

NapoliSana Campania

ORGANO UFFICIALE ORDINE DEGLI INFERMIERI DI NAPOLI
Anno XXVII - n° 1 - Marzo 2021

IVSC
ursing
Inserto di ricerca infermieristica
pp. 37-90



Una donna Presidente

Teresa Rea succede a Ciro Carbone alla guida degli infermieri di Napoli

Giornata per la Vita

iniziative a sostegno
di progetti in favore della vita



DOMENICA

7

FEBBRAIO

*Prendi una primula,
fai sbocciare la vita!*

Presidente di tutti gli infermieri



“ L'Ordine delle Professioni infermieristiche di Napoli è il terzo in Italia per numero di iscritti. Anche se per alcuni aspetti possiamo considerarci senza tema di smentita i primi: siamo il primo e unico ordine provinciale in Italia a vantare una rivista scientifica internazionale indicizzata gestita da infermieri e siamo tra i pochi, se non gli unici, ad avere una sede prestigiosa e di nostra proprietà: uno spazio permanente dedicato a tutti noi. La casa degli infermieri. Il luogo della professione, unita, solidale, forte. Una professione che solo da qualche mese mi onoro di guidare.

Ho voluto ricordare prima di tutto a me stessa questi primati non per vanagloria. Ma perché è dal concetto di unicità, che intendo far partire questo mandato. Il mio primo impegno da presidente è proprio questo: rappresentare al meglio delle mie possibilità, forze e capacità tutti gli infermieri di Napoli, come una sola famiglia professionale, nessuno escluso. Per questo ringrazio di cuore quanti hanno creduto in me, hanno votato la squadra che rappresento e che mi consente ora il privilegio di guidare tanti bravi professionisti e di poter essere considerata la presidente di tutti voi. Ma ringrazio anche chi non ci ha sostenuto. Chi ha votato altri. Ad essi, a tutti, va il mio grazie per la partecipazione così calorosa, impegnata e corretta. In un momento, per altro molto difficile, dove ogni assembramento può rappresentare un pericolo per la nostra e per l'altrui salute, abbiamo potuto registrare una fortissima adesione al voto. Un dato che conferisce all'Ordine di Napoli un altro merito: tra i primi in Italia per numero di votanti. Segno inequivocabile di una professione matura, consapevole e con solidi principi di democrazia.

Prima di me, eravamo ancora un Collegio, due altre donne mi hanno preceduto alla guida dell'Ordine degli infermieri di Napoli. Le mai dimenticate Suor Odilia D'Avella e Michela Rizzello. Due donne, due esempi luminosi di etica, di moralità e di forte attaccamento alla professione. Mi piace qui ricordarle perché è lungo questo solco che in-

tendo muovere i miei primi passi. A noi donne, si sa, si concedono sempre poche opportunità per dimostrare la forza del nostro impegno e delle nostre capacità. Non ne faccio una guerra di genere. Tant'è che mi sento inorgogliata dal fatto di succedere alla guida dell'Opi Napoli al past Presidente **Ciro Carbone**, cui va il mio grazie più importante per quanto ha realizzato in questi anni, per avermi affiancata e supportata con preziosi suggerimenti, consigli ed esempi. In questo mandato cercherò di aggiungere alla forza dei principi etici e morali di chi mi ha preceduto, tutto ciò che serve per vincere le sfide professionali del tempo presente. Grazie anche all'instancabile e alto impegno della Presidente nazionale **Barbara Mangiacavalli**, la nostra professione ha raggiunto obiettivi importanti e impensabili solo pochi anni addietro.

Occorre lavorare su questi risultati per raggiungere altri traguardi e per trasferire nei nostri ospedali, sul territorio, nei luoghi di lavoro pubblici e privati quanto conquistato a livello nazionale. Per ottenere ciò bisogna promuovere quello che da tempo definisco come il benessere organizzativo della professione infermieristica. Vale a dire promuovere modelli assistenziali che valorizzino le nostre competenze negli ospedali e sul territorio. Dobbiamo dire tutti insieme: basta lavorare per compiti, basta con modelli medico-centrici. E' tempo che nelle nostre Università ci siano infermieri che insegnino le Scienze Infermieristiche, incardinati nelle Università, che aprano prospettive di carriera a futuri giovani ricercatori. E' tempo che si dia massimo sostegno alla ricerca infermieristica a tutti i livelli. Dall'altro occorrono dirigenti infermieristici che sostengano, che valorizzano le competenze dei colleghi e non, passatemi il termine, risistemazione di "vecchi capiservizio". E pieno riconoscimento al ruolo dei coordinatori. Sostenere la libera professione, insomma garantire la giusta valorizzazione di tutti gli Infermieri e Infermieri Pediatrici.

di Teresa Rea
editoriale



NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

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

Organo dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli

ANNO XXVII - N. 1 - marzo 2021

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

Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale

Teresa Rea

Direttore responsabile

Pino De Martino

Caporedattore Comitato Scientifico

Ph. D. Teresa Rea

Comitato Scientifico

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

Hanno collaborato a questo numero

Fabio Baldini, Lorenzo Bardone, Antonino Calabrò, Chiara Carrero, Walter De Luca, Dario De Martino, Nina De Martino, Loreana Fabiani, Anna Maria Gagliardi, Diana Giannarelli, Francesco Gravante, Federica Ilari, Roberto Latina, Andrea Lombardi, Maria Roberto Lupo, Lucia Mauro, Martina Messina, Lucia Mitello, Peppe Papa, Martina Ziello.

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

in questo numero



EDITORIALE di Teresa Rea

3



*Presidente di tutti
gli infermieri*

L'Ordine informa

6-7

**Una donna alla guida
degli infermieri di Napoli**

6

Politica Sanitaria**8-15****"Più tumori e leucemie nella Terra dei fuochi"****8****Veleni mortali, una storia infinita che viene da lontano****9****"La casa come principale luogo di cura"****10****Dopo 14 anni il CentroSud ancora indietro****11****Professioni sanitarie, una giornata per ricordare****12****In crescita la povertà sanitaria in Italia****14****Piano nazionale esiti, permane il divario Nord-Sud****15****Speciale Covid-19****16-17****Il Presidente De Luca: un patentino per gli immuni****16****Qui Napoli****18-20****Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza****18****Università Vanvitelli, tornano agli infermieri gli insegnamenti dovuti****20****In libreria****21****Ivano Domenico Felaco
In-quadro le parole****21****Aggiornamento professionale****22-25****"La chirurgia laparoscopica e la diagnostica"****22****Ospedali & territori****26-30****Infermiere musicista allietta la giornata vaccinale dedicata agli over 80****26****Sindaco Battipaglia si incatena davanti ospedale: "Mancano gli infermieri"****27****Radioterapia pediatrica a colori****27****"Il Pascale a casa tua", un'app per i pazienti stomatizzati****28****Ceinge-Biotecnologie: da virus Herpes farmaci contro cancro mammella****28****Al Pascale intervento con robot su vescica e prostata****29****Azienda dei Colli, De Girolamo direttore sanitario****29****CNR: dai gastruloidi una nuova frontiera per la ricerca****30****Ricercatori influenti nel mondo, 6 sono del Pascale****30****NSC - Supplemento di ricerca infermieristica****31-90****La soddisfazione lavorativa come indicatore di qualità per il dirigente delle professioni sanitarie: uno studio osservazionale****Covid-19 e studenti di infermieristica in prima linea: una riflessione****Il ruolo dell'infermiere nelle carceri: revisione della letteratura**

L'Ordine informa

Una donna alla guida de

Il gruppo "InfermieriOltre" vince le elezioni per il rinnovo delle cariche ed elegge Presidente Teresa Rea. Un
20 anni di presidenza, resta comunque nel gruppo dirigente. Commossa, la neo eletta ha rivolto per primo
danno ogni giorno per assicurare l'assistenza sanitaria in condizioni a volte al limite del possibile. A loro, a

di PINO DE

Teresa Rea, infermiera al Policlinico Federico II, con dottorato di ricerca in Economia e Management aziendale, è la nuova Presidente dell'Opi Napoli. Dopo 20 anni, **Ciro Carbone**, presidente uscente, lascia a una donna la leadership degli infermieri di Napoli. Una successione voluta, meditata, costruita nel tempo per dare continuità, ma anche modernizzazione e nuova linfa all'attività dell'Ordine degli infermieri di Napoli, terzo in Italia per numero d'iscritti. Con la proclamazione degli eletti e la formazione dell'intero gruppo dirigente si chiude anche l'ultimo atto della fase elettorale che ha registrato la netta vittoria del gruppo dirigente uscente riunito sotto la dicitura "InfermieriOltre".

Il passaggio di consegna – Con la cerimonia della campanella si è ufficializzato il passaggio di consegne dalle mani di **Ciro Carbone** a quelle di **Teresa Rea**. Un momento a tratti toccante. "Sono commossa, emozionata e onorata di rappresentare gli oltre 21mila infermieri e infermieri pedia-

*trici di Napoli", ha detto infatti subito dopo la neo presidente. "Guiderò professionisti seri, preparati e generosi, che tanto danno ogni giorno per assicurare l'assistenza sanitaria in condizioni a volte al limite del possibile. A loro, ai tanti colleghi scomparsi a causa della pandemia, va ora il mio pensiero di gratitudine e di riconoscenza". Dobbiamo sentirci tutti più responsabilizzati e consapevoli dell'onore e dell'onere che ci tocca da oggi in poi. Ringrazio chi ha creduto in me in questi anni, chi mi ha sostenuta e guidata. Ringrazio in primis **Ciro Carbone**, presidente uscente, per quanto ha dato in tutti questi anni alla professione e per i suoi preziosi insegnamenti. Ringrazio gli oltre 4100 colleghi che hanno partecipato con ordine e rispetto delle norme anticovid alle votazioni, dimostrando un forte attaccamento alla professione e un alto senso civico. Da oggi – ha detto infine la neo presidente – il mio impegno sarà rivolto soprattutto al pieno riconoscimento del lavoro infermieristico, delle nostre competenze negli ospedali e sul territorio. E poi molta attenzione ai giovani, alla ricerca e alla formazione. Con un orizzonte preciso: il cittadino al centro del sistema salute e dei nostri pensieri".*

Ecco come è composto il nuovo gruppo dirigente

L'organigramma appena formato resterà in carica per quattro anni. Nascono le Commissioni d'Albo.

Il Consiglio direttivo - **Teresa Rea** è stata eletta all'unanimità dal Consiglio



direttivo dell'Opi. A testimonianza di una successione come dicevamo annunciata e condivisa. Lo stesso Consiglio direttivo eletto nella recente tornata elettorale è composto in buona parte da consiglieri uscenti, ma con un certossino innesto di alcune new entry che confermano quella filosofia di rinnovamento nella continuità portata avanti in tutti questi anni da **Ciro Carbone**.

La vicepresidenza è andata a **Nello Lanzuise**; il segretario (confermato) è **Alessandro Olivieri**; il tesoriere è **Genaro Sanges**, anch'egli confermato nel ruolo. Completano la squadra **Gianclaudio Acunzo**, **Guido Amato**, **Gaetano Artiola**, **Margherita Ascione**, **Angela Capuano**, **Ciro Carbone**, **Ciro Chietti**, **Giovanni De Rosa**, **Vincenzo Faraone**, **Maria Naddei**, **Giovanni Sicignano**.

Le Commissioni d'Albo – Con La legge 11 gennaio del 2018, le professioni sanitarie si sono dotate di alcuni orga-



egli infermieri di Napoli

la successione costruita nel tempo. Il passaggio di consegne con **Ciro Carbone** che lascia la leadership dopo un pensiero ai colleghi scomparsi a causa del covid: *"Guiderò professionisti seri, preparati e generosi, che tanto ai tanti colleghi scomparsi a causa della pandemia, va ora il mio pensiero di gratitudine e di riconoscenza"*

MARTINO



nismi amministrativi prima assenti. A partire da queste elezioni, il mandato passa da tre a quattro anni. Ma cosa più importante è l'istituzione delle Commissioni d'Albo. A questi organismi eletti nella stessa tornata elettorale del consiglio direttivo e del Collegio dei revisori dei conti spettano le seguenti attribuzioni: proporre al Consiglio Direttivo l'iscrizione all'ordine del professionista; adottare e dare esecuzione ai provvedimenti disciplinari nei confronti di tutti gli iscritti all'albo e a tutte le altre disposizioni di Ordine disciplinare e sanzionatorio contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore; esercitare le funzioni gestionali comprese nell'ambito delle competenze proprie, come individuate dalla legge e dallo statuto; fornire il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione.

Infermiere –

La Commissione d'Albo degli infermieri dell'Opi Napoli è composta da nove componenti: **Francesco Ivone, Biagio Manna, Rosario**

Napolitano, (Segretario) Vincenzo Nota, Vincenzo Pasca, Alessandro Pizzo, Vincenzo Signoriello (Presidente), Marco Tesone (Vice Presidente), Luciano Trabasso. *"Ringrazio i componenti della commissione per aver riposto la loro fiducia in me", ha detto appena eletto Signoriello. "Sento la forte responsabilità di dare il massimo impegno per la Professione e per i miei compagni di viaggio in questa entusiasmante esperienza professionale. È un grande onore rappresentare la Commissione d'Albo Infermieri, per me e per i componenti tutti dell'organo dell'OPI di Napoli. Sono sicuro che insieme agli altri organi e al consiglio direttivo riusciremo a fare un ottimo lavoro di squadra, lo dobbiamo a tutti gli infermieri iscritti presso l'OPI di Napoli".*



Infermiere

Pediatrico – La Commissione d'Albo degli infermieri ediatrici dell'Opi Napoli è composta da sette componenti, tutte donne: Clelia Esposito, Diana Fenicia (Segretario), Mariagrazia Greco (Presiden-



te), Maria Grimaldi, Anna Maria Lo Sapia, Valentina Mastropaolo, Immacolata Trapani (Vice Presidente).

"Un sentito ringraziamento a tutti gli elettori ed elettrici che, numerosissimi, hanno esercitato il loro diritto al voto", ha detto la Presidente Greco poco dopo l'elezione. E Poi: "Un grazie per la fiducia a me riferita dai membri della Commissione di Infermieristica Pediatrica, un incarico di cui avverto tutta la responsabilità ma, al contempo, mi emoziona profondamente. Ancora un grazie per la fiducia espressa dalla Presidente OPI, dottoressa Teresa Rea, che ha accolto la mia nomina. Essere nominata Presidente e guidare i lavori della Commissione d'Albo di Infermieristica Pediatrica mi onora e sono certa che con l'aiuto di ciascun componente, sarà possibile risolvere problematiche e raggiungere obiettivi. Tanti sono i progetti per i quali sarà necessario lavorare, ma tutti hanno un unico filo conduttore... intraprendere strategie affinché venga riconosciuta "l'esclusiva abilità" del lavoro degli Infermieri Pediatrici. Valorizzare le competenze frutto di una formazione specifica, incomparabile garanzia, quando, il destinatario delle nostre cure è un neonato, un bambino o un adolescente".

Revisori dei Conti – La Commissione dei revisori dei Conti è al momento così formata: Gennaro Ascione (Revisore effettivo); Concetta Pane (Revisore effettivo), Luigi Trimarco (revisore supplente).

Politica Sanitaria

“Più tumori e leucemie nella Terra dei fuochi”

Il report Iss-Procura conferma la relazione tra malattie gravi e luoghi dove c'è smaltimento illecito di rifiuti. Più di un cittadino su tre (il 37% dei 354mila residenti nei comuni esaminati) vive a circa cento metri di distanza da uno di questi siti, sorgenti di emissione e di rilascio di composti chimici pericolosi per la salute.

di DARIO DE MARTINO

Terra dei fuochi non è un'invenzione giornalistica, né tantomeno un falso allarme lanciato dalla popolazione locale. Nei comuni compresi nell'area così denominata si muore e ci si ammala di più che altrove di gravissime patologie. E la causa scatenante sono gli sversamenti illegali di rifiuti tossici e dannosi per la salute.

IL RAPPORTO - Lo dice il report redatto congiuntamente dall'**Istituto Superiore di Sanità** e la **Procura di Napoli Nord**. *“Alcune gravissime patologie, come il tumore al seno, l'asma, varie forme di leucemie e le malformazioni congenite riscontrate tra la popolazione residente nella Terra dei Fuochi – dice la ricerca - sono legate allo smaltimento illegale dei rifiuti”*. Dunque la relazione causale ipotizzata da decenni tra i due fattori (sversamento illecito dei rifiuti tossici e incremento di gravi patologie, non è più solo una ipotesi. A illustrare il report sono stati congiuntamente il procuratore di Napoli Nord **Francesco Greco**, il presidente dell'Istituto Superiore di sanità **Silvio Brusaferrò** e il procuratore generale di Napoli **Luigi Riello**.

L'OBIETTIVO - La finalità della ricerca era di raccogliere e condividere dati relativi ai casi di mortalità, all'incidenza tumorale e all'ospedalizzazione per diverse patologie nei Comuni racchiusi nella così detta cinta di Terra dei Fuochi, ovvero in una zona che comprende 38 comuni a cavallo tra l'area a Nord di Napoli e Caserta, perimetro interessato maggiormente delle attività ambientali illecite. La mappa conta 2.767 siti di smaltimento illegale dei rifiuti su 426 km quadrati e su cui è competente la Procura di

Napoli Nord. Più di un cittadino su tre, nel dettaglio il 37% dei 354mila residenti nei 38 centri, vive ad almeno cento metri di distanza da uno di questi siti, sorgenti di emissione e di rilascio di composti chimici pericolosi per la salute. La mappa, inoltre, distingue i 38 comuni in quattro classi, con fattori di rischio crescenti. Solo Giugliano in Campania e Caivano sono di livello «4»; altri cinque, sempre del Napoletano (Cardito, Casoria, Melito di Napoli, Mugnano e Villaricca), sono di livello «3».



LE CONCLUSIONI - La mortalità e l'incidenza del tumore al seno, si dice nel report, è «significativamente maggiore tra le donne dei comuni inclusi nella terza e quarta fascia» come per «l'ospedalizzazione per asma» di per sé già alta rispetto al resto del territorio in tutti e 38 i comuni ma che cresce di molto nella terza e quarta fascia. Anche le malformazioni congenite, già numerose, sono maggiori nei comuni del livello «4», rispetto al primo. C'è poi il dato relativo all'incidenza delle leucemie e dei ricoverati per asma nella popolazione da 0 a 19 anni, che aumenta «significativamente passando dai Comuni della classe 1 a quelli della classe successiva, con il rischio maggiore nei comuni di classe quattro». Poche le soluzioni, molte già note ma mai attuate dalla politica: come il blocco degli sversamenti e le bonifiche e l'organizzazione di un percorso virtuoso di gestione del ciclo dei rifiuti. E poi la sorveglianza epidemiologica permanente delle po-



polazioni, con la conseguente implementazione dell'attività sanitaria di prevenzione e screening. Il presidente dell'Iss, Silvio Brusaferro ha proposto di «sviluppare un sistema di sorveglianza epidemiologica integrata con dati ambientali nell'intera Regione Campania e in particolare nelle province di Napoli e Caserta, così come nelle altre aree contaminate del nostro Paese, in modo da individuare appropriati interventi di sanità pubblica, a partire da azioni di bonifica ambientale». Secondo il procuratore di Napoli Nord Greco proprio le bonifiche «devono partire immediatamente», per contrastare «l'emergenza più importante per Caserta e Napoli dopo il Covid».

Ecco perché l'Istituto superiore di Sanità sottolinea come «i bambini e gli adolescenti debbano essere oggetto di tutela rispetto ai rischi ambientali per la salute, accertati o sospettati, sulla base di un approccio precauzionale».

Veleni mortali, una storia infinita che viene da lontano

Già nel luglio 2012 l'Istituto Pascale dichiarò che nella Terra dei fuochi «si sono avuti incrementi percentuali di mortalità per tumori». Ma questa storia infinita comincia in realtà una quarantina d'anni prima, quando parecchie grandi industrie del Nord, grazie alla camorra, sversano illegalmente di tutto in quella che poi sarebbe stata chiamata la 'Terra dei fuochi', a sud di Caserta e nord di Napoli, più o meno tre milioni di abitanti. E' tutto scritto nei decenni successivi dalle Relazioni della Commissione parlamentare sulle eco-mafie, dai Rapporti della Direzione nazionale antimafia e da quelli della Direzione investigativa antimafia. Poi lo denunceranno con manifestazioni, atti pubblici, interrogazioni a Governo, parlamento e Regione le tante e associazioni nate via via che queste notizie incrociavano i morti per tumori e leucemie.

Il primo colpo ufficiale però arriva grazie al lavoro di ricerca e di raffronto messo a punto dall'Istituto dei tumori di Napoli: «Negli ultimi vent'anni in provincia di Napoli si sono avuti incrementi percentuali del tasso di mortalità per tumori del 47% fra gli uomini e del 40% tra le donne, incrementi che sono stati rispettivamente del 28,4% e del 32,7% anche in provincia di Caserta». Nello stesso tempo, nel resto d'Italia «i tassi sono viceversa rimasti tendenzialmente stabili» e «al Nord sono addirittura diminuiti», come certifica lo studio sui Comuni campani dell'**Istituto nazionale per i tumori "Pascale"** di Napoli, realizzato per «verificare e valutare il fenomeno» attraverso le «schede di morte individuale con diagnosi di tumore». Ma sono in molti gli scettici e i negazionisti. Trascorrono gli anni poi di nuovo se ne torna a parlare. Solo nel 2016 l'Istituto superiore di Sanità fa una prima importante affermazione: «Nella Terra dei fuochi si muore di più anche per «l'esposizione a un insieme di inquinanti ambientali che possono essere emessi o rilasciati da siti di smaltimento illegale di rifiuti pericolosi e/o di combustione incontrollata di rifiuti sia pericolosi, sia solidi urbani», scrive l'Iss nel suo volume 'Mortalità, ospedalizzazione e incidenza tumorale nei Comuni della Terra dei fuochi in Campania. Un'attenzione particolare l'Iss la riversa sull'infanzia. A proposito della salute infantile – si legge nel documento dell'Istituto: «è emerso un quadro di criticità meritevole di attenzione». In particolare «si sono rilevati eccessi nel numero di bambini ricoverati nel primo anno di vita per tutti i tumori, e, in entrambe le province, eccessi di tumori del sistema nervoso centrale nel primo anno di vita e nella fascia di età 0-14 anni».

Politica Sanitaria

“La casa come principale luogo di cura”

Plauso della Fnopi al modello sanitario illustrato dal Premier Mario Draghi nel primo discorso al Senato: “Piena sintonia”. L'ex Bce punta a realizzare una task force per una campagna vaccinale intensiva. Poi sulla riforma sanitaria spiega: *“Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base e rendere realmente esigibili i Livelli essenziali di assistenza”*

di PEPPE PAPA

“L’uguaglianza, l’equità e la solidarietà sono da sempre le parole d’ordine della professione infermieristica che trova nel discorso al Senato del premier Mario Draghi profondi motivi di identificazione e soddisfazione”.

Così una nota della Federazione nazionale degli infermieri ha commentato quasi a caldo la linea espressa dal Premier Mario Draghi sul fronte della sanità. Prima di tutto – osserva la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche – nel momento in cui Draghi sottolinea la sofferenza non solo fisica a cui sono andati incontro e stanno subendo le persone nella pandemia. Poi – prosegue la Fnopi – nella necessità di intensificare la campagna vaccinale, iniziativa che da sempre gli infermieri chiedono con forza e per la quale si sono offerti e si offrono, nelle giuste condizioni, di fare da punta di diamante come sempre sono stati nei centri vaccinali e nella assistenza ai cittadini.



La campagna vaccinale – Ma cosa ha detto il Presidente del Consiglio nel suo discorso al Senato in tema di salute va centellinato, perché racchiude concetti molto importanti sui quali vale la pena soffermarsi. Sul fronte dei vaccini ad esempio pensa di mettere in campo un’autentica task force, capace di operare anche fuori dei tradizionali luoghi di cura: *«Abbiamo bisogno di mobilitare tutte le energie su cui possiamo contare, ricorrendo alla protezione civile, alle forze armate, ai tanti volontari. Non dobbiamo limitare le vaccinazioni all’interno di luoghi specifici, spesso ancora non pronti: abbiamo il dovere di renderle possibili in tutte le strutture disponibili, pubbliche e private. Facendo tesoro dell’esperienza fatta con i tamponi che, dopo un ritardo iniziale, sono stati permessi anche al di fuori della ristretta cerchia di ospedali autorizzati. E soprattutto imparando da Paesi che si sono mossi più rapidamente di noi disponendo subito di quantità di vaccini adeguate. La velocità è essenziale non solo per proteggere gli individui e le loro comunità sociali, ma ora anche per ridurre le possibilità che sorgano altre varianti del virus”.*

La sanità territoriale – Ma il Draghi pensiero sulla sanità non si limita alla campagna vaccinale. Entra nel merito e punta tutto sul territorio, sulle comunità. *“Sulla base dell’esperienza dei mesi scorsi – sostiene il Premier – dobbiamo aprire un confronto a tutto campo sulla riforma della nostra sanità. Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria). È questa la strada per rendere realmente esigibili i “Livelli*

essenziali di assistenza” e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La “casa come principale luogo di cura” è oggi possibile con la telemedicina, con l’assistenza domiciliare integrata”.

