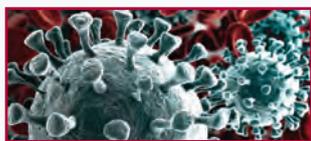


# NapoliSana Campania

ORGANO UFFICIALE ORDINE DEGLI INFERMIERI DI NAPOLI  
Anno XXVI - n° 2 - Giugno 2020

**INSO**  
ursing  
Inserito di ricerca infermieristica  
all'interno pp. 15-34



## COVID-19 - Fase 2

# Diecimila posti d'infermiere di famiglia/comunità

**12 MAGGIO - ANNO DELL'INFERMIERE**

**NAPOLI CELEBRA  
CON L'ARTE  
IL 12 MAGGIO**

A PAG. 14



**OPI NAPOLI INFORMA**

**L'OPI NAPOLI  
METTE IN CAMPO  
L'“OPERAZIONE  
MASCHERINE”**

A PAG. 36



# GIORNATA MONDIALE PER LA SCLEROSI MULTIPLA

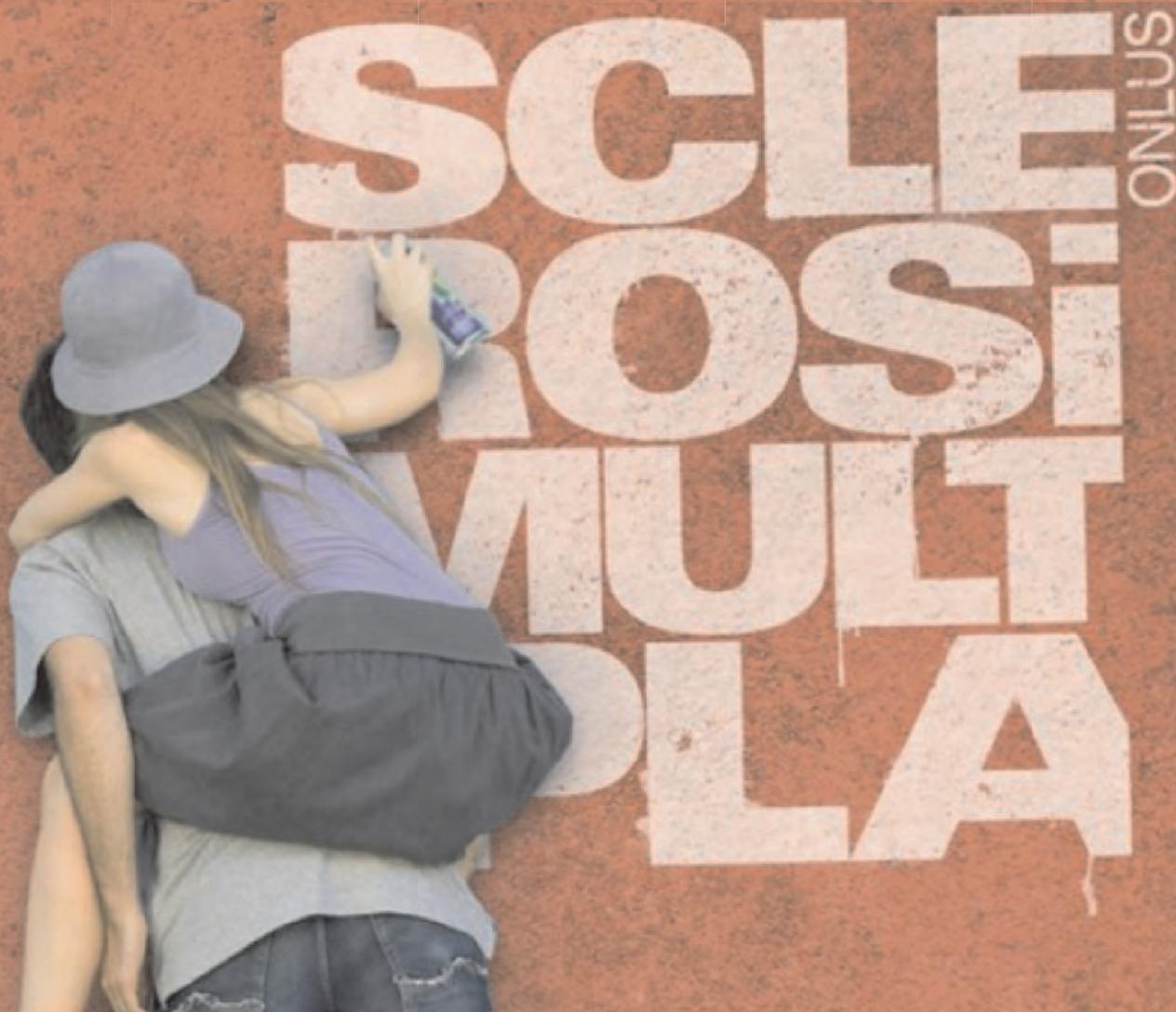
La giornata mondiale per la SM si celebra il 28 maggio ed è promossa dalla Federazione Internazionale Sclerosi Multipla (MSIF) è l'unica campagna globale per aumentare la consapevolezza sulla SM. Il tema della campagna 2014 è "l'accessibilità": che si tratti di accesso alle cure sanitarie, al supporto, al lavoro o allo studio, ci sono molte barriere all'accesso che le persone con la SM affrontano nella loro vita quotidiana.

La campagna per la Giornata Mondiale sulla SM mira a far passare quattro messaggi chiave, per aumentare la consapevolezza e la conoscenza generale sulla SM:

- 1) Non si conosce la causa della SM né la cura definitiva
- 2) La SM viene di solito diagnosticata fra i 20 €" 40 e dura una vita intera
- 3) I sintomi della SM variano da persona a persona. Questo rende imprevedibile la vita con la SM
- 4) Servizi e trattamenti stanno migliorando per le persone con SM ma non per tutti né in modo equo

Il sito della campagna è disponibile su [www.worldmsday.org](http://www.worldmsday.org)

La Multiple Sclerosis International Federation (MSIF) è un organismo internazionale, fondata nel 1967, che coordina e rende interscambiabile il lavoro di 42 Associazioni Sclerosi Multipla sparse nel mondo con lo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone con SM. Allo stesso tempo sostiene la ricerca per arrivare a una migliore comprensione della SM e trovare migliori e nuovi trattamenti



## Il caro prezzo del dovere



Il primo pensiero va ad Angela, Annamaria, Roberto e Luigi. Ai quattro colleghi, qualcuno fraterno amico, che abbiamo perso in questi ultimi mesi a causa della pandemia. Colleghi che hanno portato in alto il nome della professione. E per questo saremo loro eternamente riconoscenti. Onore a loro, caduti sul campo per salvare vite umane. Per tenere fede a quella alleanza tra cittadino e infermiere che è alla base della nostra professione. *“Il tempo di relazione è tempo di cura”*, recita un passo importante del nuovo codice deontologico. Un passaggio che loro hanno interpretato fino all'estremo sacrificio. Oggi abbraccio commosso i loro cari. La pandemia ci ha impedito anche l'ultimo saluto.

Un pensiero solidale voglio rivolgerlo anche ai tantissimi colleghi di Napoli contagiati dal virus, ottomila in tutta Italia. Anche loro in prima linea contro un nemico invisibile e insidioso, contrastato, soprattutto nella prima fase, con armi spuntate, senza adeguate precauzioni e protezioni personali, in pieno caos organizzativo e con le scarse dotazioni organiche che a Napoli e in Campania ben conosciamo. Anche a loro un grazie eterno da parte di tutta la professione che mi onoro di rappresentare.

Abbiamo pagato dunque un prezzo altissimo alla pandemia. L'impegno, la professionalità, l'umanità degli infermieri è stata ed è visibile. Nessuno si è tirato indietro. Anzi, qualche nostro iscritto pensionato ha voluto rientrare in servizio per dare una mano. Tanti colleghi si sono adattati a lavorare in ospedali completamente riorganizzati, con turni massacranti, lontani dagli affetti più cari anche nelle ore di riposo, per la sola paura di contagiarli.

A parole e con tante pacche sulle spalle questi meriti ci sono stati anche riconosciuti. Noi diciamo grazie. Ma rinunciamo volentieri anche ai pur onorevoli attributi come *“angeli”* e *“eroi”*. Non siamo né l'uno, né l'altro. Siamo donne e uomini, professionisti preparati, esperti dell'assistenza sanitaria. E come tali vorremmo essere trattati. Non ci piace essere incensati oggi e dimenticati, aggrediti, offesi e umiliati domani. Questa pandemia ha evidenziato ritardi, storture, carenze e mancanze del sistema sanitario nazionale e regionale che noi infermieri denunciavamo da tempo. Ma ora è il momento che queste profes-

sionalità, questo impegno dimostrato sul campo vengano riconosciuti, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, come nelle case di cura, anche a livello contrattuale e salariale. E' il momento di dire ancora una volta come stanno le cose. E le cose non stanno messe bene. La pandemia ha dimostrato anzitutto gli errori di programmazione pregressi, quando cioè si è puntato di più sull'organizzazione della rete ospedaliera, lasciando da parte gli aspetti della prevenzione e la rete territoriale di assistenza. Dopo anni di tagli alla spesa sanitaria, si è rivelata pernicioso la diminuzione costante di personale. Anche sulle colonne di questo giornale plaudiamo in questo numero ai circa diecimila posti di lavoro destinati agli infermieri di famiglia e ad implementare un'assistenza territoriale che soprattutto in Campania è tutta da creare.

Ma è un pannicello caldo. A conti fatti saranno poco più di 500 gli infermieri in Campania che beneficeranno di questo provvedimento. Ed è una goccia nel mare. Vale la pena ricordare che in tutt'Italia mancano 53 mila infermieri. Un dato che ci colloca agli ultimi posti in Europa per personale infermieristico impiegato. Solo sul territorio ne servirebbero 30mila. In Campania siamo sotto di 9mila unità, anche a causa di un decennale blocco del turnover mai compensato. E allora. Da questa pandemia dobbiamo portare a casa alcuni insegnamenti. Il primo fra tutti è quello che dobbiamo lavorare sodo per essere presenti ai tavoli istituzionali dove si prendono decisioni strategiche in termini di politiche sanitarie. Non è più tempo di delegare ad altri le nostre istanze. Richieste in linea con la visione di una sanità solidale e universalistica, dunque vicina agli interessi e alla domanda di salute dei cittadini.

Anche noi dobbiamo onorare fino in fondo quel patto, quel vincolo strategico e deontologico che ci lega indissolubilmente con chi curiamo e assistiamo. Più posti di lavoro, più territorio, liste d'attesa più corte, più modernità nei luoghi di cura come telemedicina, tele-nursing, telemonitoraggio. Ecco le nostre richieste ai vertici della Regione. Aspettative che rappresenteremo ancora con maggiore impegno per onorare nel modo giusto i colleghi scomparsi sul campo di battaglia.

# 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. 2 - giugno 2020  
AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI NAPOLI N. 4681 DEL 27/9/1995  
Data 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  
**Antonio De Luce, Dario De Martino, Antonino Calabrò, Alessia  
Marangon, Maria Chiara Carriero, Federica Ilari, Roberto Lupo,  
Lorenzo Bardone, Francesca De Marco, Umberto Donato,  
A. Guillari, F. Stile, G. Gargiulo, A. Capuano, C. Serio, R. Pulpito,  
M. Perrone, G.F. Prussiano, T. Rea**

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



*Il caro prezzo  
del dovere*

## COVID-19 - Fase 2

6-11

<b>Diecimila posti d'infermiere di famiglia/comunità</b>	<b>6</b>
<b>Sul territorio ne servirebbero almeno 30mila</b>	<b>7</b>
<b>"Infermieri spina dorsale del Sistema sanitario nazionale"</b>	<b>8</b>
<b>Mai più medici nei corsi di laurea per infermieri</b>	<b>9</b>
<b>Con il Mes alla Campania spettano 4 miliardi</b>	<b>10</b>
<b>Ssn, tre miliardi e mezzo in più</b>	<b>10</b>
<b>Il "modello Cotugno" che piace all'Europa</b>	<b>11</b>

**12 maggio - Anno dell'infermiere****12-14**

- La lezione di Florence guida ancora la professione **12**
- Il Papa prega per gli infermieri: "Esempio di eroismo" **12**
- Mattarella: "Chi oggi è in prima linea contro il virus onora la Repubblica" **12**
- Il ministro Roberto Speranza agli infermieri: "La vostra è una professione essenziale per il Ssn" **13**
- Napoli celebra con l'arte il 12 maggio **14**
- De Luca, "Grazie infermieri, professione in prima linea contro il coronavirus" **14**

**OPI Napoli informa****36-37**

- L'Opi Napoli mette in campo l'"Operazione mascherine" **36**
- Il Covid-19 strappa la vita al sindacalista gentiluomo **36**
- L'Opi Napoli attiva consulenza psicologica **37**

**Dentro la professione****38**

- Gimbe: "Potenziare la sanità pubblica" **38**

**NSC - Supplemento di ricerca infermieristica****15-34**

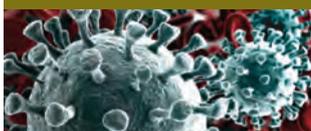
- L'efficacia di utilizzo delle tecniche di de-escalation nel paziente psichiatrico: revisione narrativa **16**
- Significant Event Audit (SEA) per il miglioramento delle cure primarie **22**
- Allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità. Indagine osservazionale multicentrica nelle strutture sanitarie campane **24**

**Dentro la professione****35**

- L'emergenza dovuta al SarsCov2 fa decollare la sanità digitale **35**

**Ospedali & territori****39-46**

- Ascalesi nel Polo Oncologico del Mediterraneo **39**
- Assistenza disabili e riabilitazione, si riparte **40**
- CORONAVIRUS. Cardiologie ferme durante il lockdown **40**
- CORONAVIRUS. Alla Napoli 3 Sud i robot per la sanificazione degli ambienti **41**
- L'Ospedale Monaldi si attrezza per affrontare in sicurezza la fase 2 **42**
- Al Covid Center del Loreto Nuovo i pazienti sospetti per coronavirus **42**
- CORONAVIRUS. Ad Avellino un container di decontaminazione per la vestizione degli operatori del 118 **43**
- Procreazione medicalmente assistita. La Regione Campania proroga l'accesso **43**
- CORONAVIRUS. Parte la telemedicina per i diabetici **44**
- CORONAVIRUS. Plasma iperimmune, ok del Comitato etico alla sperimentazione all'ospedale Cotugno **44**
- CORONAVIRUS. Partnership Pozzuoli-Boston **45**
- Centro Sclerosi Multipla Al Cardarelli diventa virtuale **46**
- Infermiera aggredita al Cardarelli **46**



## COVID-19 Fase 2

**S**e c'è un elemento chiaro emerso nella prima fase della pandemia da covid-19 è la scarsa attenzione prestata in questi anni dalla sanità pubblica al territorio. Un elemento di criticità denunciato più e più volte dagli infermieri, ma inascoltato. Mentre si procedeva indiscriminatamente a tagliare fondi al Ssn. Ora l'intento è quello di metterci una pezza, sperando che chi ha e avrà responsabilità di governo abbia imparato la lezione. 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 potenziare l'assistenza domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19, ma anche tutti gli altri ambiti dove ce bisogno, soprattutto nelle Rsa per anziani, rimasti sprovvisti di unità lavorative durante l'emergenza e tutt'ora carenti. La necessità di rimpinguare il personale sanitario e socio sanitario riviene dall'obbligo di rafforzare gli interventi "Fase 2". L'obiettivo quello di andare a incontrare l'assistenza anche liare per i malati di 19, ma anche di coprire

# Diecimila posti d'infermieri

È questa la novità del decreto Rilancio. Il testo pubblicato il 19 maggio in Gazzetta Ufficiale si concentra su salute e sicurezza: rafforzare la rete territoriale sanitaria. In totale saranno previsti 10 mila posti per medici, ostetriche, Oss e altre professioni sanitarie. Otto infermieri per ogni letto. Il decreto prevede di seguire con un modello di assistenza in cui Governo e Regioni prevedano

di PINO DE

estive e gestire in sicurezza la convivenza con il virus mentre via via si torna a riaprire le attività lavorative.

**UN PRIMO PASSO** - 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. "Questo decreto-legge - commenta Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI - riconosce la necessità già scritta da Governo e Regioni nel Patto per la salute 2019-2021 di introdurre a pieno titolo la figura dell'infermiere di famiglia/comunità. E non solo come supporto alla prima linea di COVID-19 che si sposta ormai sul ter-

ritorio, ma anche per l'assistenza sempre necessaria a cronici e fragili non Covid. Ma è solo il primo passo: ora si deve proseguire con un modello di assistenza in cui Governo e Regioni prevedano l'organizzazione omogenea sul territorio di queste nuove forze. Un passo a cui deve seguire un ampliamento della figura di questi professionisti che deve essere da subito ben definita, strutturata e riconosciuta a livello formativo. Per farlo la FNOPI è come sempre pronta alla collaborazione più ampia con le istituzioni".

**SARS-Cov-2 e territorio** - Si è detto che i circa diecimila infermieri da assumere rientrano nel piano di rafforzamento della rete sanitaria al livello territoriale. In particolare all'articolo 1 del decreto (disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale) si legge quanto segue: "Al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 e finalizzata ad una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale". Fino ad arrivare al comma 5 in cui si fa riferimento all'assunzione di infermieri: "Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati



# Infermiere di famiglia/comunità

La Gazzetta Ufficiale si apre con l'articolo dedicato alla sanità e le disposizioni saranno 20mila le assunzioni in sanità tra infermieri, infermieri pediatrici, per ogni 50mila abitanti. Mangiacavalli: "È solo il primo passo: ora si deve prevedere l'organizzazione omogenea sul territorio di queste nuove forze"

MARTINO

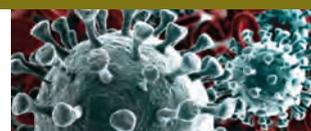
*COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continua-*

*tiva, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri ri-*

## Sul territorio ne servirebbero almeno 30mila

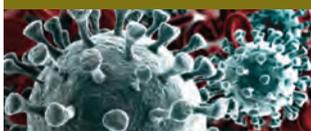
La carenza di infermieri di cui soffre il Paese, e che da tempo la Fnopi denuncia, si è fatta sentire nel peggiore dei modi con l'emergenza covid-19, per la quale solo nell'immediato e nelle zone a maggior rischio servirebbero almeno 5-6000 infermieri in più da subito. In Italia, lo ha ricordato di recente la presidente Fnopi Barbara Mangiacavalli, ne mancano oltre 53mila, di cui la maggior parte (almeno 30mila) sul territorio, dove la soluzione ideale è quella dell'infermiere di famiglia/comunità scritta nel Patto per la salute che se fosse già attuata potrebbe assistere sia i singoli che le famiglie (circa il 50% dei casi ha bisogno di quarantena domiciliare) e, proprio in casi come questi, intere comunità. Per questo ora non si può più perdere tempo e assume carattere d'urgenza la sua attivazione in tutte le Regioni. All'emergenza per i pazienti Covid, oggi si aggiunge anche quella dei pazienti non-Covid con fragilità (cronici, non autosufficienti, ...), i quali per circa 3 mesi hanno fatto i conti con un sostanziale congelamento dei servizi socio-sanitari territoriali, già carenti, a partire da quelli domiciliari, che sono fondamentali per la prevenzione e gestione delle complicanze. E la prospettiva, in assenza di interventi immediati, rischia decisamente di non essere all'altezza dei bisogni reali dei pazienti. Stando a quanto emerge dai dati della sperimentazione del Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, svolta dal Ministero della Salute e dalle Regioni, 10 Regioni sono inadempienti nella capacità di garantire il livello di assistenza sanitaria distrettuale (territorio), praticamente mezza Italia.

### COVID-19 Fase 2



*flessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore.” E arriviamo così alle assunzioni a tempo indeterminato di quasi 10mila infermieri: “Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.”*

**INFERMIERI MILITARI NEL DECRETO RILANCIO** - Nel decreto Rilancio per la parte che concerne il ministero della Difesa sono previste le assunzioni di medici e infermieri militari, secondo quanto già stabilito dal decreto Cura Italia di marzo. In particolare a stabilirlo è l'articolo 19 Funzionamento e potenziamento della Sanità militare in cui si legge che le assunzioni riguarderebbero il personale della Marina militare, dell'Aeronautica militare e dell'Arma dei carabinieri nelle misure di seguito stabilite per ciascuna categoria e Forza armata: 70 ufficiali medici con il grado di tenente o grado corrispondente, di cui 30 della Marina militare, 30 dell'Aeronautica militare e 10 dell'Arma dei carabinieri; 100 sottufficiali infermieri con il grado di maresciallo, di cui 50 della Marina militare e 50 dell'Aeronautica militare. Per partecipare e rientrare nelle assunzioni di infermieri e medici previste dal decreto Rilancio per l'emergenza COVID-19 sarà necessario presentare sul portale del ministero della Difesa la domanda di partecipazione entro 15 giorni dalla pubblicazione delle procedure di arruolamento da parte della Direzione generale del personale militare sullo stesso sito. Gli arruolamenti sono perfezionati entro i successivi 20 giorni. Ancora si legge nel decreto Rilancio che: “I periodi di servizio prestato ai sensi del presente articolo nonché quelli prestati ai sensi dell'articolo 7, comma 1, del decreto-legge n. 18 del 2020 costituiscono titolo di merito da valutare nelle procedure concorsuali per il reclutamento di personale militare in servizio permanente appartenente ai medesimi ruoli delle Forze armate”.



## COVID-19 Fase 2

# “Infermieri spina dorsale del Sistema sanitario nazionale”

Monito del direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità ai governi, anche alla luce dell'emergenza Covid-19: “investire nell'istruzione infermieristica e nella creazione di posti di lavoro infermieristici”. Il rapporto Oms: “carenza globale di infermieri di 5,9 milioni. In Italia ne mancano almeno 53mila, soprattutto sul territorio, dove anche con COVID si stanno dimostrando le problematiche maggiori

di **DARIO DE MARTINO**

**N**ella giornata mondiale della Salute (il 7 aprile di ogni anno) arriva dall'Organizzazione mondiale della sanità un monito preciso, anche alla luce di quanto successo nella prima fase della pandemia da Covid-19: “I governi devono investire in una massiccia accelerazione dell'istruzione infermieristica, nella creazione di posti di lavoro infermieristici e nella leadership. Senza infermieri i paesi non possono vincere la battaglia contro i focolai, o raggiungere una copertura sanitaria universale e gli obiettivi di sviluppo sostenibile”. Poi il direttore generale dell'Oms, Tedros Adhanom Ghebreyesus aggiunge: “*Gli infermieri sono la spina dorsale di qualsiasi sistema sanitario. Oggi, molti di loro si trovano in prima linea nella battaglia contro Covid-19*”.

