vi sono portatori cronici. L'uomo rappresenta la sola riserva animale di poliovirus pertanto i poliovirus presenti nell'ambiente sono diretta conseguenza di infezioni recenti per la polio della comunità umana. Queste condizioni, grazie alla scoperta di vaccini efficaci, rendono possibile la sua eradicazione.



**COUNTDOWN TO  
HISTORY**

Rotary 