La Fnopi plaude - Sulle linee indicate dal premier per riformare e implementare la sanità (anche grazie al Recovery Plan) la FNOPI si identifica in pieno nelle parole di Draghi. Esse – dicono da via Giulio Cesare – corrispondono anche alle richieste avanzate dalla Federazione nella lettera scritta al premier all’indomani della sua nomina: il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale. *“Sono, per la maggior parte, luoghi dove gli infermieri esplicano in pieno la loro attività e su questo – dicono alla Fnopi – siamo in sintonia con il principio della ‘casa come principale luogo di cura’ (come ha ribadito e confermato il ministro della Salute Speranza) anche grazie a telemedicina e ADI e, aggiungiamo, con il supporto essenziale dell’infermiere di famiglia e comunità. Ha ragione Mario Draghi: vanno resi realmente esigibili i Livelli essenziali di assistenza”*, sottolineano ancora gli infermieri che ringraziano Draghi *“per avere sottolineato che da quando è esplosa la pandemia gli operatori sanitari hanno dimostrato un enorme sacrificio sostenuto con generosità e impegno, messi a dura prova e dovendo sottrarre, complice la decennale carenza, personale e risorse alla prevenzione e alla cura di altre patologie, con conseguenze pesanti sulla salute di tanti italiani. Ne sia certo Mario Draghi: per una nuova sanità che abbia gli obiettivi descritti nel suo intervento al Senato, gli infermieri sono con lui”.*

Ospedali di Comunità e Case della Salute

Dopo 14 anni il CentroSud ancora indietro



Si fa tanto parlare anche in vista del Recovery Plan del potenziamento dell'assistenza territoriale messa in crisi dalla pandemia da Covid anche rispetto alla creazione delle cosiddette Case di Comunità, che poi in realtà sono un modello che ricalca quello delle Case della Salute istituite nel 2007. Ebbene a 14 anni dalla Legge ci sono ben 8 Regioni (oltre il 30%) che non ne hanno istituita nemmeno una. Situazione peggiore per quanto riguarda gli Ospedali di comunità che erano stati previsti nel Patto per la Salute 2014-2016 ma per cui solo l'anno scorso sono stati definiti gli standard. Ebbene in 11 regioni (oltre il 50%) non ce n'è nemmeno uno. A rivelarlo un dossier del Servizio studi della Camera che ha fatto una mappatura della situazione nelle 21 regioni. Va peggio con gli ospedali di Comunità: in metà delle Regioni non ce n'è nemmeno uno. Le Regioni con più strutture sono Veneto, Emilia Romagna e Toscana. Male le autonomie e le Regioni del centro sud.

Ospedali di Comunità - Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. E' una struttura in grado di garantire le cure intermedie, ovvero le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico. In Italia vi sono 163

ospedali di comunità per un totale di 3.163 posti letto. La Regione che ne ha di più è il Veneto (69). A seguire c'è l'Emilia Romagna (26), la Lombardia (20), la Toscana (20), le Marche (14), l'Abruzzo (5), il Piemonte (5), il Molise (2), Liguria (1) e Campania (1). In Valle d'Aosta, Pa Bolzano, Pa Trento, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna non ci sono presidi di questo tipo.

Case della Salute - Le Case della salute sono strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET). In Italia ne sono state istituite 493. La Regione che ne ha di più è l'Emilia Romagna che ne conta 124, a seguire il Veneto con 77, la Toscana con 76 e il Piemonte con 71. A seguire troviamo la Sicilia che ne ha 55, il Lazio 22, le Marche 21, la Sardegna 15, la Calabria 13, l'Umbria 8, il Molise 6, la Liguria 4 e la Basilicata una. In Valle d'Aosta, Pa Bolzano, Pa Trento, Lombardia, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Campania non ci sono presidi.

Politica Sanitaria

Anche nei presidi sanitari napoletani, spesso in maniera spontanea, senza enfasi è stato accolto con particolare partecipazione l'invito lanciato dalla Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri di osservare un minuto di silenzio in memoria dei tanti professionisti caduti sul campo nella lotta al covid-19. Un minuto di raccoglimento voluto anche per celebrare il 20 febbraio 2021 come la prima edizione della Giornata nazionale dedicata al personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato introdotta dalla legge 155/2020. Un evento per non dimenticare i martiri del covid, ma anche per ribadire che gli infermieri ci sono e non faranno mai venire meno il loro contributo, la loro competenza, la loro capacità di relazione, la loro disciplina e la loro disponibilità agli assistiti e al Servizio sanitario.

Il Capo dello Stato – Numerosi sono stati gli attestati di merito e di riconoscenza verso le professioni sanitarie da parte delle autorità. Primo fra tutti Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella. *“Fin dall’inizio della diffusione del virus, il personale sanitario si è dimostrato all’altezza di una minaccia di così vasta portata, impegnandosi al meglio, con tutti gli strumenti a disposizione, al fine di evitare che l’epidemia precipitasse in una catastrofe irreversibile. È stato un impegno contrassegnato da difficoltà e sofferenze: moltissimi operatori hanno contratto il virus e tante sono le vittime che abbiamo dovuto piangere tra medici e infermieri. Soprattutto a loro va dedicata questa Giornata. La prima Giornata Nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato – ha detto ancora Mattarella – costituisce una importante occasione per rinnovare la più profonda riconoscenza del Paese verso tutti coloro che con professionalità e abnegazione si sono trovati, e tuttora si trovano, in prima linea nel fronteggiare l’emergenza pandemica che, a distanza di poco più di un anno dalla sua comparsa, ancora ci affligge. Il nostro sistema sanitario nazionale - ha aggiunto il Presidente - pur tra le tante difficoltà, sta fronteggiando una prova senza precedenti e si dimostra più che mai un patrimonio da preservare e su cui investire, a tutela dell’intera collettività. Per queste ragioni - ha detto infine - rivolgo, a nome di tutti gli Italiani, un saluto riconoscente a tutto il personale sanitario ed esprimo*

Professioni sanitarie, una giornata per ricordare

Istituita con la legge 155 del 2020, si è celebrata lo scorso 20 febbraio la prima Giornata nazionale dedicata al personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato. Anche gli infermieri di Napoli hanno aderito all'invito della Federazione Nazionale degli Ordini delle professioni sanitarie ad osservare un minuto di silenzio in onore dei colleghi caduti sul campo nella lotta contro il covid-19. Numerosi gli attestati di merito, di riconoscenza e di solidarietà”

di **PEPPE PAPA**

commossa vicinanza ai familiari dei caduti per la salvaguardia della salute di tutti noi”.

Il Ministro Speranza - Sulla stessa linea il **ministro della Salute, Roberto Speranza**, che dopo aver sottolineato che l'emergenza non è finita e c'è bisogno ancora dell'aiuto e della collaborazione di tutti, ha dichiarato: *“A nome del Governo voglio dire grazie a chi ha fatto fino in fondo la propria parte, a chi ha combattuto tra mille difficoltà, a chi non ha fatto mancare mai il massimo impegno per fronteggiare questo virus, in una sfida che oggi ci vede più forti di prima”.* A un anno di distanza dall'inizio della pandemia quando sono ritornato, qualche giorno fa nella sede della protezione civile, ho visto che la situazione è molto cambiata: abbiamo vaccini e cure ma la battaglia non è finita, non dobbiamo pensare di aver vinto”, ha ammonito Speranza. *“Oggi possiamo guardare con fiducia al futuro – ha aggiunto – per cui il messaggio finale che voglio dare è che il Paese deve unirsi, seguendo il monito del Presidente della Repubblica che anche oggi ci ha rivolto. Il servizio sanitario nazionale è l’affermazione del diritto alla salute, è la prima mattonella per costruire il futuro del Paese”.*

Il Santo Padre - Anche **Papa Francesco** è intervenuto in questa giornata: *“In occasione della cerimonia in memoria dei medici, infermieri e personale sanitario deceduti a causa della pandemia, desidero rivolgere loro un pensiero speciale, ricordando lo svolgimento generoso, e a tratti eroico, della loro professione vissuta come una missione. L'esempio di tanti nostri fratelli e sorelle, che hanno messo a repentaglio la propria vita fino a perderla, suscita in tutti noi viva gratitudine ed è motivo di riflessione. Di fronte a tanta oblatività – ha aggiunto il Santo Padre – l'intera società è stimolata a testimoniare sempre più l'amore al prossimo e la cura degli altri, specialmente i più deboli. La dedizione di quanti, anche in questi giorni, sono impegnati negli ospedali e nelle strutture sanitarie è un vaccino contro l'individualismo e l'egocentrismo e dimostra il desiderio più autentico che abita nel cuore dell'uomo: farsi accanto a coloro che hanno più bisogno e spendersi per loro. Mi unisco spiritualmente a quanti sono riuniti al significativo evento commemorativo ed invio il mio benedicente saluto”.*



Un minuto di silenzio a inizio turno per onorare i colleghi deceduti

20 FEBBRAIO 2021

Politica Sanitaria

Più di un milione e mezzo (1,6) di famiglie hanno rinunciato a curarsi per motivi economici, dichiarando di non avere i soldi, in alcuni periodi dell'anno, per poter affrontare le spese sanitarie necessarie per curarsi, con un incremento dell'area del disagio pari al 2,3% rispetto all'anno precedente. Ben 36 mila nuclei familiari in più. Un dato preoccupante che deve allarmare il Governo, perché insieme allo squilibrio tra Nord e Sud mette in seria discussione lo stesso diritto alla salute per tutti gli Italiani. L'Indice di performance sanitaria realizzato, per il quarto anno consecutivo, dall'Istituto Demoskopika è costruito sulla base di otto indicatori: soddisfazione sui servizi sanitari, mobilità attiva, mobilità passiva, risultato d'esercizio, disagio economico delle famiglie, spese legali per liti da contenzioso e da sentenze sfavorevoli, democrazia sanitaria e speranza di vita.

Divario Nord-Sud – Secondo la classifica "Ips 2020" Emilia-Romagna, Trentino Alto Adige e Veneto sono sul podio. In coda Campania, Calabria e Sicilia. Anche per questa quarta edizione dell'indice, la contesa sulle posizioni migliori quali sistemi sanitari più "sani" d'Italia si gioca interamente nell'area del centro-nord: quattro appannaggio delle realtà regionali del Nord e le rimanenti due al Centro. Seguono, tra i migliori sistemi sanitari locali, Umbria, Lombardia e Marche.

Si infittisce, rispetto all'edizione scorsa dell'indice, il cluster delle regioni sanitarie cosiddette "influenzate": Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Sardegna, Abruzzo e Basilicata. Sono tutte del Sud, infine, le rimanenti regioni che contraddistinguono l'area dell'inefficienza sanitaria, dei sistemi etichettati come "malati" nella classifica di Demoskopika: Puglia, Molise, Sicilia, Calabria e, in coda, il sistema sanitario della Campania.

Disagio economico - Colpisce oltre 1,6 milioni di famiglie italiane. Record in Calabria e Sicilia. Nel 2019 oltre 1,6 milioni di famiglie italiane hanno dichiarato di non avere i soldi, in alcuni periodi dell'anno, per poter affrontare le spese necessarie per curarsi con un incremento dell'area del disagio pari al 2,3% rispetto all'anno precedente. Oltre 36 mila nuclei familiari in più rispetto al 2018. A consolidare le prime posizioni del ranking di Demoskopika tutte le realtà del Mezzogiorno con oltre 923 mila famiglie in condizioni di disagio a causa della mancata disponibilità economica per fronteggiare la cura di malattie, pari al 56,9% del valore complessivo italiano. Sono, infatti, soprattutto le famiglie in Sicilia (oltre 271 mila nuclei familiari) a denunciare il fenomeno. Seguono la Calabria con 98 mila famiglie, la Puglia e la Campania, rispettivamente con 182 mila e 245 mila nuclei familiari. Capovolgendo la classifica, sono Emilia-Romagna (1,9%), Trentino-Alto Adige (2,2%) e Friuli-Venezia Giulia (2,4%) a meritare il ranking migliore in questa graduatoria parziale dell'Indice di Performance Sanitaria di Demoskopika.

Soddisfazione - I sistemi più apprezzati dall'utenza sono quelli del Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia. Migliora, seppur non in modo rilevante, il livello di soddisfazione degli italiani in relazione all'erogazione dell'offerta sanitaria ospedaliera complessiva. Poco più di un terzo degli italiani (33,7%), infatti, dichiara di essere soddisfatto dei servizi sanitari legati ai vari aspetti del ricovero: assistenza medica (40,8%), assistenza infermieristica (41,0%), vitto (23,1%) e servizi igienici (30,6%). Un andamento in aumento del 2,2% rispetto all'anno precedente. L'indicatore, rilevato dall'Istat nel 2019, conferma un divario più che significativo tra le diverse realtà regionali. Si va, infatti, dal 55,5% della soddisfazione media rilevata per il Trentino-Alto Adige al 12,8% di quella espressa

In crescita la povertà

Un'analisi di Demoskopika sostiene che è in sensibile crescita il numero delle famiglie che non hanno i soldi per curarsi. Secondo la classifica "Ips 2020" (Indice performance sanitaria) che valuta le prestazioni dei sistemi sanitari regionali, la Campania è ultima: con gravi insufficienze su 10 indicatori "influenzate" e cinque, "malate". La Campania è ultima: con gravi insufficienze su 10 indicatori "influenzate" e cinque, "malate".

di DARIO DI

per la Sicilia. Al di sotto della media nazionale della soddisfazione espressa dai cittadini sull'erogazione dell'offerta sanitaria, legata ai differenti aspetti del ricovero osservati, si posizionano i rimanenti sistemi regionali: Lazio, Basilicata, Puglia, Molise, Calabria, Campania e, infine, Sicilia.

Speranza di vita – Con una speranza di vita media pari a 84,1 anni, sono il Trentino Alto Adige e l'Umbria le regioni più longeve d'Italia. Lo studio di Demoskopika utilizza la speranza di vita, data dal numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita, quale indicatore per misurare l'efficacia dei sistemi sanitari regionali: più alta è la speranza di vita in una regione, maggiore è il contributo al miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini prodotto anche dall'erogazione dei servizi sanitari in quel determinato territorio. Seguono Marche, Veneto, Lombardia e Toscana, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia. Quattro le realtà regionali, infine, ad essere caratterizzate da una vita media più bassa: Campania, che con una speranza di vita pari a 81,7 anni produce la performance peggiore. Seguono Sicilia, Calabria e Basilicata.

Mobilità sanitaria - Sono stati ben 314 mila, in un solo anno, i "viaggi della speranza" dal Sud che hanno generato bilanci in rosso per oltre 1,2 miliardi di euro. In valori assoluti, sono principalmente cinque le regioni che attraggono il maggior numero di pazienti non residenti (mobilità attiva): Lombardia (165 mila ricoveri extraregionali), Emilia-Romagna (109 mila ricoveri extraregionali), Lazio (79 mila ricoveri extraregionali), Toscana (64 mila ricoveri extraregionali) e Veneto (59 mila ricoveri extraregionali). Sul versante opposto, mobilità passiva, si contano ben 314 mila "viaggi della speranza" dal Sud. I meridionali confermano la loro diffidenza a curarsi nelle loro realtà regionali. In particolare, con un indice medio di "fuga", pari al 10,9%, lievemente in aumento rispetto all'anno precedente, che misura, in una determinata regione, la percentuale dei residenti ricoverati presso strutture sanitarie di altre regioni sul totale dei ricoveri sia intra che extra regionali, il Sud si colloca in fondo per attrattività sanitaria dopo le realtà regionali del Centro. Ciò significa che, nei 12 mesi del 2018, la migrazione sanitaria dalle realtà regionali del meridione può essere quantificabile in ben 314 mila ricoveri. Come per la mobilità attiva, anche per la mobilità passiva, lo studio di Demoskopika ha generato una classifica parziale che vede collocate, nelle "posizioni estreme", il Molise (73,6 punti) in cima per "diffidenza" con un indice di mobilità passiva pari al 28,4%; sul

"Campania malata, cresce povertà sanitaria"

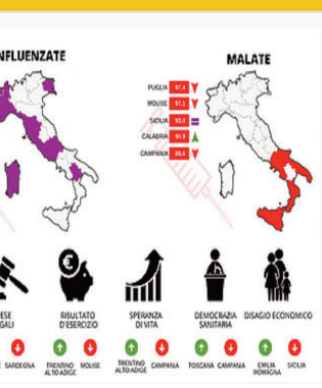


ità sanitaria in Italia

famiglie che rinuncia a curarsi per grave disagio economico: più 2,3% nel 2019. Le prestazioni e lo stato di salute dei sistemi sanitari ci sono sei regioni "sane", nove su una parte degli indicatori e una speranza di vita pari a 81,7 la più bassa d'Italia.

E MARTINO

Sanitaria in Italia



versante opposto, i più “fedeli” al loro sistema sanitario si confermano i lombardi.

La Lombardia, infatti, con appena il 4,8%, registra il rapporto minore di ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri). Un quadro del “turismo sanitario” che alimenta crediti per alcuni sistemi sanitari penalizzando, in termini di debiti maturati, tutto il meridione ad eccezione del Molise. E, analizzando la situazione nel dettaglio, si parte dalla Lombardia, quale sistema più virtuoso che ha attratto, secondo gli ultimi dati disponibili, circa 165 mila ricoveri generando un credito al netto dei debiti, stando al dato relativo all’acconto di riparto per il 2020, pari a 698 milioni di euro per finire alla Campania, quale sistema più penalizzato,

che a fronte di oltre 78 mila ricoveri fuori regione, ha maturato un debito pari a quasi 320 milioni di euro.

Sanità litigiosa – Le spese legali ci costano ben 560 mila euro al giorno. Nel solo 2019, le spese legali per liti, da contenzioso e da sentenze sfavorevoli, sostenute dal comparto sanitario italiano ammontano a ben 203,5 milioni di euro, circa 560 mila euro al giorno, con un incremento del 6,9% rispetto all'anno precedente. Sono le strutture sanitarie meridionali ad essere più litigiose concentrando ben il 62,9% delle spese legali complessive, pari a 128,1 milioni di euro, seguite da quelle del Centro con 45,7 milioni di euro (22,5%) e del Nord con una spesa generata per 29,7 milioni di euro (14,6%).

Risultato d'esercizio - E' allarme rosso per 8 sistemi sanitari regionali. Sono 12 su 20, i sistemi sanitari regionali capaci di ottimizzare le risorse finanziarie disponibili per garantire l'efficienza del comparto. Spostando l'analisi a livello territoriale, si palesa maggiormente lo squilibrio economico strutturale in alcuni contesti regionali, nonostante lo strumento del piano di rientro. E così, nel 2019 il risultato d'esercizio desumibile dal conto economico degli enti sanitari locali premia prioritariamente il Trentino- Alto Adige e il Lazio, mentre relega nelle posizioni "meno virtuose" il Molise e la Calabria.

Governo della salute - Mantenere il management delle aziende ospedaliere, delle aziende sanitarie e delle strutture sanitarie, più in generale, è costato oltre 352 milioni di euro nel 2019 con una contrazione pari allo 1%, rispetto all'anno precedente (356 milioni di euro). A livello locale, a emettere più mandati di pagamento, in termini pro-capite, per indennità, rimborsi, ritenute erariali e contributi previdenziali per gli organi istituzionali sono state le strutture sanitarie della Campania con 18,0 euro di spesa pro-capite pari a complessivi 103,9 milioni di euro. Seguono le "democrazie sanitarie" della Valle d'Aosta con 9,2 euro di spesa pro-capite (1,1 milioni di euro) e della

Basilicata con 7,5 euro di spesa pro-capite (4,2 milioni di euro). Sul versante opposto, a spiccare per maggiore “parsimonia” nell’impiego di risorse finanziarie per la gestione del management sanitario, si posizionano quattro sistemi regionali: Toscana con 1,4 euro di spesa pro-capite (5,4 milioni di euro), Marche con 1,6 euro di spesa pro-capite (2,4 milioni di euro), Calabria con 1,7 euro di spesa pro-capite (3,3 milioni di euro) e, infine, Molise con 1,8 euro di spesa pro-capite (556 mila di euro).

Per il presidente di Demoskopika, Raffaele Rìo Regioni e Governo devono approfittare delle ingenti risorse finanziarie del dispositivo Next Generation Eu della maggiore flessibilità della programmazione 2021-2027 per ridurre il disequilibrio dell'offerta sanitaria italiana. *«È del tutto evidente – sostiene il presidente Raffaele Rìo – la conferma di una persistente disparità tra l'offerta sanitaria presente al Nord rispetto a quella erogata nel Mezzogiorno. Un divario che va colmato consapevolmente per non compromettere irrimediabilmente il diritto alla libertà di scelta del luogo in cui curarsi. In questa direzione, – continua Raffaele Rìo – è bene che Regioni e Governo sappiano sfruttare al meglio i quasi 20 miliardi di euro presenti nel dispositivo Next Generation Eu. Inoltre, non va trascurato, che le istituzioni comunitarie hanno previsto ampi margini di flessibilità permettendo di riorientare le risorse programmate per il settennato 2021-2027 verso nuovi interventi ritenuti necessari, tra cui, per l'appunto, la sanità».*

Piano nazionale esiti

Permane il divario Nord-Sud

*Nel suo complesso il piano nazionale esiti rispecchia un sistema sanitario in progressivo miglioramento sul piano degli standard di qualità raggiunti dai servizi e con trend positivi nella maggior parte delle aree assistenziali. Nel 2019 il Ssn, continua a “mantenere il ritmo” nonostante i tagli degli anni precedenti e il personale contingentato. Mostra infatti performance di tutto rispetto per infarti e per le fratture di femore operate entro le 48 ore nei pazienti over 65. In quest’area clinica sette strutture su dieci hanno raggiunto gli standard previsti e il gap tra le Regioni si è accorciato grazie a un progressivo recupero soprattutto nelle regioni del Sud. Certo, non va proprio tutto bene: nella sua corsa, spesso, inciampa. Il divario Nord-Sud è ancora presente e soprattutto emergono gap all’interno di una stessa Regione tra le strutture. Rimane poi una preoccupante frammentazione, soprattutto sul fronte di quelle performance per le quali esiste una documentata relazione tra volumi di attività ed esiti di salute. “Nel corso di questi anni Agenas - dichiara il Presidente **Enrico Coscioni** - attraverso il Pnse si è concentrata nella valutazione comparativa tra soggetti erogatori, quali aziende sanitarie - ospedali pubblici e privati accreditati - oltre che tra gruppi di popolazione, osservando un costante miglioramento delle strutture le cui aree cliniche si collocano in molti casi a livelli di qualità alti o molto alti. Si tratta di importanti risultati che ci stimolano a proseguire nella direzione di un ampliamento delle attività oggetto di indagine senza, ovviamente, mai dimenticare l’importanza nella qualità dei dati come dimostrano gli oltre 3mila audit condotti”.*

Speciale Covid-19



In Campania arriva il patentino per chi si è vaccinato contro il coronavirus. Lo ha annunciato il governatore Vincenzo De Luca: «Abbiamo già distribuito centomila card di avvenuta vaccinazione, stamperemo altre quattro milioni di card. Credo possa essere una cosa importante dare una garanzia, dimostrare che abbiamo zone, comuni, operatori turistici che possono garantire sicurezza. È una carta in più». Partecipando in diretta streaming agli Stati generali del Turismo, De Luca si è rivolto al ministro leghista Massimo Garavaglia, dicendo di avere «uno stato d'animo di fiducia» nei confronti del nuovo governo Conte. «Certo poi bisogna vedere i fatti», ha aggiunto. La

Il Presidente De Luca

Al vaglio della Regione una card di avvenuta vaccinazione e p

Campania ha vaccinato gli ultraottantenni con le dosi Pfizer e il personale scolastico con AstraZeneca. La Regione Campania — ha continuato, elencando gli interventi di sostegno al settore — ha investito 30 milioni di euro per l'integrazione del reddito ai lavoratori stagionali del turismo per 4 mesi. Ma la sfida è soprattutto sui fondi. «Bisogna decidere — ha incalzato De Luca — quanto siano le risorse del Recovery plan per il Mezzogiorno. Credo che avremo molto da discutere. Il Governo precedente parlava del 34%, è una provocazione. Ci auguriamo che la percentuale di risorse sia coerente con quanto prevede il Recovery plan, che ha tra gli obiettivi il riequilibrio territoriale e sociale. Mi piacerebbe che l'Italia avesse il coraggio della Germania quando è caduto il muro di Berlino, puntando sullo stesso programma gigantesco di investimenti che ha risollevato la Germania orientale. Se non decolla il Sud, il sistema Italia conterà sempre meno». Garavaglia ha promesso una forte collaborazione con le Regioni e ha annunciato un «tavolo permanente» grazie al quale «si supererà la frammentazione».

Il sindaco di Sorrento ha riferito che prima del Covid «arrivavano oltre 3 milioni di presenze all'anno» ed ha proposto «un modello di tracciamento che preveda tamponi in entrata e in



uscita per i turisti» in modo da dotare Sorrento delle opportune garanzie di sicurezza. Non è mancata la critica a distanza di Mario Colonna, imprenditore alberghiero e referente per la sezione Turismo di Aicast: «Gli Stati Generali — ha accusato — non sono stati preceduti da un confronto reale con gli imprenditori e si sono trasformati in una passerella politica. Al settore occorrono risposte concrete, immediate, non c'è più tempo, si rischia di buttare al vento un'altra estate».

Produzione fai da te - «Se andiamo avanti con questi ritmi ci mettiamo anni per completare la campagna vaccinale, per questo stiamo lavorando in due direzioni». Così il Presidente



a: un patentino per gli immuni

per la produzione del vaccino in Campania. Via libera dal Consiglio regionale allo Sputnik V

di NINA DE MARTINO



che richiederà non meno 4 mesi dal momento della stipula dell'accordo, ma stiamo lavorando in questa direzione. Siamo pronti a investire - conclude De Luca - alcune decine di milioni di euro in modo da avere la possibilità di produrre noi i vaccini».