**Il Rapporto Oms** - L'Organizzazione mondiale della sanità ha presentato un suo rapporto sullo stato dell'infermieristica nel mondo. Si tratta, come lo stesso direttore dell'Organizzazione lo definisce, di “*un chiaro promemoria del ruolo unico che svolgono questi professionisti e un campanello d'allarme per assicurare che ottengano il sostegno di cui hanno bisogno per mantenere sano il mondo*”. Secondo il rapporto OMS, tra il 2013 e il 2018 il numero di infermieri nel mondo è aumentato di 4,7 milioni. Ma questo lascia ancora una carenza globale di 5,9 milioni. In Italia ne mancano almeno 53mila, soprattutto sul territorio, dove anche con COVID si stanno dimostrando le problematiche maggiori.



**International Council of Nurses** - “*Ogni centesimo investito nell'assistenza infermieristica* - ha spiegato in occasione della presentazione del Rapporto Annette Kennedy, presidente dell'International Council of Nurses, partner Oms - *solleva il benessere delle persone e delle famiglie in modi tangibili, chiari per tutti. Il Rapporto mette in evidenza il contributo infermieristico e conferma che l'investimento nella professione infermieristica è un vantaggio per la società, non un costo. Il mondo ha bisogno di milioni di infermieri in più, e chiediamo ai governi di fare la cosa giusta, investire in questa meravigliosa professione e guardare le loro popolazioni beneficiare dell'incredibile lavoro che solo gli infermieri possono fare*”.

**Il decalogo Oms** - Per dotare il mondo della forza lavoro infermieristica di cui ha bisogno, l'OMS e i suoi partner - come è

scritto nel Rapporto - raccomandano a tutti i paesi di: - Aumentare i finanziamenti per istruire e assumere più infermieri - Rafforzare la capacità di raccogliere, analizzare e agire sui dati sulla forza lavoro sanitaria - Monitorare la mobilità e la migrazione degli infermieri e gestirla in modo responsabile ed etico - Educare e formare gli infermieri delle competenze scientifiche, tecnologiche e sociologiche di cui hanno bisogno per guidare il progresso nell'assistenza sanitaria primaria - Stabilire posizioni di leadership, tra cui un capo infermiere del governo e sostenere lo sviluppo della leadership tra i giovani infermieri - Garantire che gli infermieri delle squadre di assistenza sanitaria primaria lavorino al massimo delle loro potenzialità, ad esempio nella prevenzione e nella gestione delle malattie non trasmissibili - Migliorare le condizioni di lavoro, anche attraverso livelli di personale sicuro, salari equi e rispetto dei diritti alla salute e alla sicurezza sul lavoro - Implementare politiche della forza lavoro infermieristica sensibile al genere - Modernizzare la regolamentazione infermieristica professionale armonizzando gli standard di istruzione e pratica e utilizzando sistemi in grado di riconoscere ed elaborare le credenziali degli infermieri a livello globale - Rafforzare il ruolo degli infermieri nelle squadre di assistenza mettendo insieme diversi settori (sanità, istruzione, immigrazione, finanza e lavoro) con le parti interessate infermieristiche per il dialogo politico e la pianificazione della forza lavoro.

COVID-19  
Fase 2



# Mai più medici nei corsi di laurea per infermieri

Il ministro dell'Università fa marcia indietro. Dopo le numerose sollecitazioni da parte della Fnopi, il Miur abroga parte del Dm dello scorso 14 maggio. Non ci saranno più, cioè, due medici ospedalieri a integrare i docenti dei corsi di laurea in infermieristica. La soddisfazione della Fnopi: "Accolte le nostre richieste. Ora al via un tavolo Miur-Salute-Fnopi per ridisegnare i percorsi formativi della professione infermieristica"

di ANTONIO DE LUCE

**C'**è grande soddisfazione nella sede di via De Pretis a Roma. Un'altra battaglia è stata vinta. Un'altra conquista è stata portata a casa. A dire il vero, si tratta ben più d'una semplice progressione professionale. Si tratta di una mezza rivoluzione. Un passaggio importante sulla strada di un pieno riconoscimento dell'autonomia professionale, delle competenze, della formazione e delle carriere. Il comma 2 dell'articolo 1 del decreto ministeriale 14 maggio 2020 (prot.n. 82), è abrogato: non ci saranno più, cioè, due medici ospedalieri a integrare i docenti dei corsi di laurea in infermieristica. A stabilirlo è il decreto del ministro dell'Università 29 maggio 2020 n. 137 che interviene su sollecitazione della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), a risolvere il problema di docenti non infermieri nei corsi di laurea per gli infermieri che tante polemiche aveva suscitato. Giustificato quindi il clima di elettricità registrato nella sede della Federazione degli Ordini degli infermieri. "Ringraziamo il ministro dell'Università Gaetano Manfredi e il suo staff - ha detto **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI, commentando la sostanziale marcia indietro del Miur - per aver valutato con attenzione, dopo le numerose interlocuzioni politiche con la Federazione, il problema dell'introduzione di 'non infermieri' nei corsi di laurea in infermieristica. E soprattutto di aver accolto la nostra richiesta sulla necessità dell'attivazione di un tavolo di confronto con la sola professione infermieristica per stabilire non solo i presupposti dell'intervento formativo urgente legato alla pandemia, ma la revisione di tutta la formazione universitaria degli infermieri". "È questo - conclude Mangiacavalli - uno degli obiettivi principali della politica

della Federazione, che ora apre la strada a un'ulteriore crescita oltre che formativa anche professionale e di carriera per la professione infermieristica".

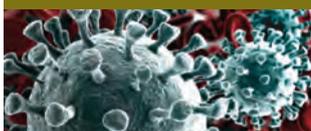
Le premesse del decreto sottolineano e confermano la necessità per i prossimi due anni accademici di facilitare l'accreditamento e a u m e n t a r e quindi il numero dei corsi universitari snellen-

done le previsioni quantitative di docenti per ogni corso per poter formare un maggior numero di infermieri da dedicare all'emergenza COVID, ma indicano anche la decisione di "sopradde" all'inserimento di "due medici ospedalieri da indicare come personale medico di riferimento coinvolto per ogni corso di laurea in infermieristica".

Ma non solo. Il decreto, accoglie le richieste della FNOPI che in una nota del 25 maggio scorso indirizzata al ministro dell'Università, aveva chiesto "l'attivazione di un tavolo congiunto Ministero dell'università e della ricerca - Ministero della salute - FNOPI" per un "confronto istituzionale sulla riprogettazione dei percorsi formativi infermieristici, alla luce delle mutate esigenze del Servizio sanitario nazionale".

Con l'abrogazione da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca di una parte del Dm dello scorso 14 maggio gli infermieri conquistano un importante riconoscimento professionale. Ma soprattutto aggiungono benzina per ulteriori conquiste. A cominciare da una programmazione del numero dei corsi universitari per infermieri più vicina alle reali esigenze, con e senza covid.





## COVID-19 Fase 2

Si chiama Mes ed è l'acronimo di Meccanismo europeo di stabilità. Si tratta di fondi europei destinati esclusivamente a rafforzare la sanità nei paesi membri dell'Unione europea. Un meccanismo controverso, per cui in Italia molte forze politiche hanno sollevato dubbi sul suo utilizzo, nel timore di trovare il Paese commissariato come è successo per la Grecia. Ma con la pandemia il meccanismo è sostanzialmente cambiato. Di fatto l'unica condizione del Mes è che i soldi siano spesi nella sanità e non per altro. Per il momento nulla è ancora deciso. Ma se l'Italia decidesse di attingere al tanto discusso meccanismo potrebbe accedere a prestiti agevolati fino al 2% del Pil, ovvero a circa 36 miliardi di euro.

Con quella somma si potrebbero recuperare anni e anni, almeno dieci, di tagli indiscriminati agli investimenti nella sanità. Da allora il flusso di soldi freschi si è più che dimezzato, scendendo a un miliardo e mezzo all'anno. Giusto i soldi per tenere in piedi il Sistema sanitario nazionale e non farlo fallire. Si è così ridotta anno dopo anno la quota di investimenti per nuovi macchinari o per ristrutturare edifici cadenti, per strutturare un'adeguata rete di assistenza territoriale, per ridurre le liste d'attesa, per adeguare il numero di posti letto e di personale, sia medico, sia infermieristico.

Ora però c'è un'occasione per recuperare gli investimenti mancati e per riequilibrare il gap che le regioni del Sud hanno maturato nei confronti delle regioni del Nord: il Mes appunto. I 36 miliardi di fondi agevolati andrebbero divisi tra le varie regioni. In questa spartizione quasi 14 dovrebbero andare al Mezzogiorno, mentre i restanti 22 al Centronord. Al Sud insomma spetta il 38% ovvero quattro punti in più rispetto al 34% della popolazione proprio per recuperare i divari che si sono accumulati negli anni.

Alla Campania spetterebbero 4 miliardi di euro, con i quali andrebbe recuperato un divario che in diverse voci si è fatto imbarazzante. Il riequilibrio territoriale delle strutture sanitarie è un obiet-

# Con il Mes alla Ca

Se l'Italia decidesse di accedere al Meccanismo europeo di stabilità andrebbero al Mezzogiorno. Un'occasione per recuperare i mancati in

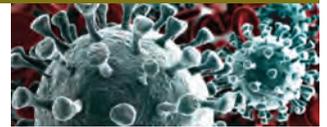


## Ssn, tre miliardi e mezzo in più

Tre miliardi e mezzo di euro in più di finanziamenti statali al servizio sanitario nazionale. La conferenza stato-regioni ha ratificato l'accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la rideterminazione del livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre lo stato. I finanziamenti statali per il fondo sanitario nazionale passano quindi ora a 117 miliardi e 407 milioni, aumentandolo di 3,5 miliardi rispetto al 2019.

“I 117,4 miliardi del fondo sanitario nazionale 2020 – spiega il dipartimento per gli affari regionali e le autonomie della presidenza del consiglio dei ministri – sono così destinati: 113 miliardi al fondo indistinto; 1 miliardo e 800 milioni al vincolato e programmato per regione e pubblica amministrazione; 629 milioni vincolato per altri enti; 295 milioni di accantonamento; 1 miliardo e 410 milioni vincolato per regioni legato a interventi adottati per l'emergenza sanitaria e già ripartiti”.

COVID-19  
Fase 2



# Campania spettano 4 miliardi

potrebbe contare su 36 miliardi di euro da investire esclusivamente in sanità. Di questi, 14 miliardi investimenti di quest'ultimi dieci anni e i ritardi del Mezzogiorno nei confronti delle regioni Benchmark.

di PINO DE MARTINO

tivo che risale addirittura alla legge 67 del 1988. E però quando a metà 2012 si fece il bilancio degli interventi, la Campania aveva di gran lunga il primato regionale negativo delle risorse revocate: il 55% contro una media del 13%. Eppure di cose da fare ce ne erano e ce ne sono.

Ci sono in primo luogo macchinari sanitari da sostituire e, soprattutto, da potenziare. Secondo la Corte dei Conti, la necessità di macchinari entro il 2020 per potenziare le strutture sanitarie è di zero euro in Lombardia (cioè hanno già tutto e va solo sostituito quello che diventa ob-

soleto), di 2,6 milioni in Veneto e di 81,8 milioni in Campania. La lista delle necessità in Campania comprende i posti in terapia intensiva (siamo alla metà del livello ottimale), le strutture per l'assistenza ai lungodegenti e quelle per i malati terminali.

## In piena pandemia è andata in onda in Italia sulle reti nazionali una stucchevole diatriba tra virologi. Anche in questo caso si è assistito ad un attacco al Sud e ad una sua eccellenza: L'Ospedale Cotugno di Napoli. Polemiche, scontri, scuse, precisazioni. Ma intanto il danno d'immagine c'era stato. A restituire onore e gloria all'ospedale napoletano ci ha pensato però Stuart Ramsay, il corrispondente di Sky International in Italia. L'inviato ha trascorso le ultime settimane visitando gli ospedali del Bel Paese. A cominciare dal Nord, dove la pandemia ha colpito più forte.

## Il "modello Cotugno" che piace all'Europa

Poi Ramsay è venuto a Napoli ed è rimasto colpito dalla visita all'ospedale Cotugno. Ai telespettatori britannici lo ha presentato come un esempio da seguire nella gestione ospedaliera durante la guerra contro il coronavirus. La trascrizione del servizio, come ne dà conto anche un servizio de Il Mattino, a firma di Paolo Barbuto, dice più o meno questo: «Mentre nel Nord del paese la diffusione dell'epidemia ha colto di sorpresa tutti, in questo ospedale di Napoli le cose sono andate diversamente». Quel che ha colpito più profondamente l'inviato britannico è stata la meticolosa attenzione alla protezione del personale. Il titolo del suo servizio è proprio dedicato a questo dettaglio: «L'ospedale Covid italiano dove nessun medico è stato contagiato». E poi: «I percorsi per medici e infermieri sono nettamente separati: chi si è avvicinato al contagio non entrerà mai in contatto con gli altri fino a quando non avrà tolto le protezioni e si sarà sanificato. Per far rispettare le regole sui percorsi in questo ospedale vigilano le guardie giurate». Ramsay racconta che fin dall'accesso il Cotugno è differente da ogni altra realtà italiana che ha visitato: «Per entrare passo sotto una macchina che



sembra lo scanner di un aeroporto e invece è una macchina di disinfe-

zione che ti ripulisce a fondo».

Poi l'ingresso, con ogni protezione necessaria, all'interno dei reparti, e l'immediata consapevolezza che in questo ospedale le cose funzionano in maniera differente: «Siamo a un livello completamente diverso rispetto a tutto quel che abbiamo visto fino ad ora in Italia. Chiunque si avvicina a un paziente, porta maschere estremamente avanzate che sembrano maschere antigas, decisamente più avanzate rispetto a quelle che abbiamo visto negli altri ospedali; anche le tute ermetiche che indossano li rendono totalmente iso-

lati». Il giornalista spiega ai suoi ascoltatori che in questo ospedale le misure di tutela sono all'ordine del giorno perché qui si curano abitualmente infezioni serie, dall'Hiv alla tubercolosi: «Le regole qui sono ferree - spiega a Sky International il primario di pneumologia Parrella - separare i percorsi, imparare a indossare e togliere maschere e tute di protezione è fondamentale. Per chiunque lavora qui si tratta di un'abitudine naturale». Le telecamere riprendono un momento di concitazione, il soccorso a un paziente che viene effettuato rispettando tutti i protocolli di sicurezza. Poi c'è il primario di Fisiologia respiratoria, Giuseppe Fiorentino, che fornisce chiarimenti a una guardia giurata sui percorsi da far rispettare: «Negli ospedali del Nord c'è un alto numero di contagiati fra il personale sanitario perché non sono in grado di attuare questi percorsi di separazione», spiega il dottore che chiarisce a Ramsay: «Non è questione di colpe, è semplicemente un dato di fatto». Il reportage si conclude con un messaggio: «C'è una maniera per fermare i contagi del personale ospedaliero, è quella che abbiamo visto qui a Napoli».



**12 maggio**  
**Anno dell'infermiere**

**A**nno mondiale dell'Infermiere, Giornata internazionale dell'infermiere, bicentenario della nascita di Florence Nightingale, madre dell'Infermieristica moderna. Quest'anno il 12 maggio ha concentrato in un solo giorno tre importanti ricorrenze. Un peccato non poterle celebrare come meritavano: il coronavirus impone ancora restrizioni nelle aggregazioni e nelle manifestazioni collettive. Dunque, tutto è concentrato sul web. Così, il portale della Federazione è diventato un canale per le celebrazioni, per non dimenticare le ori-

## La lezione di Florence gu

Una giornata per celebrare tre eventi importanti per gli infermieri: Anno mondiale di Florence Nightingale, madre dell'Infermieristica moderna. Con le restrizioni imposte, è stato concentrato sul web con numerose iniziative. Tra i tanti indirizzi di saluto, quello d

gini della professione, la lezione di Florence Nightingale e i contributi di idee, i saluti di omaggio delle alte cariche dello Stato, del Santo Padre e di semplici cittadini. "Noi infermieri ci troviamo in questa nuova modalità certamente più asettica,

*che è diventata però l'unica alternativa possibile agli incontri con colleghi, istituzioni e cittadini per condividere esperienze e saperi – spiega la presidente FNOPI, Barbara Mangiacavalli - Non potevamo creare, proprio noi, occasioni*

### Il Papa prega per gli infermieri: "Esempio di eroismo"

Nella Messa a Santa Marta, Francesco chiede a Dio di benedire gli infermieri che in questo tempo della pandemia sono stati esempio di eroismo e alcuni hanno dato anche la vita. Nell'omelia, ha affermato che la pace di Gesù è un dono gratuito che apre sempre agli altri e dona la speranza del Paradiso, che è la pace definitiva, mentre la pace del mondo è

egoista, sterile, costosa e provvisoria. Francesco ha presieduto la Messa a Casa Santa Marta nel martedì della quinta settimana di Pasqua. Nell'introduzione, ha rivolto il suo pensiero agli infermieri: "Oggi è la Giornata degli infermieri. Ieri ho inviato un messaggio. Preghiamo oggi per gli infermieri e le infermiere, uomini, donne, ragazzi e ragazze, che svolgono questa professione, che è più di una professione, è una vocazione, una dedizione. Che il Signore li benedica. In questo tempo della pandemia hanno dato esempio di eroicità e alcuni hanno dato la vita. Preghiamo per le infermiere e gli infermieri".



### Mattarella: "Chi oggi è in prima linea contro il virus onora la Repubblica"



Un messaggio dall'intenso valore morale e civico è stato rivolto agli infermieri anche da parte del Capo dello Stato in occasione del 25 aprile: "I valori della Resistenza sono alla base della nostra storia" "Tutti coloro che si trovano in prima linea per combattere" il coronavirus "manifestano uno spirito che onora la Repubblica e rafforza la solidarietà della nostra convivenza". Nel suo messaggio per il 25 aprile, Sergio Mattarella elogia tutti i medici, gli infermieri e gli operai che oggi stanno facendo andare avanti l'Italia. "Insieme possiamo farcela e lo stiamo dimostrando", scrive il Capo dello Stato.

12 maggio  
Anno dell'infermiere



# Ida ancora la professione

del 12 maggio, Giornata internazionale dell'infermiere, bicentenario della nascita di Florence Nightingale. Nonostante le difficoltà poste dalla pandemia, niente manifestazioni in piazza, nessun convegno. Tutto si è svolto online, con la partecipazione del Santo Padre, del Presidente della Repubblica, del ministro della salute Speranza

gico, “il tempo di relazione è tempo di cura”. Lo hanno dimostrato – e lo stanno dimostrando – nonostante le necessarie tute di contenimento e i tripli guanti di lattice di protezione. Lo sanno le istituzioni, che ne chiedono l'intervento nelle situazioni più gravi, rendendosi finalmente conto della carenza che la FNOPI ormai denuncia da anni e che l'OMS a livello mondiale ancora quantifica in almeno 6 milioni di unità. In Italia, ne occorrono 53mila, di cui gran parte sul territorio come infermieri di famiglia/comunità, per una vera assistenza a misura di cittadino.

**Non dimenticare il passato** - Ma il ricordo di Florence Nightingale non si spegne con la pandemia: “Mai come in questo periodo è necessario guardare al passato per farne tesoro e costruire un futuro migliore. – spiega Mangiacavalli - La pandemia ci ha insegnato che occorre studiare dati, lavorare su evidenze scientifiche, agire di comune accordo con metodo e professionalità. Sono tutte intuizioni già presenti nel pensiero e nelle opere di Florence che, oltre ad essere la madre di tutti noi infermieri, è stata una fine statistica, tanto che all'estero la ricordano come colei che ha ridotto la mortalità per malattie dei soldati nella guerra di Crimea dal 47 al 2 per cento. Quello che, per analogia, ci auguriamo possa accadere nell'emergenza COVID-19”. “Oggi sappiamo che Florence, con il suo agire, ha salvato migliaia di vite. Come facciamo noi infermieri, ogni giorno, prima, durante e dopo l'emergenza. E dico dopo, perché ci sarà un dopo e, guardando agli errori del passato, non bisognerà più ripeterli. Noi saremo lì, vigili e attenti, affinché ciò non accada”. Per la FNOPI, investire sul personale sanitario, a partire da quello infermieristico, e dare piena attuazione al Patto per la salute approvato a fine 2019 è il modo migliore per fare tesoro di questa drammatica crisi, per ripensare e innovare strutturalmente il nostro Servizio Sanitario Nazionale, per dare nuove speranze e migliorare l'assistenza a tutti i cittadini, senza distinzioni o disuguaglianze.

di assembramento, né potevamo pensare di lasciare sguarniti i nostri luoghi di lavoro: gli ospedali, le Rsa, il territorio, in questo giorno che pure rappresenta una festa segnata in rosso sul calendario degli infermieri di tutto il mondo”.

**Gli infermieri ci sono** - Lo sanno i cittadini che li riconoscono in questo periodo come unici compagni nei loro momenti di bisogno, sia dal punto di vista clinico che umano, perché per gli infermieri, come recita il **Codice deontolo-**

## Il ministro Roberto Speranza agli infermieri: “La vostra è una professione essenziale per il Ssn”

Nella Giornata internazionale dell'infermiere che quest'anno celebra anche i 200 anni dalla nascita di Florence Nightingale, madre dell'infermieristica moderna ed è il giorno clou dell'anno dell'infermiere proclamato dall'OMS, il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha inviato alla Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche un messaggio di augurio, apprezzamento e, al tempo stesso, di impegno per il riconoscimento della professione. “Nella prova durissima che l'Italia si è trovata ad affrontare – ha scritto il ministero nella lettera inviata alla presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli – l'impegno speso per vincere questa sfida ha assunto il volto degli infermieri che, insieme ai medici e agli altri professionisti e operatori sanitari, abbiamo visto in prima linea nei giorni più drammatici”. “Il volto di una professione, e della storia che celebriamo oggi – prosegue il ministro – sinonimo di vocazione al servizio degli altri. Il vostro lavoro, da sempre essenziale al funzionamento del Servizio sanitario nazionale, mai come in questa stagione ha rivestito, e rivestirà sempre di più, un ruolo fondamentale nei servizi sul territorio, negli ospedali, ma anche a domicilio, nel contatto stretto con le famiglie”. “Un lavoro che va sostenuto – conclude Speranza – con un impegno altrettanto concreto da parte dello Stato per una tutela forte del diritto costituzionale alla salute”.



“Ringraziamo il ministro per le sue parole – ha commentato la presidente FNOPI, Barbara Mangiacavalli – e gli assicuriamo che gli infermieri, come è stato da sempre e sempre sarà in futuro, avranno come primo obiettivo del loro agire la salute degli assistiti e il soddisfacimento pieno dei loro bisogni. Soprattutto, come ha ben sottolineato, sul territorio dove le esigenze sono spesso più forti e continue e dove proprio la pandemia ha dimostrato come troppe volte, siano esse Covid o non Covid, le persone restano sole”.

“Questo non accadrà mai – conclude Mangiacavalli - se gli infermieri potranno essergli vicini: il tempo di relazione per noi è tempo di cura. E per questo il nostro impegno è a non lasciare mai solo nessuno”.



12 maggio  
Anno dell'infermiere

## Napoli celebra con l'arte il 12 maggio

"Un video dell'artista Stefania Bruno per dire grazie agli infermieri per quanto hanno dato e daranno ancora nella lotta contro il coronavirus", Così il Presidente Ciro Carbone ha presentato le iniziative messe in campo dall'Opi Napoli per le tre celebrazioni. Gli interventi in video della vicepresidente Teresa Rea e dei consiglieri Angela Capuano e Gaetano Artiola

**G**li oltre 42 mila infermieri della Campania hanno celebrato come ogni anno la Giornata internazionale dell'infermiere. Un appuntamento reso quest'anno ancora più solenne dalla concomitanza con il bicentenario della nascita di Florence Nightingale, la fondatrice della infermieristica moderna, e dall'Anno mondiale dell'Infermiere. Celebrazioni importanti che L'Opi Napoli, così come ovunque, ha ricordato rispettando i divieti



di assembramento e di distanziamento sociale imposte dalla pandemia. Quindi niente piazza, niente convegni e incontri sui posti di lavoro. E allora spazio al web e soprattutto alla creatività artistica. "Abbiamo deciso di sottolineare l'importanza di questo momento con un video dell'artista Stefania Bruno per ringraziare ogni professionista in questo momento di grave difficoltà e grande impegno", ha detto Ciro Carbone. Una celebrazione con un sfondo cupo il covid 19, che tanti lutti ha portato nel mondo e anche tra gli stessi infermieri: ben 40 in tutta Italia, 5 in Campania. Un prezzo altissimo.

Di tutto questo se ne parlato in vari servizi andati in onda sulla Terza Rete Rai e altre emittenti locali, a testimonianza della popolarità che oggi gode la professione. Eroi o angeli, restano per gli infermieri i problemi di sempre: poco personale, assenza quasi totale di figure infermieristiche sul Territorio, come ha giustamente ricordato la consigliera Opi Napoli Angela Capuano: "In questa fase 2 bisogna puntare decisamente sull'infermiere di Famiglia e di comunità, cosa



completamente assente nella prima fase della pandemia".

Anche all'Ospedale Cotugno, il cuore della lotta alla pandemia a Napoli, si è celebrata questa giornata particolare con tanti infermieri presenti. A guidare la pattuglia dell'Opi Napoli la vicepresidente Teresa Rea: "Non ci piace sentirci degli eroi, o angeli. Siamo professionisti, lo siamo da tempo, lo abbiamo dimostrato e continueremo a

farlo. Noi oggi chiediamo maggiore valorizzazione del nostro lavoro. Con altri professionisti della sanità vorremmo disegnare il futuro avendo maggior peso politico ai tavoli che contano". Gaetano Artiola, consigliere dell'Ordine di Napoli punta il dito sulla mancanza di posti di lavoro: "Abbiamo bisogno di percorsi di stabilizzazioni per risolvere la questione del precariato, ma senza aggiungere altro precariato. Ai giovani mando un messaggio positivo: insieme ce la faremo".



### De Luca, "Grazie infermieri, professione in prima linea contro il coronavirus"

"Grazie a tutti gli infermieri per lo straordinario lavoro, per l'impegno il coraggio e la professionalità che stanno mettendo per vincere la guerra contro l'epidemia." Così il Presidente della Regione, Vincenzo De Luca, tramite il proprio profilo Facebook fa un ringraziamento sentito agli infermieri per la lotta in prima linea al CoVid-19. Approfittando della giornata internazionale degli infermieri, il Presidente della Regione, Vincenzo De Luca, ha voluto mandare un sentito ringraziamento. Il presidente De Luca ha sempre mostrato grande sensibilità a riguardo, con un tema così delicato. Per questo motivo ha voluto, ulteriormente sottolineare, in una giornata così importante, lo straordinario lavoro che hanno fatto gli infermieri. Questi hanno lottato in prima linea, in tutti gli ospedali del mondo, al pari dei medici, per sconfiggere il Coronavirus, definito "nemico invisibile". De Luca, infine, sottolinea che anche quella degli infermieri è una vocazione, al pari di quella dei medici.



***L'efficacia di utilizzo delle tecniche di de-escalation nel paziente psichiatrico: revisione narrativa***



***pagg. 1-17***

***Significant Event Audit (SEA) per il miglioramento delle cure primarie***

***pagg. 18-26***



***Allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità. Indagine osservazionale multicentrica nelle strutture sanitarie campane***



***pagg. 27-54***

## L'efficacia di utilizzo delle tecniche di de-escalation nel paziente psichiatrico: revisione narrativa

Antonino Calabrò<sup>1</sup>, Alessia Marangon<sup>2</sup>, Maria Chiara Carriero<sup>3</sup>,

Federica Ilari<sup>4</sup>, Roberto Lupo<sup>5</sup>, Lorenzo Bardone<sup>6</sup>

- 1) Infermiere ASL Biella S.P.D.C.
- 2) Infermiera libera professionista;
- 3) Psicologa Istituto Santa Chiara Roma
- 4) Infermiere Tutor della didattica professionale UPO sede di Biella;
- 5) Infermiere ASL Le, Ospedale “San Giuseppe da Copertino”
- 6) Infermiere Tutor della didattica professionale UPO sede di Biella;

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

E-mail: [antonino\\_calabro@pec.it](mailto:antonino_calabro@pec.it)

DOI: [10.32549/OPI-NSC-34](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-34)

## Abstract

**Introduzione:** L'aggressività e la violenza nei luoghi di lavoro rappresentano un fenomeno psicosociale in continuo aumento e questo può causare possibili importanti ripercussioni all'intero processo di cura.

**Obiettivo:** Valutare l'efficacia delle tecniche di de-escalation nella gestione degli agiti aggressivi del paziente psichiatrico.

**Metodi:** Per condurre la seguente revisione è stato delineato un quesito di ricerca utilizzando la metodologia PIO. Successivamente, è stata condotta una revisione narrativa della letteratura, attraverso l'utilizzo delle banche dati banche dati PubMed ed EMBASE.

**Risultati:** Dalla revisione della letteratura internazionale, solamente tre studi soddisfacevano i nostri criteri di inclusione. Dagli studi selezionati emerge che gli operatori della salute mentale reagiscono in modo diverso alla violenza. Alcuni si relazionano con i pazienti generando soluzioni positive, mentre altri gestiscono i pazienti con misure coercitive. Si evince l'efficacia dell'utilizzo delle tecniche di *de-escalation* nella gestione degli agiti aggressivi e che sia il personale che i pazienti aspirano a raggiungere relazioni non conflittuali e sociali mentre interagiscono in situazioni violente e minacciose.

**Conclusioni:** La *de-escalation* risulta essere la tecnica più efficace solo previa conoscenza accurata del paziente, delle sue patologie e degli eventuali segni e sintomi prodromici che possono indicare l'insorgenza di un comportamento aggressivo. Inoltre, risulta più complicata con i soggetti aventi una storia pregressa di aggressività. Tuttavia emerge l'assenza di un'adeguata formazione del personale, che possa garantire la corretta messa in pratica dell'intervento e che possa rendere più sicuri gli infermieri nella gestione dell'agito aggressivo e del paziente violento.

**Parole chiave:** Infermiere, Aggressione; Violenza, comportamento aggressivo, prevenzione, sicurezza, psichiatria, de-escalation, paziente disturbo mentale.

---

**The effectiveness of using de-escalation techniques in the psychiatric patient: narrative review.****Abstract**

**Introduction:** Aggression and violence in the workplace represent an ever-increasing psychosocial phenomenon and this can cause possible important repercussions for the entire treatment process.

**Objective:** to evaluate the effectiveness of using de-escalation techniques in the management the psychiatric patient's aggressive actions.

**Methods:** To conduct the following review, a research question was outlined using the PIO methodology. Subsequently, a narrative review of the literature was conducted, through the use of the PubMed and EMBASE databases.

**Results:** From the review of the international literature, only three studies met our inclusion criteria Selected studies show that mental health workers react differently to violence. Some relate to patients by generating positive solutions, while others manage patients with coercive measures. The effectiveness of the use of de-escalation techniques in the management of aggressive actions and that both staff and patients aspire to achieve non-confrontational and social relationships while interacting in violent and threatening situations can be seen.

**Conclusions:** De-escalation is the most effective technique only after careful knowledge of the patient, his pathologies and any prodromal signs and symptoms that may indicate the onset of aggressive behavior. Furthermore, it is more complicated with subjects having a previous history of aggression. However, the absence of adequate staff training emerges, which can guarantee the correct implementation of the intervention and which can make nurses safer in the management of aggressive action and of the violent patient.

**Keyword:** Nurse, Aggression; Violence, Aggressive behavior, Prevention, Safety, Psychiatry, de-escalation, mental patient

## Introduzione

Nella realtà sanitaria l'aggressività nei luoghi di lavoro è un fenomeno in continuo aumento [1]. Gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, hanno un rischio maggiore di subire episodi di violenza [2] e ciò può danneggiare l'intero processo di cura oltre che incrementare lo stress da lavoro [3]. Vi sono delle aree specifiche di assistenza in cui i comportamenti aggressivi si verificano con maggiore frequenza: i servizi di emergenza [4], le attività domiciliari [5], le geriatrie e i servizi di salute mentale e psichiatria [6]. Molti sono gli studi che hanno analizzato i fattori di rischio che possono scatenare un passaggio all'atto (*acting-out*). Tra questi ricordiamo: il tempo d'attesa prolungato [7], una comunicazione inefficace, la riduzione del tempo da dedicare al paziente [7], l'età e il genere del paziente [8], patologie psichiatriche [8], demenze e/o lesioni cerebrali [9].

Il National Institute of Occupational Safety and Health [10] definisce l'aggressività come: “ogni atto di aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. La violenza nel posto di lavoro invece, è riferita ad “una serie di comportamenti che possono causare danni, ferite o lesioni a un'altra persona, indipendentemente dal fatto che la violenza o l'aggressione siano espresse fisicamente o verbalmente, e il danno fisico sia sostenuto o l'intenzione sia chiara” [9].

In un'ottica preventiva sorge la necessità di un setting che possa prevenire e gestire il fenomeno dell'aggressività. In merito a ciò, il Ministero della Salute ha riportato delle raccomandazioni per la prevenzione e trattamento della violenza nei luoghi di cura [12] e ha erogato “La Raccomandazione n. 8” [13] che prende in considerazione la “prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”. Fondamentale risulta, anche, la formazione del personale curante per poter riconoscere in tempo i segnali d'allarme e saper gestire gli '*acting out*'. In uno studio condotto da Heckemann et al. [14], in cui viene proposto un corso di gestione delle situazioni violente, il 50% dei partecipanti non si riteneva in grado di affrontare la situazione. In un altro studio condotto da Lanza et al. [15] si evince che i corsi di aggiornamento, in cui sono illustrate tecniche di

prevenzione, non sono funzionali nel momento in cui i partecipanti sono già stati vittime di aggressione.

L'Istituto Nazionale per la Salute e il Clinical Excellence [16] hanno riportato l'uso di interventi contenitivi per la gestione del comportamento violento e, secondo le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), i principali sono di tipo farmacologico, fisico e comportamentale [11]. In particolare si ricordano: farmaci Pro re nata (PRN), Tecniche di De-escalation (distrazione, regolazione emotiva, rilassamento della persona ecc.), interventi restrittivi e il rapido rilassamento. Con l'adozione di tali tecniche, l'operatore, sempre dopo aver individuato i segni di un comportamento aggressivo, potrebbe essere in grado di prevenire l'atto violento prima che si verifichi. Resta quindi fondamentale comprendere e prevenire tali episodi; ad oggi si sa poco sull'efficacia delle tecniche di de-escalation, spesso raccomandate, in termini di riduzione dei danni associati.

### Obiettivo dello studio

Valutare l'efficacia delle tecniche di *de-escalation* per gestire gli agiti aggressivi del paziente psichiatrico.

### Materiali e Metodi

Per condurre la revisione è stato delineato un quesito di ricerca utilizzando la metodologia Population, Intervention, Outcome (PIO) (Tabella 1).

<i>Population</i>	Pazienti psichiatrici adulti
<i>Intervention</i>	Gestione con tecniche di de-escalation
<i>Outcome</i>	Risoluzione della crisi aggressiva

**Tabella 1.** Quesito secondo la metodologia PIO.

È stata condotta una revisione della letteratura consultando le seguenti banche dati: *PubMed* ed *EMBASE*.

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: “*De-escalation*”; “*psychiatry*”; “*psychiatry Nursing*”; “*psychiatric Department*”, “*Hospital; emergency Services*”; “*aggression*”; “*anger*”; “*violence*”; “*mental patient*”; “*psychomotor agitation*”; “*aggressive behavior*”; “*aggressive reaction*”. Per la ricerca sono state utilizzate le stringhe riportate nella Tabella 2, composte da termini Mesh e *key-words* combinati tra loro attraverso gli operatori booleani AND & OR. Gli articoli ottenuti e i relativi *full-text* sono stati verificati da due valutatori, al fine di identificare i report pertinenti.

Banca dati	Stringa	Limiti	Risultati
PUBMED	(Psychiatry) OR (Psychiatric Nursing) OR (Psychiatric Department, Hospital) OR (Hospitals, Psychiatric) OR (Emergency Services, Psychiatric) AND (Aggression) (Anger) OR (Violence) AND (de-escalation) OR (de-escalations)	Data pubblicazione: 2008-2018	46
EMBASE	(mental patient) OR (mentally ill persons) OR (patient, mental) OR (psychiatric patient) OR (psychiatry patient) OR (psychiatry) OR (dynamic psychiatry) OR (psychiatric aspect) OR (psychiatry) OR (psychiatric nursing) OR (mental health nursing) OR (psychiatric nursing) OR (psychiatric department) OR (mental ward) OR (psychiatric department) OR (psychiatric department, hospital) OR (psychiatric unit) OR (psychiatric ward) OR (mental hospital) OR (hospital, mental) OR (hospital, psychiatric) OR (hospitals, psychiatric) OR (mental hospital) OR (psychiatric clinic) OR (psychiatric hospital) OR (emergency service psychiatric) AND (de-escalation) AND (anger) OR (anger arousal) OR (agitation)	Data pubblicazione: 2008-2018	84

	OR (agitation) OR (restlessness) OR (psychomotor agitation) OR (restlessness) OR (aggression) OR (aggression) OR (aggressive attitude) OR (aggressive behavior) OR (aggressive behavior) OR (aggressive reaction) OR (behavior, aggressive) OR (behaviour, aggressive) OR (counter aggression) OR (counter aggression) OR (violence) OR (dangerous behavior) OR (dangerous behavior) OR (violence)		
--	--	--	--

**Tabella 2.** Metodologia della ricerca

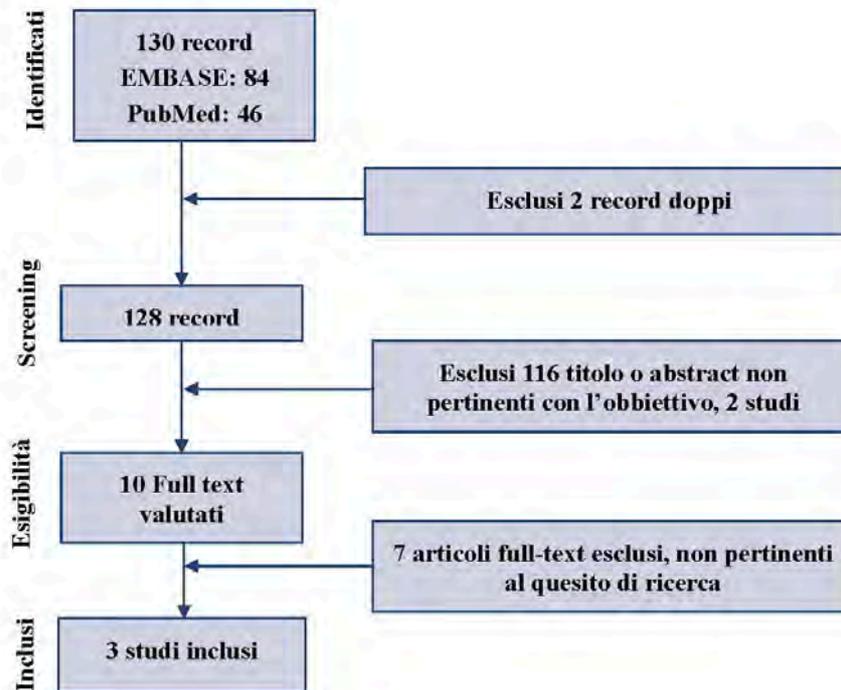
### **Criteri di inclusione ed esclusione, strategia di ricerca nella letteratura scientifica**

Sono stati fissati dei criteri di inclusione ed esclusione.

*Criteri di inclusione:* (a) studi primari; (b) studi pubblicati in lingua inglese e italiana; (c) studi pubblicati negli ultimi 10 anni (all'atto della stesura del presente manoscritto); (d) studi effettuati su popolazione adulta psichiatrica; (e) studi effettuati su popolazione europea e anglosassone.

*Criteri di esclusione:* (a) studi secondari; (b) articoli su pazienti di psichiatria pediatrica e pazienti con deficit neurologici; (c) studi che facevano riferimento al solo intervento farmacologico.

Dopo aver applicato i criteri di inclusione ed esclusione, nella fase preliminare sono stati identificati 130 titoli (53 in PubMed e 84 in EMBASE). Sono stati esclusi 2 titoli poiché doppi. I 128 rimanenti sono stati valutati per titolo e abstract, ne sono stati scartati 116 perché non pertinenti con l'obiettivo o non rispettavano i criteri d'inclusione e 2 perché studi secondari. Dei 10 rimanenti, dopo lettura del *full text*, sono stati scartati 7 ritenuti non pertinenti al quesito di ricerca. La procedura utilizzata nella selezione degli articoli è presentata di seguito sotto forma di un diagramma di flusso rappresentato nella Figura 1.



**Figura 1.** Flow-chart della selezione degli articoli

## RISULTATI

Sono emersi tre studi pertinenti con il nostro quesito e nella Tabella 3 ne sono sintetizzate le caratteristiche e i risultati.

Lo studio di Price O. et al. [17], attraverso un'analisi qualitativa con interviste semi-strutturate, si è posto l'obiettivo di ottenere la descrizione da parte del personale, delle tecniche di *de-escalation* utilizzate. Sono stati esplorati le barriere e i fattori percepiti abilitanti all'attuazione delle tecniche di *de-escalation*. Sono stati selezionati 10 reparti, di cui solo 5 hanno accettato di partecipare. Sono stati intervistati coloro che lavoravano nel reparto con almeno 6 mesi di esperienza. I partecipanti hanno descritto 14 tecniche utilizzate in risposta all'aggressione, classificate in 3 categorie: (a) supporto, (b) controllo non fisico, (c) controllo fisico. Tale studio fornisce un quadro per comprendere la relazione tra comportamento del paziente, influenze ambientali e risposta del personale. Lo studio di Mary Lavelle et al. [18], invece, identifica con un'analisi retrospettiva, la

sequenza di eventi che precedono la *de-escalation*, nei reparti psichiatrici ospedalieri.

AUTORE	TITOLO	ANNO	RIVISTA	TIPO DI STUDIO	CAMPIONE	METODO	RISULTATI	CONCLUSIONI
O.Price, J. Baker, P. Bee, K. Lovell	The support-control continuum an investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings	2018	International Journal of Nursing studies	Studio qualitativo	N=20	Sono stati intervistati coloro che lavoravano nel reparto, esposti al rischio di aggressione e responsabili di pratiche restrittive quando la de-escalation falliva.	I partecipanti hanno descritto 14 tecniche usate in risposta a un'aggressione e suddivise in: supporto, controllo fisico e controllo non fisico	L'analisi ha rilevato 10 tecniche di de-escalation, che i partecipanti hanno riferito di utilizzare durante le crisi aggressive. Tali tecniche sono applicate su un continuum di escalation che si estende da "supporto" a "controllo non fisico" fino all'intervento di controllo fisico.
M. Lavelle, D. Stewart, K. James, M. Richardson, L. Renwick, G. Brennan, L. Bowers	Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings	2016	Journal of clinical nursing	Analisi retrospettiva	N=522 degenti psichiatrici adulti	Verificare l'utilizzo delle tecniche di de-escalation come strumento per gestire e arrestare l'agito aggressivo e valutare l'importanza di una corretta formazione	La de-escalation ha avuto successo in circa il 60% dei casi. I pazienti con storie di violenza pregressa hanno più probabilità di sviluppare un agito aggressivo	La de-escalation è efficace nell'arrestare una sequenza di conflitti in contesti ospedalieri acuti ma si rileva difficoltosa la riuscita in pazienti con storie di violenza pregressa
L.L. Berring, L. Pederson, N. Buus	Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices	2016	Archives of psychiatric	Studio etnografico e multiplo	N=41	41 pazienti e personale di 5 unità psichiatriche sono stati osservati e sottoposti a interviste semi-strutturate.	L'analisi ha indicato che il personale e i pazienti aspiravano a raggiungere relazioni di confronto durante situazioni violente. I ricordi di situazioni passate simili hanno un impatto sulla definizione della situazione attuale.	Lo studio ha mostrato come una comprensione adeguata della escalation possa consentire ai pazienti e al personale di promuovere la risoluzione di problemi condivisi in situazioni violente

**Tabella 3.** Sinottico degli studi inclusi nella ricerca

Sono state valutate le caratteristiche del paziente e dell'ambiente che influenzano l'utilizzo delle tecniche. Sono stati selezionati 522 pazienti delle unità psichiatriche. Per ogni paziente è stato registrato il coinvolgimento durante i conflitti. Più della metà (53%) ha messo in atto atteggiamenti aggressivi nei confronti del personale entro le prime due settimane di ricovero. Nel 60% dei casi la de-escalation ha avuto successo, ma è la più complicata con i soggetti aventi una storia pregressa di aggressività, per cui si richiede l'uso dei farmaci PRN. Infine, in uno studio etnografico di Berring L. et al. [19], si descrive come i pazienti e i membri del personale (N=41) definissero situazioni violente, e come attribuissero un significato al flusso di azioni in situazioni di *de-escalation*. L'analisi ha indicato che sia il personale che i pazienti aspiravano a raggiungere relazioni non

conflittuali mentre interagivano in situazioni minacciose.