Ok allo Sputnik V - Il Consiglio regionale della Campania ha approvato all'unanimità la mozione per adottare il vaccino russo anti covid Sputnik V. Vincenzo De Luca ha già annunciato che in pochi giorni avrebbe avviato pure la trattativa commerciale. Ma la decisione ha scatenato subito un bel po di polemiche. *«In Campania, in piena pandemia, si è fatto un gran lavoro. Ma i vaccini sono un problema nazionale, il federalismo sanitario, purtroppo, non è stato realizzato»*, ha detto **Corrado Cuccurullo**, direttore generale di Soresa che poche ore dopo si è dimesso dalla carica (la occupava

ad interim, resterà presidente del Cda) lasciando intendere che non aveva alcuna intenzione di firmare contratti con la Russia. Intanto c'è da registrare che ai primi giorni di marzo, la Campania ha vaccinato finora 413.037 persone su un totale di dosi ricevute di 534.115. In particolare, fino a oggi sono stati vaccinati 80.521 cittadini sopra gli 80 anni, 59.797 membri del personale scolastico, e 273.860 membri del personale sanitario. Quasi tutto il personale sanitario ha ricevuto la dose di richiamo, mentre gli over 80 e il personale scolastico sono alla prima iniezione. Finora la Regione ha ricevuto 308.245 dosi Pfizer, 26.500 dosi Moderna e 142.900 dosi Astrazeneca. Ma la curva dei contagi continua ad aumentare. Il rapporto tra positivi e tamponi balza al 13,4% ed il numero dei decessi è salito a 36 nelle ultime 24 ore.

della Campania Vincenzo De Luca nel corso del suo consueto monologo social del venerdì pomeriggio per fare il punto sull'emergenza Covid. «Da un lato - spiega il Governatore - cerchiamo forniture aggiuntive di vaccini sul piano internazionale. Stiamo provando da una quindicina di giorni a stipulare contratti, ma ovviamente per la somministrazione ci vuole l'autorizzazione delle autorità sanitarie. Poi ci muoviamo per la produzione del vaccino in Campania. Ci sono aziende che producono farmaci che possono attrezzarsi con il sostegno della Regione, un aiuto finanziario anche rilevante con tecnologie necessarie (in particolare modo i bioreattori). E' un'operazione



Qui Napoli

Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza

La dottoressa **Maria Rosaria Esposito**, iscritta all'Opi Napoli e rappresentante Anipio, è nel nuovo gruppo di lavoro istituito dal Ministero della Salute



(pdm) Il Ministero della Salute ha aggiornato la composizione del Gruppo di lavoro per il coordinamento del nuovo Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza. Nel nuovo organigramma, in rappresentanza dell'Anipio, c'è la dottoressa Maria Rosaria Esposito, iscritta all'Opi Napoli. A lei le congratulazioni e gli auguri di buon lavoro da parte del gruppo dirigente dell'Ordine degli infermieri di Napoli e della redazione di NapoliSana.

Il **PNCAR**, il primo Piano nazionale per il contrasto delle resistenze antimicrobiche, è terminato nel 2020 al termine di un quinquennio di alterni risultati e limitate implementazioni, in parte dovute ad una scarsa dotazione finanziaria. Per questo, il Ministero della Salute ha visto la necessità di aggiornare la composizione del Gruppo di lavoro ad hoc – alla luce dei mutamenti di alcuni incarichi tra il personale di questo Ministero – con l'elaborazione di un nuovo Piano Nazionale di contrasto dell'**antimicrobico-resistenza**. (DM dell'8 marzo 2021). Il Gruppo, presieduto dal Dott. **Giovanni Rezza**, è composto da specifiche professionalità del mondo istituzionale e scientifico.

I componenti del Gruppo di lavoro:

- Dott. **Paolo Abrate** – Consigliere Consiglio Direttivo SIFO;
- Prof.ssa **Antonella Agodi**, Professore Ordinario di Igiene, Rappresentante Società Italiana di Igiene;
- Medicina Preventiva a Sanità Pubblica – S.I.t.I;
- Dott.ssa **Raffaella Barbero**, dirigente veterinaria ASLTO4, Rappresentante Regione Piemonte, settore veterinario;
- Dott. **Giuseppe Bortone**, Direttore Generale di ARPA Emilia-Romagna, ISPRA;
- Dott. **Gianpaolo Bucaneve**, Rappresentante Regione UMBRIA;
- Dott.ssa **Loredana Candela**, Dirigente sanitario, Ufficio 4 •Medicinali veterinari e dispositivi medici ad uso veterinario, Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci veterinari, Ministero della Salute;
- Dott.ssa **Agnese Cangini**, funzionario economico dell'Ufficio Monitoraggio della Spesa farmaceutica e rapporti con le Regioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco AIFA;
- Dott. **Arturo Cavaliere**, Presidente SIFO;
- Dott.ssa **Susanna Ciampalini**, Dirigente farmacista dell'Ufficio 3 Qualità, rischio clinico e programmazione ospedaliera, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute;
- Dott. **Angelo Ciardiello**, Funzionario Agrario dell'Ufficio VII- Produzioni Animali, Direzione Generale dello sviluppo rurale, Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali;
- Dott.ssa **Stefania Dalfrà**, dirigente sanitario, Ufficio 4 medicinali veterinari, Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari, Ministero della Salute;
- Dott. **Paolo Fortunato D'Ancona**, Ricercatore-Medico Reparto di

Epidemiologia – Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità;

- Dott. **Alessandro D'Arpino**, Vice Presidente SIFO;
- Dott. **Giuseppe Diegoli**, Medico veterinario Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna, Rappresentante Regione Emilia-Romagna;
- Dott. **Mattia Doria**, Segretario Nazionale alle Attività Scientifiche ed Etiche, Rappresentante FIMP;
- Dott.ssa **Maria Rosaria Esposito**, Rappresentante ANIPIO;
- Dott. **Gianfranco Finzi**, Rappresentante Associazione Nazionale Medici di Direzioni Ospedaliere ANMDO
- Dott.ssa **Anna Rita Flamini**, Rappresentante Regione Umbria, ambito veterinario;
- Dott.ssa **Francesca Furiozzi**, Funzionario giuridico di Amministrazione – Ufficio 3 Comunicazione e informazione, Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei ed internazionali, Ministero della Salute;
- Dott.ssa **Rosa Gaglione**, Dirigente sanitario – Ufficio 3 Prevenzione sanitaria, ricerca, affari internazionali, comunicazione, alimenti, veterinaria e organi collegiali, Segretariato Generale, Ministero della Salute;
- Dott.ssa **Annunziata Maria Ausilia Gangemi**, Funzionario Agrario dell'Ufficio VII, Produzioni Animali, Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali;
- Dott.ssa **Silvia Giardina**, funzionario della Direzione Generale PNA – Div. V Tutela e promozione europea ed internazionale, CBD, UNESCO, Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare;
- Dott. **Guido Giustetto**, Comitato Centrale FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
- Dott. **Michelangelo Iannone**, Direttore Scientifico ARPA Calabria, ISPRA;
- Dott.ssa **Maria Grazia Leone**, Dirigente sanitario Ufficio 6 Sperimentazione clinica dei dispositivi medici, Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del servizio Farmaceutico, Ministero della Salute;
- Dott. **Maximin Liebl**, Componente del Comitato Centrale Federazione Ordini Farmacisti Italiani- FOFI;
- Dott. **Francesco Luzzaro**, Rappresentante Associazione Microbiologi Clinici Italiani – AMCLI;
- Dott. **Salvatore Macrì**, Dirigente sanitario, Ufficio 4 Medicinali veterinari, Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari, Ministero della Salute;
- Dott.ssa **Alessia Mammone**, funzionario statistico, Ufficio 5 Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi internazionale, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute;

Qui Napoli



- Dott. **Francesco Paolo Maraglino**, Direttore Ufficio 5 Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi internazionale, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute;
- Dott. **Walter Marrocco**, Rappresentante e Responsabile Scientifico Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – FIMMG;
- Prof. **Francesco Menichetti**, Presidente Gruppo Italiano per la Stewardship Antimicrobica;
- Dott.ssa **Monica Monaco**, Ricercatore, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità;
- Dott.ssa **Maria Mongardi**, Referente Comitato centrale Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche FNOPI;
- Dott.ssa **Maria Luisa Moro**, Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna, Rappresentante Regione Emilia-Romagna;
- Dott. **Giuseppe Murolo**, Rappresentante Regione Sicilia;
- Dott. **Daniele Nalin**, Dirigente sanitario, Ufficio 2 Igiene degli alimenti ed esportazione, Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione;
- Dott. **Giovanni Nicoletti**, Direttore Ufficio 2 Programmazione sanitaria, professioni sanitarie, sistema informativo sanitario, dispositivi medici, Segretariato Generale, Ministero della Salute;
- Dott. **Alessandro Nisio**, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri di Bari, Rappresentante Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri FNOmCeO;
- Dott. **Riccardo Orioli**, Dirigente sanitario, Ufficio 5, Prevenzione malattie trasmissibili e profilassi internazionale, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute;
- Dott. **Maurizio Pace**, Segretario della Federazione Ordini Farmacisti Italiani FOFI;
- Dott.ssa **Dalia Palmieri**, Rappresentante Regione Abruzzo;
- Dott. **Angelo Pan**, Rappresentante Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie-SIMPIOS;
- Dott. **Antonio Parisi**, Direttore Laboratorio IZSPB – Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata, Rappresentante Regione Puglia;
- Dott.ssa **Patrizia Parodi**, Dirigente sanitario, Ufficio 5 Prevenzione malattie trasmissibili e profilassi internazionale, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute;
- Dott.ssa **Paola Pau**, Rappresentante Regione Sardegna;
- Dott. **Patrizio Pezzotti**, Primo Ricercatore, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità;
- Dott. **Giovanni Pieroni**, Rappresentante Associazione Nazionale Medici di Direzioni Ospedaliere ANMDO;
- Dott.ssa **Rosa Prato**, Professore Associato di Igiene generale e

applicata, Università degli Studi di Foggia, Rappresentante Regione Puglia;

- Sig.ra **Alessia Rapiti**, Assistente di prevenzione e sanità, Ufficio 5 Prevenzione malattie trasmissibili e profilassi internazionale, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute;
- Dott. **Roberto Raso**, Dirigente Medico, Igiene e Sanità Pubblica – ASL ALESSANDRIA, Coordinamento Interregionale Prevenzione;
- Dott.ssa **Stefania Reitano**, Funzionario Agrario dell'Ufficio VII-Produzioni Animali, Direzione Generale dello Sviluppo Rurale, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali;
- Dott. **Alessandro Rossi**, Rappresentante Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, SIMG;
- Prof. **Gian Maria Rossolini**, Professore ordinario, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze – Rappresentante Regione Toscana;
- Dott.ssa **Maria Josefina Ruiz Alvarez**, Ricercatrice Internazionale, Ufficio 5 Internazionalizzazione e promozione delle infrastrutture della ricerca, Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità, Ministero della Salute.
- Dott.ssa **Michela Sabbatucci**, collaboratore tecnico presso il Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità in posizione di distacco presso l'Ufficio 5 Prevenzione malattie trasmissibili e profilassi internazionale, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, Ministero della Salute;
- Dott.ssa **Cristina Sideli**, Rappresentante Associazione Nazionale Medici di Direzioni Ospedaliere, ANMDO;
- Dott.ssa **Alessia Squillace**, Rappresentante Cittadinanzattiva;
- Prof.ssa **Stefania Stefani**, Professore Ordinario di Microbiologia e Microbiologia Clinica Responsabile del Laboratorio di Microbiologia Molecolare Medica e Antibiotico Resistenza (MMAR), Rappresentante Società Italiana di Microbiologia, SIM;
- Prof.ssa **Evelina Tacconelli**, Professore Ordinario di Malattie Infettive, Università di Verona;
- Dott. **Marco Tinelli**, Rappresentante Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali – SIMIT;
- Dott.ssa **Maria Paola Trotta**, dirigente medico del Settore HTA ed Economia del Farmaco, Agenzia Italiana del farmaco, AIFA;
- Dott.ssa **Marina Urpis**, Dirigente sanitario, Ufficio 6 Sperimentazione clinica dei dispositivi medici, Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico, Ministero della Salute;
- Dott.ssa **Clara Ventre**, Dirigente sanitario, Ufficio 8 Sistema di allerta, emergenze alimentari e pianificazione dei controlli, Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione, Ministero della Salute;
- Dott. **Luigi Vespasiano**, funzionario Direzione Generale SUA – Div. V Acqua bene comune, Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare;
- Prof. **Alberto Villani**, Rappresentante Società Italiana di Pediatria, SIP;
- Dott. **Davide Zanon**, responsabile delle Aree scientifico-culturali della Società Italiana Farmacia Ospedaliera, rappresentante Federazione Ordini Farmacisti Italiani;
- Dott. **Massimo Zeppieri**, Dirigente Ispettorato Generale per la Spesa Sociale del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato-Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Qui Napoli

Università Vanvitelli, tornano agli infermieri gli insegnamenti dovuti

"Infermieristica in Medicina Specialistica" e "Infermieristica delle Disabilità" del Polo Incurabili e in "Infermieristica in Area Critica" del Polo Elena D'Aosta, saranno di nuovo attribuiti ai candidati in possesso del titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. È quanto prevede una rettifica della graduatoria del Polo didattico richiesta dall'Opi Napoli e prontamente accolta dall'Università Vanvitelli di Napoli

di PINO DE MARTINO

All'Università Vanvitelli di Napoli gli insegnamenti in infermieristica tornano legittimamente agli infermieri. E tra l'Opi Napoli e l'Ateneo ritorna il sereno. Anzi, vista la cordialità delle parole usate nel corso di qualche incontro al vertice chiarificatore e anche i toni usati nella corrispondenza istituzionale, si è autorizzati a prevedere uno sviluppo più che positivo delle relazioni istituzionali, con tanto di collaborazioni con l'obiettivo di migliorare la qualità della formazione degli infermieri. Pace fatta, dunque. Con essa, gli insegnamenti in "Infermieristica in Medicina Specialistica" e "Infermieristica delle Disabilità" del Polo Incurabili e in "Infermieristica in Area Critica" del Polo Elena D'Aosta, saranno di nuovo attribuiti ai candidati in possesso del titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. E' quanto prevede una rettifica della graduatoria del Polo didattico richiesta dall'Opi Napoli e prontamente accolta dall'Università Van-



vitelli di Napoli. Molto apprezzato dai vertici Opi il passo indietro dell'Ateneo.

"L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli - si legge in una nota inviata ai vertici dell'Università e firmata dalla Presidente Opi Napoli Teresa Rea - ringrazia segnatamente: il Magnifico Rettore Prof Giovanni Francesco Nicoletti, il Prorettore Vicario, Prof. Italo Francesco Angelillo, il Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali Prof. Paolo Golino, il Presidente del CdL in Infermieristica Prof. Michele

Orditura e i componenti della Commissione Prof. Ssa Maria Pavia, Professor Paolo Chiodini, Prof.ssa Gabriella Di Giuseppe per aver accolto la nostra richiesta in merito agli affidamenti del S.S.D. MED/45 nel CdL in Infermieristica, per l'attenzione e per la disponibilità dimostrata, per aver contribuito a creare un clima cordiale e un aperto dialogo

tra le istituzioni. Sono quindi a nome degli infermieri napoletani da me rappresentati a rinnovare la piena disponibilità ad avviare nuove e proficue relazioni e a mantenere e consolidare i rapporti istituzionali".

"Auspico un percorso comune tra Opi Napoli e Università Vanvitelli - si legge ancora nella missiva - con l'obiettivo di migliorare la qualità della formazione degli infermieri di questa regione e in particolare all'interno della prestigiosa Università Vanvitelli di Napoli. La nostra Regione ha bisogno di professionisti infermieri e dall'accoglienza che ci avete riservato non possiamo che constatare che anche per l'Ateneo questa è una priorità. Come Ordine professionale di Napoli ci avrete sempre al Vostro fianco per monitorare la qualità dell'insegnamento e contribuire a rendere un percorso di eccellenza quello che si accingono ad intraprendere i giovani futuri colleghi".

Con l'accoglimento delle istanze presentate dall'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, si dà piena attuazione al Decreto ministeriale 336, del 29 luglio 2011. Co esso il legislatore stabilisce in maniera piuttosto chiara ed evidente, che: "Il settore scientifico disciplinare MED/45 si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo dell'Infermieristica generale e speciale. Sono ambiti di competenza del settore la metodologia della ricerca in campo infermieristico, la teoria dell'assistenza infermieristica, l'infermieristica clinica, preventiva e di comunità, l'infermieristica dell'area critica e dell'emergenza e la metodologia e organizzazione della professione infermieristica".



Ivano Domenico Felaco
In-Quadro le parole
Storia di una resilienza dislessica



IVANO DOMENICO FELACO
In-Quadro le parole

Storia di una
resilienza dislessica
Luigi Guerriero
Editore, Napoli, 2020
(Euro 8,00)

Ivano Domenico Felaco è l'autore di un racconto in cui narra la sua esperienza di paziente. Non si tratta di un testo scientifico in quanto non è scritto da un addetto ai lavori del mondo psicologico. Egli, infatti, nella vita fa tutt'altro di mestiere: è un'artista, dipinge e tatua. Tuttavia, il testo, arricchito dalle foto di alcune opere dell'autore, costituisce una lettura piacevole e assai consigliata. Circa 60 pagine sincere e scritte con il cuore per quello che in definitiva è un omaggio al proprio terapeuta.

Il libro è scritto con stile fluido, piacevole. Nella prima parte è perfino divertente, soprattutto quando descrive il contesto e narra ciò che avviene fuori dalla stanza del terapeuta, nelle interazioni con le infermiere e gli altri pazienti in attesa. Si parla, infatti, di un percorso clinico avvenuto in un contesto pubblico, l'Ospedale Cotugno di Napoli, presso cui è attivo un servizio ambulatoriale di psicoterapia. Poi, pur se il registro rimane quello dell'ironia, si entra nel vivo della terapia, i temi diventano più significativi, con un toccante epilogo.

Il percorso clinico narrato è breve, meno di dieci sedute, ma ha costituito un importante punto di svolta nella vita del paziente. Infatti, è proprio il terapeuta a porre per la prima volta la diagnosi di dislessia. Per Felaco si tratta di un'illuminazione, una rivelazione liberatoria che gli consente di dare un significato diverso ad episodi avvenuti nel passato, a partire dagli insuccessi scolastici nell'adolescenza. Può rivedere la sua vita e spiegarsi in altro modo il motivo di certi esiti. Gli viene suggerito anche di leggere con nuovi occhi il suo talento creativo e la sua predisposizione artistica.

Ma c'è anche altro, il testo è la narrazione di un incontro fortunato. E' chiaro che i due interlocutori si piacciono subito, si sono simpatici, sebbene apparentemente molto diversi. Il paziente ha poco meno di 40 anni, il corpo pieno di tatuaggi, lunga barba: molto, molto alternativo. Il medico invece è sulla sessantina, ha

modi aristocratici, parla a bassa voce, discreto, quasi sussiegoso, vestito con sobria eleganza, qualcuno ne prova soggezione, tutti rispetto. Eppure, per quella strana e potente alchimia che avviene quando gli esseri umani si incontrano, scatta qualcosa. Queste due persone, sino ad allora sconosciute, messe insieme un po' dal caso, guidato dalla moglie psicologa dell'artista, danno vita a un rapporto terapeutico breve ma intenso. (Questa è una bella lezione per i terapeuti più giovani: come saper realizzare tanta qualità pur con poca quantità). L'esemplare disponibilità del terapeuta è narrata, per esempio, quando è descritta la meticolosità con cui sceglie dei video proposti in seduta, per chiarire meglio al paziente cosa comporti la dislessia. La terapia affronta nodi cruciali della vita del paziente, a partire, non a caso, dal complesso rapporto con la figura paterna.

Ma chi è il terapeuta a cui è dedicato il libro? Si tratta di Nello Viparelli, psichiatra, psicoterapeuta familiare (tra l'altro curatore del volume: *"Tra vita e girovita"*, edito qualche anno fa da Colonnese, che raccoglie 11 contributi riguardanti il rapporto con il cibo).

Il debito di gratitudine e la riconoscenza del paziente aumentano ancora quando con stupore scopre che il terapeuta è seriamente ammalato. Questa è senz'altro la parte centrale del racconto. Il dottore dimagrisce, ma il suo impegno e la sua attenzione non si riducono. Felaco è sinceramente stupito di quanto Viparelli continui ad occuparsi di lui, senza concedersi distrazioni. E' commosso per le attenzioni che una persona, sconosciuta sino a pochi mesi prima, gli dedica. E' un'esperienza rara. Gli viene quasi voglia di dire al terapeuta di fermarsi, di pensare a se stesso, a cose più importanti dei suoi problemi, che avverte ora meno essenziali.

Non sarei sincero se non confessassi che il piacere della lettura e la forte emozione provata sono sicuramente influenzate anche dalla conoscenza diretta di questa storia.

Non compaio mai nel racconto, ma io sono il terapeuta della porta accanto. Ho infatti lavorato tanti anni al Cotugno, proprio nella stanza attigua a quella di Nello Viparelli. Ho attinto alla sua saggezza e alla sua bravura. Ero al corrente della sua scelta di affrontare la malattia guardando avanti, di lavorare fino in fondo: era una scelta meditata, fatta tenendo conto del rispetto per la propria famiglia.

Il paziente racconta la sua riconoscenza verso il proprio terapeuta. Forse ignora quanto anche noi terapeuti siamo in realtà debitori verso i nostri pazienti. Sono assolutamente certo che l'impegno professionale generoso non abbia distratto Nello. Al contrario, lo abbia aiutato a vivere meglio, ad essere intenso fino in fondo, a ricercare profondità e senso esistenziale per lui e per gli altri.

Sono molto grato a Ivano Felaco per aver scritto con il cuore questo racconto. Per tutti i terapeuti, è una storia che ci ricompensa dai tanti incerti e dalle difficoltà della nostra professione. E poi, per chi lo ha conosciuto, aiuta a far rivivere la lezione di Nello Viparelli. Che manca, manca molto, alla famiglia, agli amici, ai pazienti, ai colleghi.

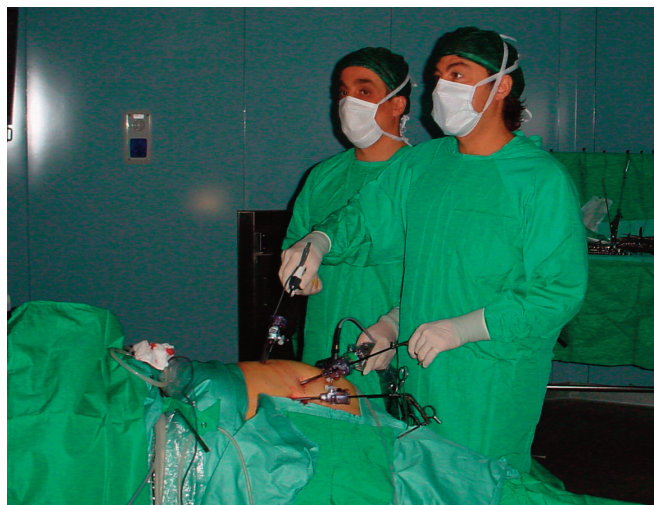
Alberto Vito

(Resp. UOSD Psicologia Clinica Ospedali dei Colli)

Aggiornamento professionale

“La chirurgia laparoscopica e la diagnostica”

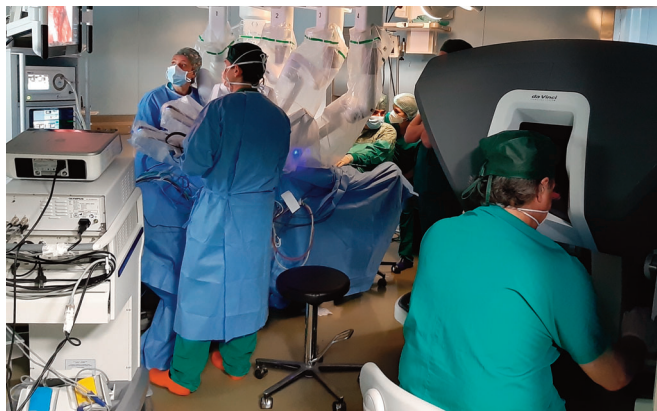
Con il secondo appuntamento dedicato alla chirurgia laparoscopica entriamo nel vivo della questione. Il concetto di chirurgia mini-invasiva è stato introdotto nel mondo chirurgico con lo scopo di ridurre al minimo le sequele post-operatorie legate soprattutto alle vie d'accesso e consiste nel eseguire un intervento chirurgico senza aprire l'addome del paziente (laparotomia). Nata come innovativo mezzo diagnostico, la laparoscopia nel corso degli anni è diventata operativa grazie al perfezionamento della tecnica e allo sviluppo tecnologico. La chirurgia laparoscopica per anni è stata un metodo diagnostico sino all'inizio del '900, a Stoccolma ad opera dello Svedese Hans Christian Jacobaeus (1879-1937) iniziò a fare toracoscopie e laparoscopie nell'uomo con strumenti rudimentali, migliorando gli stessi sempre come procedura diagnostica e ciò avvenne sino agli anni '70. Un decennio dopo tale metodica è divenuta più operativa non più solo dal punto di vista diagnostico ma anche da quello terapeutico tanto da essere definita Chirurgia laparoscopica. Soprattutto in Ginecologia in due centri: in Francia, e in Germania con il prof. Kurt K.S. Semm (1927), e questo perché l'apparato ginecologico è molto favorevole per limitate complessità di intervento, ma tale metodica all'inizio fu piuttosto osteggiata dai chirurghi generali. Nel contempo, però, i tedeschi sono riusciti a sviluppare alcuni strumenti più sofisticati come gli insufflatori. L'evento che ha cambiato la storia è stato la colecistectomia laparoscopica (asportazione colecisti), in seguito a tale intervento ne è nata una diatriba su chi l'avesse eseguita per primo (francesi o tedeschi), mentre è risaputo che è ciò avvenne ad opera del chirurgo tedesco Erich Muhe nel settembre 1985. Contemporaneamente, nel 1987 presso la clinica La Sauvagade di Lione, con la medesima tecnica il dott. **Philippe Mouret** intervenne su una paziente asportandole una cisti dell'ovaio e la colecisti, quindi prima colecistectomia al mondo in laparoscopia. Il chirurgo francese subì critiche violente al punto da essere radiato dall'albo dei medici, ma negli anni a seguire ricevette numerosi premi per i suoi importanti contributi alla medicina moderna. Di lì a poco, **Doubois** a Parigi e **Perissat** a Bordeaux adottarono la stessa tecnica che è diventata oggi la metodica di prima scelta nel trattamento della colelitiasi. Da allora la chirurgia miniinvasiva attraverso il coraggio di alcuni chirurghi ed il supporto della tecnologia questa tecnica oggi è diventata gold standard per il trattamento della maggior parte delle patologie, non solo nell'ambito della chirurgia generale, ma anche ginecologia, urologia, toracica, cardiocirurgia e chirurgia vascolare. La



laparoscopia si esegue inserendo all'interno della cavità addominale anidride carbonica (gas CO₂), in modo da creare un spazio sufficiente per poter utilizzare gli strumenti (pneumoperitoneo). Solitamente il gas viene inserito attraverso un ago speciale detto “Ago di Veress”, collegato ad un erogatore che ne regola in maniera costante la sua immissione e ne controlla la pressione. Successivamente, viene introdotta una telecamera attraverso una piccola incisione di poco più di un centimetro con un speciale introduttore detto “trocar”. La telecamera è collegata ad un monitor per permettere la visione del campo chirurgico, che così risulta enormemente amplificata. A questo punto sotto il controllo visivo si possono inserire altri trocar per l'introduzione di tutti gli strumenti necessari per l'esecuzione dell'intervento. Sono indiscutibili i vantaggi di natura estetica che ne derivano dalla esecuzione di 3-4 incisioni di 1-2 centimetri anziché una laparotomia. Da non sottovalutare, la bassa incidenza di complicanze post-operatorie come deiscenza o suppurazioni o la comparsa di laparoceli. Accanto a questi indiscutibili vantaggi bisogna ricordare anche quali sono i vantaggi della chirurgia mini-invasiva. I tempi chirurgici, anche se sono ormai sovrapponibili a quelli a cielo aperto, rimangono purtroppo ancora piuttosto lunghi negli interventi più complessi. Altro svantaggio è rappresentato dai costi elevati delle apparecchiature che dallo strumentario laparoscopico e dalla impossibilità, al momento di attuare interventi in anestesia locale o loco regionale. La laparoscopia pone problemi di tipo tecnico-scientifico ma anche di tipo pratico organizzativo-logistico investendo l'equipe chirurgica e lo staff infermieristico di sala operatoria. Si tratta, quindi, di acquisire conoscenza familiarità con i comuni strumenti, materiali, tecniche chirurgiche e vie di accesso diverse dalla chirurgia tradizionale. La tecnologia è inoltre in continua evoluzione, pertanto è molto importante avere un aggiornamento continuo per condurre al meglio un intervento realizzato con l'aiuto di operatori e con l'utilizzo di materiali e strumenti specifici. In questa attività diventa indispensabile per il chirurgo la collaborazione infermieristica che deve semplificare

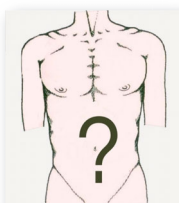
Aggiornamento professionale

ed ottimizzare le varie fasi dell'intervento. L'obiettivo è che tutto il personale conosca compiutamente le tecniche e i vari presidi laparoscopici per poter realizzare al meglio questa metodica giovane ma già ampiamente affermata.