## DISCUSSIONE

La presente revisione ha l'obiettivo di valutare l'efficacia delle tecniche di *de-escalation* per gestire gli agiti aggressivi del paziente psichiatrico. Le 14 tecniche di de-escalation oggetto di indagine nello studio di Price O. et al, sono applicate su un continuum che va dal supporto al controllo e si suddividono in: 6 tecniche dette di "Supporto" (intervento passivo, rassicurazione, distrazione, problema identificazione, risoluzione, riformulazione) con lo scopo di consentire al paziente di utilizzare le proprie risorse per autoregolare l'aggressività; 4 tecniche di "Controllo non fisico" (manipolazione ambientale, rimprovero, deterrenti, istruzione) con interventi più autorevoli che hanno esplicitamente affermato il controllo del personale nel contenere comportamenti dannosi; 4 tecniche di "Controllo fisico" (medicinali psicotropi, isolamento, contenimento, psicotropi intramuscolari forzati) con lo scopo di eliminare ulteriori aggressioni attraverso l'applicazione di pratiche restrittive. Le decisioni di adottare tecniche di controllo non fisiche sono state influenzate da: funzione percepita dell'aggressività, *trial-and-error*, rituali e *routine* locali che riguardano la gestione dell'aggressività, rischio e conoscenza del paziente. Il personale riscontra che se venissero messe in atto tecniche di controllo non fisico più efficaci, potrebbero portare ad un'*escalation* più elevata con conseguente utilizzo di pratiche restrittive. Inoltre si è riscontrato che la *de-escalation* risulta inefficace se messa in atto con pazienti aventi disturbi di personalità. I fattori ambientali e organizzativi risultano essere influenti nella buona pratica del controllo non fisico. I dati ottenuti da questo studio sono stati generati dalla sintesi delle opinioni e delle esperienze dei partecipanti. Questo potrebbe non fornire delle prove esaustive sui risultati, ma la ricerca rappresenta comunque, un punto di partenza per gli studi futuri. Inoltre, per limitare l'eterogeneità del campione e per renderlo quanto più rappresentativo possibile, è stato incluso solo il personale che aveva esperienza nelle tecniche di *de-escalation* ed è stato escluso, invece, il personale *manager* di reparto. Questo

può aver omesso dati potenzialmente rilevanti. Un'ulteriore limitazione riguarda la concettualizzazione delle tecniche di de-escalation. In particolare, i partecipanti allo studio hanno visto le tecniche di “controllo non fisico” come coercitive e parte importante del processo di *de-escalation*. È possibile, quindi, che i partecipanti, abbiano concepito in modo impreciso le tecniche di de-escalation, come un intervento terapeutico coercitivo piuttosto che psicosociale. È probabile che una maggiore formazione ai partecipanti su queste tecniche, avrebbe dato risultati più esaustivi e importanti approfondimenti sulle realtà cliniche in cui vengono utilizzate. Ad esempio, come e perché vengono selezionate dal personale alcune tecniche, la relazione tra i due livelli di intervento, supporto e controllo non fisico, e la riuscita o l'uso di pratiche restrittive. Inoltre, capire quando e perché cessano di essere utilizzate le tecniche di supporto avrebbe dato prove importanti per ridurre la violenza e l'uso di queste pratiche. Tuttavia la formazione attuale riguardo le tecniche di *de-escalation* appare poco consona per permette al personale di regolare e gestire l'ansia con conseguente corretta messa in atto dell'intervento. Lo studio di Mary Lavelle et al. [18], identifica gli eventi che precedono la *de-escalation* nei reparti psichiatrici, valutando le caratteristiche del paziente e dell'ambiente che influenzano l'utilizzo delle tecniche, ha portato alla luce che più della metà dei pazienti (53%) ha messo in atto atteggiamenti aggressivi nei confronti del personale e nel 60% dei casi la de-escalation ha avuto successo, anche se risulta più complicata con i soggetti aventi una storia pregressa di aggressività, dimostrando che una scarsa fiducia nell'efficacia di queste tecniche quando il rischio di violenza è maggiore. Lo studio, va a confermare i dati presenti in letteratura, per cui molte volte gli infermieri vivono la violenza come “normale” e questa “normalizzazione” rende difficile l'identificazione della gravità della problematica[20]. Nello studio di Mary Lavelle, infatti, eventi che verrebbero classificati come di *de-escalation* non sono considerati incidenti significativi da parte degli infermieri. Inoltre, questo studio è un'analisi retrospettiva su un campione di pazienti consenzienti, e ciò potrebbe non fornire un quadro accurato della realtà clinica. Un'altra criticità identificata dall'autore è riferita all'intervallo di tempo

analizzato. Viene analizzato ciò che accade di un turno di lavoro, perdendo possibili relazioni tra eventi che si verificano distanti nel tempo. Diventa, perciò, fondamentale incrementare una formazione per migliorare la fiducia nel personale ad utilizzarla e nel rilevare i sintomi prodromici dell'agito aggressivo, in quanto l'efficacia della de-escalation è ottimale se viene messa in atto all'inizio del ciclo dell'aggressività.

L'ultimo studio selezionato, condotto da Berring L. et al. [15], descrive il modo in cui i pazienti e il personale sanitario definiscono situazioni violente e il significato che ne è attribuito. Attraverso lo studio etnografico e multiplo, i partecipanti sono stati incoraggiati a contattare il ricercatore dopo aver riscontrato una situazione di de-escalation. Dopo aver riferito una situazione del genere, il primo autore avrebbe condotto delle interviste per indagare sul caso. L'analisi ha indicato che sia il personale che i pazienti aspiravano a raggiungere relazioni pacifiche quando interagivano in situazioni violente. Inoltre, lo studio ha anche rivelato come tutte le parti usassero gli stessi schemi di base nel definire le situazioni. A tal proposito, le soluzioni di de-escalation venivano definite: (a) sulla base di credenze mentali esistenti, (b) le credenze venivano cambiate, perché si rifletteva su ciò che aveva portato alla situazione e si raggiungeva un apprendimento. I ricordi di situazioni vissute creavano aspettative anticipatorie nel paziente e queste avevano un impatto nel definire la situazione attuale. Perciò, la conoscenza del paziente e il suo passato possono garantire la possibilità di agire nel modo più adeguato e tempestivo in momenti di agitazione. Risulta, dunque, quanto sia importante il momento riflessivo, in quanto porta il paziente a creare pensieri positivi della situazione e promuovere la risoluzione dei problemi. Nello studio di Berring la visione dell'interazione sociale è su piccola scala, ma fornisce delle informazioni utili su come le esperienze passate influenzano le presenti nella pratica clinica. Pertanto, lo studio approfondisce le pratiche organizzative per comprendere meglio i comportamenti violenti e minacciosi.

## LIMITI

Il presente studio aiuta a comprendere i comportamenti violenti ma non è esaustivo sul fenomeno indagato e necessita di una più approfondita analisi. Il lavoro presenta alcuni limiti. È stata presa in considerazione solo la letteratura più recente degli ultimi 10 anni e sono state interrogate le banche dati PubMed ed EMBASE, non coinvolgendo quelle minori. Il campione di studi era orientato verso specifiche popolazioni e questo fattore può aver ridotto la generalizzabilità dei risultati.

## CONCLUSIONI

L'obiettivo di questa indagine era quello di valutare l'efficacia delle tecniche di *de-escalation*, per la prevenzione e la gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario. Gli operatori della salute mentale reagiscono in modo diverso alla violenza. Alcuni si relazionano con i pazienti in modi che producono soluzioni positive [21], mentre altri gestiscono i pazienti con misure coercitive. È emersa l'efficacia dell'utilizzo delle tecniche di *de-escalation* nella gestione degli agiti aggressivi. Tuttavia, emerge che un'adeguata formazione del personale, può garantire interventi in più tempestivi e rendere gli infermieri nella gestione dell'agito aggressivo. Infatti, si nota che la *de-escalation* è efficace previa conoscenza del paziente, delle sue patologie e dei segni che possono indicare l'insorgenza di un comportamento aggressivo, da poter applicare le tecniche fin dal primo momento. Vi è il bisogno di formulare ipotesi di miglioramento qualitativo delle situazioni di rischio e di aggiornare le competenze professionali dell'infermiere, attraverso corsi di formazione in cui introdurre approcci di gestione del paziente. Inoltre, potrebbe essere interessante indagare il tasso di denunce e segnalazioni degli operatori sanitari all'autorità giudiziaria, a causa degli attacchi violenti e delle conseguenze fisiche. Secondo alcuni studi, non sono state registrate denunce [22,23] e questa osservazione potrebbe suggerire che l'aggressione da parte di un paziente può essere giustificata da un operatore sanitario, a differenza della violenza perpetrata da persone sane.

Questo potrebbe portare a pensare che già durante la situazione di escalation ci sia una

predisposizione passiva dell'infermiere nei confronti del paziente. Dai dati presenti in letteratura risulta che anche le attitudini degli infermieri siano un elemento importante da prendere in esame se si vogliono ridurre gli episodi di violenza. Tutto questo porta la nostra attenzione sul concetto di prevenzione, sull'offrire una formazione del personale sanitario sulle modalità comunicative e di gestione e sul dare un supporto psicologico ed una preparazione psicologica per accrescere la consapevolezza delle proprie reazioni ed emozioni di fronte al rischio di violenza. Si potrebbe, quindi, rendere l'operatore più preparato a prevedere e gestire le situazioni di pericolo, non solo per "essere in grado" ma anche per "sentirsi in grado" di affrontarle, con un esito efficace.

### **Abbreviazioni**

NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

Acting-out (passaggio all'atto)

PRN (Pro re nata)

PIO (Population, Intervention, Outcome)

## BIBLIOGRAFIA

1. Hegney D, Tuckett A, Parker D et al. Workplace violence: differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed, a cross-sector analysis. *Int J Nurs Pract.* 2010;16:188-202.
2. Zoni, S., Lucchini, R., & Lorenzo, A. L'integrazione di indicatori oggettivi e soggettivi per la valutazione dei fattori di rischio stress-correlati nel settore sanitario. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia.* 2010;32 (3): 332-336.
3. Ray, M.M. The dark side of the job: Violence in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing.* 2007; 33 (3):257-61.
4. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T et al. Implementation of comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the Emergency department, *J Emerg Nurs.* 2014; 40:586-591.
5. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM et al. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study, *Int J Nurs Stud.* 2008; 45: 35-50.
6. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence, *J Nerv Ment Dis.* 1988;176: 539-546.
7. Chapman, R., Perry, L., Styles, I., & Combs, S. (2009). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British Journal of Nursing*, 18(8), 476-483.
8. Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 19(23-24), 3535-3546.
9. Trahan, R. L., & Bishop, S. L. (2016). Coping strategies of neurology nurses experiencing abuse from patients and families. *Journal of neuroscience nursing*, 48(3), 118-123.

10. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), “Violence in the Workplace; risk factors and prevention strategies in current intelligence bulletin 57” , publication no. 96-100, 1996.
11. NICE Guideline. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. 2015; 10.
12. Agenzia sanitaria e sociale regionale Emilia-Romagna (Assr). Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. 2010. Disponibile online al seguente indirizzo:  
<http://assr.regione.emiliaromagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapportidocumenti/raccomandazione-per-la-prevenzione-della-violenza-a-danno-degli-operatori-sanitari>.  
Ultima consultazione: febbraio 2018.
13. Ministero della salute – Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, ufficio III (2007) , “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
14. Heckemann, B., Breimaier, H. E., Halfens, R. J., Schols, J. M., & Hahn, S. (2016). The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. Scandinavian journal of caring sciences, 30(3), 574-585.
15. Lanza, M.L., Schmidt, S., McMillan, F., Demaio, J., Forester, L. (2010). Support Our Staff- a Unique Program to Help Deal with Patient Assault. Perspective in psychiatric care. Vol. 47. Issn 0031-5990. P. 131-137.
16. National Institute of Clinical Excellence (NICE). Violence - The short-term management of disturbed/violent behavior in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Guideline London, UK. 2005; 25.

17. Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International journal of nursing studies*.2018; 77: 197-206.
18. Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of clinical nursing*.2016; 25(15-16):2180-2188.
19. Berring, L. L., Pedersen, L., & Buus, N. Coping with violence in mental health care settings: Patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of psychiatric nursing*.2016; 30(5):499-507.
20. Pinar R. & Ucmak, F. Verbal and physical violence in emergency department: a survey of nurses in Instambul, Turkey. *Journal of clinical Nursing*. 2011 Feb;20(3-4):510-7.
21. Gunasekara, I, Pentland, T, Rodgers, T e Patterson, S. Cosa rende un'eccellente infermiera per la salute mentale? Un'indagine pragmatica avviata e condotta da persone con esperienza vissuta nell'uso del servizio. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014;23:101–109.
22. Lupo, R.; De Mitri, O; Franza, M; Fabrizio, F; Girau, A., & De Angelis, P. Violenza sul luogo di lavoro: risultati di un'indagine in area critica. *Italian Journal of Emergency Medicine*. Febbraio 2017;1:1-9. ISSN 2532-1285. Ultima consultazione: febbraio 2018.
23. Calabrò Antonino. La violenza verso gli infermieri in psichiatria: un'indagine multicentrica. *L'Infermiere* 2016; 1:39-43. <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-31-articolo-367.htm>. Ultima consultazione: febbraio 2018.

***SIGNIFICANT EVENT AUDIT (SEA) PER IL MIGLIORAMENTO DELLE CURE PRIMARIE***

Francesca De Marco<sup>1</sup> & Umberto Donato<sup>2</sup>

1. Department of Management, Marche Polytechnic University
2. Department of Social Science, University Federico II of Naples

\* *Corresponding author:* Umberto Donato, Social Science Department, University Federico II of Naples; E-mail: [umbertodonato95@gmail.com](mailto:umbertodonato95@gmail.com)

DOI: [10.32549/OPI-NSC-35](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-35)

**ABSTRACT**

Lo scopo di questo articolo è quello di discutere il tema del miglioramento della qualità delle cure primarie. L'obiettivo è quello di sottolineare l'efficacia dell'utilizzo del *Significant Event Audit*, uno strumento che risponde a logiche qualitative, diffuso prevalentemente in Gran Bretagna.

**Parole Chiave:** Assistenza sanitaria, SEA, qualità delle cure, strumenti di valutazione, cure primarie

---

*SIGNIFICANT EVENT AUDIT (SEA) TO IMPROVE THE PRIMARY CARE ASSISTANCE*

**ABSTRACT**

The purpose of this paper is to discuss the theme of the primary care quality improvement. The goal is to underline the efficacy of the *Significant Event Audit*, a mean that reply to qualitative reasons, widespread in UK.

**Keywords:** Healthcare assistance, SEA, quality of care, assessment tools, primary care

## INTRODUZIONE

Cosa significhi valutare e che ruolo rivesta la qualità nel mondo sanitario e assistenziale è una questione sempre più stringente nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) [1]. Capire quale sia lo stato dell'arte a riguardo, è lo scopo nonché la tematica fondante di questo commento.

Per quanto possano essere numerosi e utili gli strumenti di valutazione dell'assistenza, la loro reale qualità dipende dall'utilizzo che se ne fa e ciò dipende dalla conoscenza e della consapevolezza degli operatori e professionisti che li adoperano [1]. Gli infermieri sono chiamati a trasformare la propria prospettiva di lavoro approfittando anche delle suggestioni che arrivano dall'estero per il miglioramento del nostro SSN.

## DISCUSSIONE

Il raggiungimento del maggiore livello di *salute* diviene oggi un risultato sociale estremamente importante. La salute consiste nella capacità di mantenere il proprio equilibrio vitale, di affrontare gli eventi della vita [2] e in questo contesto l'attenzione è rivolta sempre più verso l'identificazione delle responsabilità che porta a processi di responsabilizzazione reciproca, quindi diviene necessaria la valutazione delle singole attività.

*La valutazione* è importante per la comprensione dei meccanismi che garantiscono alle attività implementate di avere successo. In ambito sanitario ciò riveste un ruolo fondamentale, considerando come le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari ne rappresentano l'esito.

Di seguito si presenteranno *i principali strumenti e metodologie di valutazione in Sanità*, con particolare focus su uno strumento, il *Significant Event Audit*. Il Governo Clinico (GC), tradotto da *Clinical Governance*, è una “strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento- mantenimento di elevati standard assistenziali [2]. Il GC richiede un diverso orientamento della struttura

organizzativa delle aziende sanitarie, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità. Considerato che la *mission* principale delle aziende sanitarie è quella di rispondere al bisogno di salute del cittadino, sono tutti i professionisti a divenire il riferimento assoluto per la *governance* dell'organizzazione. Gli strumenti del GC devono essere integrati in tutti i processi di governo aziendale. *La qualità del sistema sanitario* è il risultato di un approccio multidimensionale mirato al miglioramento di sei diverse dimensioni: *accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, accettabilità/centratura sul paziente* [3].

Le tre dimensioni della qualità, Professionale, Organizzativa e Percepita, si devono integrare tra loro per arrivare a definire la qualità totale che indica una sequenza finalizzata ed interconnessa di attività con lo scopo di fornire un prodotto/servizio al paziente, e in grado di coinvolgere più di una unità organizzativa in un'ottica di interdisciplinarietà.

*Le diverse dimensioni prevedono metodologie, tecniche e strumenti per valutare e misurare* la qualità osservata da una diversa prospettiva. Gli strumenti e le metodologie per misurare e valutare la qualità nell'approccio tecnico-professionale sono:

- medical e clinical audit,
- miglioramento continuo della qualità
- accreditamento professionale
- linee guida ed Evidence Based Medicine (*EBM*)

L'approccio organizzativo vede nei seguenti metodi gestionali gli strumenti per implementare il modello "Qualità" nel sistema sanitario:

- *total quality management*,
- certificazione di qualità (ISO 9000),
- accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità,
- accreditamento all'eccellenza (JCAHO).

Nell'approccio partecipativo, "l'Analisi Partecipata della Qualità" è il metodo più conosciuto. Esso rappresenta una procedura di valutazione dei servizi pubblici, in particolare di quelli sanitari, caratterizzata dalla sua impostazione partecipativa, che prevede il coinvolgimento di cittadini ed operatori come fonte di informazione, soggetti attivi nella realizzazione dell'indagine e utilizzatori dei risultati. Uno strumento di *clinical governance* diffuso in Gran Bretagna [4] è il *Significant Event Audit* (SEA), un metodo qualitativo che analizza singoli eventi definiti significativi dal gruppo per imparare da essi e migliorare la qualità dell'assistenza principalmente nel contesto delle cure primarie. Si differenzia dall'audit clinico e da altri metodi di studio reattivi/retrospettivi, come la *Root Cause Analysis* o la discussione dei casi clinici, poiché a differenza di questi, non prevede una misura delle performance [5]. Può essere definito come un "*processo in cui singoli eventi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri* [6]".

L'analisi della letteratura disponibile evidenzia diversi modelli di svolgimento di un SEA [7]. Solitamente prevede incontri regolari, mensili o quindicinali, tra un team di operatori per discutere i casi significativi. In alternativa, è possibile effettuare il SEA immediatamente dopo un evento significativo. Indipendentemente dall'approccio scelto, è importante che il SEA venga svolto con metodo strutturato, da un gruppo costituito da tutti i professionisti interessati, in primis l'*infermiere*. Il SEA prevede un'attenta e strutturata analisi dei fatti che hanno determinato il caso per dare risposta a 3 domande [8]:

- a) *In che modo le cose potevano andare diversamente?*
- b) *Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?*
- c) *Che cosa deve cambiare?*

Pringle M. (1995) ha ripreso tali esperienze e ha sviluppato il metodo SEA, applicandolo in particolare all'ambito delle cure primarie [9]. Si diversifica dal tradizionale processo di audit clinico, che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti. Il SEA infatti coinvolge un ristretto numero di persone in un clima favorevole all'apprendimento. Il metodo deve essere rigoroso e coordinato dall'infermiere che presenta il caso. Così come si evince dallo studio "*Significant event audit in practice: a preliminary study*" [10], il SEA costituisce un potente mezzo che può favorire il *team building*, rafforzare la comunicazione e migliorare i percorsi di cura, oltre che contribuire allo sviluppo della clinical governance nell'ambito delle cure primarie. La sua implementazione all'interno del sistema sanitario italiano richiede tuttavia un'adeguata gestione per un suo utilizzo ottimale e per minimizzare le criticità che potrebbe evincersi, tra cui ad esempio difficoltà dei partecipanti nel mettersi in discussione o scarsa disponibilità di tempo. Per questa motivazione, sarebbe auspicabile un'adeguata pianificazione, in concomitanza con la definizione degli obiettivi aziendali. Il SEA racchiude in sé un'unica attività, diversi aspetti che svolgono un ruolo fondamentale nel *miglioramento* della qualità delle cure. A fronte soprattutto dei gap nei sistemi informativi a livello regionale e nella comunicazione tra i diversi operatori sanitari coinvolti nei processi di cura, questo strumento potrebbe rappresentare una valida risorsa per poter lavorare in maniera coordinata e continuativa e questo è valido ancor di più nell'ambito delle cure primarie, dove il processo di erogazione delle cure si esplica in un continuo interfacciarsi di diversi professionisti sanitari che lavorano in equipe per raggiungere un obiettivo condiviso e in cui il ruolo di *case manager* viene affidato nella maggior parte dei casi all'infermiere, che rappresenta una figura centrale in ambito sanitario.

## Eventuali Finanziamenti

Questa analisi non ha ricevuto nessun finanziamento.

### **Conflitti di interesse**

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse associati.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Ferrera M. *“Le politiche sociali”* Roma, il Mulino, 2012
2. Maliverno E. , *“ La qualità in sanità: metodi e strumenti di clinical governance”* Roma, Carocci-Faber, 2013
3. WHO (World Health Organization), *“Constitution”* disponibile a: [www.who.int](http://www.who.int) , ultimo accesso: 16/11/2019;
4. Rossi, Freeman, Lipsey *“Evaluation: A Systematic Approach”* SAGE Publications, 2004
5. P Bowie, M Pringle, *“Significant Event Audit Guidance for Primary Care Teams”* - NHS Scotland NPSA–NRLS, 2008
6. A. Halligan , L. Donaldson, *“Significato e attuazione del governo clinico”*, *Giornale Italiano di Nefrologia* Anno 19 n. S-21, pp. S8-13, 2002
7. Bezzi C. *“Cos’è la valutazione. Un’introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici”* Franco Angeli, 2007
8. Ministero della Salute (a cura di) (2011), *“l’audit clinico”* in: [ww.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1552\\_allegato.pdf](http://ww.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf).
9. Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H and Moore A. *Significant Event Auditing*. RCGP Occasional Paper 70. Exeter: Royal College of General Practitioners, 1995
10. Westcott, R., Sweeney, G., & Stead, J.,” *Significant event audit in practice; A preliminary study”*. *Family Practice*, 1999

**Allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità. Indagine osservazionale multicentrica nelle strutture sanitarie campane.**

A.Guillari <sup>1</sup>, F. Stile<sup>2\*</sup>, G. Gargiulo<sup>3</sup>, A. Capuano<sup>4</sup>, C. Serio<sup>5</sup>, R. Pulpito<sup>2</sup>, M. Perrone<sup>6</sup>, G.F. Prussiano<sup>7</sup>, T.Rea<sup>1</sup>

1. Dipartimento di Sanità Pubblica, Università “Federico II” di Napoli, Napoli (Italia)
2. Dipartimento di Ostetricia - P.O. “Valle d’Itria” – Martina Franca, Taranto. Docente a contratto Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” , Bari (Italia)
3. U.O.C di Ematologia e Trapianto di Cellule Staminali ematopoietiche, dell’Università Federico II di Napoli, Napoli (Italia)
4. U.O.C di Rianimazione Pediatrica, AORN “Santobono-Pausillipon”, Napoli (Italia)
5. Ostetrica - Libero Professionista, Napoli (Italia)
6. C.P.S Infermiere, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria “Federico II” di Napoli, Napoli (Italia)
7. C.P.S Ostetrica - P.O. “Valle d’Itria” – Martina Franca, Taranto (Italia)

\* *Corresponding Author*: Dott.ssa Filomena Stile, Dipartimento di Ostetricia - P.O. “Valle d’Itria” – Martina Franca, Docente a contratto Università degli Studi di Bari “Aldo Moro” (Italia).

E-mail: [filo\\_memy@hotmail.it](mailto:filo_memy@hotmail.it)

DOI: [10.32549/OPI-NSC-36](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-36)

## ABSTRACT

**Introduzione:** Il latte materno è da sempre considerato un elemento essenziale ed insostituibile, recante importanti effetti positivi sulla salute sia della madre che del bambino, a breve ed a lungo termine. L'OMS/UNICEF raccomandano di allattare al seno in maniera esclusiva i bambini almeno nei primi sei mesi di vita, ed alcune organizzazioni consigliano di continuare l'allattamento al seno per i primi due anni di vita e oltre. Tuttavia gli attuali modelli di allattamento sono lontani dai livelli raccomandati nonostante nel tempo l'OMS abbia promosso costantemente tale tipo di nutrizione. Causa di tale gap è l'inefficace comunicazione tra gli stessi operatori e le neomamme.

**Obiettivo:** Valutazione del grado di conoscenza e di adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF nelle strutture sanitarie campane.

**Materiali e Metodi:** Indagine osservazionale multicentrica.

**Risultati:** Dall'analisi dei dati si evidenzia: che nonostante l'elevata presenza di documenti inerenti la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno, presenti per il 76.7% (UU.OO di Ostetricia) e 86.7% (UU.OO di Neonatologia), l'adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF è piuttosto scarsa in regione Campania. Il ricorso al biberon per la somministrazione di alimenti alternativi, assieme all'elevato numero di professionisti che non ha seguito specifici corsi di formazione, sembrano essere i principali ostacoli.

**Conclusione:** Il mancato rispetto della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF riscontrata sul territorio campano può avere ripercussioni sulla salute delle madri e dei bambini a medio e lungo termine. Individuare i principali ostacoli può favorire l'elaborazione di specifici programmi di intervento.

**Parole Chiave:** allattamento, professionisti sanitari, benefici, formazione, comunicazione

**Breastfeeding: protection, encouragement and support. The importance of the roles of maternity services. Multicentric observational study in Campania health structures.**

**ABSTRACT**

**Introduction:** Breastfeeding has always been considered an essential and irreplaceable element, having important positive effects on the health of both the mother and the baby, in the short and long term. WHO/UNICEF recommend breastfeeding babies exclusively for at least the first six months of life, and some organizations recommend continuing breastfeeding for the first two years of life and beyond. However, current breastfeeding models are far from the recommended levels despite the fact that the WHO has constantly promoted this type of nutrition over time. The cause of this gap is the ineffective communication between the health professionals themselves and the new mothers.

**Objective:** assessment of the degree of knowledge and adoption of the joint WHO/UNICEF declaration in Campania health structures.

**Materials and methods:** Multicentric observational study

**Results:** The analysis of the data highlights: that despite the high presence of documents relating to the promotion and support of breastfeeding, 76.7% (UU.OO of Obstetrics) and 86.7% (UU .OO of Neonatologies), the adoption of the WHO/UNICEF Joint Declaration is rather poor in Campania . The use of the bottle for the administration of alternative foods, together with the high number of professionals who have not followed specific training courses, seem to be the main obstacles.

**Conclusion:** Failure to comply with the WHO/UNICEF Joint Declaration found in Campania can have repercussions on the health of mothers and children in the medium and long term. Identifying the main obstacles can facilitate the development of specific intervention programs.

**Keywords:** breastfeeding , health professionals , benefits , education , communication

## INTRODUZIONE

Il latte materno è da sempre considerato un elemento essenziale ed insostituibile, recante importanti effetti positivi sia sulla salute della madre che allatta sia del bambino allattato al seno, a breve ed a lungo termine[1]. L'OMS/UNICEF nelle linee guida sull'allattamento materno raccomanda, infatti, di allattare al seno in maniera esclusiva i bambini "almeno" nei primi sei mesi della loro vita[1-4].

L'indicatore utilizzato dall'OMS per valutare la numerosità dei bambini allattati al seno tiene conto del numero di bambini di 0-5 mesi di vita che hanno assunto solo latte materno nelle ultime 24 ore, escluso qualsiasi altro alimento, anche acqua o tisane[1-4]. Secondo questo indicatore in Italia la prevalenza dei bambini allattati esclusivamente al seno, si assestava negli scorsi anni al 42.7% rispetto a tutti i bambini di età compresa tra 0-5 mesi[4]. L'impatto delle procedure favorevoli l'attaccamento al seno, indipendentemente dalla modalità di parto avutosi, sia esso spontaneo o cesareo, rimangono significative: l'attaccamento precoce al seno, l'esclusività del latte materno nei primi giorni di vita e infine il servizio di "rooming in" sono fattori che favoriscono l'allattamento materno, sia in termini di numero maggiore di donne che allattano sia in termini di durata complessiva[4].

Le organizzazioni mondiali per la salute, le agenzie governative e non-governative e le associazioni professionali sanitarie raccomandano, oltre l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita, l'allattamento al seno per due anni e oltre di vita del bambino[5,6]. La letteratura internazionale mostra come la morbilità e la mortalità tra i bambini nutriti con sostituti del latte materno sia maggiore rispetto a quelli allattati al seno, nei diversi paesi del mondo[7,8]. L'allattamento al seno, infatti, riesce a proteggere il neonato da numerose infezioni virali e batteriche con cui viene in contatto, favorendo lo sviluppo del suo immaturo sistema immunitario[1-2]. Si è ipotizzata una possibile riduzione di circa 1.5 milioni di morti infantili ed un migliore sviluppo psicofisico globale se il latte materno fosse l'alimento prediletto dei bambini almeno sino all'anno di vita[9].

L'allattamento al seno ha anche innumerevoli benefici per la donna. Nell'immediato post partum si nota la riduzione del rischio di anemia ed eccessive perdite ematiche nelle prime ore e giorni

successivi al parto[1,2] e, una significativa riduzione del rischio di cancro del seno del 4 % per ogni anno di lattazione, anche qualora accumulato nel corso di maternità successive[1,10,11]. Inoltre dall'analisi della letteratura si è visto che l'allattamento favorisce il benessere emozionale , psicologico e fisico di tali donne [1,2,12].

Nonostante tali evidenze siano oramai ampiamente riconosciute, gli attuali valori riferiti ad un corretto modello di allattamento al seno sono lontani dai livelli raccomandati [3], sebbene nel tempo l'OMS abbia promosso costantemente tale modalità di alimentazione neonatale. La

campagna di maggiore risonanza mediatica è stata certamente quella del 1991: Ospedale Amico dei Bambini[13-16]. Con tale definizione venivano globalmente identificati gli ospedali che si attenevano ai “Dieci Passi” [3] per un allattamento al seno efficace. I dieci passi consistono in un decalogo di misure finalizzata a creare nelle strutture sanitarie un ambiente in grado di fornire assistenza umanizzata a madre e bambino e che sia di sostegno all'allattamento, inteso come l'unica alimentazione normale per il neonato[17]. I principali enti e società scientifiche raccomandano la corretta comunicazione dei rischi associati al mancato allattamento al seno e all'alimentazione artificiale, sia ai professionisti della salute sia alla popolazione generale[4,18-24]. L'assenza di informazioni accessibili, affidabili, complete e adeguatamente comunicate rende impossibile, per i genitori, decidere cosa sia meglio per sé e per i propri bambini[20].

Nonostante tali raccomandazioni siano state recepite nell'ambito di uno specifico accordo tra Ministero della Salute e Regioni nel 2007[25], nonostante la promozione dell'allattamento al seno sia fortemente enfatizzato nel PSN 2006-2008[18] e nel D.M. 24 Aprile 2000[19] e nonostante siano state attivate diverse campagne di sensibilizzazione a sostegno dell'allattamento al seno, rivolte agli operatori e a tutte le future mamme, a livello nazionale l'attuazione della raccomandazione resta disomogenea. Tra le cause di questa disomogeneità possiamo annoverare una inefficace comunicazione e tra gli stessi operatori sanitari, e tra operatori e neomamme[20].

## **Obiettivo dello studio**

### **End point primario**

Obiettivo primario di questo studio è la valutazione del grado di conoscenza e adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3] "L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità" del 1989 [3], da parte degli operatori sanitari delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia nelle strutture sanitarie campane.

### **End points secondari**

- Valutazione del grado di comunicazione tra UU.OO. di Ostetricia -Ginecologia e UU.OO. di Neonatologia delle strutture sanitarie partecipanti.
- Valutare la presenza di programmi di formazione messi in atto nelle strutture analizzate e il grado di adesione degli operatori sanitari.
- Valutazione della presenza di protocolli aziendali dedicati alla protezione, incoraggiamento e sostegno dell'allattamento al seno.

## **Disegno dello studio**

Indagine osservazionale multicentrica, per la valutazione della conoscenza e dell'adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3], "L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità" del 1989 nelle strutture sanitarie campane.

## **MATERIALI E METODI**

### **Popolazione**

Lo studio è stato condotto nel periodo tra Aprile e Ottobre 2015. Per poter avere un campione che

potesse rappresentare in modo omogeneo le 5 Province del territorio Campano, si sono inizialmente individuate le aree con maggiore densità di popolazione; successivamente sono state individuate le aree aventi la maggiore densità di strutture ospedaliere e quelle che avevano dichiarato i numeri maggiori di eventi parto. Sono state quindi contattate le principali strutture sanitarie rispecchiante i criteri descritti, senza differenza tra pubblico e privato accreditato, delle quali la maggior parte collocate nelle Province di Napoli, Salerno, Caserta e Avellino. In merito alla Provincia di Benevento nessuna delle strutture contattate ha dato autorizzazione a partecipare all'indagine. Delle 45 strutture inizialmente selezionate e contattate solo 30 hanno dato la loro disponibilità a partecipare allo studio. Il campione così reclutato è risultato essere composto dalle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e UU.OO. di Neonatologia delle seguenti strutture:

1. Università "Federico II" di Napoli, Napoli
2. Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli"- Napoli
3. Presidio Ospedaliero S. Maria di Loreto Mare - Ospedali - ASL Napoli 1 Centro, Napoli
4. "Ospedali Riuniti " Castellammare di Stabia, Napoli
5. Presidio Ospedaliero "De Luca e Rossano" - Vico Equense, Napoli
6. Presidio Ospedaliero " Santa Maria della Pietà" - Nola , Napoli
7. Presidio Ospedaliero di Boscotrecase, Napoli
8. Presidio Ospedaliero "Umberto I" - Nocera Inferiore, Salerno
9. Presidio Ospedaliero "Villa Malta" – Sarno, Salerno
10. Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Speranza" – Battipaglia, Salerno
11. Presidio Ospedaliero "Curteri" - Mercato San Severino, Salerno
12. Presidio Ospedaliero "San Luca" - Vallo della Lucania, Salerno
13. Azienda Ospedaliera Universitaria "San Giovanni di Dio e Ruggi d' Aragona" - Salerno
14. Presidio Ospedaliero "Dell'Immacolata" – Sapri, Salerno
15. Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale San Giuseppe Moscati di Avellino, Avellino

16. Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Moscati" di Aversa ASL CE2, Caserta
17. Presidio Ospedaliero "San Rocco" Sessa Aurunca, Caserta
18. Ospedale Civile di Caserta, Caserta
19. Clinica "Pineta Grande" Castelvoturno, Caserta
20. Casa di Cura "Maria Rosaria" – Pompei, Napoli
21. Clinica " Villa Stabia" - Castellammare di Stabia, Napoli
22. Casa di Cura "La Madonnina" - San Gennaro Vesuviano, Napoli
23. Clinica "Villa Fiorita", Caserta
24. Presidio Ospedaliero "Incurabili", Napoli
25. Presidio Ospedaliero "San Paolo" Fuorigrotta, Napoli
26. Presidio Ospedaliero "Don Bosco" -Napoli
27. Clinica Mediterranea - Napoli
28. Clinica "Santa Patrizia" Secondigliano, Napoli
29. Clinica "Lourdes", Napoli
30. Presidio Ospedaliero Solofra, Avellino

### **Criteri di inclusione**

- Strutture accreditate dal SSN
- Strutture dotate di U.O. di Ginecologia-Ostetricia e U.O. di Neonatologia
- Strutture con numero di parti annui >500
- Coordinatori correttamente informati e disponibili a partecipare allo studio
- La raccolta dati è stata indirizzata esclusivamente alle informazioni relative all'assistenza del neonato a termine , sano e di peso appropriato. Anche in strutture adibite all'assistenza di neonati patologici, è stata richiesta la compilazione del questionario in relazione ai protocolli e pratiche esclusivamente rivolte al neonato fisiologico.

### **Criteri di esclusione**

- Strutture private non accreditate
- Strutture non dotate di U.O. di Ginecologia-Ostetricia e U.O. di Neonatologia
- Strutture con numero di parti annui < 500
- Coordinatori non disponibili a partecipare allo studio
- Volontà di ritirarsi dallo studio.

### **Raccolta dati**

Per effettuare la raccolta dati è stato utilizzato uno strumento già noto alla specifica letteratura [26]; il questionario viene utilizzato per raccogliere informazioni sul proprio specifico contesto assistenziale all'interno di un programma che faciliti l'adozione di raccomandazioni e il cambiamento nella pratica clinica.

La raccolta dati fa riferimento all'assistenza a neonato a termine, sano e di peso adeguato.

Lo strumento utilizzato è finalizzato ad un'analisi quantitativa incentrata sulle prassi ospedaliere per l'assistenza al neonato a termine, sano e di peso appropriato, articolato in modo tale che l'analisi della situazione attuale tra le strutture arruolate sia condotta seguendo la Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF “ I 10 passi per il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno” [3].

Questo strumento è stato sottoposto ai Coordinatori delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e UU.OO di Neonatologia a seguito di autorizzazione rilasciata dalle Direzioni Sanitarie delle strutture reclutate previa acquisizione di richiesta formale rilasciata dalla segreteria del CDLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell' Università degli Studi di Napoli "Federico II". L'autorizzazione ed il consenso informato ad eseguire lo studio è stato raccolto sia dai responsabili delle strutture stesse che dai dirigenti delle UU.OO di Ostetricia e di Neonatologia. Inoltre il consenso informato è stato raccolto da ogni soggetto partecipante allo studio, ovvero tra i Coordinatori delle UU.OO di Ostetricia

e Neonatologia. Nell'acquisizione del consenso informato è stato specificato che la ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento. La presente indagine rispetta appieno la dichiarazione di Helsinki.

## RISULTATI

Dall'analisi dei dati si è delineata la composizione del personale delle UU.OO. adibito all'assistenza al neonato sano (Tabella 1) e si è riscontrata una presenza molto forte della figura professionale ostetrica limitatamente al momento nascita, infatti la presenza di  $\leq 2$  ostetriche è stata rilevata nel 73.4% delle sale parto. Contrariamente a quello che avviene nelle UU.OO. di Neonatologia dove la figura predominante è quella della puericultrice nel 60% dei casi, al contrario dell'ostetrica la cui presenza in tali unità è solo nel 16.7% dei casi .

**Tabella 1.** Composizione del personale dedicato assistenza neonato sano UU.OO Ostetricia e UU.OO Neonatologia.

<i>Personale dedicato assistenza neonato sano</i>				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	<i>f%</i>	<i>f<sub>a</sub></i>	<i>f%</i>	<i>f<sub>a</sub></i>
<b><math>\leq 2</math> ostetriche</b>	73.4%	22	16.7%	5

>2 ostetriche	10%	3	0.0%	0
≤ 2 vigilatrice/puericultrice	3.3%	1	60%	18
> 2 vigilatrice/puericultrice	3.3%	1	20%	6
Nessuna risposta	10%	3	3.3%	1
$f\%$ = frequenza percentuale; $f_a$ = frequenza assoluta				

Di seguito verranno analizzate le risposte agli items del questionario di pari passo ai relativi singoli punti della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF, “I 10 passi per il sostegno e la promozione dell’allattamento al seno” [3] da parte delle UU.OO., oggetto di studio (Tabella 2).

**Tabella 2. Applicazione dei Dieci Passi OMS nelle UU.OO di Ostetricia e UU.OO di Neonatologia**

<b>Passo 1. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario</b>				
	<b>UU.OO. Ostetricia</b>		<b>UU.OO. Neonatologia</b>	
	$f\%$	$f_a$	$f\%$	$f_a$
a. Presenza di protocolli sull'allattamento	56.7%	17	66.7%	20
b. Presenza di documenti sull'allattamento	76.7%	23	86.7%	26
<b>Passo 2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo</b>				
	<b>UU.OO. Ostetricia</b>		<b>UU.OO. Neonatologia</b>	
<b>Partecipazione corso 18 - 20 OMS/UNICEF</b>	$f\%$	$f_a$	$f\%$	$f_a$
Ostetriche				
≤ 50%	26.7%	8	16.7%	5
>50%	23.3%	7	13.3%	4
nessuna risposta	50%	15	70%	21
Infermiere				
≤ 50%	23.3%	7	20%	6
>50%	20%	6	26.7%	8
nessuna risposta	56.7%	17	53.3%	16
Ginecologo				
≤ 50%	40%	12	20%	6
>50%	6.7%	2	10%	3
nessuna risposta	53.3%	16	70%	21
Pediatra				
≤ 50%	26.7%	8	23.3%	7

>50%	16.7%	5	23.3%	7
nessuna risposta	56.6%	17	53.3%	16
<b>partecipazione eventi ECM ultimi 5 anni</b>				
<b>Ostetriche</b>				
≤ 50%	33.3%	10	26.7%	8
>50%	36.7%	11	20%	6
nessuna risposta	30%	9	53.3%	16
<b>Infermiere</b>				
≤ 50%	26.7%	8	30%	9
>50%	26.7%	8	43.3%	13
nessuna risposta	46.6%	14	26.7%	8
<b>Ginecologo</b>				
≤ 50%	36.7%	11	30%	9
> 50%	16.6%	5	13.3%	4
nessuna risposta	46.7%	14	56.7%	17
<b>Pediatra</b>				
≤ 50%	30%	9	36.7%	11
> 50%	20%	6	33.3%	10
nessuna risposta	50%	15	30%	9

**Passo 4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.**

Tempistica primo attacco:	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	<i>f%</i>	<i>f<sub>a</sub></i>	<i>f%</i>	<i>f<sub>a</sub></i>
<b>1 ora</b>				
PS	33.3%	10	33.3%	10
TC	13.3%	4	10%	3
Nessuna risposta	53.4%	16	56.7%	17
<b>2 ore</b>				
PS	43.3%	13	33.3%	10
TC	26.7%	8	26.7%	8
Nessuna risposta	30%	9	40%	12
<b>&gt; di 2 ore</b>				
PS	20%	6	33.3%	10
TC	56.7%	17	63.4%	19
Nessuna risposta	23.3%	7	3.3%	1

**Passo 5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione latte anche nel caso in cui vengano separate dai neonati**

	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
Stimolazione del seno in caso di separazione	$f\%$	$f_a$	$f\%$	$f_a$
Si	73.3%	22	93.3%	28
No	16.7%	5	6.7%	2
Nessuna Risposta	10%	3	0.0%	0
<b>Passo 6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica</b>				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	$f\%$	$f_a$	$f\%$	$f_a$
<b>a. Latte artificiale in caso di calo ponderale</b>				
10%	40%	12	40%	12
< 10%	40%	12	57%	17
8%	3%	1	0.0%	0
Nessuna risposta	17%	5	3%	1
<b>b. Indicazione commerciale latte artificiale</b>				
Scritto	60%	18	56%	17
Voce	30%	9	11%	3
Nessuna risposta	10%	3	33%	10
<b>Passo 7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale</b>				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	$f\%$	$f_a$	$f\%$	$f_a$
<b>Rooming in 24 ore :</b>				
interruzioni $\leq$ 30 min	33.3%	10	30%	9
interruzioni $>$ 30 min	20%	6	33.3%	10
rooming in solo diurno	40%	12	33.3%	10
Nessuna risposta	6.7%	2	3.4%	2
<b>Passo 9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento</b>				
	UU.OO. Ostetricia		UU.OO. Neonatologia	
	$f\%$	$f_a$	$f\%$	$f_a$
<b>a. Utilizzo di tettarelle e/o succhietto</b>				
sconsigliato	43.3%	13	46.7%	14
consigliato	56.7%	17	53.3%	16
<b>b. somministrazione di liquidi/latte artificiale</b>				
biberon	90%	27	86.7%	26
tazzina/bicchiere	3.3%	1	3.3%	1
siringa	0.0%	0	6.7%	2
nessuna risposta	6.7%	2	3.3%	1

<b>Passo 10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.</b>				
	<b>UU.OO. Ostetricia</b>		<b>UU.OO. Neonatologia</b>	
	<i>f</i> %	<i>f</i> <sub>a</sub>	<i>f</i> %	<i>f</i> <sub>a</sub>
Visita di dimissione a 48/72 ore dalla nascita eseguita				
pediatra	70%	21	73%	22
pediatra + infermiere	6.7%	2	6.7%	2
infermiere	3.3%	1	0.0%	0
pediatra + ostetrica	0.0%	0	3.3%	1
nessuna delle precedenti	20%	6	17%	5

*f*% = frequenza percentuale; *f*<sub>a</sub> = frequenza assoluta

L'analisi delle risposte relative al 1° Passo, evidenzia sia nelle UU.OO di Ostetricia che in quelle di Neonatologia la presenza di protocolli (56.7% e 66.7%, rispettivamente), intesi come i documenti scritti riportanti l'insieme di azioni professionali finalizzate al raggiungimento di un obiettivo[27], sui principali problemi del seno e di documenti (76.7% e 86.7%, rispettivamente), ovvero raccomandazioni di comportamento clinico elaborate allo scopo di aiutare i professionisti sanitari a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche[27], per la promozione e sostegno dell'allattamento.