Laparoscopia diagnostica

Un ruolo fondamentale nella diagnostica laparoscopica è dato dall'ecografia intra-operatoria. L'ecografia, infatti, estende la vista del chirurgo, consentendo di evidenziare lesioni e strutture non diagnostiche durante gli esami preoperatori o la palpazione diretta del fegato, di valutarne la sede esatta, i rapporti, l'estensione ed il coinvolgimento delle strutture vascolari, l'anatomia topografica in rapporto ai territori delimitati dalle vene sovra-epatiche e dai peduncoli glissoniani. Per tale tecnica vengono utilizzate sonde da 10mm di diametro, flessibili a 90° su due assi, orizzontale e verticale, nella parte distale, di circa 10cm, consentendo all'operatore esperto di adattarsi con facilità alla superficie degli organi da esaminare, in particolare alla convessità epatica, e assumendo con l'esperienza la funzione di un dito esploratore. La sonda può essere sterilizzata a sterrad per ossido di idrogeno) o a sterris (acido peracetico).



Due trocar da 10mm, sono di regola necessari per l'esplorazione del fegato e dell'addome superiore: l'ottica nel trocar ombelicale mentre la sonda eco-laparoscopica viene introdotta nel trocar in sede para-rettale dx. La sonda viene a contatto diretto con i visceri, ma può essere utile versare nel cavo soluzione fisiologica, per ottenere una migliore aderenza di essa o distanziarla dalle strutture da esaminare. L'esame viene effettuato in anestesia generale e lo pneumoperitoneo viene indotto con CO2 ad una pressione massima di 12mmHg. E' preferibile, per una migliore visualizzazione della cavità addominale e della superficie epatica, usare un video-endoscopio full HD da 30° alternando dai due trocar gli accessi dell'ottica e della sonda ecografica. L'inserzione di un trocar da 5mm consente di effettuare simultaneamente ma-

novre operative come biopsie eco-guidate. L'ecolaparoscopia trova un'applicazione elettiva nelle seguenti patologie: calcolosi delle vie biliari, (riducendo i tempi operatori in quanto elimina la fase dell'incanalamento del cistico e l'impegno di mezzo di contrasto); ricerca di focolai metastatici intraepatici; neoplasie dell'ileo epatico, infiltrante la placca ilare e centrale del fegato che determina dilatazione delle vie biliari intra-epatiche (in quei casi l'ecografia ha consentito di posizionare un drenaggio biliare trans-epatico) neoplasie pancreatiche; neoplasie renali e surrenali; individualizzazione di linfonodi e successive biopsie. Alla luce di tale importanza diagnostica l'ecografia diventa un esame pre-operatorio obbligatorio in tutte le patologie neoplastiche addominali.

Eco-Laparoscopia



Strumentario laparoscopico:

	Diametro	Quantità
Hasson	10-12mm	n°1
Trocar	10-12mm	n°1
Videoendoscopio 30°	10mm	n°1
Eco-laparoscopia:	10mm	

(Esso sarà opportunamente preparato e sterilizzato in una soluzione di acido peracetico per circa 15 minuti e prima dell'uso sarà risciacquato con soluzione fisiologica sterile)

Presidi:

Cavo luce
Cavo x telecamera e copricavo sterile
Tubo x insufflazione
Soluzione sterile calda (ottica)

continua a pag. 20

Aggiornamento professionale

segue da pag. 19

Protocollo in laparoscopia diagnostica

Preparazione preoperatoria:

- Controllo tricotomia: Xifo- ombelico-pubica.
- Profilassi antibiotica: Cefalosporina.
- Catetere vescicale e sondino nasogastrico all'occorrenza.

Decubito:

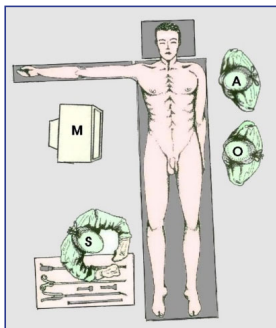
- Supino o gambe divaricate.
- Esso sarà stabilito in relazione alla sospetta patologia e su indicazione del chirurgo.

Bracciolo:

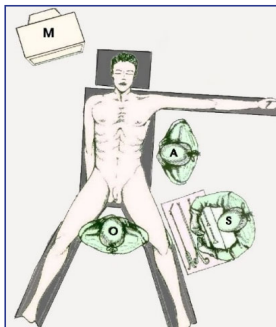
- Lato Patologia (supino).
- Lato opposto patologia (gambe divaricate).

Attrezzatura:

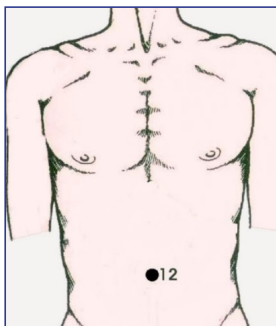
Lato patologia o sarà posizionata al momento su indicazione del chirurgo.



Laparoscopia diagnostica
(decubito supino)
Posizione paziente,
operatori e monitor



Laparoscopia diagnostica
(decubito gambe divaricate)
Posizione paziente,
operatori e monitor

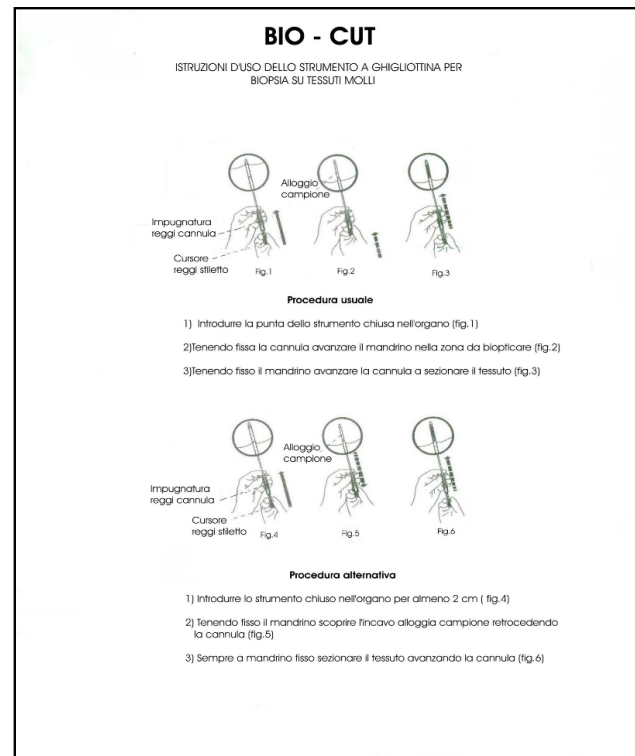
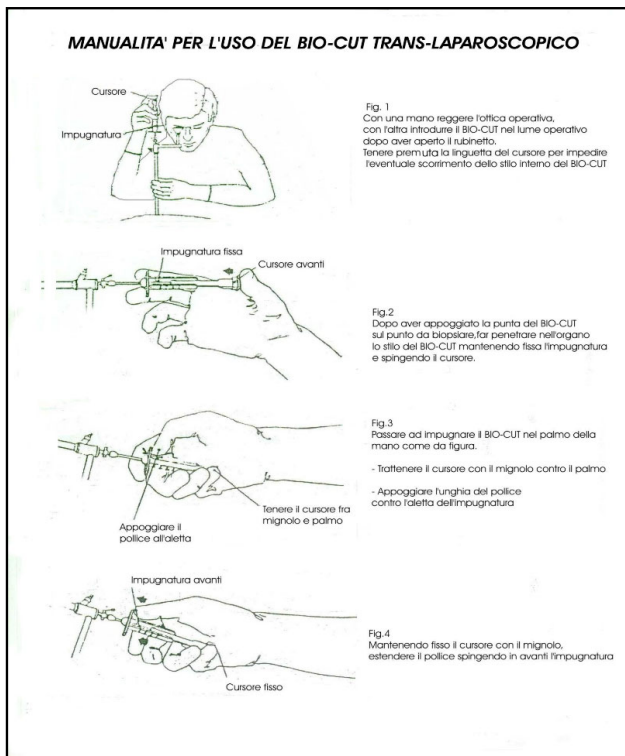


Laparoscopia diagnostica
Sito d'ingresso del trocar.

Laparoscopia diagnostica

(Optica operativa)

Strumentario laparoscopico:			Presidi:
	Diametro	Quantità	
Hasson	10mm	n°1	Cavo luce
Optica operativa 0°	10mm	n°1	Cavo x telecamera e copricavo sterile
Forbice-media-Lunga 45cm	5mm	n°1	Cavo x elettrobisturi
Grasper stelo lungo	5mm	n°1	Tubo x insufflazione
Biocut (ago x biopsia)			Soluzione sterile calda (ottica)
			Materiale sanitario: Garze
In caso di necessità tenere pronti:			
Trocar	5mm	n°1 o 2	Tubo x aspirazione e irrigazione
Johann	5mm	n°1 o 2	
Cannula x aspirazione e irrigazione	5mm	n°1	Soluzione fisiologica x irrigazione
Portaghi x laparoscopia	5mm	n°1	
Ferri x approccio laparoscopico:			
Pinza anatomica		n°2	
Pinza chirurgica		n°2	
Manico da bisturi lama 11		n°1	
Forbice media-curva (Metzenbaum)		n°1	
Forbice Mayo		n°1	
Portaghi		n°2	
Klemmer curvi		n°2	
Kocher curvi		n°4	
Divaricatori di Langebech		n°2	
Pinza x pulizia		n°2	
Coppetta		n°2	
Backhaus		n°8	
Suturatrici metalliche:			Suture:
In caso di necessità:			Sutura sintetica assorbibile (acido poliglicolico)
Endoclip	5mm		Cal. 0 ago 5/8
			Cal. 3/8 ago 3/8
			"Tenere pronti in caso di necessità"
			Cal.2/0 ago composite



Ospedali & territorio

Infermiere musicista allieta la giornata vaccinale dedicata agli over 80

NAPOLI - Quando la creatività del Sud lenisce le ferite e i drammi anche delle più feroci pandemie. Antonio Barracano è un infermiere dell'Asl Napoli 2. Ma da sempre coltiva una passione artistica: suona il pianoforte, bene quasi come un professionista. Con un repertorio che spazia dal classico, al melodico, incluso, naturalmente si può dire, i grandi classici della canzone napoletana. Al pian terreno della struttura comunale sul lago Fusaro, trasformata per l'occasione in Centro Vaccinale dell'Asl Napoli 2, Antonio



Barracano svolge il suo lavoro di infermiere. Ma quella struttura, con vista sul lago, è ben organizzata per ospitare, in tempi pre covid, eventi e manifestazioni. Dunque non sorprende la presenza di un pianoforte. Così l'idea nasce spontanea, come direbbe Riccardo Pazzaglia. Preso dalla passione per la musica, Antonio si è messo al piano e ha iniziato a suonare, mentre la sala d'attesa si riempiva di anziani over 80 convocati per la loro tornata vaccinale. Un'idea geniale. La tensione, le ansie e le paure per il covid, ma anche per il vaccino sono stemperate dalle note amiche che Antonio mette insieme. Per i tanti anziani arrivati per ricevere la dose di vaccino è stata un'accoglienza decisamente particolare, emozionante, che ha aiutato ad allentare la tensione. «E' il più bel regalo di San Valentino che avremmo potuto ricevere», hanno commentato gli anziani. La notizia ha fatto il giro del web, finendo per interessare anche i giornali, i notiziari e i tg nazionali.



Sindaco Battipaglia si incatena davanti all'ospedale: *“Mancano gli infermieri”*

SALERNO - La sindaca di Battipaglia (Salerno), Cecilia Francese, si è incatenata dinanzi all'ospedale Santa Maria della Speranza per denunciare le carenze di organico presenti all'interno del nosocomio della sua città, soprattutto di infermieri. «Sono costretta mio malgrado - ha spiegato sui social la sindaca - ad adottare un estremo ed eclatante atto di dimostranza a tutela e rispetto dei concittadini che rappresento nei confronti di una direzione aziendale e sanitaria di presidio che, nonostante ripetuti inviti e solleciti ad intervenire sui tanti problemi dell'ospedale acuitisi con l'emergenza pandemica, continua ad essere latitante». Francese ha spiegato di aver invitato «il direttore generale a visitare il presidio battipagliese per fargli toccare con mano la nostra realtà che nonostante un personale ridotto ai minimi termini continua a garantire prestazioni in urgenza e programmate, affrontando anche i casi sospetti per Covid». In particolare nell'ultimo anno sono stati

collocati in pensione e non sostituiti «più di 30 tra infermieri e operatori socio sanitari». Una situazione che costringe ad affrontare «turni massacranti per garantire cinque sale operatorie su due piani». «Parlo di infermieri di pronto soccorso costretti ad assistere molti pazienti in attesa di tampone per poter accedere al ricovero oltre al naturale compito dell'urgenza». Per la sindaca «tutto questo si potrebbe evitare se solo la direzione generale autorizzasse l'esecuzione di tamponi molecolari rapidi anche presso il nostro presidio, come già avviene in tutti gli ospedali maggiori e non, della



Asl». Il primo cittadino di Battipaglia ha fatto riferimento anche ad «un personale medico sfinito dalla necessità di garantire livelli adeguati di assistenza dovendo coprire i turni dei tanti colleghi collocati in quiescenza».

Radioterapia pediatrica a colori

I colori per allontanare la paura. La fantasia per uscire da un reparto ospedaliero. La Radioterapia dell'Istituto tumori di **Napoli** Pascale apre ai bambini, e lo fa parlando il loro linguaggio, quello del gioco. Inaugurato un reparto dedicato alla pediatria, nel quale macchinari all'avanguardia sono stati installati in ambienti colorati raffiguranti luna-park e acquari, dove l'amico radioterapista si confonde con il pesce Nemo. Grazie all'implementazione del sistema interno, i piccoli pazienti durante la terapia potranno continuare a sognare, ascoltando musica, vedendo i cartoni animati su megaschermi e finanche parlando con

mamma e papà tramite dei sofisticati sistemi di video e audio.

Installata anche una sala per addormentamento e risveglio dei pazienti che necessitano di sedazione, arredata con tende colorate, giochi e libri adatti per i bimbi di tutte le età. «L'accoglienza di questi piccoli pazienti in un ambiente riservato - spiega Paolo Muto, direttore della Struttura Complessa di Radioterapia del Pascale - è un momento fondamentale per il loro percorso radioterapico che necessita di cicli di trattamento che durano dalle 15 alle 30 sedute. E' fondamentale, quindi, che i bambini possano ritrovarsi, durante un momento triste della loro vita, in un ambiente sereno».

La nuova Radioterapia è stata inaugurata dopo un accordo siglato la primavera scorsa tra l'Istituto dei tumori di Napoli e il Santobono-Pausilipon per creare un polo oncologico napoletano soprattutto per i casi più delicati che necessitano di complessi trattamenti chemio e radioterapici concomitanti da effettuare in regime di stretta sorveglianza clinica. Frutto dell'accordo anche un documento volto a stabilire le procedure terapeutico assistenziali, redatto e sottoscritto dalle diverse figure professionali coinvolte afferenti al Pascale e al Santobono-Pausilipon. Protocolli internazionali condivisi con le società scientifiche nazionali verranno adottati secondo le linee guida.

Ospedali & territorio

**“Il Pascale a casa tua”,
un’app per i pazienti
stomatizzati**

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

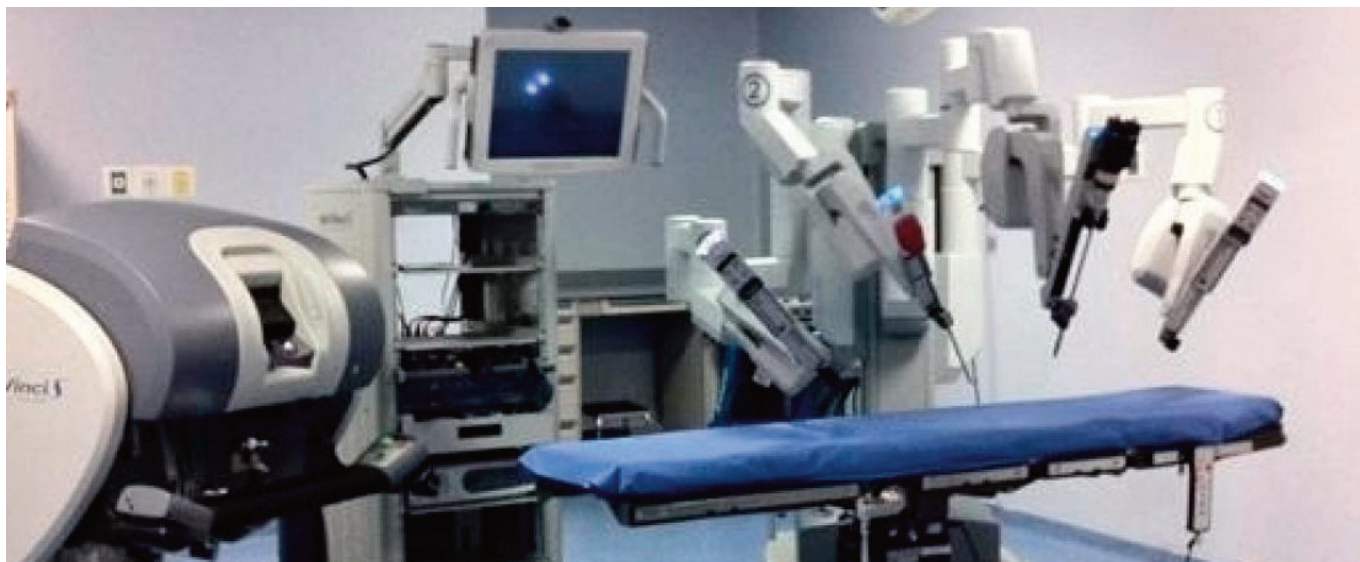
È quello che da oggi fa il Pascale, Istituto per la cura dei Tumori di Napoli: fornire informazioni e cure anche a chi sta a casa, implementando un modello di assistenza di tipo “connected” attraverso un’applicazione. Presentato a inizio anno dal viceministro Sileri, quando il Covid non era ancora entrato nelle nostre vite, prende ufficialmente il via il progetto Sos Stomia. Premiato durante l’ultima edizione del Forum PA Sanità, e promosso insieme con la Fais, la Federazione di associazioni di incontinenti e stomizzati, rappresenta uno strumento innovativo per promuovere la salute e il benessere dei pazienti cronici, stomizzati, incontinenti o ricanalizzati effettuato principalmente da personale sanitario specializzato e volontari che operano in modalità di smart working. I pazienti, una volta registrati sulla piattaforma, possono così ricevere informazioni e cure anche da casa. La soluzione progettuale ideata non sostituisce l’attuale modello di assistenza, ma lo integra e lo migliora.

**Ceinge-Biotecnologie: da virus Herpes
farmaci contro cancro mammella**

Il virus Herpes simplex si può utilizzare per generare farmaci biologici ad attività oncolitica su carcinomi mammari Her2-negativi, di cui fanno anche parte i cosiddetti tumori della mammella triplo-negativi (Tnbc). È quanto hanno svelato gli studi che da circa 5 anni a questa parte portano avanti i ricercatori del Ceinge-Biotecnologie avanzate di **Napoli** e del Dipartimento di Medicina molecolare e Biotecnologie mediche dell’università Federico II. Gli studiosi hanno generato, in collaborazione con la NousCom Srl, un virus erpetico capace di infettare selettivamente le cellule cancerose che espongono, sulla loro superficie, la mesotelina, un antigene tumorale frequentemente espresso nei tumori Tnbc e nel mesotelioma pleurico. «Herpes simplex appartiene ad una famiglia di virus con cui l’uomo convive da sempre - sottolinea il dott. Zambrano - basti pensare alle comuni manifestazioni labiali che in-

teressano tanti di noi, ed è molto ben conosciuto. Contro questo virus esistono anche dei farmaci per controllarne l’infezione. Tali caratteristiche lo hanno reso un modello di elezione per lo sviluppo di farmaci biologici ad attività antitumorale o, più precisamente, oncolitica». «I vantaggi dei vettori virali da noi generati, validati mediante sperimentazione su cellule e in modelli preclinici - spiega Zambrano - risiedono nel corretto bilanciamento di efficacia nell’attivazione della risposta immunitaria anti-tumorale e della specificità oncolitica verso il tumore, con limitazione degli effetti fuori-bersaglio verso i tessuti normali. I nostri studi prevedono l’utilizzo di questi vettori virali in combinazione con l’immunoterapia dei tumori, che si sta sempre più affermando come il quarto presidio per le cure anticancro, in aggiunta alle terapie più invasive quali la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia».

Intervento eccezionale con robot su vescica e prostata



NAPOLI - All'Istituto Nazionale Tumori Pascale è stato eseguito il primo intervento al mondo di asportazione robotica di vescica e prostata, con ricostruzione del condotto urinario e impianto di protesi peniena. Il paziente di 53 anni è guarito dal cancro e ha recuperato da subito una vita sessuale altrimenti compromessa. «E' tornato a casa e sta bene» ha assicurato l'equipe del Dipartimento di Urologia del Pascale, diretta dal dott. Sisto Perdonà, che ha eseguito l'eccezionale intervento chirurgico. Nella letteratura scientifica internazionale non si registrano altri casi simili. L'intervento è durato cinque ore durante le quali al paziente, affetto da un grave tumore, sono state asportate vescica e prostata, ricostruita, usando un segmento del suo intestino, una derivazione urinaria, e, contestualmente, gli è stata impiantata una protesi idraulica tri-compente del pene. «Il presupposto di questi interventi - ha dichiarato il dottor Perdonà - è proprio quello di ribaltare il concetto di cura primaria del cancro e solo successivamente cercare di recuperare le menomazioni della vita relazionale del paziente. In questo caso abbiamo deciso di rivoluzionare questo principio e di effettuare un duplice intervento in contemporanea per guarire il paziente affetto da carcinoma della vescica e di continuare a vivere la propria intimità sessuale senza alcuna interruzione o diminuzione. L'impatto psicologico e motivazionale è stato estremamente positivo per il paziente che ha condiviso un percorso di preparazione clinico e psicologico». «L'eccezionale intervento effettuato dai nostri chirurghi - ha dichiarato il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi - è la dimostrazione di quanto il nostro Istituto metta al centro il paziente. Centralità del paziente, al Pascale, vuol dire attivarsi sempre più sulla qualità della vita. Supporto psicologico, cardiologico, riabilitativo, orientati non più soltanto a salvare la vita, ma a riempirla sempre più di contenuti di normalità recuperata».