L'analisi delle risposte relative al 2° Passo ha evidenziato elevati tassi di non risposta tra il personale sanitario, ovvero del 54.1% per le UU.OO di Ostetricia e del 61.6% per quelle di Neonatologia, dati forse dal fatto che i professionisti non abbiano partecipato o non fossero a conoscenza dell'esistenza di corsi della durata media di 18-20 ore OMS/Unicef, organizzati allo scopo di integrare le competenze dei partecipanti con strumenti teorico-pratici relativi alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno[17]. In particolare, elevati tassi di non risposta si riscontrano anche considerando la partecipazione degli operatori ad eventi formativi in tema di allattamento al seno negli ultimi 5 anni (43.3% nelle UU.OO di Ostetricia e 41.7% nelle UU.OO di Neonatologia).

In merito alle risposte relative al 3° Passo, i Coordinatori delle UU.OO di Ostetricia (66.7%) e di Neonatologia (63.3%) hanno riferito che l'informazione non avviene in ambito ospedaliero ma sul territorio.

Analizzando le risposte relative al 4° Passo si evince che la tempistica del primo attacco al seno in occasione di parto spontaneo eutocico avviene alla prima ora nel 33.3% di entrambe le Unità Operative ed inoltre, in questo caso, si riscontra il più elevato tasso di non risposta che si attesta per le UU.OO di Ostetricia al 53.4% e per quelle di Neonatologia al 56.7% . Alla seconda ora il primo attacco al seno avviene, nel caso di parto spontaneo eutocico nel 43.3% delle UU.OO di Ostetricia e nel 33.3% di quelle di Neonatologia. Infine in occasione di parto spontaneo eutocico, il primo attacco al seno avviene dopo 2 ore nel 20% dei casi nelle UU.OO di Ostetricia, mentre si mantiene al 33.3% in quelle di Neonatologia. Viceversa nel parto con taglio cesareo si nota come la tempistica del primo attacco al seno aumenti soprattutto dopo le 2 ore, arrivando al 56.7% dei casi nelle UU.OO di Ostetricia e al 63.3% in quelle di Neonatologia.

Il 5° Passo, in entrambe le UU.OO, è altamente rispettato (73.3% nelle UU.OO di Ostetricia; 93.3% UU.OO. di Neonatologia).

Le risposte relative al 6° Passo pongono l'attenzione sulla somministrazione di alimenti o liquidi diversi dal latte materno. Nel caso in cui il calo ponderale non superi il 10%, troviamo il 40% di prescrizioni in entrambe le UU.OO. e laddove è inferiore al 10%, troviamo il 40% di prescrizioni nelle UU.OO di Ostetricia e il 57% nelle UU.OO di Neonatologia. Dato confermato altresì dall'indicazione commerciale scritta di sostituti del latte materno nel 60% nelle UU.OO di Ostetricia e nel 56% delle Neonatologie.

La pratica del rooming-in è indagata nel 7° Passo. L'aspetto indagato sono le interruzioni che in entrambe le realtà risultano perlopiù sovrapponibili: interruzioni di  $\leq 30$  minuti abbiamo il 33.3% nelle UU.OO di Ostetricia e il 30% in quelle di Neonatologia. Interruzioni di  $>30$  minuti si riscontrano nel 20% delle UU.OO di Ostetricia, con un aumento fino al 33.3% in quelle di

Neonatologia.

Le risposte relative al 8° Passo: “ Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento”, viene praticato senza limitazione di durata e frequenza sia nelle UU.OO di Ostetricia (63.3%) che in quelle di Neonatologia (60%).

Dall'analisi delle risposte del 9° Passo si è evidenziato che l'uso di biberon per la somministrazione di alimenti alternativi al latte materno avviene nel 90% delle UU.OO di Ostetricia e nell'86.7% delle UU.OO di Neonatologia.

Dalle risposte al 10° Passo è emerso che le visite pediatriche alla dimissione vengono effettuate in entrambe le unità in maniera individuale con i genitori e nel 93.3% dei casi negli stessi Punti nascita. Di solito è il pediatra che si confronta con i genitori nel 70% dei casi e solo in alcune strutture è accompagnato dall'infermiera (7%), mentre è quasi completamente assente la figura dell'ostetrica (3%).

## **DISCUSSIONE**

La ricerca si proponeva differenti scopi: 1) la valutazione del grado di conoscenza e adozione della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3] da parte degli operatori sanitari delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia nelle strutture sanitarie campane, 2) la formazione, 3) la comunicazione tra gli operatori delle diverse unità operative e la comunicazione con le neomamme.

I risultati dello studio mostrano come tale Dichiarazione sia solo in parte rispettata. In merito all'applicazione del primo passo, si evince che in entrambe le tipologie di UU.OO analizzate c'è una tendenza a rispettarlo solo parzialmente.

L'indagine ha messo in evidenza che l'applicazione del secondo passo risulta essere carente, con una scarsa formazione sia volontaria che istituzionale del personale sanitario.

In relazione all'organizzazione degli Incontri di accompagnamento alla Nascita (IAN), in cui è prevista almeno una lezione dedicata all'educazione e all'allattamento, si può osservare che l'enorme

sforzo dei professionisti sanitari non medici risulta ancora parzialmente ottemperato.

Successivamente è stata analizzata la tempistica del primo attacco al seno. E' stata rilevata, in entrambe le UU.OO. un'assoluta inadempienza della raccomandazione, coadiuvata dall'attuazione di pratiche di routine a dir poco inutili. Dai dati si nota come i tempi dettati nella Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF [3] non siano rispettati. Oltre ad essere fortemente raccomandato nelle Linee guida ILCA del 2005[2], l'inizio dell'allattamento al seno entro la prima ora e il contatto pelle-a-pelle continuo, sono in letteratura associati a diversi benefici come ad esempio: il contatto pelle a pelle tra madre e neonato favorisce una produzione di ossitocina endogena che a livello materno porta ad una maggiore contrattilità uterina con minor perdita ematica durante il post partum e al contempo favorisce l'attaccamento precoce, ovvero il bonding madre-neonato che favorisce un aumento della durata media dell'allattamento al seno esclusivo[21-23,28-43]. Le procedure di routine infatti, interrompono l'interazione madre-neonato e ritardano l'allattamento al seno [21,45,46].

I nostri dati mostrano un buon supporto territoriale all'allattamento, tuttavia restano ridotte le informazioni divulgate spontaneamente.

Il sesto Passo analizza l'importanza dell'analisi della relazione tra calo fisiologico e supplemento di latte artificiale, che è data dal fatto che il calo di peso medio alla nascita risulta del 5% e anche inferiore nel caso di allattamento solo con formula[1]. Il calo ponderale massimo da ritenersi normale è del 10%. Un calo fra l'8% e il 10% è significativo ma, non suggerisce di procedere automaticamente ad un supplemento con latte artificiale, cosa che invece è stata riscontrata dall'indagine, nel 40% delle UU.OO. di Ostetricia e nel 57% di quelle di Neonatologie. Una tale situazione, si discosta dalle linee guida dell'OMS/UNICEF e andrebbe pertanto verificata per quanto riguarda la disponibilità materna a rispondere alle richieste del bambino, le modalità di attacco al seno materno e l'eventuale ricorso alla somministrazione di latte materno spremuto, se eventuali problemi di attacco non sono superabili[1].

Altro dato rilevante è la prescrizione di latte artificiale, infatti pur non essendoci una reale necessità,

ciò avviene al momento della dimissione sia in maniera verbale (30% nelle UU.OO. di Ostetricia e 11% in quelle di Neonatologia) e per iscritto (60% nelle UU.OO. di Ostetricia e 56% in quelle di Neonatologia) indicando il nome commerciale del latte formulato. Questa consuetudine è in netto contrasto con quanto stabilito dal “Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno” OMS 1981[46].

Altro aspetto rilevante per la buona riuscita dell'allattamento al seno riguarda il momento della degenza madre/neonato, ovvero il "Praticare il rooming-in" [3].

I nostri dati mostrano purtroppo come ciò non sia proprio attuato nel miglior modo possibile. Dall'analisi dei dati si evince una discordante comunicazione tra le UU.OO. analizzate, come anche il mancato rispetto del passo sopracitato, fondamentale per favorire l'allattamento al seno come suggerito in letteratura [1,2]. I principali studi scientifici mostrano come il rooming-in, ovvero il tenere insieme madre e neonato durante l'intera degenza post-partum ed eseguire esami e test di routine neonatali mentre il neonato è nella stessa stanza della madre, nelle sue braccia o al seno, favorisce sia l'allattamento al seno che il legame madre-neonato[32,45,46,48-58]. La frequenza dell'allattamento è più alta e l'integrazione con latte artificiale risulta inferiore quando madre e neonato sono nella stessa stanza[38,51,52]. Inoltre, alcune pratiche e regole ospedaliere influenzano l'attuazione di un efficace allattamento al seno[31,32,45,53-57]. Anche il mito del riposo (una madre dorme di più quando il neonato è nel nido) non trova riscontro unanime nella letteratura specifica del settore[51]. In merito all'applicazione del 9° Passo: "Non dare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento"[3], si rileva una sua totale inadempienza. L'evitare l'uso di succhiotti, tettarelle e integrazioni, in assenza di indicazione medica è affermato anche nelle linee guida ILCA - Strategia 7 "[2], da cui si evince che un precoce uso di integrazioni o succhiotti è associato ad un aumento del rischio di svezzamento precoce ed inoltre, il suo uso nel bambino allattato al seno va evitato, quantomeno per tutto il periodo in cui la produzione di latte materno si calibra alle necessità del bambino[2].

I nostri dati mostrano come all'atto della dimissione i sanitari raramente offrano notizie circa il supporto territoriale offerto alle neomamme. A questo l'Unione Europea in collaborazione con l'OMS nel documento "Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea"[57] del 2006 affermava l'importanza dei gruppi volontari di sostegno mamma-a-mamma ed organizzazioni di peer counsellors, attivi nella maggior parte dei paesi[57]. Tuttavia, la copertura geografica dei loro servizi è in generale medio bassa, raramente alta[58]. Il grado di coordinamento tra questi gruppi è debole in molti paesi e ben sviluppato in altri. I legami col sistema sanitario sono spesso inadeguati per un efficace grado d'integrazione e coordinamento con le autorità preposte[58]. A livello regionale, la necessità di maggiore supporto alla donna e alla famiglia da parte delle istituzioni, nella delicata fase del puerperio è stata sottolineata nel B.U.R.C. n° 4 del 15 Gennaio 2007[59] in cui si afferma la necessità di valorizzare i programmi di sostegno alla genitorialità, la cui efficacia è oramai comprovata da numerosi studi e ricerche.

## **CONCLUSIONI**

Questo studio ha mostrato un mancato rispetto di tutta la Dichiarazione[3] OMS/UNICEF ed una parziale conoscenza della stessa, da parte degli operatori sanitari delle strutture reclutate. Un sostegno efficace richiede l'impegno ad istituire standard d'eccellenza in tutte le istituzioni ed i servizi per la maternità e l'infanzia[21]. A livello individuale, ciò significa accesso per tutte le donne a servizi di sostegno per l'allattamento al seno, compresa l'assistenza di operatori opportunamente qualificati nella gestione dello stesso, peer counsellors e gruppi di sostegno mamma-a-mamma[21]. Riteniamo, alla luce dei dati esposti, necessario la nascita e lo sviluppo di progetti locali e comunitari per il sostegno familiare e sociale, basati sulla collaborazione tra i servizi ed il volontariato, volti a tutelare ed incentivare il diritto di allattare seno [57,59].

## **LIMITI DELLO STUDIO**

Lo studio presenta alcune limitazioni: campionamento casuale e quindi non rappresentativo dell'intero territorio regionale, difficoltà burocratiche in merito all'autorizzazione alla raccolta dati all'interno delle singole strutture. Altro limite importante deriva dalla natura stessa dello studio, ovvero descrittiva, che non ha permesso di eseguire un'analisi inferenziale dei dati. Punto di forza di questo studio è quello di fornire una prima, unica e chiara fotografia del rispetto, da parte delle strutture che hanno partecipato allo studio, della Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF[3].

### **Abbreviazioni**

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

WHO: World Health Organization

UNICEF: Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia

UU.OO. : Unità Operative

PSN: Piano Sanitario Nazionale

D.M : Decreto Ministeriale

SSN : Sistema Sanitario Nazionale

CDLM : Corso di Laurea Magistrale

IAN: Incontri di accompagnamento alla nascita

ILCA : International Lactation Consultant Association

BURC : Bollettino Ufficiale Regione Campania

### **Eventuali Finanziamenti**

Questa ricerca non ha ricevuto nessuna forma di finanziamento.

### **Conflitti di interesse**

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

## BIBLIOGRAFIA

1. Davanzo R, Maffeis C, Silano M, Bertino E, Agostoni C, Cazzato T. et. al. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP). 2015. Disponibile a : [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2415\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf) . Ultimo accesso 02/05/2020
2. International Lactation Consultant Association(ILCA). Clinical Guidelines for the Establishment of the Exclusive Breastfeeding 2005. Disponibile a : <http://breastcrawl.org/pdf/ilca-clinical-guidelines-2005.pdf>. Ultimo accesso: 02 Ottobre 2019
3. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. Organizzazione mondiale della Sanità, Ginevra, 1989. Disponibile a [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1619\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1619_allegato.pdf). Ultimo accesso: 15 aprile 2020
4. Cattaneo A, Cialesi R, Francovich L, Gargiulo L, Giusti A, Iannucci L, Mondo L, Rusciani R. LATTE MATERNO: IL BUON INIZIO DELLA SANA ALIMENTAZIONE. A CHE PUNTO SIAMO IN ITALIA?. Iserto Bollettino Epidemiologico Nazionale .Not Ist Super Sanità. 2017;30(1).
5. Chantry C.J, Eglash A, Labbok M. ABM Position on Breastfeeding—Revised 2015. Volume 10, Number 9, 2015 Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2015.29012.cha.
6. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva. 2003. Disponibile a :

- [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218\\_ita.pdf;jsessionid=681795893D15E340E9D2AA4C92EAB180?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218_ita.pdf;jsessionid=681795893D15E340E9D2AA4C92EAB180?sequence=6). Ultimo accesso: 02 maggio 2020
7. Epicentro, Portale di epidemiologia per gli operatori sanitari. Allattamento al seno. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Disponibile a: <https://www.epicentro.iss.it/allattamento> Ultimo accesso: 02 marzo 2020
  8. Nommsen-Rivers LA. Does breastfeeding protect against infant mortality in the United States?. *J Hum Lact.* 2004 Aug ; 20(3):357-8.
  9. UNICEF. Facts for Life. United Nations Children's Fund. 3rd ed. New York. 2002.
  10. Jafari-Mehdiabad F, Savabi-Esfahani M, Mokaryan F, Kazemi A. Relationship between breastfeeding factors and breast cancer in women referred to Seyed Al-Shohada Hospital in Isfahan, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016 Nov-Dec; 21(6):622-627.
  11. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015 Dec; 104(467):96-113.
  12. Fox R, McMullen S, Newburn M. UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 Jul 7; 15:147.
  13. de Jesus PC, de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2016 Sep-Oct; 92(5):436-50.
  14. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. *Breastfeed Med.* 2016 Jun; 11:222-30.
  15. Asole S, Spinelli A, Antinucci LE, et al. Effect of hospital practices on breastfeeding: a survey in the Italian Region of Lazio. *J Hum Lact* 2009. Aug; 25(3):333-40.

16. Cinquetti M, Colombari AM, Battisti E, Marchetti P, Piacentini G. The influence of type of delivery, skin-to-skin contact and maternal nationality on breastfeeding rates at hospital discharge in a baby-friendly hospital in Italy. *Pediatr Med Chir.* 2019 May 22;41(1).
17. Centro di Documentazione sulla Salute Parinatale e Riproduttiva. Percorso nascita/Allattamento. Saperidoc. Disponibile a: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/547>. Ultimo accesso: 08 aprile 2020.
18. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile a: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=1205](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1205). Ultimo accesso: 03 maggio 2020.
19. Gazzetta Ufficiale. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000". Ministero della Sanita'. 2000. Disponibile a : [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.data PubblicazioneGazzetta=2000-06-07&atto.codiceRedazionale=000A6425&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.data PubblicazioneGazzetta=2000-06-07&atto.codiceRedazionale=000A6425&elenco30giorni=false). Ultimo accesso 03 maggio 2020.
20. Guadagnare salute. Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura- dossier. Disponibile a: [https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS\\_allattamento\\_2.pdf](https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_allattamento_2.pdf). Ultimo accesso: 08 aprile 2020.
21. College of Family Physicians of Canada. Infant Feeding Policy Statement 2004. Disponibile a: [https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/Final\\_04Infant\\_Feeding\\_Policy\\_Statement.pdf](https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Final_04Infant_Feeding_Policy_Statement.pdf). Ultimo accesso 03 maggio 2020.

22. Di Girolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008 Oct; 122 Suppl 2:S43-9.
23. Widstrom AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr*. 2019 Jul;108(7):1192-1204
24. Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl*. 1999. Aug;88(430):1-6
25. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, n. 32 del 7 febbraio 2008 - Serie generale. Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. 20 dicembre 2007. Disponibile a: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2008/02/07/32/so/32/sg/pdf>. Ultimo accesso 03 maggio 2020.
26. Prassi Ospedaliere per l'assistenza al neonato a termine, sano e di peso appropriato. Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS) Disponibile a: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/4%25Fd%25F9%252FD.0741693c65e6572738c6/P/BLOB%3AID%3D395/E/pdf>. Ultimo accesso : 28/04/2020
27. Triassi M. Il Management in Sanità. Il governo dei sistemi sanitari complessi. 1st ed. Roma: Società Editrice Universo; 2011.
28. Uvnäs Moberg K, Prime DK, Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding Birth. *Infant Journal*. 2013, VOLUME 9 - Issue 6.
29. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Mukhamedrakhimov R. et al. Early Contact Versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later Birth. 2009 Jun;36(2):97-109
30. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000. (2):CD000043

31. Agudelo S, Gamboa O, Rodríguez F, Cala S, Gualdrón N, Obando E. The Effect of Skin-To-Skin Contact at Birth, Early Versus Immediate, on the Duration of Exclusive Human Lactancy in Full-Term Newborns Treated at the Clínica Universidad De La Sabana: Study Protocol for a Randomized Clinical Trial. 2016 Oct 26;17(1):521.
32. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev* 1990; Mar;21(3):153-63.
33. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004; 93(6):779-85.
34. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, RansjoArvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003; 92(3):320-6
35. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992 . Jun-Jul 1992;81(6-7):488-93.
36. Adamkin D.H. Neonatal Hypoglycemia. *Curr Opin Pediatr*.2016 Apr;28(2):150-5
37. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990. Aug;86(2):171-5.
38. H M Cooijmans K, Beijers R, Rovers A. C, de Weerth C . Effectiveness of Skin-To-Skin Contact Versus Care-As-Usual in Mothers and Their Full-Term Infants: Study Protocol for a Parallel-Group Randomized Controlled Trial *BMC Pediatr*. 2017 Jul 6;17(1):154.

39. Semmekrot BA, de Vries MC, Gerrits GP, Van Wieringen PM. Optimal breastfeeding to prevent hyperbilirubinaemia in healthy, term newborns. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; Oct 9;148(41):2016-9.
40. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001; Mar;107(3):E41.
41. De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J Soc Med* 1984; 12(2):91-103.
42. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002; 91(12):1301-6
43. Awi DD, Alikor EA. The influence of pre- and postpartum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med* 2004; Jul-Sep;13(3):272-5.
44. Gonçalves J, Fuertes M, João Alves M, Antunes S, Almeida A.R, Casimiro R. Maternal Pre and Perinatal Experiences With Their Full-Term, Preterm and Very Preterm Newborns. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 6;20(1):276.
45. Consales A, Crippa B.L, Cerasani J, Morniroli D, Damonte M, Bettinelli M E. Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives. *Front Pediatr*. 2020 Feb 21;8:53
46. Organizzazione Mondiale della Sanità. Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. OMS 1981. Disponibile a : [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_1467\\_listaFile\\_itemName\\_7\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1467_listaFile_itemName_7_file.pdf).  
Ultimo accesso: 03 maggio 2020
47. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiacomio M, Quintero S, Pavan C, et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact* 1999; Jun;15(2):125-30
48. Yang X, Gao L.L, Ip W, Chan W. Predictors of Breast Feeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period: A Cross-Sectional Study. *Midwifery*. 2016 Oct;41:1-8.

49. Ahluwalia I.B, Morrow B, D'Angelo D, Li R. Maternity Care Practices and Breastfeeding Experiences of Women in Different Racial and Ethnic Groups: Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System (PRAMS). *Matern Child Health J.* 2012 Nov;16(8):1672-8
50. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990; Nov;79(11):1017-22.
51. Cotto CW, Garcia Fragoso L. Rooming-in Improves Breastfeeding Initiation Rates in a Community Hospital in Puerto Rico . *Bol Asoc Med P R* Jan-Mar 2010;102(1):30-2.
52. Svensson K, Matthiesen A, Widström A. Night Rooming-In: Who Decides? An Example of Staff Influence on Mother's Attitude. *Birth* 2005 Jun;32(2):99-106
53. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, De Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003; August; 93(8): 1277–1279.
54. Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US babyfriendly hospital. *Pediatrics* 2003; Sep;112(3 Pt 1):e234-6.
55. Jaafar S H, Seng Lee K, J Ho J. Separate Care for New Mother and Infant Versus Rooming-In for Increasing the Duration of Breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep 12;(9):CD006641.
56. Strembel S, Sass S, Cole G, Hartner J, Fischer C. Breastfeeding policies and routines among Arizona hospitals and nursery staff: results and implications of a descriptive study. *J Am Diet Assoc* 1991;91:923-25
57. Unione Europea, Organizzazione Mondiale della Sanità. Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea. OMS 2006. Disponibile a:  
[https://www.unicef.it/Allegati/Raccomandazioni\\_UE\\_alimentazione\\_lattanti.pdf](https://www.unicef.it/Allegati/Raccomandazioni_UE_alimentazione_lattanti.pdf). Ultimo accesso 03 maggio 2020.