Azienda dei Colli, De Girolamo direttore sanitario

Mario De Fazio è il nuovo direttore sanitario dell'Asl di Caserta. La nomina da parte del direttore generale Ferdinando Russo è giunta ieri, subito dopo l'aver ricevuto le dimissioni dall'ex direttore sanitario **Pasquale De Girolamo**. Quest'ultimo infatti ha accettato di lavorare per l'azienda dei Colli di Napoli, sempre nel ruolo di direttore sanitario. Ora sarà Mario de Fazio a coprire il vertice nel ruolo sanitario per l'azienda casertana. Il direttore De Fazio, prima di essere nominato a Caserta, è stato responsabile presso l'Asl Napoli 1, in particolare, è dirigente medico dell'unità operativa complessa Chirurgia generale presso il presidio ospedaliero San Paolo. È anche membro della commissione per l'Ospedale del Mare e componente del comitato etico Campania Centro.

Ospedali & territorio

Un team di ricercatori Istituto di genetica e biofisica «Adriano Buzzati Traverso» del Consiglio nazionale delle ricerche di Napoli (Cnr-Igb) ha utilizzato strutture multicellulari, tridimensionali (organoidi) per studiare «in vitro» il potenziale di sviluppo di diversi tipi di cellule staminali. Con questa scoperta, pubblicata su Stem Cell Reports, rivista ufficiale della International Society for Stem Cell Research (ISSCR) pubblicata da Cell Press, il team napoletano si posiziona tra i primi in Italia nell'utilizzo di Gastruloidi, organoidi embrionali in grado di mimare le fasi più precoci dello sviluppo embrionale. «Alcune fra le domande più affascinanti della biologia sono fondamentali per capire i meccanismi alla base delle malattie e aiutare a sviluppare strategie preventive e terapeutiche», spie-

CNR: dai gastruloidi una nuova frontiera per la ricerca



ga Gabriella Minchiotti del Cnr-Igb, che con Eduardo J. Patriarca ha coordinato il team di ricercatori in collaborazione con Alfonso Martinez-Arias della Cam-

bridge University, UK. «Come si sviluppa un embrione molto complesso a partire da un iniziale aggregato di cellule molto simili tra loro? Perché in alcuni casi lo sviluppo embrionale si interrompe o si altera portando a condizioni pa-

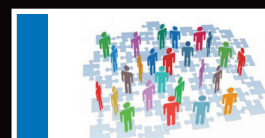
tologiche? Quali farmaci, condizioni nutrizionali/metaboliche, interferiscono con il corretto sviluppo di un embrione?». Oggi i ricercatori hanno a disposizione un nuovo strumento che apre prospettive inedite per la ricerca biomedica. «I gastruloidi sono organoidi embrionali e costituiscono un eccellente sistema modello, sia per studiare lo sviluppo di tessuti in condizioni normali o patologiche, sia per identificare geni, nutrienti (aminoacidi, lipidi, zuccheri), e condizioni fisicochimiche (temperatura, pressione di ossigeno, ecc.) che garantiscono un corretto sviluppo embrionale».

Ricercatori influenti nel mondo, 6 sono del Pascale

Sei ricercatori dell'Istituto nazionale tumori Pascale di Napoli da quest'anno sono presenti nell'elenco degli scienziati più influenti nel mondo. La classifica, si legge in una nota del Pascale, è stata pubblicata dalla prestigiosa rivista internazionale PlosBiology che ha preso in considerazione 22 differenti discipline e 176 sub-discipline scientifiche elaborando le informazioni raccolte dalla banca dati bibliometrica Scopus di Elsevier e valutando, come indicatori, il numero di articoli e pubblicazioni scientifiche in cui il ricercatore è primo o ultimo autore, nonché i dati relativi all'impatto delle stesse in termini di citazioni complessive ricevute. Nella lista di Plos Biology compaiono, dunque, i nomi di Gerardo Botti, direttore scientifico del Pascale, Paolo Ascierto, in prima linea nella lotta al Covid, e Sandro Pignata, direttori di due unità cliniche e di ricerca del polo oncologico partenopeo. Ampiamente rappresentato, inoltre, il Dipartimento di Ricerca Traslationale con il direttore Nicola Normanno e i due responsabili di unità di ricerca, Luigi Buonaguro e Stefania Scala. I sei ricercatori del Pascale sono citati per la loro attività di ricerca nel contesto della oncologia, con caratterizzazione poi in specifici settori che vanno dalla Immunologia alla Patologia, dalla Virologia alla Biologia Molecolare, in base alle specifiche competenze.



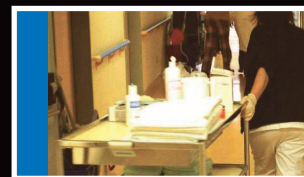
***La soddisfazione lavorativa
come indicatore
di qualità per il dirigente
delle professioni sanitarie:
uno studio osservazionale***



***Covid-19 e studenti
di infermieristica in prima linea:
una riflessione***



***Il ruolo dell'infermiere
nelle carceri:
revisione della letteratura***



LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA COME INDICATORE DI QUALITA' PER IL DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Ziello Martina¹, Lombardi Andrea², Mitello Lucia³, Giannarelli Diana⁴, Fabriani Loredana⁵,
Gravante Francesco^{*6}, Gagliardi Anna Maria⁷, Latina Roberto⁵, Mauro Lucia⁸

1. Dipartimento Emergenza Accettazione, A.O.U. Policlinico Umberto I, Roma;
2. Dipartimento Emato-Oncologico, A. O. U. San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona di Salerno;
3. Dipartimento delle Professioni Sanitarie, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma;
4. Unità di Biostatistica, IRCCS IFO Istituto dei Tumori Regina Elena, Roma;
5. Dipartimento delle Professioni Sanitarie, CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università "La Sapienza" di Roma, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma;
6. Dipartimento Anestesia e Rianimazione, Azienda Sanitaria Locale Caserta, Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Moscati" di Aversa (CE);
7. Dipartimento Materno Infantile e Terapie Intensive, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste;
8. Dipartimento Materno Infantile, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma.

* *Corresponding Author*: Dott. Francesco Gravante, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, A.S.L. Caserta - P. O. "San Giuseppe Moscati" di Aversa, Viale Antonio Gramsci, 01, 81031 Aversa (CE), Italy, E-mail: fra.gravante83@gmail.com

Articolo originale

DOI: [10.32549/OPI-NSC-44](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-44)

Sottomesso il 09 Ottobre, 2020

Revisionato il 03 Dicembre, 2020

Accettato il 07 Dicembre, 2020

Questo articolo è concesso con licenza internazionale Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0).

ABSTRACT

Introduzione: La soddisfazione lavorativa o job satisfaction è intesa come l'atteggiamento positivo di una persona nei confronti del lavoro che svolge e che può influenzare le performance degli infermieri, sia la qualità delle cure. Un ambiente di lavoro che favorisca un buon reciproco supporto professionale, opportunità di sviluppo e crescita, può aumentare la soddisfazione lavorativa.

Obiettivo: Descrivere il grado di job satisfaction degli infermieri di due Aziende Ospedaliere di Roma.

Materiali e Metodi: È stato condotto uno studio trasversale in due ospedali metropolitani romani, in diverse aree cliniche, tra Ottobre e Novembre 2017. È stata usata la versione italiana dell'Index of Work Satisfaction di Stamps. L'ANOVA è stata utilizzata per valutare le differenze tra più di due gruppi.

Risultati: Dei 504 questionari distribuiti solo 264 sono stati compilati interamente, con un tasso di risposta pari al 52%. Delle 7 aree indagate, l'autonomia ha ottenuto il punteggio medio più alto (Media = 42.4; DS = 7.7) seguita da status professionale (Media = 33.3; DS = 7.2), interazioni con i colleghi (Media = 25.4; DS = 5.6), politiche organizzative (Media = 20.5; DS = 5.7), mansioni richieste dal ruolo (Media = 19.6; DS = 5.9), interazioni con i medici (Media = 18.9; DS = 5.5) e la retribuzione (Media = 14.2; DS = 6.5).

Risultano essere associate ad un aumento della soddisfazione lavorativa il turnover ($P=0,002$) e la tipologia di contratto ($P=0.004$).

Conclusione: La ricerca mostra che l'autonomia, lo status professionale e la retribuzione sono le aree che impattano positivamente sulla soddisfazione lavorativa.

Parole Chiave: infermieri, soddisfazione lavorativa, autonomia, status professionale, turnover

JOB SATISFACTION A QUALITY INDICATOR FOR NURSING MANAGER: AN OBSERVATIONAL STUDY

ABSTRACT

Introduction: Job satisfaction is defined as a person's positive attitude towards their job do and which can affect the performance of nurses and the quality of care provided. A work environment that fosters good mutual professional support, development opportunities and growth can increase job satisfaction.

Aim: This study describe the job satisfaction of nurses in two Italian hospitals in Rome.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted in two metropolitan hospitals in Rome, in different setting, from October to November 2017. The Italian version of Stamps' Index of Work Satisfaction was used. ANOVA was used to evaluate the differences between more than two groups.

Results: On 504 questionnaires distributed only 264 were completed, with a response rate of 52%. Of the 7 variables investigated, autonomy obtained the highest average score (Mean = 42.4; SD = 7.7) followed by professional status (Mean = 33.3; SD = 7.2), interaction with colleagues (Mean = 25.4; SD = 5.6), organizational policies (Mean = 20.5; SD = 5.7), task requirements (Mean = 19.6; SD = 5.9), interactions with doctors (Mean = 18.9; DS = 5.5) and pay (Mean = 14.2; SD = 6.5). The main factors that correlated with job satisfaction are the turnover ($P = 0.002$) and the type of contract ($P = 0.004$).

Conclusions: This study has shown that autonomy, professional status and adequate pay, increase the level of job satisfaction for Index of Work Satisfaction, in addition, turnover and contract type are professional factors connected to the increase in job satisfaction.

Keywords: Nurse, job satisfaction, turnover, autonomy, professional status

Original article

DOI: [10.32549/OPI-NSC-44](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-44)

Submitted October 9th, 2020

Revised December 3rd, 2020

Accepted December 7th, 2020

This article is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0 International License (CC BY NC ND 4.0).

INTRODUZIONE

La soddisfazione sul lavoro è definita come la percezione personale dei dipendenti riguardante l'esperienza lavorativa e i suoi diversi aspetti[1]. Viene considerata una variabile fondamentale per l'organizzazione del lavoro, ed è utilizzata come un indicatore della qualità della vita[2] e del benessere dei dipendenti[3]. Per questo, i dirigenti delle professioni sanitarie dovrebbero monitorare tale indicatore al fine di migliorare gli ambienti di lavoro, influenzando positivamente il morale degli infermieri e in funzione anche dell'efficienza[4–7]. Inoltre, grazie alla migliore riorganizzazione del lavoro dei vari professionisti[8], essa potrebbe essere applicata per interventi correttivi, capaci di garantire un ambiente di lavoro positivo, migliorando la qualità dell'assistenza infermieristica[9–11], attraverso l'erogazione di cure di alta qualità, al fine di soddisfare i bisogni assistenziali dei pazienti, e gratificare gli infermieri stessi[12–15]. La soddisfazione lavorativa, in letteratura è stata correlata al sesso, allo stato civile, agli anni di esperienza[16,17], ai livelli di professionalità[18], al livello di istruzione[17], al tipo di contratto e al profilo orario [19], all'unità operativa in cui si presta la propria attività professionale[20], alle relazioni interpersonali con i colleghi e medici che hanno un'influenza significativa sulla soddisfazione lavorativa e sullo stress lavoro correlato[18,15]. Contrariamente, l'insoddisfazione lavorativa si associa a una serie di comportamenti non virtuosi, quali l'assenteismo[21], l'intenzione di cambiare lavoro[22] e al turnover dell'infermiere [23] con un maggior rischio di burnout, ansia e depressione[24]. Le cause del turnover sono da ricercare nell'insoddisfazione lavorativa data dallo squilibrio tra la vita familiare e quella lavorativa[25], dalla volontà di ricercare migliori opportunità professionali, dalla costante ricerca di una crescita professionale e il desiderio di continuare ad investire sulla propria formazione[26]. Gli ambienti di lavoro svolgono un ruolo chiave nella percezione della soddisfazione lavorativa[14,27,28] ed è stato dimostrato che lì dove c'è un ambiente fertile con un buon supporto professionale, opportunità di sviluppo e crescita professionale influenzano in maniera significativa la soddisfazione del professionista e lo induce a rimanere nel luogo di

lavoro[29–31]. In letteratura la soddisfazione lavorativa viene ampiamente affrontata per i setting ad alta specialità[9,15,17,26], ma gli studi sul territorio nazionale che indagano tale variabile in setting multidisciplinare come le Aziende prese in considerazione sono esigui[32], in particolare nella città di Roma.

Obiettivo dello studio

Lo scopo di questo studio è quello di descrivere la soddisfazione lavorativa degli infermieri in due grandi Aziende Ospedaliere di Roma.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale multicentrico, presso due aziende ospedaliere nella città metropolitana di Roma.

Aspetti etici

Questo studio è stato approvato dalla Direzione di due Aziende Ospedaliere della Regione Lazio, che hanno rilasciato le rispettive autorizzazioni alla conduzione della survey l'11 e il 19 Novembre 2017, ma non alla divulgazione del proprio nome. Nelle richieste sottomesse alla Direzione delle due Aziende Ospedaliere, erano state illustrate le finalità dello studio, la metodologia di raccolta dei dati e lo strumento da utilizzare. In aggiunta, per questo studio era stata ricevuta la liberatoria in data 19 Settembre 2017, per l'utilizzo ai fini scientifici dello strumento: "Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps". Infine, tutte le autorizzazioni per questo studio sono reperibili presso gli autori Martina Ziello e Andrea Lombardi.

La partecipazione è stata su base volontaria. Nessun incentivo economico è stato offerto per la partecipazione allo studio. È stato garantito l'anonimato degli operatori che hanno partecipato secondo la legge italiana 196/2003. Lo studio è stato condotto in accordo con la dichiarazione di

Helsinki.

Criteri di inclusione, raccolta dati e strumento

È stato selezionato un campione casuale composto da infermieri clinici che operano in due ospedali metropolitani romani di entrambi i sessi, con età >18 anni, ad esclusione degli infermieri che operano nei day hospital e i poliambulatori. I questionari sono stati distribuiti dal 25 Ottobre 2017 al 30 Novembre 2017 presso le unità operative dei due ospedali, raggruppate in 3 aree omogenee quali Area Critica, Area Medica e Area Chirurgica. La ricerca è stata condotta utilizzando la versione validata in italiano dello strumento: “Index of Work Satisfaction di Stamps (IWS)”[33]. Lo strumento è composto da 44 items suddivisi in 7 macroaree: autonomia (9 items), status professionale (7 items), retribuzione (6 items), ruolo (6 items), politiche organizzative (6 items), interazioni con i medici (5 items), interazioni con i colleghi infermieri (5 items). L’ IWS misura il livello di soddisfazione lavorativa totale e relativa a ciascuna delle sette macroaree. È stato chiesto ai partecipanti di esprimere la loro opinione per ogni singolo item, attraverso l’attribuzione di un punteggio secondo una scala di Likert a 7 punti (punteggio da 1=fortemente in disaccordo a 7=fortemente d’accordo). Il punteggio ottenuto dalle risposte è stato diviso in percentuale di giudizi negativi (da 1 a 3) e percentuale di giudizi positivi (da 5 a 7). L’IWS risulta avere un’elevata coerenza interna, alfa di Cronbach pari a 0.92 per l’intero questionario[33].

Nella prima parte del questionario sono state raccolte le informazioni personali (vedi paragrafo *fattori sociodemografici e professionali*) dell’intervistato, mentre, nella seconda parte vi sono gli items secondo l’adattamento italiano dell’IWS, in cui le affermazioni raggruppate identificano sette aree: (1) Autonomia, (2) Status professionale, (3) Retribuzione, (4) Mansioni richieste dal ruolo, (5) Politiche organizzative, (6) Interazioni con i medici, (7) Interazioni con i colleghi infermieri.

L’Autonomia intesa come l’effettiva possibilità di prendere decisioni e assumersi responsabilità nello svolgimento delle proprie attività. Lo status professionale, sintetizzato da sette domande,

rappresenta il senso di orgoglio nell'essere infermiere; la retribuzione si riferisce al senso di soddisfazione per la retribuzione percepita. Le mansioni richieste dal ruolo rappresentano i ritmi di lavoro adeguati. Le politiche organizzative sono relative alle pratiche gestionali che hanno a che fare con la comunicazione interna. L'interazione con i medici si riferisce alla qualità delle relazioni tra infermieri e medici all'interno del reparto di appartenenza.

Fattori professionali e sociodemografici

Sono state raccolte informazioni personali per ogni intervistato attraverso l'utilizzo di un questionario sociodemografico/professionale costruito ad hoc che comprende fattori sociodemografici (età, sesso, coniugato [sì, no], numero di figli, titolo di studio [Laurea triennale in infermieristica, Diploma di laurea per infermiere, Diploma di scuola regionale per infermieri professionali], formazione post-base [Master di 1° Livello, Laurea Magistrale Infer&Ostetr, Dottorato di Ricerca, altro]) e fattori professionali (struttura d'appartenenza, anni di servizio, anni nella struttura, anni nel reparto, tipologia di contratto [tempo indeterminato, tempo determinato], profilo orario [part-time, full-time], turnazione [mattina, mattina/pomeriggio, mattina/pomeriggio/notte], previsione di pensionamento nei prossimi tre anni [sì, no, incerto], previsione di cambiare reparto, inteso come turnover [sì, no, incerto] e limitazioni al lavoro [sì, no].

Analisi Statistica

L'analisi dei dati, è stata effettuata utilizzando il software SPSS versione 20th (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

L'analisi descrittiva dei fattori sociodemografici e professionali è stata fornita, utilizzando frequenze e percentuali, per le variabili qualitative, media e deviazione standard (DS), o mediana ed intervallo interquartile (IQR) per le variabili numeriche. Sono stati considerati giudizi negativi i punteggi compresi tra 1 e 3, mentre, il valore 4 indica neutralità, per i giudizi positivi quelli

compresi tra 5 e 7[33].

L'analisi della varianza (ANOVA) è stata eseguita per individuare gli effetti dei fattori sociodemografici/professionali sulle macroaree e sul punteggio IWS totale. Il confronto tra le risposte (sì, no, incerto) per le macroaree è stato eseguito con one-way Anova test. Se il test Anova era positivo, cioè $p < 0.05$, il post hoc test era eseguito per il confronto a coppie, utilizzando il t-test di Student con la correzione Bonferroni.

I valori di IWS sono stati trattati come variabili numeriche con distribuzione normale, il test di Kolmogorov-Smirnov sul punteggio totale ($p = 0.64$) supporta l'ipotesi di normalità.

E' stato considerato statisticamente significativo un valore di $p < 0.05$.

RISULTATI

Sono stati consegnati 504 questionari e ritirati 272, di questi sono risultati eleggibili per lo studio 264 (52%), di cui sono stati esclusi 8 questionari perché compilati parzialmente. Il campione totale è composto dal 72% (190) donne e 28% (74) uomini, l'età media è di 46,5 anni ($DS = 7.5$) maggiori dettagli in Tabella 1.

L'11.7% (31) degli intervistati riferisce di possedere un contratto a tempo determinato, mentre l'88.3% (233) quello a tempo indeterminato.

Per quanto riguarda il profilo orario il 93.6% (247) osserva un orario di servizio full-time, invece, il 6.4% (17) un orario part-time. Gli infermieri che lavorano sui tre turni sono il 74.2 % (196), su due turni il 7.2% (19) e su un solo turno il 18.6% (49). Rileviamo una previsione del turnover sui tre anni per il 21.2% (56), gli incerti 25.4% (67) e per gli infermieri che non hanno una previsione il 53.4% (141). Il 4.9% (13) ha una previsione di andare in pensione nei prossimi tre anni, l'85.2% (225) non ha questa previsione, mentre, gli incerti si attestano al 9.9% (26).

Infine gli infermieri che riferiscono di avere delle limitazioni sono il 17.1% (45), al contrario dell'82.9% (219)

Tabella 1. Descrizione campione (n= 264)

Variabile	N	(%)
<i>Genere</i>		
Maschio	74	(28.0)
Femmina	190	(72.0)
<i>Coniugato</i>		
Si	196	(74.2)
No	68	(25.8)
<i>Figli</i>		
Si	177	(67.0)
No	87	(33.0)
<i>Reparto</i>		
Area Medica	169	(64.0)
Area Chirurgica	57	(21.6)
Area Critica	38	(14.4)
<i>Titolo di Studio</i>		
Laurea in infermieristica	154	(58.3)
Diploma universitario per infermiere	55	(20.8)
Scuola regionale per infermiere	55	(20.8)
Formazione Post-base		
Master di 1° Livello	58	(21.9)
Laurea Magistrale Infer&Ostetr	14	(5.3)
Dottorato di ricerca	1	(0.4)
Altro	39	(14.5)
Nessun titolo post base	152	(57.6)
Età	Media = 46.5; DS = 7.5	
Anni di servizio	Media = 22.1; DS = 7.9	
Anni di servizio nella struttura	Media = 18.0; DS = 9.1	
Anni in reparto	Media = 9.4; DS = 8.1	

DS=Deviazione standard

Nella Tabella 2 sono riportati i dati complessivi sul totale di tutti i punteggi per ognuno dei 44 item del questionario, utilizzando la metodologia di reporting dell'ideatore dello strumento per rendere confrontabili i risultati [33].

I risultati dei giudizi sulle aree di interesse dell' IWS riportano che il 75.9% dei partecipanti alla survey ha espresso un giudizio negativo sulla retribuzione, il 55.8% esprime il medesimo giudizio sulle mansioni richieste per il ruolo, il 53.5% per le politiche organizzative, il 44.5% con l'interazione con i medici, al contrario giudizi positivi sono riportati per le macro aree

dell'autonomia (56%), status professionale (60%) e interazione tra colleghi (65%).

Tabella 2. Sintesi dei risultati del questionario

Analisi	Risultato
Media	174.4
Media (su una scala da 1 a 7)	4.0
Mediana	176
Moda	183
Deviazione standard	25.5
Intervallo	152
Range:	91-243
Giudizi negativi (1-3)	42.0%
Giudizi positivi (5-7)	42.6%

Maggiori dettagli sui giudizi riportati, sono mostrati in Tabella 3.

Tabella 3. Macro Aree Index of Work Satisfaction

Aree	Items	Media	DS	Media 1-7	Neg (%)	Pos (%)
Autonomia	(9 item)	42.4	7.7	4.7	26.7	56.0
Status professionale	(7 item)	33.3	7.2	4.8	25.3	60.0
Retribuzione	(6 item)	14.2	6.5	2.4	75.9	15.1
Mansioni richieste dal ruolo	(6 item)	19.6	5.9	3.3	55.8	26.5
Politiche organizzative	(6 item)	20.5	5.7	3.4	53.5	32.9
Interazione con i medici	(5 item)	18.9	5.5	3.8	44.5	35.6
Interazione con i colleghi	(5 item)	25.4	5.6	5.1	19.7	65.0

DS: Deviazione Standard; Valori medi, percentuali di giudizio negativi (1-3) positivi (5-7) relativi a ciascuna area

Delle 7 aree identificate l'autonomia ha ottenuto il punteggio medio più alto (Media = 42.4; DS = 7.7) seguita da status professionale (Media = 33.3; DS = 7.2), interazioni con i colleghi (Media 25.4; DS = 5.6), politiche organizzative (Media = 20.5; DS = 5.7), mansioni richieste dal ruolo (Media = 19.6; DS = 5.9), interazioni con i medici (Media = 18.9; DS = 5.5) e in ultimo la retribuzione (Media = 14.2; DS = 6.5). Dall'analisi dettagliata delle percentuali positive (valori compresi tra 5 e 7) inerenti all'essere in accordo con le affermazioni proposte in relazione all'area di riferimento si

nota che nell'area dell'autonomia il personale infermieristico afferma che si sente controllato più del necessario (61%), che i superiori prendono tutte le decisioni (52%) e programmano tutte le attività causando frustrazione (52%), che si sentono di non fare nulla di realmente significativo nella propria attività lavorativa (67%), che talvolta sul lavoro gli viene richiesto di fare cose che sono contrarie alla propria etica professionale (66%) e che non sono necessarie troppe conoscenze o capacità per svolgere la professione di infermiere (82%).

Nello status professionale, il personale infermieristico sottolinea che la figura dell'infermiere (88%) e l'assistenza che eroga (44%) è importante, che si sente sufficientemente stimolato nel prestare le cure (69%), soddisfatto delle proprie attività (62%) e fiero di parlare di ciò che si fa nel proprio lavoro (70%) e se potesse, intraprenderebbe nuovamente la professione di infermiere (53%). Nell'area della retribuzione è chiara l'insoddisfazione dello stipendio percepito (72%) considerato inadeguato (83%) con la necessità di essere aumentato (90%). Nell'area delle mansioni richieste dal ruolo emerge il troppo lavoro burocratico (68%) che toglie tempo all'assistenza diretta (75%). Nell'area delle politiche organizzative emerge una netta distanza tra l'amministrazione ospedaliera e il personale di comparto (78%), una ridotta opportunità di carriera (66%), nessuna opportunità di partecipare ai processi decisionali (70%) ma sono liberi di esprimersi in merito al funzionamento del reparto di appartenenza (66%).

Nell'area di interazione tra i colleghi emerge una forte collaborazione (72%), un buon lavoro di gruppo e cooperazione tra colleghi (68%) anche se la collaborazione si riduce quando il personale è nuovo (56%). Nell'area di interazione con i medici emerge il continuo conflitto (45%) e la necessità da parte degli infermieri di un riconoscimento reale sotto il profilo delle conoscenze e delle capacità (76%). Dall'analisi tra i fattori professionali/sociodemografici e dell'IWS osserviamo che solo la previsione di cambiare reparto nei tre anni, inteso come turnover ($p=0.002$), e la tipologia di contratto ($p=0.004$) mostrano differenze statisticamente significative sul punteggio totale IWS. Per il fattore professionale della previsione di cambiare reparto, come turnover l'analisi mostra

differenze statisticamente significative tra i tre gruppi (sì, no e incerto) nelle macro aree dell'autonomia ($p=0.01$), status professionale ($p=0.004$), mansioni richieste dal ruolo ($p=0.002$) e interazione tra i colleghi ($p=0.002$). Maggiori dettagli riportati in Tabella 4.

Tabella 4. ANOVA macro aree per turnover

Aree IWS	SI			NO			INCERTO			<i>p-value</i>
	N	Media	DS	N	Media	DS	N	Media	DS	
Autonomia	56	42.3	7.3	141	43.5	7.4	67	40.1	8.2	0.01
Status professionale	56	30.7	8.3	141	34.5	6.7	67	33.0	6.8	0.004
Retribuzione	56	15.1	6.7	141	14.4	6.3	67	12.9	6.6	0.14
Mansioni richieste dal ruolo	56	19.3	6.2	141	20.7	5.4	67	17.6	6.3	0.002
Politiche organizzative	56	19.9	5.5	141	21.1	5.6	67	19.9	5.9	0.22
Interazione/medici	56	18.9	5.6	141	18.9	5.6	67	18.8	5.3	0.98
Interazione/infermieri	56	23.7	5.7	141	26.3	5.2	67	24.9	6.1	0.01
IWS totale	56	169.9	26.2	141	179.5	22.4	67	167.4	27.6	0.002

DS: Deviazione Standard; in grassetto i p-value statisticamente significativi

Dal post hoc Anova test, ovvero dal confronto a coppie tra le risposte “sì”, “no” e “incerto” per le macroaree IWS, emergono differenze statisticamente significative per l'autonomia (no vs incerto; $p=0.01$), lo status professionale (sì vs no; $p=0.003$), le mansioni richieste dal ruolo (no vs incerto; $p=0.001$), l'interazione/infermieri (sì vs no; $p=0.01$) e il punteggio IWS totale (sì vs no; $p=0.04$; no vs incerto; $p=0.003$).

Altro fattore professionale che mostra differenze statisticamente significative al punteggio IWS è la tipologia di contratto ($p=0.004$). Il dettaglio per le macroaree ci mostra come la differenza tra la tipologia di contratto (determinato vs indeterminato) di un infermiere impatta positivamente sulla soddisfazione professionale per le aree dell'autonomia ($p=0.01$), status professionale ($p=0.025$) per gli infermieri con un contratto a tempo determinato (Media 36.0; DS=5.4), retribuzione ($p=0.004$) per gli infermieri a tempo determinato (Media=17.3 DS=7.3).

Maggiori dettagli sono mostrati in Tabella 5.

Tabella 5. ANOVA macro aree per contratto

Aree IWS	determinato			indeterminato			<i>p-value</i>
	N	Media	DS	N	Media	DS	
Autonomia	31	45.6	7.0	233	42.0	7.7	0.01
Status professionale	31	36.0	5.4	233	32.9	7.4	0.025
Retribuzione	31	17.3	7.3	233	13.8	6.3	0.004
Mansioni richieste dal ruolo	31	20.0	5.9	233	19.6	5.9	0.70
Politiche organizzative	31	21.9	5.5	233	20.4	5.7	0.16
Interazione con i medici	31	18.8	5.6	233	18.9	5.5	0.87
Interazione con i colleghi	31	26.7	5.2	233	25.2	5.7	0.17
IWS totale	31	186.4	23.9	233	172.8	24.9	0.004

DS: Deviazione Standard; in grassetto i p-value statisticamente significativi

Nel confronto tra i fattori indagati come le due strutture ($p=0.76$), sesso ($p=0.4$), età ($p=0.75$), coniugato ($p=0.25$), figli ($p=0.87$), reparto ($p=0.21$), anni di reparto ($p=0.91$), anni nella struttura ($p=0.29$), anni di servizio ($p=0.92$), titolo di studio ($p=0.13$), formazione post-base ($p=0.13$), profilo orario ($p=0.73$), turnazione ($p=0.13$), previsione di pensionamento nei prossimi tre anni ($p=0.78$) e le limitazione ($p=0.63$) e l'indice IWS totale, non si attestano differenze statisticamente significative.

DISCUSSIONE

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare la soddisfazione lavorativa degli infermieri in due Aziende Ospedaliere di Roma. I risultati del nostro studio mostrano come l'autonomia sia una delle macroaree che determina la soddisfazione professionale (IWS Media=42.7; DS=7.7, Giudizi Positivi=56%), lo status professionale (IWS Media=33.3; DS=7.2; Giudizi Positivi=60%) e l'interazione tra colleghi (IWS Media=25.4; DS=5.6; Giudizi Positivi=65%). L'autonomia professionale rappresenta un'area di soddisfazione e la percezione di una giusta autonomia lavorativa incrementa la soddisfazione lavorativa[34,35,36] e riduce lo stress lavoro-correlato[37] e l'intenzione a lasciare il lavoro[35]. Ciò che emerge dallo studio è un valore tendenzialmente positivo in senso generale ma nello specifico la sensazione di essere troppo controllati, la troppa programmazione effettuata dai superiori che porta ad una sensazione di inutilità e le frequenti

richieste di attività che non sono proprie delle funzioni infermieristiche, provoca un forte senso di frustrazione inducendo il personale a pensare che dopo tutto non sono necessarie troppe conoscenze o capacità per svolgere l'infermiere, ostentando un atteggiamento poco professionale. Tale atteggiamento confermato in letteratura in cui è dimostrato che i professionisti che hanno un'autonomia ridotta mostrano una diminuzione sostanziale della professionalità nello svolgere il lavoro[38]. Lo status professionale deriva dall'insieme delle numerose capacità, conoscenze e competenze richieste per esercitare questa professione. In accordo con la letteratura, l'identità professionale è designata dall'insieme degli atteggiamenti, dei valori, delle conoscenze, delle credenze e delle abilità che vengono condivise con gli altri professionisti all'interno di un gruppo di lavoro[39]. Da questo studio emerge che gli infermieri sono soddisfatti del proprio lavoro e lo considerano socialmente indispensabile in linea con la letteratura in cui si evidenzia quanto i professionisti che hanno una forte identità professionale offrono una valida assistenza ai pazienti nei contesti sanitari, sviluppano competenze migliori in ambito clinico per contribuire alla soddisfazione del paziente[40] e mostrano standard di lavoro più elevati[41]. Lo sviluppo di un'identità professionale fa sì che la soddisfazione personale aumenti e diminuisca l'insoddisfazione per il proprio lavoro[42]. Inoltre dallo studio emerge che gli infermieri si sentono stimolati, soddisfatti e ri-intraprenderebbero la carriera professionale.

La macroarea della retribuzione è senza dubbio, un aspetto che mostra insoddisfazione e demoralizzazione, in quanto non proporzionale alla responsabilità dell'infermiere. In letteratura la retribuzione è percepita dal prestatore d'opera come un importante riconoscimento, come conseguenza dei risultati ottenuti[43] e rappresenta uno strumento che garantisce il sostentamento, ma che influisce notevolmente sulla soddisfazione lavorativa[33]. Invece, l'insoddisfazione retributiva induce a comportamenti indesiderati dei dipendenti come l'assenteismo[44], la volontà di scioperare e la riduzione delle prestazioni lavorative[40,45]. Dal campione in studio è emersa un'insoddisfazione per l'assenza di aumenti salariali, passaggi di fascia ed incentivi che

rappresentano dei feedback essenziali per il lavoratore, che quotidianamente punta al raggiungimento di obiettivi rendendoli strumenti per migliorare la soddisfazione ed il proseguimento del lavoro infermieristico[43]. Inoltre, esso è considerato inadeguato e necessita di essere adeguato alle responsabilità che ricadono sul professionista. Per quanto riguarda il ruolo, i partecipanti di questo studio evidenziano un elevato senso di collaborazione con i colleghi, e questo rappresenta un aspetto fondamentale per l'erogazione, da parte degli infermieri, di un alto livello di assistenza. Infatti in letteratura, il lavoro di equipe è un fattore indispensabile che garantisce una condivisione delle informazioni sulle attività con lo scopo di raggiungere obiettivi assistenziali e organizzativi comuni[19]. Ma viene sottolineato il troppo lavoro burocratico, che toglie tempo all'assistenza diretta al paziente spesso dovuto a richieste di attività non attribuibili all'infermiere. Per ciò che concerne il fattore delle politiche organizzative, lo studio evidenzia un marcato senso di insoddisfazione determinato da una distanza reale tra i problemi quotidiani dei professionisti e l'organizzazione aziendale. Questo è dovuto ai diversi interessi dei dipendenti e dei dirigenti, infatti le risorse disponibili sono limitate ed è forte l'aspirazione a voler ottenere avanzamenti di carriera[32]. Come confermato anche in letteratura, le azioni di un soggetto sono tendenzialmente orientate al raggiungimento dei propri interessi anche se non coincidono con quelli dell'organizzazione[46]. Questo determina risultati negativi con effetti di scarso rendimento lavorativo[47] e di insoddisfazione lavorativa[32]. Inoltre nello studio emerge l'insoddisfazione nel non poter prendere parte alle decisioni e alla scelta degli obiettivi ma potersi esprimere solo in merito al funzionamento dell'unità operativa di appartenenza. L'interazione con i colleghi infermieri dimostra un profondo senso di soddisfazione che influenza positivamente la soddisfazione lavorativa in cui emerge una forte collaborazione, un buon lavoro di gruppo e di cooperazione tra colleghi anche se questa si riduce quando vi è l'arrivo di neoassunti. I risultati sono in linea con altri studi che conferiscono alla collaborazione e alle interazioni con i colleghi un grande peso nella valutazione della soddisfazione lavorativa[35]. Questo è un fattore che tutti i

dirigenti dovrebbero avere chiaro e su cui far leva per migliorare la qualità degli ambienti lavorativi. La macroarea dell'interazione con i medici evidenzia il continuo conflitto infermiere/medico, anche se gli infermieri e medici svolgono un ottimo lavoro di squadra, mantenendo un processo, nel quale essi hanno obiettivi condivisi, per le aree di competenza (assistenza e cura)[48]. Vi è però la sensazione da parte degli infermieri che le loro capacità non vengano riconosciute[49]. Questa situazione è vissuta dal personale infermieristico come un'esperienza soffocante che svaluta il professionista portando all'aumentato della loro insoddisfazione professionale[36].

Lo studio ha evidenziato una correlazione molto importante tra soddisfazione lavorativa, le singole aree e il turnover ogni 3 anni dell'unità operativa. Le aree della soddisfazione lavorativa correlate al turnover dell'unità operativa sono in particolare per l'autonomia, lo status professionale e il ruolo. Il cambiamento è spesso in relazione alle difficoltà di conciliare la famiglia e il lavoro[25], dalla volontà di ricercare migliori opportunità professionali, dalla costante ricerca di una crescita professionale e il desiderio di continuare ad investire sulla propria formazione[26]. È stato dimostrato che un ambiente fertile con un buon supporto professionale, opportunità di sviluppo e crescita professionale influenza in maniera significativa la soddisfazione del professionista[14,29,31]. Ecco perché la soddisfazione lavorativa è insita nel cambiamento che induce a mettersi in gioco, raggiungere nuovi obiettivi a stimolare le competenze del professionista tenendo alti i livelli di soddisfazione.

Conclusioni

Questo studio mostra come sia necessario da parte degli organi dirigenziali delle Aziende Ospedaliere, il monitoraggio di tale variabile. L'autonomia, lo status professionale e la retribuzione vengono considerate delle aree della soddisfazione lavorativa importanti per il lavoro, mentre, il turnover e la tipologia di contratto impattano positivamente sulla soddisfazione lavorativa. Il peso delle varie aree, che compongono la soddisfazione lavorativa sulla soddisfazione globale del

lavoratore, può essere utilizzato sul campo, come stimoli per indirizzare al meglio le indagini sulla soddisfazione lavorativa degli infermieri. Infatti la soddisfazione lavorativa rappresenta, nel panorama legislativo, un criterio per la valutazione della qualità delle cure erogato, al punto da essere normato attraverso la Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni del 24 marzo 2004, che all'art. 3 afferma: *“Le Amministrazioni sono invitate (...) a valutare e migliorare il benessere all'interno della propria organizzazione rilevando le opinioni dei dipendenti sulle dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro e realizzando opportune misure di miglioramento”*. Pertanto, saper indagare ed applicare le metodologie di valutazione e di correzione da parte della dirigenza, non è solo un atto etico, con il fine di prestare al lavoratore le migliori condizioni di lavoro possibili, ma anche un dovere riconosciuto dalla Legge.

Limiti

Questo studio presenta dei limiti rappresentati dal campionamento di convenienza, dall'esclusione di altri setting come day hospital e ambulatori, che non sono state indagate e dalla difficoltà di ottenere ulteriori autorizzazioni per lo svolgimento dello studio. La ridotta numerosità campionaria non ci permette di generalizzare i dati al contesto romano. Inoltre, in Italia è stata studiata la correlazione tra la soddisfazione lavorativa e le aggressioni, fenomeno che influenza fortemente la soddisfazione lavorativa[50], ma non indagata in questa survey.

Implicazioni per la professione Infermieristica

La soddisfazione lavorativa è un fenomeno che influenza le performance assistenziali degli infermieri[32,35,47]. La qualità delle cure erogate dovrebbe essere una priorità di chi ricopre ruoli apicali all'interno delle strutture ospedaliere. L'autonomia è spesso considerato un aspetto spinoso dagli infermieri, la promozione di protocolli infermieristici di gestione, potrebbe valorizzare

l'autonomia professionale. Valutare la soddisfazione lavorativa infermieristica ed attuare azioni correttive dei fattori carenti permettono una migliore condizione lavorativa all'infermiere e di conseguenza permettono all'azienda di raggiungere gli obiettivi di produzione prefissati, istituendone sistemi di monitoraggio. Incoraggiare i *decision makers* a coinvolgere tutte le figure professionali, che collaborano all'erogazione delle prestazioni sanitarie e condividere le scelte e le strategie organizzative, con lo scopo di delineare in modo chiaro ed univoco gli obiettivi da raggiungere e il percorso da intraprendere per puntare all'eccellenza. Infine promuovere e sostenere le interazioni sociali all'interno dell'azienda garantisce gruppi professionali uniti e collaborativi su cui fare leva.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano le direzioni aziendali e gli infermieri che hanno partecipato all'indagine e il Prof. Cortese per la concessione all'utilizzo dello strumento di ricerca.

Contributo autori

Tutti gli autori hanno contribuito ad ogni fase della ricerca e nella stesura del report finale.

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. Mahmood A, Nudrat S, Asdaque MM, Nawaz A, Haider N. Job Satisfaction of Secondary School Teachers: A Comparative Analysis of Gender, Urban and Rural Schools. *Asian Social Science*, 2011; 7(8): 203-7.
2. Kinzl JF, Knotzer H, Traweger C, Lederer W, Heidegger T, Benzer A. Influence of working conditions on job satisfaction in anesthetists. *Br. J. Anaesth*, 2005; 94 (2):211-5.
3. Weisman CS, Nathanson CA. Professional Satisfaction and Client Outcomes: A Comparative Organizational Analysis. *Med Care*. 1985;23(10):1179-1192.
4. Duffield CM, Roche MA, Blay N, Stasa H. Nursing unit managers, staff retention and the work environment: Nursing unit managers, staff retention, work environment. *J Clin Nurs*. 2011;20(1-2):23-33.
5. Sikora DM, Ferris GR, Van Iddekinge CH. Line manager implementation perceptions as a mediator of relations between high-performance work practices and employee outcomes. *J Appl Psychol*. 2015;100(6):1908-1918.
6. Stichler JF. Succession Planning: Why Grooming Their Replacements is Critical for Nurse Leaders. *Nurs Womens Health*. 2008;12(6):525-528.
7. Swearingen S. A Journey to Leadership: Designing a Nursing Leadership Development Program. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(3):107-112.
8. Warshawsky NE, Havens DS. Nurse manager job satisfaction and intent to leave. *Nurs Econ*. 2014;32(1):32-39.
9. Lu H, While AE, Louise Barriball K. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(2):211-227.
10. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344(mar20 2):e1717-e1717.

11. Titzer J, Phillips T, Tooley S, Hall N, Shirey M. Nurse manager succession planning: synthesis of the evidence. *J Nurs Manag.* 2013;21(7):971-979.
12. Chang W-Y, Ma J-C, Chiu H-T, Lin K-C, Lee P-H. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs.* 2009;65(9):1946-1955.
13. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *Int J Qual Health Care.* 2011;23(3):302-308.
14. Laschinger HKS. Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses: Satisfaction and turnover in new nurses. *J Nurs Manag.* 2012;20(4):472-484.
15. Lu H, Barriball KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(8):1017-1038.
16. Storey C, Cheater F, Ford J, Leese B. Retaining older nurses in primary care and the community. *J Adv Nurs.* 2009;65(7):1400-1411.
17. Curtis EA, Glacken M. Job satisfaction among public health nurses: a national survey. *J Nurs Manag.* 2014;22(5):653-663.
18. Delobelle P, Rawlinson JL, Ntuli S, Malatsi I, Decock R, Depoorter AM. Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey: Job satisfaction and turnover intent of PHC nurses in rural South Africa. *J Adv Nurs.* 2011;67(2):371-383.
19. Chang W-P, Chang Y-P. Relationship between job satisfaction and sleep quality of female shift-working nurses: using shift type as moderator variable. *Ind Health.* 2019;57(6):732-740.
20. Campbell SL, Fowles ER, Weber BJ. Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nurs Boston Mass.* 2004;21(6):564-571.
21. Davey MM, Cummings G, Newburn-Cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2009;17(3):312-330.

22. Ambrosi E, Portoghese I, Galletta M, Marchetti P, Battistelli A, Saiani L. L' intenzione di lasciare l' ospedale degli infermieri con esperienza lavorativa <3 anni. Uno studio esplorativo. *Assist Inferm E Ric.* 2011.
23. Hayes LJ, O' Brien-Pallas L, Duffield C, et al. Nurse turnover: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(2):237-263.
24. Faragher EB. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005;62(2):105-112.
25. Payne S. Why midwives fail to stay in practice following a return to practice course. *Br J Midwifery.* 2010;18(6):376-381.
26. Jarosova D, Gurkova E, Palese A, et al. Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *J Nurs Manag.* 2016;24(1):70-79.
27. Huang C-C, You C-S, Tsai M-T. A multidimensional analysis of ethical climate, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behaviors. *Nurs Ethics.* 2012;19(4):513-529.
28. Phillips C, Kenny A, Esterman A, Smith C. A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Educ Pract.* 2014;14(2):106-111.
29. Beecroft PC, Dorey F, Wenten M. Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):41-52.
30. Spence Laschinger HK. Effect of Empowerment on Professional Practice Environments, Work Satisfaction, and Patient Care Quality: Further Testing the Nursing Worklife Model. *J Nurs Care Qual.* 2008;23(4):322-330.
31. Kovner CT, Brewer CS, Greene W, Fairchild S. Understanding new registered nurses' intent to stay at their jobs. *Nurs Econ.* 2009;27(2):81-98.

32. Sansoni J, De Caro W, Marucci AR. Nurses' Job satisfaction: an Italian study. *Ann Ig Med Prev E Comunita.* 2016;(1):58 – 69.
33. Cortese C. La soddisfazione lavorativa del personale infermieristico. Adattamento italiano della scala Index of Work Satisfaction di Stamps. *Med Lav.* 2007;98(3):175-191.
34. Doede M. Race as a predictor of job satisfaction and turnover in US nurses. *J Nurs Manag.* 2017;25(3):207-214.
35. Halcomb E, Smyth E, McInnes S. Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1).
36. Karanikola MNK, Albarran JW, Drigo E, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *J Nurs Manag.* 2014;22(4):472-484.
37. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(1):652-666.
38. Perry JJ. State-Granted Practice Authority: Do Nurse Practitioners Vote with Their Feet? *Nurs Res Pract.* 2012:1-5.
39. Adams K, Hean S, Sturgis P, Clark JM. Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learn Health Soc Care.* 2006;5(2):55-68.
40. Poghosyan L, Liu J, Shang J, D' Aunno T. Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Manage Rev.* 2017;42(2):162-171.
41. Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M. The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1).
42. Sabanciogullari S, Dogan S. Relationship between job satisfaction, professional identity and intention to leave the profession among nurses in Turkey. *J Nurs Manag.* 2015;23(8):1076-1085.
43. Meltz N, Marzetti J. The shortage of registered nurse: An analysis in a labour market context. *Tor Can Regist Nurses Assoc Ont.* 1988.

44. McShane SL. Job Satisfaction and Absenteeism: A Meta-Analytic Re-examination. *Can J Adm Sci Rev Can Sci Adm.* 2009;1(1):61-77.
45. Harper E, Castrucci BC, Bharthapudi K, Sellers K. Job Satisfaction: A Critical, Understudied Facet of Workforce Development in Public Health. *J Public Health Manag Pract.* 2015;21:S46-S55.
46. Kapoutsis I, Papalexandris A, Thanos IC, Nikolopoulos AG. The role of political tactics on the organizational context – career success relationship. *Int J Hum Resour Manag.* 2012;23(9):1908-1929.
47. Falatah R, Salem OA. Nurse turnover in the Kingdom of Saudi Arabia: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2018;26(6):630-638.
48. Petri L. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration: Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nurs Forum (Auckl).* 2010;45(2):73-82.
49. Ghadirian F, Salsali M, Cheraghi MA. Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;19(1):1-10.
50. Gravante F, Lombardi A, Cecere L, Russo G, De Rosa F, Gagliardi AM, Gili A, Ramacciati N. Gli infermieri di pronto soccorso e la violenza sul luogo di lavoro: un'indagine trasversale nel contesto campano. Emergency nurse and workplace violence: a cross-sectional study in Campania, South Italy. *Prof Inferm* 2020;73(3):89-97.

COVID-19 E STUDENTI DI INFERMIERISTICA IN PRIMA LINEA: UNA RIFLESSIONE

Fabio Baldini^{1*}, Walter De Luca²

1. Infermiere, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Pronto Soccorso, Ausl della Romagna, Ravenna.
2. Infermiere, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Pronto Soccorso, Ausl della Romagna, Ravenna. Comitato Scientifico SIET;

* *Corresponding Author:* Fabio Baldini, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Pronto Soccorso, Ausl della Romagna, Ravenna (Italia). E-mail: fabibaldini1994@hotmail.it

Articolo di commento

DOI: [10.32549/OPI-NSC-45](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-45)

Sottomesso il 14 Novembre, 2020

Revisionato il 19 Dicembre, 2020

Accettato il 24 Dicembre, 2020

Questo articolo è concesso con licenza internazionale Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0).

ABSTRACT

Lo scopo di questo articolo di commento è quello di discutere e innescare riflessioni sulle conseguenze di un eventuale arruolamento degli studenti del 3 anno del CdL in Infermieristica, come rinforzo nei *setting* ospedalieri per il contenimento dell'emergenza COVID-19. Le loro competenze limitate potrebbero generare esiti negativi nel sistema salute.

Parole Chiave: Studente Infermiere, Infermieristica, Pandemia, COVID-19, Infezione.

COVID-19 AND NURSING STUDENTS ON FIRST LINE: A REFLECTION

ABSTRACT

The purpose of this commentary is to trigger discussions and reflections on the consequences of an eventual enrollment of the 3rd year students of the degree in nursing, as a reinforcement in hospital settings in containing the COVID-19 emergency. Their limited skills could generate negative outcomes in the health system.

Keywords: Nurse student, Nursing, Pandemic, COVID-19, Infection.

Commentary article

DOI: [10.32549/OPI-NSC-45](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-45)

Submitted November 14th, 2020

Revised December 19th, 2020

Accepted December 24th, 2020

This article is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0 International License (CC BY NC ND 4.0).

INTRODUZIONE

Con la sua comparsa nel 2020, il nuovo coronavirus (SARS-CoV-2), causa della malattia COVID-19, è diventato attualmente una minaccia per l'intera salute globale [1]. La scarsità di personale infermieristico disponibile nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) Italiano [2] ha portato il Governo ad arruolare studenti del 3° anno, del medesimo CdL, in attività di *contact tracing*, per fronteggiare l'emergenza sanitaria [3]. La preoccupazione che, in un futuro prossimo, avvenga un pieno coinvolgimento degli studenti infermieri nei diversi *setting* assistenziali, come già avvenuto in diverse realtà internazionali [4-6], ha spinto ad indagare l'attuale stato dell'arte. Lo scopo di questo articolo di commento, difatti, mira a far riflettere su possibili rischi e conseguenze dettate dal loro precoce inserimento in contesti assistenziali, in relazione alla mancanza di solide competenze professionali, legate ad un percorso formativo incompleto.