58. Giusti A, Conti S, Di Lorenzo G, Donati S, Perra A, Grandolfo R. How Italian midwives contribute to breastfeeding promotion: a national experience of "cascade" training, 2006 Jan-Feb;62(1):53-67.
59. REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 23 novembre 2007 - Deliberazione N. 2041 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Linee guida alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Campania sulla promozione dell'allattamento al seno. B.U.R.C.2008. Disponibile a :  
[http://www.sito.regione.campania.it/burc/pdf08/burc02or\\_08/del2041\\_07.pdf](http://www.sito.regione.campania.it/burc/pdf08/burc02or_08/del2041_07.pdf). Ultimo accesso 03 maggio 2020

# 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.

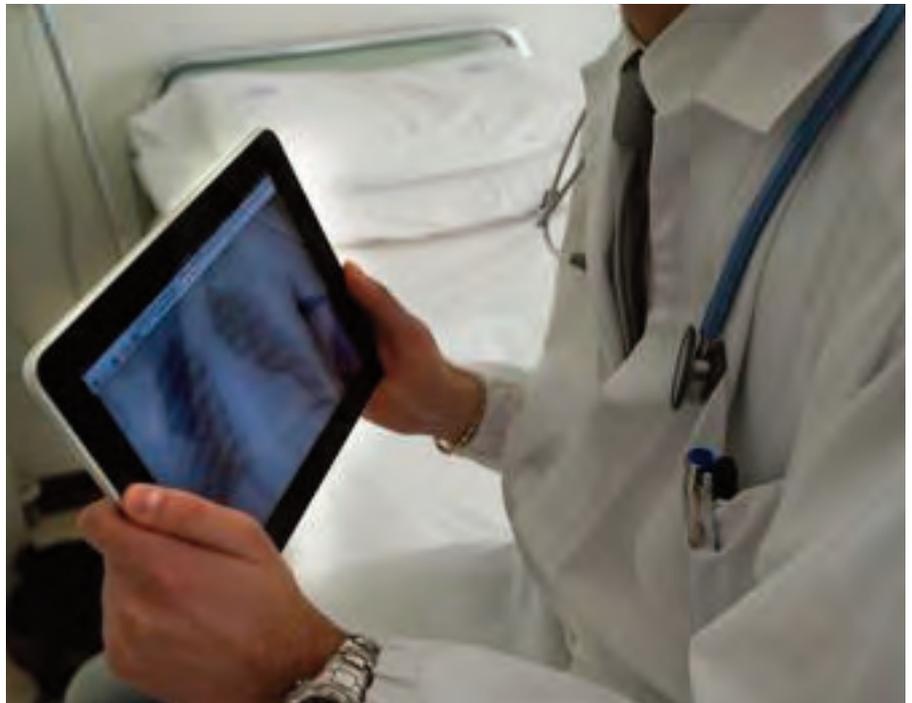
# L'emergenza dovuta al SarsCov2 fa decollare la sanità digitale

Roberto Ascione (Healthware Group): "Non si potrà tornare indietro".

Paolo Corradini, presidente Società italiana di ematologia (SIE): "Ora serve che il Paese si attrezzi d'avvero"

**L'**impegnativa il medico di famiglia ora la invia per mail e poi c'è l'App per il monitoraggio dei Covid-positivi a casa, sistemi per video-visite e tele-controlli, ricette ormai dematerializzate e persino riabilitazione a distanza. L'emergenza Covid-19, con l'isolamento forzato e la difficoltà a uscire e tutte le restrizioni anti assembramento hanno fatto decollare in Italia la sanità digitale. La rivoluzione è sotto gli occhi di tutti. Ma poi c'è chi la studia, come **Roberto Ascione, Ceo di Healthware Group**, società di consulenza specializzata, coinvolta nel progetto della startup PagineMediche che ha attivato strumenti digitali ad hoc per la gestione di Covid-19. In una dichiarazione all'agenzia Dire salute, Ascione spiega: "Dal punto di vista generale alcune aree si sono rivelate di particolare interesse: ad esempio la telemedicina e il monitoraggio a distanza dei pazienti. Il fatto è che finora erano stati portati avanti diversi progetti per favorire l'adesione dei medici, ma avevano funzionato solo per piccoli gruppi. Con PagineMediche il 7 febbraio, ancora prima che l'emergenza esplodesse, sono stati rilasciati tre servizi per la gestione di Covid gratuiti e destinati ai medici: oltre 2 mila dottori si sono registrati e, senza una formazione specifica, hanno iniziato a utilizzarli, effettuando centinaia di video-visite ogni giorno. Una crescita quotidiana indice dell'utilità di questo approccio".

E poi c'è l'uso dell'intelligenza artificiale che aiuta i pazienti a capire se c'è bisogno di assistenza sanitaria. "Il chatbot ha totalizzato oltre 100 mila utilizzi – svela Ascione - e questo ci porta a pensare che gli italiani erano pronti ad avvicinarsi alla sanità digitale. Una serie di innovazioni che, ad esempio, possono semplificare anche il monitoraggio dei pazienti positivi seguiti a casa: segnalando a un medico se i dati inseriti dai suoi pazienti sono aggiornati e se sono emerse criticità, snelliscono tutta la procedura". Anche per gli ematologi la medicina a distanza ha fatto chilometri in questi pochi mesi. "La pandemia da coronavirus ha fatto emergere la necessità e l'importanza delle telemedicina per la nostra sanità e per la qualità della vita dei nostri pazienti. E l'abbiamo messa in pratica in modo artigianale, improvvisato,



quasi primitivo. Ora serve che il Paese si attrezzi davvero". La sollecitazione arriva da Paolo Corradini, presidente della Società italiana di ematologia (SIE) e direttore della Divisione di Ematologia dell'Istituto nazionale tumori di Milano, nel corso della conferenza web per la presentazione di una piattaforma digitale dedicata alle terapie Car T, realizzata da Novartis in collaborazione con la start up Welcomedicine. Una conferenza - "Connessi per la vita. Car -T e telemedicina a supporto dei pazienti" - proposta all'interno della terza edizione della Milano Digital Week. In tema di telemedicina, ha spiegato Corradini, "manca completamente un sistema Paese, se consideriamo il 'macro'. Nel 'micro', invece, sarebbe necessario che all'interno delle singole Regioni, dei singoli ospedali si mettessero a punto norme condivise, con direttive generali da parte del Servizio sanitario nazionale, per realizzare forme di telemedicina con una buona protezione dei dati e della privacy del paziente". E questo, in realtà, "è stato fatto in epoca Covid, in maniera completamente artigianale nelle diverse Regioni, via telefono o email. Una forma di telemedicina da 'uomo primitivo'".

## OPI Napoli informa

**L**e prime tremila mascherine del tipo FFP2 sono state consegnate agli infermieri che prestano servizio a domicilio, infermieri volontari del 118 a quelli che operano nell'assistenza presso le RSA. "Si tratta di una prima tranche di aiuti che abbiamo pensato di destinare a quei colleghi fino ad ora più trascurati", ha precisato Carbone. "La guerra al Covid-19 - ha aggiunto il Presidente - la si vince dotando dei necessari presidi sanitari gli infermieri più esposti e quelli fino ad ora più trascurati dalla Protezione civile". Si tratta delle tremila mascherine donate dal Sindaco di Napoli, Luigi De Magistris agli infermieri di Napoli. La donazione è stata ufficializzata in Sala Giunta a Palazzo San Giacomo. Alle

# L'Opi Napoli mette in campo

Distribuite nella fase uno della pandemia oltre 25mila dispositivi di protezione individuale consegnate agli infermieri meno protetti. Poi, via via si è giunti a tutti. Carbone: "Abbiamo un criterio di bisogno, privilegiando i colleghi più esposti e più trascurati. Continueremo ancora"

di DARIO DI

parole di encomio e apprezzamento rivolte dal sindaco agli oltre 20mila infermieri napoletani, ha risposto il presidente dell'Opi Napoli, Carbone. "Gli apprezzamenti e gli attestati di stima che stiamo ricevendo in questi giorni - ha detto Carbone - ci confortano e ci rafforzano nell'opera di salva-



## Il Covid-19 strappa la vita al sindacalista gentiluomo

Estremo saluto a Roberto Maraniello, infermiere e segretario generale della Fials Napoli, quarta vittima del coronavirus. Carbone: "Abbiamo perso in questi mesi quattro colleghi che hanno onorato la professione". Il Segretario Olivieri: "Ci lascia un uomo, per me un fraterno amico, che ha dato un enorme contributo alla professione"



Il covid-19 miete una nuova vittima tra gli infermieri di Napoli. L'ennesima, purtroppo. Ieri, dopo circa quindici giorni di ricovero in terapia intensiva, è morto all'ospedale Cotugno di Napoli Roberto Maraniello, 57 anni, infermiere, segretario generale Fials di Napoli e componente della segreteria nazionale del sindacato. Risultato positivo al Covid-19, Maraniello era stato ricoverato al Cotugno con diagnosi da covid-19, ma le sue condizioni non erano apparse così gravi. Solo successivamente i parametri vitali sono via via peggiorati fino al tragico epilogo. La notizia è circolata velocemente sin dalle prime ore del mattino, gettando in un profondo sconforto la comunità infermieristica napoletana. "Questa pernicioso pandemia sottrae alla nostra comunità un altro collega, ma soprattutto un amico", dice con evidente commozione Ciro Carbone, presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli. Con lui sono quattro le vittime che l'Ordine di Napoli piange. Quattro colleghi che hanno onorato la professione". Ma è soprattutto tra i tanti colleghi dell'Azienda ospedaliera «Antonio Cardarelli» di Napoli, dove era stato assunto nel 1988, che Roberto Maraniello lascia un profondo dolore. Nel più importante ospedale del Mezzogiorno ha mosso i primi passi sia della sua carriera professionale che di quella sindacale. Le sue due grandi passioni, ricorda chi l'ha conosciuto bene. Formatosi come infermiere nel reparto di Chirurgia plastica del nosocomio collinare, Maraniello ha subito messo in luce l'amore per la professione. Soprattutto per gli aspetti di solidarietà con i colleghi e di assistenza e vicinanza umana al paziente. Qualità sociali e relazionali che lo portano ben presto a ricoprire per svariati anni l'incarico di segretario aziendale della Fials e dal 2014 quello di segretario provinciale, sempre dello stesso sindacato. Unità sindacale e vicinanza ai lavoratori, i tratti importanti della sua direzione. Nell'estremo saluto che Alessandro Olivieri lascia all'amico, prima ancora che collega, tutta la cifra della persona. "ci lascia un uomo, per me un fraterno amico, che ha dato un enorme contributo alla professione, non solo sul piano sindacale, sul quale ha insegnato molto, ma anche sul piano professionale e organizzativo. Soprattutto - aggiunge Olivieri - lascia un vuoto incolmabile per le sue qualità umane. La Fials è crescita tanto sotto la sua guida per le idee, i valori e l'azione di Roberto, ma resterà indimenticato per il suo modo unico di stare tra la gente, con i lavoratori. Un modo semplice, diretto, umano".

guardia della salute pubblica, anche a costo di enormi sacrifici e a volte della vita stessa". "Anche a nome di tutti gli infermieri di Napoli - ha aggiunto - ringrazio il sindaco per la vicinanza alla professione, dimostrata anche mettendo a disposizione dei colleghi strutture alberghiere per quanti, impegnati in prima linea, sono ospitati a fine turno, evitando così di portare il contagio in famiglia". Dopo gli infermieri del 118 e quelli che operano a domicilio e nelle Rsa, l'Ordine ha donato mascherine agli infermieri che praticano la libera professione in cooperative e studi associati. Tra queste ricordiamo la Cooperativa CoAd che pratica assistenza domiciliare sul territorio della Napoli 1; la Vivilsol che opera a Nord di Napoli; la Nuova Sair e il Consorzio Luna, che coprono il territorio della Napoli 3. E poi, Mediacenter, Panda, Centro Rodi, Aias, Rsa Padre Annibale di Francia, Hermitage.

L'attenzione dell'Ordine si è spostata poi ad altre strutture anche queste meno protette. Sono state consegnate mascherine agli infermieri della Casa di cura Clinica Lourdes e dell'Ospedale evangelico Villa Betania. "Stiamo dando corso ad una di-

# Il "Operazione mascherine"

individuale. Si è cominciato con le tremila donate dal Sindaco di Napoli De Magistris e abbiamo dato corso ad una distribuzione mirata di questi importanti presidi sanitari con un'ora con questo sostegno ai colleghi per tutelare la loro salute e quella dei cittadini assistiti"

E MARTINO



istribuzione mirata di questi importanti presidi sanitari con un criterio di bisogno, ha precisato il presidente Carbone, privilegiando i colleghi più esposti e più trascurati. Continueremo ancora con questo sostegno ai colleghi per tutelare la loro salute e quella dei cittadini assistiti". Poi attenzione al territorio. Si è partiti con l'Asl Napoli 2 Nord e alla Stazione climatica Bianchi. E poi Azienda ospedaliera Vanvitelli di Napoli; Azienda ospedaliera Cardarelli; Asl Napoli 3 Sud; e della Casa di Cura Bianchi.

A consegnare i presidi di protezione individuale è stato spesso lo stesso presidente Carbone, coadiuvato di volta in volta dai consiglieri liberi da impegni di lavoro. "Siamo certi che tanti colleghi apprezzano questa iniziativa, perché, per quanto semplici, sono essenziali e non bastano mai, vista anche la rapidità con cui si usurano". L'operazione mascherine è continuata poi con la consegna agli infermieri dell'ospedale Fatebenefratelli, all'azienda ospedaliera pediatrica Santobono Pausilipon, alla Clinica Mediterranea e all'ospedale dei Camilliani. In quest'ultima occasione il presidente Carbone ha voluto ricordare gli infermieri caduti sul campo. "Recentemente abbiamo perso alcuni colleghi a causa della loro esposizione al virus", ha sottolineato Carbone. "Ai loro familiari - ha aggiunto - va l'abbraccio commosso di tutta la comunità professionale che mi onora di rappresentare". Le consegne di mascherine sono poi continuate all'Istituto nazionale tumori Fondazione Pascale, alle case di cura Ruesch, Villa dei Fiori e Villa delle Querce. E poi, Presidio covid di Boscotrecase, Clinica Santa Patrizia, Casa di Cura Grimaldi, Clinica Sant'Antimo, Clinica Trusso di Ottaviano, Case di Cura Cinzia, Sanatrix e Asl Napoli 1. "Soprattutto nella cosiddetta fase

2 (cioè di convivenza con il virus mentre si torna gradualmente alle attività normali), avremo sempre più bisogno di implementare la protezione degli infermieri con dispositivi sicuri e adeguati", ha detto infine il presidente Ciro Carbone. "Non resta che ringraziare ciascun infermiere per aver portato in alto, dove merita di stare, il buon nome della professione infermieristica. E per questo non basteranno i grazie. Da parte nostra, faremo di tutto per trasformare il grande consenso tra i cittadini che stiamo registrando in tutt'Italia in crescita professionale, sociale ed economica".

## L'Opi Napoli attiva consulenza psicologica

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli, ha attivato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli un supporto psicologico per gli Infermieri ed Infermieri pediatrici impegnati in prima linea nell'emergenza COVID-19 che avvertissero l'esigenza di un confronto esperto rispetto al vissuto e alle emozioni legate a questo particolare momento. Il servizio di supporto psicologico sarà curato da: Prof. Nelson Mauro Maldonato, Responsabile Programma Intradipartimentale di Psicologia Clinica. Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Napoli Federico II; Dr.ssa Grazia Isabella Continisio, Staff della Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II. Lo sportello di ascolto e supporto psicologico è attivo a partire da venerdì 27 Marzo. Per avvalersi del servizio bisogna inviare una mail all'indirizzo psicologi@clinica.medicina@unina.it inserendo nell'oggetto "OPI" e indicando nel testo: nome, ospedale di appartenenza e recapiti telefonici. Entro 24 ore dall'invio della mail la persona verrà contattata telefonicamente.

Si ringrazia per la sensibilità dimostrata verso l'iniziativa il Direttore Generale AOU Federico II, Avvocato Anna Iervolino.



## Dentro la professione

# Gimbe: “Potenziare la sanità pubblica”

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, offre una lettura della gestione dell'emergenza Covid-19 in relazione alle potenzialità e alle criticità del Sistema sanitario nazionale: *“Il modello italiano presenta luci e ombre. Il successo delle misure di distanziamento sociale è evidente. Ma anche il fallimento della tutela degli operatori sanitari”*. E boccia le riaperture in Lombardia, Liguria e Piemonte

di ANTONIO DE LUCE

“**L**a politica deve decidere una volta per tutte se rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale o no. L'imponente definanziamento della sanità pubblica degli ultimi 10 anni e tutti gli strumenti di privatizzazione occulta (fondi sanitari integrativi, welfare aziendale, accreditamento opportunistico strutture private, etc) hanno lasciato cicatrici molto profonde”. E' questa la prima lezione che la sanità italiana deve imparare dall'emergenza Coronavirus. A sostenerlo è Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe, Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze che da anni studia e difende il sistema sanitario universale in un annuale Rapporto sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. Un rapporto solitamente ricco di dati e analisi, ma anche di pagelle e giudizi più o meno lusinghieri sul Ssn. Anche la gestione dell'epidemia non è sfuggita all'esame. Per il presidente di Gimbe, la gestione della pandemia in Italia ha messo ancora una volta in evidenza le criticità di un sistema sanitario nazionale frammentato in 20 sottosistemi differenti, così quante sono le regioni. *“Bisogna prendere atto che la collaborazione tra Governo e Regioni non funziona affatto e non può configurare la Repubblica a cui è affidata la tutela della nostra salute”*, dice Cartabellotta.

E mentre il governo sbandiera il «modello Italia» copiato in tutto il mondo, il giudizio di Cartabellotta è decisamente meno enfatico. *“Il modello Italia presenta luci e ombre da cui tutti devono imparare”*. L'errore generale, secondo quanto emerge dall'analisi Gimbe, è stato fatto nelle prime settimane: politiche e azioni attendiste inseguivano i numeri del giorno, senza tenere conto che erano il risultato di azioni, interventi e comportamenti attuati/non attuati 2-3 settimane prima. Durante questa fase iniziale hanno giocato a sfavore sia le preoccupazioni per l'economia del Paese, sia gli attriti Governo-Regioni. In altre parole, sono mancati coraggio e determinazione per chiudere tutto e subito. Mentre il successo delle misure di distanziamento sociale è sotto gli occhi di tutti: la crescita percentuale dei casi si è ridotta dal 14,9% del 19 marzo sino al 4,1% del 30 marzo. Negli ultimi giorni si è stabilizzata con modeste variazioni giornaliere, documentando una fase cosiddetta “altopiano”, piuttosto che un vero “picco”. Purtroppo, l'indicatore più funesto del fallimento sono i decessi: al 4 aprile quelli ufficiali sono 15.362, un numero verosimilmente sottostimato, oltre che influenzato dall'enorme sovraccarico degli ospedali e delle terapie intensive in Lombardia, dove il tasso grezzo di letalità è doppio (17,6%) rispetto a quello delle altre Regioni (8,9%). Ma il fallimento più clamoroso, secondo Cartabellotta, è stata l'incapacità a

proteggere adeguatamente professionisti e operatori sanitari: al 3 aprile i contagiati ufficiali erano 12.052, ed è un'ampia sottostima. Tale incapacità, si è incrociata con i ritardi nell'approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale. *“Più in generale – spiega il direttore di Gimbe – è mancata la tanto annunciata “catena unica di comando”: le Regioni sono andate, e vanno anche adesso sempre più in ordine sparso sugli aspetti relativi*

*alla organizzazione dell'assistenza. Dal numero di tamponi effettuati all'utilizzo di test sierologici non validati; dalle sperimentazioni selvagge di farmaci alle modalità di comunicazione dei guariti alla Protezione Civile. Un federalismo dell'emergenza che, a bocce ferme, dovrà essere oggetto di profonda riflessione politica”*.

Infine, Gimbe boccia senza se e senza ma la fine del lockdown in tutt'Italia, senza distinzioni. *“Lombardia, Liguria e Piemonte. non sono pronte alla riapertura del 3 giugno, perché si rilevano la percentuale più elevata di tamponi diagnostici positivi e il maggior incremento di nuovi casi, a fronte di una limitata attitudine all'esecuzione di tamponi diagnostici. L'incidenza per 100mila abitanti, quando la media nazionale è 32, in Lombardia il dato è infatti di 96, in Liguria di 76 e in Piemonte di 63”*. Così la fondazione Gimbe nel suo report di monitoraggio post-lockdown, un'analisi indipendente relativa alla fase 2 nelle varie Regioni utilizzando due indicatori parametrati alla popolazione residente: l'incidenza di nuovi casi e il numero di tamponi “diagnostici”, escludendo quelli eseguiti per confermare la guarigione virologica o per necessità di ripetere il test.



# Ospedali territorio &

## Ascalesi nel Polo Oncologico del Mediterraneo

Nasce il **Polo Oncologico Mediterraneo Pascale-Ascalesi-Crom** (Centro di Ricerche Oncologiche di Mercogliano). Riapre finalmente la struttura di **Forcella** e diventa la porta d'ingresso della rete oncologica campana. L'inaugurazione con dirigenti e operatori sanitari dell'Istituto dei tumori di Napoli a metà maggio.

Inserito 3 anni fa nella lista degli ospedali da dismettere, riapre così l'ospedale **Ascalesi** con la più ambiziosa delle prospettive: diventare la principale porta d'ingresso della rete oncologica campana. Dopo alcuni lavori di ristrutturazione, nello storico presidio che sorge nel cuore di Napoli, aprono tutti gli ambulatori oncologici dedicati a prime visite. Accorpato al Pascale, l'Ascalesi servirà a decongestionare la struttura collinare e soprattutto ad alleggerire le liste di attesa per interventi e visite, oltre ad evitare

la migrazione sanitaria. Hanno già preso il via, infatti, i primi appuntamenti ambulatoriali di tutte le patologie trattate al Pascale. Prime visite, dunque, per pazienti con tumori sospetti. Poi, la mission dell'ospedale diventerà sempre più importante, come parte integrante a tutti gli effetti del più grande polo oncologico del Mezzogiorno, facilmente raggiungibile per chi arriva a Napoli dalla provincia. Prendono il via subito, inoltre, gli ambulatori di telemedicina, come la fisioterapia, e i teleconsulti, percorsi psicologi, per ora da remoto, ma, appena superata la fase 2 della pandemia da coronavirus, la struttura di Psicologia ha già pronti i laboratori dell'Anima, vale a dire percorsi terapeutici dei pazienti oncologici, attraverso laboratori di pittura, scultura, musica, danza, teatro, fotografia, un modo insomma per promuovere il benessere in tutte le sue forme e in tutte le sue possibili integrazioni.