DISCUSSIONE

Gli infermieri rappresentano la parte degli operatori sanitari colpita più duramente da SARS-CoV-2: l'ICN (International Council of Nurses), nel suo ultimo rapporto (28 Ottobre 2020), ha osservato come il numero di infermieri deceduti dopo aver contratto COVID-19 sia di 1.500 [7]. Il dato citato, tuttavia, fa riferimento alle sole informazioni provenienti da 44 dei 195 paesi del mondo e, di conseguenza, risulta essere molto sottostimato rispetto al reale numero di decessi. La stessa analisi dell'ICN suggerisce come circa il 10% dei casi accertati di COVID-19, a livello globale, sia composto da operatori sanitari (approssimativamente 4 milioni di contagi con circa 20 mila decessi). L'amministratore delegato di ICN, Howard Catton, ha affermato: "Il fatto che durante questa pandemia siano morti tanti infermieri quanti ne sono morti durante la Prima Guerra Mondiale è scioccante" [7]. Alla luce di questi numeri e delle dichiarazioni, risulta preoccupante il rischio infettivo a cui lo studente infermiere incorrerebbe se fosse chiamato in prima linea a fronteggiare la pandemia, soprattutto se si considera il suo impiego in contesti clinici ad alta

intensità di cura (es. terapie intensive, unità COVID-19 etc.), dove la possibilità di contrarre la malattia è maggiore. A confermare il probabile alto rischio di contagio in questa popolazione è uno studio italiano [8] che ha osservato come gli studenti del CdL in infermieristica non si proteggano a sufficienza, eseguano manovre talvolta scorrette o in maniera imprudente associate all'inesperienza, alla poca manualità e ad una bassa percezione del rischio.

Il personale infermieristico gioca un ruolo cruciale nella prevenzione e nella gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), soprattutto in era COVID-19, e la giusta formazione teorica e pratica, acquisita durante il corso della laurea triennale, può migliorare la loro conoscenza e la qualità stessa dell'assistenza. Università spagnole e inglesi dedicano all'espletamento del tirocinio clinico per i loro studenti un impegno di 2300 ore di esperienza diretta sul campo a contatto con infermieri esperti [6,9]. In Italia, lo stesso studente effettua solo 1900 ore nei tre anni di corso [8]. Nonostante le università straniere abbiano presumibilmente studenti con maggiori competenze professionali, derivate da una maggiore esperienza clinica, risultano non essere comunque all'altezza nell'affrontare l'emergenza sanitaria [6,10]. Uno studio spagnolo [10] ha fatto emergere come la maggior parte degli studenti infermieri e medici (65.3%) non si sentissero preparati, o lo erano a malapena, nel prendersi cura di pazienti positivi al SARS-CoV-2; dello stesso campione solo l'8.9% conosceva le misure base per prevenire la trasmissione del virus da un paziente infetto in ospedale. Oltremania, gli studenti di infermieristica riferivano una forte preoccupazione nel causare danni diretti ai degenti [6]. Laddove gli studenti internazionali considerati "più esperti", si siano sentiti impreparati di fronte alla minaccia del COVID-19, gli studenti italiani, in possesso di un bagaglio minore di competenze cliniche, rischiano di essere maggiormente sopraffatti dal virus qualora scendessero in prima linea. A rafforzare la gravità dell'ipotetico panorama nazionale sono i dati provenienti dalle stesse università italiane che confermano come la consapevolezza sulle ICA dei futuri laureati in infermieristica sia spesso inadeguata [11]. Lo sviluppo delle competenze cliniche avviene attraverso un processo costante che permette all'infermiere di accrescere le proprie abilità

solo dopo anni di applicazione delle conoscenze teoriche acquisite nel percorso formativo: competenze che uno studente al 3° anno non possiede.

Numerosi altri fattori possono rendere fallimentare l'ingresso precoce nel mondo del lavoro degli studenti, come l'impatto che il SARS-CoV-2 ha sulla salute mentale. La pandemia COVID-19 fa sperimentare, al personale esperto in prima linea, depressione, ansia, insonnia e stress, e gli infermieri risultano essere quelli più colpiti [12]. Lavorare nel trattamento e nella cura di pazienti con COVID-19 è considerato un fattore di rischio elevato per i sintomi menzionati [12]. Inoltre, durante uno stato pandemico, gli studenti sono esposti a fattori stressanti aggiuntivi, come la paura di essere infettati [5]. Considerando ciò, l'impatto mentale che lo studente di infermieristica subirebbe potrebbe risultare ancora più devastante. In Israele gli studenti impiegati durante la pandemia mostravano alti livelli di ansia, la quale aumentava quando gli stessi manifestavano un'intensa paura di contrarre il virus [5]. In Spagna il 38.9%, tra studenti di infermieristica e medicina, ha dichiarato di aver paura di contrarre l'infezione, rispetto al 92% che riferisce la paura di contagiare i propri cari [10]. Ansia e paura erano fortemente presenti anche tra gli studenti di infermieristica inglesi [6].

Nell'ipotesi di introdurre studenti negli ambienti clinici, va considerata anche la loro formazione e il loro livello di aggiornamento sulle conoscenze sia in tema COVID-19, sia sulla prevenzione e sul controllo delle infezioni. Ad esempio, in Spagna [10], solo il 18.6% degli studenti indagati ha ricevuto una formazione specifica sul COVID-19 organizzata dai servizi sanitari o dalla propria università.

L'accesso precoce dello studente infermiere in *setting* clinici potrebbe generare, in lui, stati emotivi di inquietudine, relativi al reale contributo che potrebbe dare nella crisi attuale. Con l'incremento dei contagi, colpendo numerosi operatori sanitari, diventa essenziale salvaguardare il diritto alla salute, conservando la sicurezza di pazienti, professionisti e studenti nei servizi sanitari. Dopotutto, senza un'adeguata esperienza clinica, gli studenti rischiano di diventare una delle concause

dell'espansione del virus nella comunità. Con le criticità osservate, non si può considerare una sicurezza la partecipazione dello studente infermieristico nello schieramento di forze per contrastare questo drammatico scenario.

Eventuali Finanziamenti

Questa analisi 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. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9): e475-e483.
2. Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. La carenza di infermieri Regione per Regione nel Ssn. FNOPI: “Correre ai ripari”. FNOPI: Roma, settembre 2018. Disponibile a: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/43-Comunicato-stampa-17-09-18.pdf>. Ultimo accesso: 06 Dicembre 2020.
3. Protezione Civile. Personale a supporto della medicina territoriale per Covid-19, al via la raccolta delle manifestazioni di interesse. Disponibile a: http://www.protezionecivile.gov.it/media-comunicazione/news/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/personale-a-supporto-della-medicina-territoriale-per-covid-19-al-via-la-raccolta-delle-manifestazioni-di-interes-1. Ultimo accesso: 06 Dicembre 2020.
4. Ministerio de Sanidad. Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 68, 2020. Disponibile a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3700>. Ultimo accesso: 06 Dicembre 2020.
5. Savitsky B, Findling Y, Ereli A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract*. 2020;46:102809.
6. Swift A, Banks L, Baleswaran A, Cooke N, Little C, McGrath L, et al. COVID-19 and student nurses: A view from England. *J Clin Nurs*. 2020; 29(17-18):3111-4.
7. International Council of Nurses (ICN) 2020. ICN confirms 1,500 nurses have died from COVID-19 in 44 countries and estimates that healthcare worker COVID-19 fatalities worldwide could be more than 20,000. 28 Ottobre 2020 Ginevra.

8. Galazzi A, Rancati S, Milos R. Un'indagine sugli infortuni durante il tirocinio degli studenti del corso di laurea in infermieristica. *G Ital Med Lav Ergon*. 2014;36(1):25-31.
9. Maciá-Soler L. Aniversario y competencias profesionales. *Revista Científica de Enfermería*. 2017;13: 1-4.
10. Cervera-Gasch Á, González-Chordá VM, Mena-Tudela D. COVID-19: Are Spanish medicine and nursing students prepared?. *Nurse Educ Today*. 2020; 92: 104473.
11. Brosio F, Kuhdari P, Stefanati A, Sulcaj N, Lupi S, Guidi E, et al. Knowledge and behaviour of nursing students on the prevention of healthcare associated infections. *J Prev Med Hyg*. 2017; 58(2): E99-E104.
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3): e203976.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE CARCERI: REVISIONE DELLA LETTERATURA

Martina Messina¹, Federica Ilari², Antonino Calabrò³, Maria Chiara Carriero⁴,
Roberto Lupo⁵, Lorenzo Bardone⁶

- 1) Infermiera libera professionista presso ASL TO5 “Ospedale Santa Croce” Moncalieri SPDC;
- 2) Infermiere Tutor della didattica professionale UPO sede di Biella;
- 3) Infermiere ASL Biella S.P.D.C.;
- 4) Psicologa, Istituto Santa Chiara, Roma
- 5) Infermiere, Ospedale “San Giuseppe da Copertino”, ASL Lecce
- 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

Articolo di revisione

DOI: [10.32549/OPI-NSC-46](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-46)

Sottomesso il 14 Settembre, 2020

Revisionato il 29 Gennaio, 2021

Accettato il 04 Febbraio 2021

Questo articolo è concesso con licenza internazionale Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0).

Abstract

Introduzione: L'infermiere presente all'interno delle carceri opera tra la gestione della sicurezza e il diritto della salute, spesso con elevata complessità assistenziale, in un setting difficile, dove a prescindere dal reato commesso, è fondamentale la presa in carico del paziente.

Obiettivo: Individuare il ruolo e le competenze specifiche degli infermieri che lavorano negli istituti penitenziari

Materiali e metodi: La ricerca degli articoli è stata effettuata tramite la consultazione di banche dati biomediche quali Medline (PubMed) e Cinahl, reperendo articoli scientifici di studi primari.

Risultati: Dalla ricerca bibliografica sono stati reperiti 394 articoli ma, di questi, solo 4 articoli sono risultati pertinenti con l'obiettivo della ricerca. Dalla ricerca emerge il ruolo complesso dell'infermiere che si trova ad affrontare una popolazione che presenta diverse criticità legate a fattori psicosociali, culturali, ambientali, patologie croniche e che manifesta dipendenze, disturbi psichici, infezioni. È necessaria una formazione specialistica post base per rispondere ai molteplici bisogni assistenziali dei detenuti. Occorre maggiore tutela per il professionista Infermiere che opera all'interno degli istituti penitenziari.

Conclusioni: Nel sistema penitenziario si contraddistingue la forte necessità della figura dell'infermiere e, all'interno di tale ambiente tanto da rappresentare uno dei pilastri portati dell'assistenza sanitaria, in grado di fornire e assicurare la somministrazione equa dei trattamenti sanitari. Dalla revisione emerge la necessità di ulteriori studi, soprattutto in ambito nazionale.

Parole chiave: Ruoli infermieristici, assistenza infermieristica, competenze infermieristiche, competenza professionale, penitenziario, carcere.

THE ROLE OF THE NURSE IN PRISONS. LITERATURE REVIEW

Abstract

Introduction

Nurses that work within prisons find themselves in conditions where management of safety comes hand in hand with the right to receive healthcare. A difficult and complicated context where assistance must be provided regardless of the crime committed by the patient.

Objective: Identify the specific role and skills of nurses working in penitentiaries institutions

Materials and methods: Research of the articles was carried out through consultation of biomedical data-banks, such as Medline (PubMed) and Cinahl, obtaining scientific articles from primary studies.

Results: From the bibliographic research 394 articles were obtained but of these only 4 were considered useful regarding this study. From the research we can notice the complicated role that a nurse has to face, a group of people that have critical elements connected to factors that could be psychosocial, cultural, environment, infection, mental illness, chronic pathologies that manifest dependency. A form of post base specialization is required for these contexts with multiple needs of assistance from the inmates. A greater need of protection is required for professional nurses that work within penitentiary institutes.

Conclusions Within the penitentiary system the role of nurse is highlighted by the strong need of it within this context so much so that it's a core of the sanitary assistance. Capable of assuring and delivering fair administration of sanitary treatments. From this revision a need of further studies regarding this context is needed especially from a domestic point of view.

Keywords: Nursing roles, nursing assistance, nursing competences, professional competences, penitentiary, prison

Original article

DOI: [10.32549/OPI-NSC-46](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-46)

Submitted September 14th, 2020

Revised January 29th, 2021

Accepted February 4th, 2021

This article is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial-No Derivatives 4.0 International License (CC BY NC ND 4.0).

Introduzione

“Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana” questo è ciò che recita l'articolo 35 della “Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea” del 2000 [1]. Nel corso degli anni in ambito penitenziario sono state stilate delle leggi sul diritto alla protezione della salute, come l'articolo 11 della Legge del 26 luglio 1975 n. 354, che esplica il dovere del sanitario di visitare, ad intervalli regolari, gli internati, al di là delle richieste degli interessati e dichiara, quindi, *“Ogni istituto penitenziario è dotato di servizio medico e di servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati [...]”*. [2].

Un ulteriore importante contributo è la “Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti e degli internati” del 2012 che in merito al diritto di salute enuncia: *“Sono salvaguardati il diritto alla salute e l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza. I servizi disponibili all'interno di ciascun istituto sono indicati nella Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati.”* [3]

Il personale infermieristico ha il suo primo effettivo ingresso nelle carceri negli anni '70, come attesta la Legge 740/70 [4], e grazie alla Legge n. 419 del 1998 che parla di “Riordino della medicina penitenziaria” si colloca la sanità penitenziaria all'interno del SSN [5]. L'infermiere nel contesto penitenziario ha un ruolo poco conosciuto, lavora al di fuori del contesto ospedaliero, interagisce quotidianamente con detenuti, polizia penitenziaria e figure professionali mediche e non mediche. Nonostante tutto, la sua figura non è conosciuta e messa in rilievo come dovrebbe e visto il luogo di particolare complessità in cui opera, essa potrebbe rappresentare una sfida per far reputare la figura professionale dell'Infermiere Penitenziario come una vera e propria

Specializzazione” [6]. La storia degli infermieri in carcere come gruppo, con una propria disciplina professionale, non ha un passato remoto: uno dei problemi fondamentali legati al suo recente inserimento è proprio la definizione dei fenomeni (problemi, rischi, bisogni, spazi di autonomia e miglioramento) che costituiscono il suo territorio di interesse specifico ed autonomo, così come gli strumenti di lavoro (protocolli contestualizzati, *pathway* multiprofessionali e documentazione assistenziale infermieristica), voluti dalla legislazione ed in grado di garantire qualità e sicurezza [7,8,9]. M. 14 settembre 1994 n°739, n°251 10/8/2000, Codice deontologico). L’assistenza ai carcerati, inoltre, non appare un compito facile, poiché si parla di un’utenza con *“esigenze senza eguali nel mondo della sanità”* [6].

L’infermiere, spesso, risente di una non adeguata preparazione e di una mancanza di conoscenza sulle normative e prescrizioni degli Istituti di detenzione. Si trova impreparato innanzi al lessico adoperato nel settore ed è intimidito da uno scenario composto da ambienti chiusi, sbarre e cancelli [10] e a contatto con un’equipe diversa dal solito, composta, ad esempio, dalla Polizia Penitenziaria [6].

L’infermiere progetta le proprie attività in *“un ambiente non favorevole alla costruzione di una relazione terapeutica”* perché caratterizzato da un sovraccarico di lavoro, dovuto all’alto numero di detenuti, e da un’esperienza di elevato stress emotivo e tensione per la limitata autonomia sul proprio esercizio, per il ridotto accesso a risorse e attrezzature e per le restrizioni dovute per ragioni di sicurezza [11]. Tutto il proprio lavoro lo deve svolgere all’interno di *“spazi limitati”*, come le celle, e in *“tempi ristretti concessi dai ritmi di lavoro”*, imponendo di *“ridefinire i modi e i metodi”* del proprio processo assistenziale [6]. A questo si aggiunge anche la necessaria collaborazione con gli agenti di custodia e il rispetto dei regolamenti interni, al fine di mantenere sicurezza e ordine. Le dinamiche dell’ambiente carcerario portano in essere una serie di problematiche che costituiscono degli ostacoli alla pratica infermieristica. In questo contesto, l’infermiere è colui che cura i bisogni

di salute dei carcerati, gestisce ed organizza le visite mediche, ha l'incarico di mantenere la custodia, l'ordine, la privacy delle cartelle sanitarie e la responsabilità della sorveglianza dei farmaci.

La popolazione carceraria si può considerare ad alto rischio a causa delle circostanze che precedono e accompagnano la detenzione [12]. Gli ambienti carcerari sono luoghi intrinsecamente insalubri e presentano notevoli problematiche che vanno ad incidere sulla salute del detenuto[13]. Se la salute secondo l'OMS viene definita come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, il carcere racchiude diversi ostacoli a tale conseguimento.

[6]. Si è portati a pensare che il ruolo dell'infermiere all'interno delle carceri sia limitato alla mera esecuzione di procedure e interventi standard. Le competenze dell'infermiere sono di natura intellettuale, oltre che tecniche avanzate, soprattutto relazionale ed educazione sanitaria, così come recita il profilo professionale D.M. 739/94: "l'assistenza.....di natura tecnica, relazionale ed educativa"[1].

La sfera relazionale, costituita da incontri, scambi, e confronti che l'infermiere intrattiene con la persona bisognosa di cure e la sua famiglia, richiama la vera essenza e la peculiarità della professione infermieristica e del processo di Nursing che va dalla presa in carico, alla valutazione, pianificazione, attuazione e verifica dell'intervento assistenziale, ponendo come obiettivo principale la salute del paziente nella sua totalità non solo come cura della malattia, aspetti che all'interno degli istituti penitenziari possono essere compromessi e possono implicare l'insorgenza di conseguenze psico-fisiche. Si può evincere, quindi, quanto arduo sia il lavoro che un infermiere penitenziario è portato a sostenere. Ad oggi, sono esigui gli studi presenti in letteratura che esplorano il ruolo dell'Infermiere nelle carceri; quelli presenti offrono scenari differenti sia in ambito nazionale che in quello extranazionale. Da qui la necessità di elaborare una revisione degli studi.

Obiettivo

Individuare il ruolo e le competenze specifiche degli infermieri che lavorano negli istituti penitenziari

Materiali e metodi

Disegno di studio

Revisione narrativa della letteratura condotta attraverso un metodo di ricerca sistematico delle evidenze. Per condurre la revisione è stato formulato un quesito di ricerca utilizzando la metodologia P.I.O. (Tabella. 1).

Tabella 1. Quesito clinico con metodologia P.I.C.O		
P	Popolazione	infermieri che lavorano in carcere
I	Intervento	ricerca delle competenze specifiche
C	Confronto	/
O	Risultato	delineare profilo di competenza

Strategia di ricerca

La ricerca degli articoli è stata effettuata, (dal mese di Maggio 2019 a Luglio 2019), tramite la consultazione delle banche dati Medline (PubMed) e Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) attraverso EBSCO Publishing. Sono state utilizzate le seguenti parole chiave: “*nursing role*”; “*nursing care*”, “*nursing competencies*”, “*professional competence*”, “*penitentiary*”; “*prison*”. .

Per la ricerca sono state utilizzate le stringhe riportate nella Tabella n. 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.

Tabella 2. Strategia di ricerca			
Database	Stringa di ricerca	Limiti	Risultati
PubMed	(((((("Prisons"[Mesh]) OR "prisons"[Title/Abstract]) OR "jail"[Title/Abstract]) OR "penitentiary"[Title/Abstract])) AND (((("Nurse's Role"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh])) OR (("nurse role"[Title/Abstract] OR "nurse roles"[Title/Abstract])) OR (("nursing role"[Title/Abstract] OR "nursing roles"[Title/Abstract])) OR (("nursing competence"[Title/Abstract] OR "nursing competences"[Title/Abstract] OR "nursing competencies"[Title/Abstract] OR "nursing competency"[Title/Abstract]))))	- articoli pubblicati dal 01 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2019; - articoli in tutte le lingue.	103
Cinahl	(MH "Correctional Facilities") OR "prison" OR TI jail OR AB jail OR TI penitentiary OR AB penitentiary AND (MH "Nursing Role") OR (MH "Professional Competence+") OR (MH "Correctional Health Nursing")	- articoli pubblicati dal 01 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2019; - articoli in tutte le lingue.	291

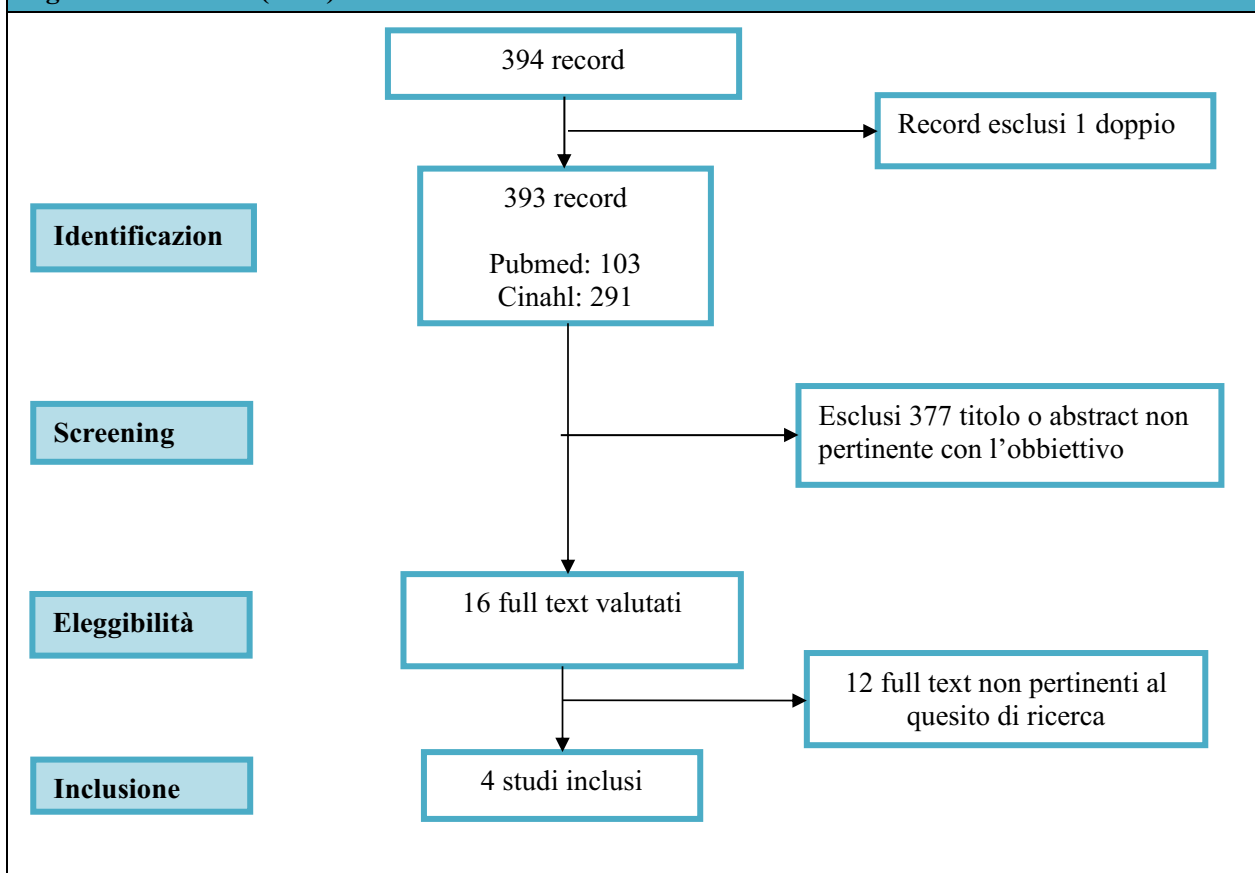
Criteri di inclusione ed esclusione, strategia di ricerca nella letteratura scientifica

Criteri di inclusione: studi primari quantitativi, periodo dal 2009 al 2019, lingue incluse inglese, francese, spagnolo, tedesco, italiano.

Sono stati inclusi studi relativi a istituti di reclusione con soli soggetti maggiorenni. Sono stati esclusi tutti gli studi pubblicati prima del 2009; gli studi secondari e gli studi con soggetti minorenni e gli studi con presenza di solo abstract e full text non rilevabile.

Dopo aver applicato i criteri di inclusione e di esclusione, nella fase preliminare sono stati identificati 394 articoli (103 in Pubmed e 291 in Cinahl). E' stato escluso un articolo perché doppio (n=1), identificando 393 articoli (n=393) sui quali è stata fatto un ulteriore screening per titolo e abstract. Di questi, sono stati eliminati 377 articoli perché non rispondenti al quesito e non pertinenti con l'obiettivo, ottenendo un numero di articoli con full text n=16. Successivamente, visionando i *full text* dei 16 studi restanti, applicando i criteri di eleggibilità, sono stati eliminati 13 studi. Al termine del processo di selezione, sono stati inclusi n= 4 articoli, che descrivono il ruolo dell'infermiere penitenziario e tutte le competenze ricoperte nel contesto detentivo (Figura. 1). La traduzione è stata condotta da madre lingua inglese e docenti di lingue specifici delle varie lingue.

Figura 1. PRISMA (2009) - FLOW-CHART DELLA RICERCA



Estrazione dei dati

Per ogni articolo sono stati estratti i dati relativi a: autore/i, anno di pubblicazione, tipologia di studio, numerosità del campione, scopo e risultati. La sintesi e le caratteristiche degli studi revisionati sono state riportate in Tabella 3.