## Ospedali &amp; territorio

# Assistenza disabili e riabilitazione, si riparte

**I**mportante decisione della Regione Campania: a partire dal 14 aprile sono riprese le attività riabilitative e sociosanitarie territoriali relative ai servizi sanitari e sociosanitari semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari e le attività di specialistica ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale. Tutte le strutture erano state chiuse con i provvedimenti anti contagio da Covid-19. Nel decreto dirigenziale sono spiegate le finalità della decisione: È necessario, ripristinare gradualmente in maniera organica e strutturata, i percorsi assistenziali, di sostegno

e di cura a favore delle persone con bisogni sanitari e sociosanitari e, laddove se ne individua la necessità, bisogna intervenire, stabilendo un contatto sociale continuativo anche con le loro famiglie, nel rispetto delle misure governative e regionali in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

La ripresa dei servizi dovrà essere graduale, ma è fondamentale, nell'attesa che si ritorni alla normalità, che nessuna persona con disabilità e anziani non autosufficienti resti senza assistenza sociosanitaria e che nessuna famiglia resti sola. Destinatari dei servizi sono le persone con disabilità anche in età evolutiva, le persone anziane non autosufficienti, persone affette da demenza e le persone in condizioni di fragilità e di qualsiasi età, e loro famiglie in carico ai servizi ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione estensiva (cd. ex art, a quelli di riabilitazione specialistica di recupero e rieducazione funzionale, ai semiresidenziali riabilitativi e sociosanitari. Le priorità sono: fino alla completa riattivazione dei percorsi per tutti i pazienti, riapriranno quelli individuali urgenti e indifferibili e i progetti riabilitativi per soggetti inferiori a 6 anni. A seguire dovranno essere sottoposti a verifica tutti i progetti che non rientrano nelle tipologie sopradescritte, tenendo conto di eventuali disposizioni regionali. Saranno attivate procedure di triage sia per gli operatori che per gli assistiti.

Gli operatori devono essere forniti di mascherine chirurgiche e DPI appropriati. Poi, spiega la Regione: Va inoltre sempre effettuato l'approfondimento telefonico preventivo per individuare il livello di rischio, verificando la presenza di sintomi attuali o recenti (febbre, tosse, dispnea, anosmia, ageusia) nel soggetto e nei genitori e in altri conviventi, l'eventuale esposizione a soggetti positivi e il livello di isolamento mantenuto negli ultimi giorni/settimane. Gli accessi in struttura saranno cadenzati e riorganizzati; le strutture periodicamente sanificate e i trasporti dei disabili saranno riorganizzati in sicurezza. Stop all'accesso di genitori e parenti: in struttura potranno accedere esclusivamente assistiti e operatori. Gli accompagnatori non devono sostare in sala d'attesa o all'interno della struttura.



## CORONAVIRUS

## Cardiologie ferme durante il lockdown

Durante la prima fase della pandemia da Sars-Cov-2 è stata registrata un'allarmante riduzione dei pazienti che hanno richiesto cure mediche per infarto acuto del miocardio. In piena emergenza Covid-19, la Regione Campania ha mantenuto operativo tutto il sistema dedicato alle emergenze tempodipendenti come quelle legate alle patologie cardiache: in questo modo ha contribuito all'analisi del fenomeno attraverso uno studio che è stato pubblicato sulla rivista cardiologica *Circulation*.

Ciò che si è osservato è una diminuzione preoccupante del numero di pazienti che ha richiesto soccorso per infarto acuto del miocardio, non per una riduzione effettiva degli stessi, quanto probabilmente per la paura del contagio. Gli autori del lavoro hanno raccolto i dati relativi agli interventi di angioplastica coronarica eseguiti nelle 4 settimane dopo il primo caso confermato di infezione da SARS-Cov-2 in Campania (27 Febbraio) e li hanno confrontati con quelli eseguiti nelle 4 settimane antecedenti e con quelli effettuati durante lo stesso periodo nel 2019. Nei 20 centri di Cardiologia interventistica campani che hanno partecipato al lavoro sono state eseguite circa 1,800 angioplastiche dal 30 gennaio al 26 Marzo 2020. Dall'inizio della pandemia da Sars-Cov-2, si è osservata una riduzione delle procedure di più del 30% rispetto al periodo antecedente e allo stesso arco temporale dello scorso anno. Tale riduzione è stata uniforme attraverso la nostra regione ed è arrivata fino al 50% nelle sole prime due settimane di lockdown.

## CORONAVIRUS

*Alla Napoli 3 Sud i robot per la sanificazione degli ambienti*

I robot sono stati installati nei sei presidi ospedalieri aziendali (Boscotrecase, Castellammare di Stabia, Nola, Sorrento, Vico Equense, Torre del Greco) e consentono la sanificazione negli ambienti ospedalieri, anche in quelli più complessi come le terapie intensive e le camere di degenza, tramite la riduzione della carica batterica.

Questa tecnologia innovativa utilizza raggi UV-C pulsati generati da una lampada allo xeno che consente l'immediata disponibilità degli ambienti sanificati attraverso la distruzione di batteri, virus, funghi e spore. L'Asl Napoli 3 Sud, oltre alle altre misure organizzative prese nelle ultime settimane, si è dotata di sei sistemi robotici per la disinfezione degli ambienti ospedalieri. La gestione del virus Covid-19 all'interno delle Aziende Sanitarie sta mettendo in risalto quanto le strategie di risposta debbano essere veloci e sicure. La rapida diffusione del virus ha mostrato quanto le strutture sanitarie possano loro malgrado essere fonte di contagio significativa sia per la popolazione che per i sanitari. Per questi ultimi addirittura tanto da metterne a rischio la possibilità



d'impiego proprio in questa fase di urgenza. Anche per questo, sono diverse le esperienze che oggi vengono valorizzate e sperimentate, sia dal punto di vista organizzativo che gestionale, per il contrasto all'infezione da coronavirus. Veri e propri stress test anche da questo punto di vista, tali da riconfigurare le risposte di salute negli ospedali e che po-

trebbero poi diventare strutturali nel momento in cui la pandemia sarà passata. Le strutture ospedaliere sono tra i luoghi d'attenzione maggiore che le ASL e le Regioni stanno proteggendo. Le misure di contenimento messe in atto in tutta Italia (check point, pre triage, ingressi frazionati, utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, etc...) rappresentano una barriera all'urto infettivo del coronavirus. La tecnologia, oggi più che mai, si sta dimostrando un fondamentale supporto nella lotta alla pandemia in ambienti in cui il virus potrebbe proliferare.

L'utilizzo di strumentazione tecnologica di ultima generazione (dalle nuove tecniche per gli screening sierologici fino ad arrivare ai droni e all'intelligenza artificiale), è oggi condizione imprescindibile per garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori soprattutto in un momento difficile come quello attuale. Le organizzazioni sanitarie si stanno mobilitando per approntare misure preventive utili a contenere il contagio, in modo da garantire il più elevato standard di disinfezione degli ambienti ospedalieri.



## Ospedali &amp; territorio

## L'Ospedale Monaldi si attrezza per affrontare in sicurezza la fase 2

Al Monaldi i percorsi sono rigidamente codificati e due camper sulla destra dello scalone centrale accedendo dal viale principale serviranno per gli screening preventivi. Qui un paziente che deve essere sottoposto a un intervento chirurgico farà il tampone rapido (con risposta in un'ora) i prelievi per la sierologia e il dosaggio degli anticorpi e un elettrocardiogramma e radiografia al torace. Luoghi facilmente sanificabili che consentiranno di smistare il flusso dei

pazienti anche nell'ambito delle reti tempo dipendenti. I percorsi di accesso ai reparti sono stati tracciati tutti all'esterno dell'ospedale nei vari varchi di cui il Monaldi dispone. Una guardia giurata sarà a presidio di tutti gli ascensori con sanificazioni continue. Il vero nodo da sciogliere resta quello della codifica dei percorsi di accesso. Le prenotazioni per la maggior parte delle prestazioni diagnostiche di controllo per la riattivazione di malattie croniche sono quasi ovunque fissate a settembre o ottobre. Un'artrosi che non dà pace, interventi alla colecisti per i calcoli, un'ernia, cisti e colonscopie sono tutti interventi differibili che senza urgenza superano i 3 mesi di attesa. Per l'oncologia le corsie preferenziali sono



invece garantite in ospedale e nei distretti. Al Monaldi, nei Policlinici e al Pascale le attività diagnostiche e chirurgiche per i malati di tumore non si sono mai fermate ma non è andata così per i portatori di un pacemaker o per i cardiopatici, per i neuropatici e per decine di altre patologie acute e croniche che pagano ora un tributo.

**S**arà realizzata presso il Covid center del Loreto Nuovo l'area destinata ad accogliere i casi di pazienti sospetti per il Coronavirus. L'obiettivo è dare ossigeno e ordine al lavoro quotidiano del 118. La rete nei giorni scorsi ha fatto fatica ad orientarsi tra sanificazioni, affollamenti, mancanza di spazi adeguati tra un paziente e l'altro facendo fare la fila a molte ambulanze dirottate a destra e manca tra un pronto soccorso sospeso per sanificazione e un altro troppo affollato. La novità, dunque è che il Loreto metterà a disposizione un'area in cui isolare i malati in attesa di diagnosi. Qui si provvederà ad accertare il contagio per poi valutare, sia in caso positivo sia in caso negativo, dove smistare i pazienti in base alla patologia prevalente. In questo scenario sia il Cotugno sia il Covid Hospital dell'Ospedale del mare avranno la possibilità di effettuare interventi medici e chirurgici multispecialistici, anche oncologici, sui pazienti eventualmente riscontrati infetti. Per le emergenze lo scenario cambia: il paziente va trattato nell'immediatezza e a questa funzione è deputata la palazzina M del Cardarelli dove in caso di necessità si potranno effettuare angioplastiche, trattare un politrauma, impegnare la chirurgia di urgenza o la stroke unit.

## Al Covid Center del Loreto Nuovo i pazienti sospetti per coronavirus



## CORONAVIRUS

# Ad Avellino un container di decontaminazione per la vestizione degli operatori del 118

Iniziativa dell'Ao Moscati. Il container è sistemato nei pressi del Pronto Soccorso, per ridurre anche il rischio di contaminazione degli stessi spazi dedicati all'emergenza, si compone di tre ambienti con ingresso e uscita separati: una camera per togliere i dispositivi di protezione individuale (Dpi) e deporli in appositi contenitori per rifiuti speciali; un'altra per il lavaggio e una terza per la vestizione pulita. In arrivo anche una nuova Tac per le attività nella Palazzina Alpi. Il container di decontaminazione è stato noleggiato dall'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino per consentire un adeguato e sicuro svolgimento delle procedure di vestizione e svestizione degli operatori del 118 dell'Asl Avellino.

La struttura, spiega l'Ao in una nota, è stata sistemata nei pressi del Pronto Soccorso della Città Ospedaliera "per ridurre anche il rischio di contaminazione degli stessi spazi dedicati all'emergenza, si compone di tre ambienti con ingresso e uscita separati: una camera per togliere i dispositivi di protezione individuale (Dpi) e deporli in appositi contenitori per rifiuti speciali; un'altra per il lavaggio e una terza per la vestizione pulita". Nel frattempo proseguono i lavori di allestimento della Palazzina Alpi: è già stata consegnata una Tac di ultima generazione a servizio delle attività assistenziali che si svolgeranno all'interno della struttura.

"Dopo aver provveduto all'installazione e al collaudo del macchinario - spiega l'Ao -, come dagli impegni assunti dalla Direzione Generale e in linea con gli indirizzi della Regione Campania, nella Palazzina Alpi potranno essere ospitati i primi degenti affetti di Covid-19".



## Procreazione medicalmente assistita. La Regione Campania proroga l'accesso

La Giunta della Regione Campania ha deliberato il differimento di un anno dei termini previsti per l'accesso delle coppie alla procreazione medicalmente assistita. I termini di legge - spiega una nota - prevedono che le donne possano accedere fino al compimento del 46° anno di età. Con il differimento si estende la possibilità di accedere alla procreazione medicalmente assistita per tutte le donne che abbiano compiuto il 46°anno nell'intero anno 2020".



## Ospedali &amp; territorio

## CORONAVIRUS Parte la telemedicina per i diabetici



L'obiettivo è ridurre al minimo gli spostamenti di chi riceve assistenza per questa patologia nell'ambito delle misure di contenimento del contagio da Coronavirus. I pazienti potranno mettersi in contatto con i propri centri di riferimento o nel caso di nuovi pazienti a quelli più vicini al proprio domicilio, consultando l'elenco sui portali delle aziende sanitarie di appartenenza. Dopo aver prorogato di tre mesi i piani terapeutici, la Regione Campania avvia la sperimentazione della telemedicina per i pazienti diabetici. Inoltre è stata data disposizione alle Aziende sanitarie di costituire le Unità speciali di continuità assistenziale per assistere i pazienti Covid che non necessitano di ricovero e i casi sospetti. Queste strutture avranno un'organizzazione flessibile a seconda delle necessità epidemiologiche e sanitarie dei rispettivi territori, rappresentando un punto di raccordo con i medici di base sotto il coordinamento dei Dipartimenti di prevenzione collettiva.



## CORONAVIRUS Plasma iperimmune, ok del Comitato etico alla sperimentazione all'ospedale Cotugno

La sperimentazione si avvrà anche della collaborazione del centro trasfusionale dell'Ospedale Monaldi, diretto da Bruno Zuccarelli. A seguito della riunione del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Luigi Vanvitelli e dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, è stato dato il via libera alla sperimentazione, presso l'Ospedale Cotugno, per il trattamento delle polmoniti da Covid 19 con il plasma iperimmune. Lo ha annunciato **Maurizio di Mauro**, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi - Cotu-

gno - CTO). La sperimentazione sarà guidata da **Roberto Parrella**, direttore dell'Unità Operativa Complessa di Malattie infettive ad indirizzo respiratorio dell'ospedale Cotugno. **La prima fase coinvolgerà tutte le Unità operative complesse del dipartimento di Malattie infettive del Cotugno** e consisterà nel reclutamento dei donatori, ossia di soggetti guariti che presentino un'elevata carica anticorpale disposti a donare il plasma che, una volta trattato, sarà poi utilizzato per il trattamento dei pazienti.



**S**otto la lente del centro di ricerca di Boston i 20 pazienti nella provincia di Napoli trattati l'eculizumab, un anticorpo monoclonale prodotto con la tecnologia del DNA ricombinante e approvato per il trattamento della sindrome emolitica uremica atipica e dell'emoglobinuria parossistica notturna. Anche questo farmaco, come il tocilizumab sperimentato al Cotugno, contrasta la risposta infiammatoria polmonare determinata dal COVID19; nel caso dell'eculizumab, però, il farmaco non interviene nella parte finale del processo infiammatorio, ma a monte.

Le attività del COVID19 negli ospedali di Pozzuoli, Ischia, Frattamaggiore e Giugliano sono sotto la lente di un centro di ricerca di Boston. Nelle strutture sanitarie a Nord di Napoli si sta utilizzando su venti pazienti

## CORONAVIRUS Partnership Pozzuoli-Boston

un approccio terapeutico con un farmaco statunitense: l'eculizumab, un anticorpo monoclonale prodotto con la tecnologia del DNA ricombinante e approvato per il trattamento di malattie rare, la sindrome emolitica uremica atipica e l'emoglobinuria parossistica notturna. "Anche questo farmaco, come il tocilizumab sperimentato al Cotugno, contrasta la risposta infiammatoria polmonare determinata dal COVID19; nel caso dell'eculizumab, però, il farmaco non interviene nella parte finale del processo infiammatorio, ma a monte",

spiega la Asl Napoli 2 in una nota. L'approccio terapeutico sperimentato a Boston prevede che tale trattamento debba essere praticato solo a pazienti che non siano già intubati. Nell'ASL Napoli 2 Nord si sta utilizzando tale farmaco anche su pazienti intubati da non più di 24 ore. Il trattamento prevede la somministrazione di tre fiale a settimana per un massimo di quattro settimane. "Il costo di un trattamento completo è di 73200 euro. La casa farmaceutica sta sostenendo tale ricerca, assicurando gratuitamente la fornitura dei farmaci", riferisce l'Asl. Il lavoro dell'ASL Napoli 2 Nord anticipa analoghe ricerche che stanno partendo negli Stati Uniti, con lo stesso tipo di farmaco. I primi risultati di questo studio saranno pubblicati su riviste scientifiche internazionali.



## Ospedali &amp; territorio

# Centro Sclerosi Multipla Al Cardarelli diventa virtuale

**I**l Centro di Sclerosi Multipla del Cardarelli diventa virtuale. Una scelta imposta per rispondere all'emergenza Covid. Un'esperienza unica in Campania, nata per intuizione del referente del Centro di Sclerosi Multipla assieme al direttore dell'Unità Stroke e alla disponibilità del personale. Il Centro ha in carico circa 1.000 pazienti. Intorno alle ottocento consulenze effettuate sia con sistemi di Telemedicina, sia tramite messaggia istantanea e mail. E poi, 3 diversi servizi Skype per consulti neurologici, psicologici e infermieristici e 250 questionari sanitari per la Ricerca proattiva e precoce di possibili contagi.

Sono alcuni dei numeri che testimoniano l'attività Centro di Sclerosi Multipla del Cardarelli, a Napoli. Presso la struttura si utilizzano tutti i canali informatici a disposizione per ridurre le distanze con i pazienti, creando al contempo una barriera invalicabile per il virus.

Il Centro Virtuale è nato lo scorso 11 marzo, il giorno nel quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di pandemia. Presso il centro si usano correntemente mail informative, pagine facebook dedicate, WhatsApp e Skype. Tra le caratteristiche dell'ambulatorio virtuale anche l'analisi delle abilità informatiche dei pazienti. "Il nostro Centro di sclerosi multipla è un punto di riferimento a livello regionale - dice il dg del Cardarelli, **Giuseppe Longo**- e quest'esperienza sottolinea la nostra vocazione a un'assistenza che non si ferma mai, che si plasma sulle esigenze dei pazienti in considerazione del contesto. E' una risposta di eccellenza per garantire la sicurezza dei pazienti più fragili". **Il Progetto si candida a modello per l'intera regione Campania in vista della Fase 2** ed è stato anche il supporto e il Coordinamento della Direzione sanitaria guidata da **Giuseppe Russo**. "Riuscire a garantire le visite in condizioni di assoluta sicurezza è tra i nostri obiettivi primari - spiega il direttore sanitario -, i pazienti colpiti da Sclerosi Multipla sono soggetti a rischio a causa delle terapie, ma sono anche pazienti che hanno esigenza di un monitoraggio continuo".



## Infermiera aggredita al Cardarelli

Nuovo episodio di violenza contro un'infermiera all'Ospedale Cardarelli. Vittima di una brutale aggressione per aver invitato il familiare di una paziente a non filmare con il cellulare l'assistenza che stavano prestando alla madre. Vale la pena ricordare che per legge è severamente vietato filmare all'interno dei locali del pronto soccorso ed è maggiormente vietato filmare personale sanitario nell'esercizio delle sue funzioni, soprattutto dopo le ultime minacce al personale ospedaliero.

Un'infermiera fa presente, con modi garbati, alla persona il divieto di riprese audio/video, ma l'ignoranza e la violenza prendono il sopravvento. L'infermiere viene aggredito, verbalmente e fisicamente. E a nulla servono le tardive scuse. Sull'ennesimo episodio di aggressione è intervenuto il Presidente dell'Ordine degli infermieri **Ciro Carbone**. "Non ne possiamo più di minacce, aggressioni, violenze subite mentre si lavora e si cerca di salvare vite umane. E' una escalation senza fine. La legge che dovrebbe tutelare, almeno in parte, quantomeno mettere un freno a episodi deplorevoli è ancora in discussione alla Camera. Quanto ancora dobbiamo aspettare?"

# Giornata mondiale del donatore di sangue



*Il 14 giugno si celebra la Giornata Mondiale del Donatore di Sangue, istituita nel 2004 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in concomitanza con l'anniversario della nascita di Karl Landsteiner, scopritore dei gruppi sanguigni e cospiratore del fattore Rhesus.*

*Il Consiglio d'Europa da numerosi anni sostiene la Giornata mondiale del donatore di sangue, organizzata il 14 giugno di ogni anno per promuovere questa causa a livello mondiale.*

*Nel campo della trasfusione sanguigna, il Consiglio d'Europa difende tre principi fondamentali: il perseguimento dell'autosufficienza di sangue, la protezione della salute dei donatori e dei beneficiari e il divieto di commercializzazione delle sostanze di origine umana, sostenendo l'esigenza di donazioni volontarie e non retribuite.*

*Il Comitato europeo sulla trasfusione sanguigna (CD-P-TS) è l'organo incaricato di tali questioni e rappresenta 35 paesi europei e 9 Stati osservatori, nonché l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e la Commissione europea (Ue).*

*La Direzione europea per la qualità dei farmaci e cura della salute (DEQM) coordina l'insieme di queste attività a livello europeo. Pubblica in particolare a tal fine rapporti destinati a migliorare le pratiche, nonché indagini internazionali e raccomandazioni rivolte agli Stati membri, al fine di modificare e di fare evolvere le legislazioni nazionali.*





# GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

12 MAGGIO 2020



*Il 12 maggio 1820 è nata Florence Nightingale, fondatrice delle Scienze infermieristiche moderne. L'International Council of Nurses (l'Icn è una Federazione di più di 130 Associazioni nazionali infermieristiche, che rappresentano più di 13 milioni di infermieri nel mondo) ricorda questa data celebrando in tutto il mondo la Giornata internazionale dell'Infermiere.*

*Negli anni Sessanta in Italia a celebrare il 12 maggio sono la Consociazione (Caioss), le Associazioni infermieristiche e qualche Collegio provinciale. E' nel 1980 che la Federazione nazionale Ipasvi decide di sostenere in prima persona l'iniziativa, annunciandola sul "Notiziario". L'intento dichiarato dal gruppo dirigente è quello di richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica sui valori di cui è portatrice la professione infermieristica: "una professione che trova il suo significato più originale e autentico nel servizio all'uomo".*

*La scelta appare quanto mai opportuna e raccoglie ampi consensi, come dimostra il fitto calendario di iniziative promosse dai Collegi e dalle Associazioni, che ormai tradizionalmente si concentrano intorno a quella data anche nel nostro Paese.*

*A partire dal 1992 la Federazione nazionale Collegi Ipasvi sostiene la Giornata internazionale dell'Infermiere anche con la diffusione di manifesti che sottolineano l'impegno degli infermieri italiani sui temi della solidarietà e dell'alleanza con i pazienti e le loro famiglie.*