Tabella 3. Sintesi degli studi inclusi nella revisione sistematica

Titolo, autori e anno di pubblicazione	Tipologia di studio	Tipologia e numerosità del campione	Scopo	Risultati
“Enfermería penitenciaria, la gran desconocida” Di: Sana Chaer-Yemlahi Serroukh Pubblicato: Settembre 2018	Studio osservazionale	Il campione è costituito dagli infermieri penitenziari delle carceri spagnole. Numerosità non specificata.	Affrontare il tema della complessa realtà vissuta in passato, come ancora tutt’oggi, dall’assistenza infermieristica penitenziaria. Focalizzando l’attenzione sulle funzioni che l’infermiere ricopre, in questo contesto, e ciò che rappresenta il suo sviluppo.	Il percorso del professionista sanitario, nel contesto detentivo, è ancora molto lungo e complesso poiché risultano tuttora poco visibili alla società generale ma anche agli altri professionisti della salute. Tuttavia, i cambiamenti relativi ai regimi penitenziari e al ruolo di chi vi opera, stanno progredendo. Il miglioramento della formazione degli infermieri consente loro di affrontare con maggiori competenze le sfide sanitarie.
“Care versus custody: nursing in the Prison Service” Di: Smith Emma Pubblicato: 22 Ottobre 2010	Studio osservazionale	Il campione è costituito dagli infermieri penitenziari del carcere di Sua Maestà a Stafford. Numerosità non specificata.	Lo scopo di poter dare voce agli infermieri che prestano la propria professionalità all’interno del sistema di pena e quindi, di poter parlare di quello che è il loro ruolo all’interno di questo regime.	L’assistenza infermieristica in carcere è impegnativa in quanto comporta il trattamento di persone con esigenze multiple e complesse. L’integrazione con le unità sanitarie locali ha ridotto l’isolamento professionale e ha permesso L’accesso alla formazione e allo sviluppo professionale. Gli operatori sanitari insieme al personale penitenziario svolgono un lavoro incredibile che richiede molte abilità e competenze specifiche. popolazione detenuta molto diversificata,

				eticamente e socialmente, con numerosi bisogni clinici e assistenziali che implicano una forte domanda di servizi sanitari. Le maggiori criticità sono rappresentate da: • rapporto infermiere/persona assistita di circa 1:150; con grave disagio • spazi stretti e angusti, in cui svolgere le prestazioni infermieristiche, e tempi limitati; • carente tutela della sicurezza ai prigionieri, a tutti gli operatori
--	--	--	--	--

“Nursing care in prison” Di: Aujard S, de Brisoult B, Broussard D, Petitclerc-Roche S, Lefort H. Pubblicato: Marzo 2016	Studio osservazionale	Il campione è costituito dagli infermieri penitenziari delle carceri francesi. Numerosità non specificata.	Tracciare il ritratto degli infermieri nel contesto di detenzione, tutto ciò che essi svolgono e di cui hanno delle responsabilità e delle competenze peculiari.	Essere un infermiere in un ambiente carcerario, richiede una maturità professionale specifica. L'infermiere è il riferimento del detenuto, ne accoglie i bisogni e lo orienta verso il percorso assistenziale più adeguato alle necessità, e lo segue in ogni tappa. Valuta, informa e orienta, mediante l'utilizzo del pensiero critico e dei protocolli di servizio in suo possesso. E, data la complessità dei processi decisionali alla quale l'infermiere è sottoposto, è forte la necessità di riconoscimento del ruolo, che tale figura ricopre, e del supporto da parte dei professionisti dell'ambiente penitenziario, promuovendone così lo sviluppo professionale
“Nursing in prisons: developing the specialty of offender health care” Di: Perry J, Bennett C, Lapworth T. Pubblicato: Giugno 2010	Studio osservazionale	Il campione è costituito dagli infermieri penitenziari delle carceri del Regno Unito. Numerosità non specificata.	Viene esaminata la situazione dell'assistenza infermieristica fornita ai detenuti, il ruolo della professione d'infermiere e gli sviluppi verificatisi negli ultimi dieci anni in questo campo.	La cura della salute dei reclusi non è compresa da molti; eppure il carico di lavoro, di cui i professionisti sanitari devono incaricarsi, è sconfinato e gravoso. Identificare e supportare gli infermieri, nel sistema di giustizia penale attraverso lo sviluppo professionale, può incoraggiare altri infermieri a specializzarsi in questo ambito di cure. Poiché l'assistenza sanitaria detentiva può rivelarsi una specialità stimolante dal punto di vista professionale, risalta l'esigenza di effettuare maggiori investimenti nell'assistenza sanitaria, nel personale e nelle attrezzature. Assumendo personale altamente qualificato, investendo su attrezzature adeguate al contesto di lavoro, monitorizzando le prestazioni sanitarie così da garantire una valutazione regolare delle esigenze dei detenuti e, il tutto, con l'applicazione dei principi di “clinical governance” per sostenere lo sviluppo dell'assistenza sanitaria supportando gli infermieri garantendo, in tal modo, la priorità all'assistenza.

Risultati

Dei 394 articoli identificati nella fase preliminare, al termine del processo di selezione, sono stati inclusi n= 4 articoli, che descrivono il ruolo dell'infermiere penitenziario e tutte le competenze ricoperte nel contesto detentivo. Sono state identificate, dall'analisi degli studi, molteplici criticità affrontate da tale professionista.

Il primo articolo di Sana Chaer-Yemlahi [14], ha come scopo quello di affrontare il tema della complessa realtà vissuta in passato, come ancora tutt'oggi, dall'assistenza infermieristica penitenziaria in un regime restrittivo che limita lo svolgimento di un'attività indipendente, spesso non accettata e compresa all'interno delle mura detentive. L'autrice evidenzia le criticità del ruolo di questa figura professionale che nella maggior parte dei casi investe, principalmente, il tempo nello svolgere l'aspetto collaborativo del proprio impiego, limitando il personale campo lavorativo. Con queste motivazioni iniziali l'esposizione si concentra a disquisire sulle competenze specifiche degli infermieri che risultano essere vaste e molteplici, poiché si tratta di un aggregato di tutte le loro funzioni: quelle assistenziali, quelle gestionali, quelle relative all'insegnamento e alla ricerca. Le funzioni assistenziali si riferiscono alla realizzazione di attività di prevenzione, di promozione, di cura e di riabilitazione, fondamentali per una popolazione vulnerabile come quella dei carcerati molto diversa da quella generale. Le maggiori criticità legate a tale popolazione sono: fattori psicosociali, culturali, ambientali, patologie croniche. I problemi più diffusi, nell'ambito della medicina penitenziaria risultano quelli connessi Dipendenze, malattie infettive (HIV, epatiti, tubercolosi), malattia mentale e le infezioni che derivate da scarsa igiene, promiscuità o correlate a patologie; per cui il ruolo dell'infermiere, nella gestione di queste condizioni, ha una considerevole rilevanza e nell'esercizio delle sue funzioni, può farsi carico di tali problematiche, adoperandosi ad implementare e monitorare gli interventi di educazione sanitaria volti alla prevenzione di tali patologie e il trattamento di tali problematiche. Proseguendo con le funzioni proprie del

professionista sanitario, dall'articolo in osservazione, affiorano quelle gestionali, per raggiungere il massimo risultato possibile nell'amministrazione del tempo, delle risorse, delle persone e degli spazi, in un luogo dove la privazione della libertà non è solo per il detenuto ma anche per chi opera all'interno, spazi ridotti, protocolli carcerari. Le competenze infermieristiche non sono solo legate alla somministrazione di farmaci ma anche ad una programmazione assistenziale del detenuto. Tale programmazione si configura dalla presa in carico, attraverso una valutazione primaria dei bisogni, valutazione di interventi a medio-lungo termine, capacità di interfacciarsi con altri professionisti, capacità decisionali in relazione alle leggi che regolamentano il carcere. In oltre la preparazione dell'infermiere si esplica alle procedure nella gestione degli effetti collaterali legati alle dipendenze, alla gestione delle emergenze (arresto cardiaco), gestione di ferite da taglio, compromettendo la tutela della salute e della sicurezza. Nel secondo studio di Emma Smith [15] il campione preso in studio è l'*équipe* sanitaria in attività nelle prigioni britanniche, più nello specifico gli infermieri. Si disquisisce, in un primo momento, di ciò che fa da sfondo allo svolgimento dell'assistenza infermieristica e dunque del *setting* di lavoro e di una popolazione diversificata per contesti etnici e sociali, difficile da trattare sia dal punto di vista clinico che da quello etico e morale. I detenuti richiedono una quantità ed una varietà di servizi molto vasta dalle cure primarie a intervento più specifici che richiedono l'intervento di professionisti di molteplici specializzazioni, ma tra i più comuni risultano quelli di salute mentale e dentale, e quelli rivolti alla dipendenza da droghe e alcool. Essi si occupano quotidianamente di dispensare le varie terapie ai carcerati in ogni ala, con un quantitativo di 150 detenuti per ognuna di essa. L'assistenza infermieristica in carcere è impegnativa ed il professionista sanitario di trova a condurre il proprio lavoro all'interno di spazi ristretti, basti immaginare di affrontare un arresto cardiaco in una cella o di occuparsi di un prigioniero che evidentemente ha bisogno di aiuto.

Ma più volte accade che nel suo ruolo l'infermiere indossi le "vesti" di amministratore, per dirigere

e coordinare delle situazioni ad alta criticità, come quelle d'emergenza o d'altro tipo, che non possono essere svolte all'interno delle mura del carcere ma necessitano di trasferimento esterno. I prigionieri che vengono scortati in ospedale, rimangono sotto la custodia del servizio penitenziario e questo, per gli operatori sanitari, può rappresentare un problema di riservatezza necessario, però, a tutelare sia il pubblico che per il personale della struttura esterna. Si tratta di un sistema in cui la sicurezza è posta al primo posto ed egli, così come tutto il resto del personale vigente all'interno dell'ambiente penitenziario, ha il dovere di garantire tale sicurezza a tutti gli operatori, ai prigionieri e di assicurare che anche gli ambienti siano protetti.

Gli infermieri, devono prendersi cura di tutti i bisogni dei propri pazienti, in un contesto sprovvisto di una base medica, occupandosi di soggetti riluttanti ai trattamenti ma che hanno un'ampia molteplicità di situazioni cliniche, tra cui malattie, traumi fisici, disabilità, difficoltà di apprendimento e problemi di salute mentale. I residenti di queste strutture sono, quindi, soggetti fragili per via dello stile di vita vissuto prima della reclusione, per la reclusione stessa o per i disturbi mentali, e che nella gran parte dei casi soffrono di ansia, di depressione o sono interessati da uno o più episodi di autolesionismo.

In queste condizioni, il professionista ha il ruolo di essere presente nei momenti ad alto stress per i carcerati per garantirne la sicurezza, come precedentemente spiegato. Ma anche per la figura infermieristica possono presentarsi dei momenti di difficoltà, poiché essa è sempre in prima linea, come riporta dice l'autrice "fa parte del team di prima risposta giornaliero", e in alcune occasioni può essere sottoposta a conflitti d'interesse poiché costretta a monitorare le situazioni di contenzione stabilite dagli agenti di custodia, oppure può ritrovarsi vincolata a denunciare i detenuti quando essi disobbediscono alle regole dettate dall'amministrazione penitenziaria.

Tutto ciò, dunque, è parte integrante delle competenze ricoperte da questo professionista; in particolare questo articolo sottolinea quelle in fatto di mantenimento della sicurezza, come il dover

presenziare davanti ad un giudice ed assistere a una sentenza, presentare prove e affrontare interrogazioni.

Il terzo studio indagato è di Aujad et al [16]; dove gli autori hanno evidenziato il ruolo degli infermieri nel contesto di detenzione con relative competenze, all'interno degli istituti penitenziari francesi. L'ambiente è denso, con una tipologia di pazienti altamente diversificata e queste caratteristiche fanno sì che gli operatori sanitari siano molto più autonomi e responsabili rispetto alla maggior parte delle strutture cliniche. L'infermiere viene definito come colui che risponde ai problemi di salute dei detenuti e concede loro di reintegrarsi all'interno del regime vigente in carcere. Dunque il professionista sanitario si prende in carico il percorso del prigioniero nella sua totalità. Spetta ad egli il ruolo di accoglienza dei reclusi e, al loro ingresso, rilascia un'intervista volta ad esaminare le condizioni fisiche e psicologiche dei nuovi giunti, fornendo tutte le informazioni sui servizi sanitari ai quali essi possono accedere, o per lo meno inviare una richiesta d'accesso. Infatti, è proprio attraverso l'invio di richieste, o più precisamente inoltrando una vera e propria lettera per posta, avente come destinatario l'infermiere, che i detenuti possono reclamare una consulenza sanitaria. Quindi tra le competenze specifiche del professionista rientra anche il compito di selezionare e smistare le domande ricevute, che verranno così reindirizzate allo specialista di riferimento (psicologo, dentista, ecc...) permettendo un accesso il più appropriato possibile ai medici. In altri casi, sta a lui occuparsi di altre richieste meno urgenti oppure qualora ritenesse necessario valutare la richiesta in prima persona, l'assistito verrà convocato in infermeria e sottoposto ad una valutazione con l'intento di provvedere a dispensare la risposta più adeguata all'esigenza espressa.

L'esecuzione delle attività assistenziali mediante i protocolli di servizio, in linea con le competenze relative alla professione infermieristica, garantiscono una conduzione maggiormente autonoma del proprio lavoro.

Dal punto di vista clinico l'infermiere elargisce interventi di prevenzione ed educazione come l'igiene o la prevenzione delle malattie trasmissibili; ciò impone una ferma conoscenza della popolazione carceraria. Avere capacità di distinguere tra una vera richiesta d'aiuto, relativa ad un reale problema di salute, o la ricerca di attenzioni come il bisogno di ascolto da parte dei reclusi. Di non poca importanza è il ruolo di questa figura nel settore dell'ascolto che, più che mai in queste circostanze, deve essere abile nella promozione di un dialogo, essere in grado di cogliere i segnali tenui e non espressi di un malessere psicologico, mascherati magari da altri tipi di manifestazioni. Come citato dagli autori di questa indagine, lo psicoanalista e psichiatra Michel de M'Uzan dichiara che *"i soggetti trattenuti sarebbero costretti a uno stato di centramento su se stessi"* e l'importanza del *team* sanitario entra in gioco nel permettere che questi pensieri vengano espresso durante interviste e i colloqui. Il ruolo dell'infermiere è, pertanto, quello di creare e mettere a disposizione questo spazio di ascolto, così che l'assistito possa riversare la propria sofferenza e le proprie preoccupazioni.

Nel quarto studio [17] viene esaminata la situazione dell'assistenza infermieristica fornita ai detenuti, il ruolo della professione d'infermiere e gli sviluppi verificatisi negli ultimi dieci anni in questo campo. Nello specifico viene analizzato il quadro relativo all'assistenza infermieristica nel Regno Unito, e dunque la popolazione che viene esplorata è quella degli infermieri britannici.

Gli autori di questo articolo, attraverso un forum degli infermieri del "Royal College of Nursing", hanno evidenziato la scarsa attenzione posta nei riguardi del ruolo che la professione infermieristica ricopre all'interno del sistema di giustizia penale. Il Sistema Sanitario Nazionale impegna gli infermieri, del sistema di detenzione, in una molteplicità di ruoli, tra cui discipline generali, di salute mentale, di disabilità e di apprendimento. Gli infermieri penitenziari sono tenuti ad acquisire numerose competenze nell'ambito della salute pubblica. Essi devono essere in possesso di preparazione, conoscenze ed esperienza per comprendere le terapie psicologiche, inoltre, devono

imparare a conoscere i problemi di custodia e sicurezza. Quando un nuovo detenuto giunge in carcere, il professionista sanitario ha il compito di riceverlo e, tale accoglienza, è mirata all'esecuzione di azioni obbligatoriamente stabilite dal sistema giudiziario penale che includono il ruolo di questa figura.

Alcune di queste azioni elencate all'interno dell'indagine, prelevate dagli autori dal Prison Service Order 0500 (PSO) (un elenco di regole, regolamenti e linee guida con cui vengono gestite le prigioni), delle quali è l'infermiere il responsabile della loro esecuzione, risultano essere:

- Garantire che i trasgressori ricevano un trattamento dignitoso.
- Confermare l'identità del colpevole e la base legale per la detenzione.
- Affrontare esigenze speciali, comprese eventuali disabilità, difficoltà di apprendimento e problemi linguistici.
- Individuare il rischio di suicidio e/o autolesionismo.
- Condurre valutazioni del rischio per la condivisione della cella.
- Valutare i nuovi trasgressori per stabilire le loro esigenze sanitarie.
- Registrare le informazioni e diffonderle al personale penitenziario e ad altre agenzie.
- Fornire informazioni ai nuovi trasgressori a proposito della loro situazione.

La valutazione iniziale delle condizioni individuali dei prigionieri, è fondamentale per fornire informazioni sulla salute di quest'ultimi e sul rischio di lesione autoindotta o procurata a terzi. Mentre, la valutazione sanitaria generale ha luogo nella settimana successiva al ricevimento per stabilire le priorità ai bisogni di salute dei nuovi detenuti. L'infermiere è il professionista che entra più frequentemente nelle sezioni e incontra i detenuti nelle loro celle: definire a priori le relazioni tra gli interlocutori aiuterebbe a evitare inutili commistioni tra funzioni di cura e di custodia, favorendo sia le opportunità di raccolta dei bisogni sia il monitoraggio di situazioni a rischio

Sono state prontamente elencate le competenze specifiche della professione infermieristica risultanti dalla ricerca condotta dagli esecutori di tale articolo e tra queste, risulta di grande rilievo, la prevenzione del rischio di autolesionismo e del suicidio per cui il personale sanitario si prendere carico del monitoraggio di questa condizione che sarà costante o intermittente a seconda del grado di tale rischio.

Tutte le informazioni apprese vengono depositate in registri, i quali sono sotto la gestione e responsabilità degli infermieri poiché, come parte del proprio ruolo, devono dedicarsi all'osservazione costante e al mantenimento della sicurezza della documentazione, ma anche degli ambienti e della supervisione clinica degli assistiti. Essi devono essere preparati a rispondere alle esigenze sanitarie specifiche di un gruppo diversificato di individui con disabilità dell'apprendimento, dipendenza da stupefacenti e alcool, malattie infettive e croniche.

L'identificazione e la gestione di tali difficoltà è un'abilità specialistica infermieristica tale che l'operatore sanitario deve conoscere i vari protocolli per la profilassi delle malattie trasmissibili e deve garantire la distribuzione equa delle vaccinazioni, ma deve anche essere informato sulle linee guida utili per dirigere la conduzione dei trattamenti di malattie a lungo termine.

Quanto discusso reclama che l'infermiere possenga le competenze sufficienti nella pratica della vaccinazione, alla segnalazione di tali infezioni o eventuali focolai; finanche garantire l'accesso, ai prigionieri, alle consulenze professionali, ai dispositivi medici e ai servizi genito-urinari, per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, molto comuni nell'ambiente detentivo. [27]

Discussione

L'obiettivo della revisione era quello di effettuare una valutazione del ruolo e delle competenze specifiche degli infermieri che operano nell'ambito della medicina penitenziaria. Dagli studi selezionati è emerso che l'infermiere penitenziario possiede un ruolo nella prevenzione delle

malattie infettive, tra le quali HIV, epatite C, tubercolosi e abuso di sostanze. Nella gestione di queste condizioni, l'infermiere ha il compito di implementare e monitorizzare i vari programmi sanitari di prevenzione [14] e di gestire tutti i farmaci, gli stupefacenti e i registri [14,15,17].

Inoltre, dagli studi analizzati si evince che l'infermiere penitenziario ha un ruolo nella promozione della salute attraverso il corretto utilizzo dei servizi di cura e assistenza da parte dei detenuti e si impegna di garantire, al termine della detenzione, un reinserimento nella comunità del detenuto stesso [14]. Secondo altri studi, invece, offre accoglienza e orientamento ai reclusi al loro ingresso, identificando le eventuali esigenze e i rischi ai quali possano essere soggetti. Seleziona e reindirizza poi allo specialista di riferimento le richieste di consulenza sanitaria dei prigionieri [16,17]. Si prende, quindi, cura di tutti i bisogni dei propri pazienti, in un contesto sprovvisto di una base medica, occupandosi di tutto ciò che riguarda l'aspetto sanitario, la sorveglianza sanitaria e terapeutica dei prigionieri [14,15].

Altri studi hanno rivelato che l'infermiere coordina le situazioni ad alta criticità, facendo riferimento ai protocolli e alle attrezzature a sua disposizione. Gestisce, inoltre, l'eventuale trasferimento esterno per i trattamenti che non possono essere eseguiti all'interno del carcere [15,16] e garantisce sicurezza e supervisione, prevenendo il rischio di autolesionismo e di suicidio. In questo ambito, l'infermiere potrebbe dover denunciare un'infrazione commessa dal detenuto o addirittura dover assistere a una sentenza [15,16]. Nel sistema penitenziario si contraddistingue la forte necessità di programmare percorsi psico-educativi e di promozione della salute; in ciò la presenza della figura infermieristica ha quindi un'importanza rilevante.

Conclusioni

La ricerca è stata condotta con lo scopo di effettuare una valutazione del ruolo degli infermieri. Gli studi che sono stati inclusi propongono un resoconto di tutti gli ambiti di competenza del

professionista sanitario, responsabile dell'assistenza infermieristica, che opera nell'ambito della medicina penitenziaria. Questi esprimono con chiarezza la forte necessità, nell'ambiente penitenziario, di eseguire delle azioni volte all'educazione, alla promozione di abitudini e comportamenti sani, al monitoraggio e al trattamento delle situazioni cliniche della popolazione detenuta, al corretto utilizzo dei servizi di prevenzione, di assistenza, al mantenimento della sicurezza e nella somministrazione equa dei trattamenti sanitari per poter assicurare il diritto alla salute a tutti. Considerando che in Italia è solo dal 2008 che il SSN si occupa della sanità carceraria sono ancora molte le lacune in merito, da colmare con la ricerca e la formazione di personale dedicato a tali strutture, in modo tale da garantire un'assistenza ottimale. Essere infermiere in carcere oggi è una sfida, sia professionale che etica, poiché le capacità di relazione e di empatia sono messe ogni giorno a dura prova dagli eventi.

Limiti dello studio

Il presente studio aiuta a comprendere il ruolo e le competenze dell'infermiere che opera all'interno degli istituti di pena, ma non è esaustivo sul fenomeno indagato e necessita di una più approfondita analisi. Il lavoro, inoltre, presenta diversi limiti. È stata presa in considerazione solo la letteratura più recente degli ultimi 10 anni e sono state interrogate solo le banche Medline e Cinhal. Il presente lavoro ha incluso solo 4 studi primari, ma la presenza di un numero maggiore di studi avrebbe potuto fornire una maggiore solidità nei risultati.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Si dichiara di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Bibliografia

1. Commissione Europea (2000) *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*. Gazzetta ufficiale delle Comunità europee, Nizza.
2. Legge 26 luglio 1975, n.354. *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*. G.U. n. 212 del 9 agosto 1975.
3. Decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2012, n. 136. *Regolamento recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, in materia di carta dei diritti e dei doveri del detenuto e dell'internato*. G.U. n. 189 del 14 agosto 2012.
4. Legge 9 ottobre 1970, n. 740. *Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria*. G.U. n. 270 del 24 ottobre 1970.
5. Legge 30 novembre 1998, n. 419. *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale*. G.U. n. 286 del 7 dicembre 1998.
6. IPASVI Roma (2000) *Lavorare in carcere: un ripiego o una opportunità*. Collana Arcobaleno a cura di s.l.:Ordine OPI di Roma.
7. Ministro della sanità. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale. 1994 Settembre 14;(739).
8. Legge 10 agosto 2000, n. 251. *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*. G.U. n. 208 del 6 settembre 2000.
9. Codice deontologico degli infermieri 2019. Approvato 13 aprile 2019.
10. Ziliani P. *Infermieri nelle carceri: una presenza efficace?*. Tempo di Nursing Collegio IPASVI di Brescia, 63/2013.

11. Partel Crotti M. *Il lavoro degli infermieri in carcere: cercare la qualità nella criticità*.
Tempo di Nursing Collegio IPASVI di Brescia, 2011, 58-59.
12. Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among
jail and prison inmates in the USA compared with the general population. J Epidemiol
Community Health 2009; 63: 912- 919.
13. Brodie JS. Caring: the essence of correctional nursing. Tenn Nurse, 2001, 64 (2):10-2
14. Chaer-Yemlahi Serroukh S. *Enfermería penitenciaria, la gran desconocida*. Metas de
enfermería. 2018; 21(7), 62-66.
15. Smith E. *Care versus custody: nursing in the Prison Service*. Practice Nurse 2010; 40(7),
33-35.
16. Aujard S, et al. *Soins en milieu carcéral*. Soins. 2016; 803, 19-22.
17. Perry J, Bennett C, Lapworth T. *Nursing in prisons: developing the specialty of offender
health care*. Nursing Standard, 2010; 24(39), 35-40.

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, Metodi, Risultati e Discussione/Conclusioni. Non deve presentare abbreviazioni.

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

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

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

FIGURE, TABELLE E IMMAGINI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi solo agli autori citati nel testo. Tutti gli articoli devono essere supportati da aggiornate referenze bibliografiche. L'accuratezza delle citazioni bibliografiche e della bibliografia sono requisiti indispensabili ai fini della pubblicazione. Nel corpo del testo stesso i riferimenti bibliografici sono numerati secondo ordine di citazione; nella bibliografia al termine dell'articolo ad ogni numero corrisponde la citazione completa del lavoro al quale ci si riferisce. La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi. I rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo modo2; se si devono citare due o più fonti, riportare i numeri consecutivi seguiti dalla virgola3,4, più di due rimandi alla bibliografia, riportare il primo e l'ultimo numero delle citazioni corrispondenti5-8. Per motivi editoriali, la redazione si riserva di pubblicare le prime 10 voci bibliografiche di una revisione della letteratura.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

Articolo da una rivista

Annas 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/le;
- non utilizzare mai il corsivo.

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

Libro o testo, di un capitolo

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

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

Una monografia/libro scaricato da internet

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

PROCESSO DI REVISIONE

Tutti gli articoli conformi alle norme editoriali saranno affidati ad uno o 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.

GIORNATA DELLE MALATTIE RARE

28 FEBBRAIO 2021

#UNIAMOleforze
#RareDiseaseDay



RAREDISEASEDAY.ORG

