

**NapoliSana**

# Campania

ORGANO UFFICIALE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI NAPOLI  
Anno XXX - n° 2 - Giugno 2024

**NSC**  
Nursing  
Inserito di ricerca infermieristica  
pp. 39-100

**La ricerca scientifica infermieristica  
Nursing equo e competente**

1 MAGGIO



FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

# FESTA DEI LAVORATORI





## Equo accesso alle cure Infermieri in prima linea



“ Fra 30 anni in Europa ci saranno due giovani per tre anziani. Dunque aumenteranno in maniera esponenziale i pazienti fragili e cronici per i quali bisogna pensare fin da ora a modelli di cura integrati e innovativi. E ci dobbiamo pensare noi infermieri, unici ad avere una chiara visione d'insieme, scevra da egoismi e difese a oltranza dello status quo professionale. E' il nostro patto sociale con i cittadini che ci impone di scendere in campo da protagonisti contro le povertà sanitarie e le disuguaglianze di accesso alle cure. Ora più che mai, quando il diritto alla salute per tutti, ma soprattutto al Sud, è messo seriamente in discussione da un'autonomia differenziata oramai licenziata dal Parlamento e prossima a diventare realtà. Alcuni dati dell'Istat chiariranno meglio il motivo di queste fondate preoccupazioni e del grande divario che c'è da colmare per dare a tutti la possibilità di partire alla pari. Sul tema dell'assistenza sanitaria ad esempio, riguardo ai posti letto nelle Rsa per ogni 10mila abitanti ce ne sono 98,5 al Nord, 56,5 al Centro e 33,4 al Sud. L'emigrazione ospedaliera per 100 dimissioni è di 6,5 al Nord, 8,3 al Centro e 13 al Sud. Emerge, chiaramente, l'assoluta mancanza di garanzie sociali e accesso ai servizi essenziali perché le attuali difficoltà economiche del Paese e delle singole regioni non riusciranno a colmare gli attuali gap che, soprattutto al Sud, resteranno espellendo milioni di cittadini dalle cure necessarie e reprimendo il loro naturale diritto alla salute. La povertà sanitaria non è accettabile se è

frutto di una disattenzione che provoca discriminazione e disuguaglianza”. Sono le parole scelte da mons. Giuseppe Baturi, arcivescovo di Cagliari e segretario generale della Cei, intervenendo in un recentissimo convegno. Parole piene di giustizia sociale e amore per il prossimo. Parole che condivido quasi per intero, se non fosse per il fatto che, a determinare la discriminazione e la disuguaglianza nell'accesso alle cure non è semplice disattenzione, ma un decisionismo politico scientemente esercitato. Un sistema sanitario equo e accessibile è la base per una società coesa e solidale in cui ogni persona abbia la possibilità di vivere una vita dignitosa e sana, attraverso il rafforzamento dell'assistenza territoriale e della sanità di prossimità, con particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili. L'imperativo è allora consolidare l'integrazione tra salute e welfare con modelli di governance innovativi per un Ssn più equo, solidale, sostenibile e universale. Al Parlamento e al Governo chiediamo che siano rispettati i principi costituzionali di uguaglianza, solidarietà, universalismo ed equità alla base del nostro Ssn; di parametrare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali e alla povertà sociale dei territori; di garantire il superamento delle differenze tra i diversi sistemi sanitari regionali; scongiurare il rischio che sia pregiudicato il carattere nazionale del nostro Ssn.

di Teresa Rea

L'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 XXX - N. 2 - Giugno 2024  
AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI NAPOLI N. 4681 DEL 27/9/1995  
Dati indicizzazione - ISSN 2611-2205 Napolisana Campania

Direttore editoriale  
**Teresa Rea**

Direttore responsabile  
**Dario 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 Saracino; Nicola Serra, Ph.D.; Silvio Simeone, Ph.D.**

Hanno collaborato a questo numero  
**Pino De Martino, Salvatore Errico**

Editore, Direzione e Redazione:

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

RESP. GRAFICA E IMPAGINAZIONE

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

La riproduzione e la ristampa anche parziali di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.

in questo numero



L'EDITORIALE di Teresa Rea

3



## Equo accesso alle cure Infermieri in prima linea

*"a determinare la discriminazione e la disuguaglianza nell'accesso alle cure non è semplice disattenzione, ma un decisionismo politico scientemente esercitato."*

**La ricerca infermieristica****6-9**

Nursing equo e competente, Napoli punta sulla ricerca	6
Assistenza equa e competente, Napoli punta sulla ricerca	6
Cemsir, ovvero come portare la ricerca scientifica al Sud	8
Progetti e ricerche scientifiche in corso	9

**Politica Sanitaria****10-16**

Carenze strutturali e ferie. Posti letto a rischio in Campania	10
Già pronta la soluzione dei contratti a termine	11
Ospedali e territorio non dialogano, troppi ricoveri impropri	12
L'infermiere di prossimità, la cerniera di sostenibilità del Ssn	13
Un decreto legge sulle liste d'attesa. Ma le regioni lo bocciano	14
Il ministro Schillaci: "Chi critica il provvedimento fa propaganda"	16

**OpiNapoli informa****17-25**

La presidente Teresa Rea è professore associato	17
Alla d.ssa Guillari il ruolo di ricercatrice	17
Un infermiere per fermare le aggressioni	17
Un sistema salute centrato sui bisogni dei cittadini	18
Infermieri di area chirurgica, la rivoluzione delle competenze	20
La sanità sul territorio e il ruolo nevralgico degli infermieri	22
L'Opi Napoli porta i principi d'igiene e prevenzione nelle scuole	23
Napoli culla dell'infermieristica moderna	24

**Revisioni e aggiornamenti****26-30**

La chirurgia colon-rettale in laparoscopia	26
--	----

**Ospedali & territori****31-37**

Aggressioni, al Cardarelli la tutela legale	31
A Caivano un ospedale di comunità	32
Al Pascale 9 milioni per la ricerca biomedica	32
Interventi senza incisioni con il robot Da Vinci	33
Pediatria, un centro per grandi ustioni	34
All'ospedale Santa Maria della Pietà di Nola parte il primo programma di cardiologia robotica	34
Ospedali ASL NA 3. Due importanti ammodernamenti	36
A Roccadaspide il primo Ospedale di Comunità	36
Cardarelli, l'AI aiuta a scovare i tumori	37

**NSC - Supplemento di ricerca infermieristica****39-84**

Transformative Leadership And Job Satisfaction In The Nursing Profession: A Narrative Review	39
Factors associated with utilisation of staff clinic services by nurses at Parirenyatwa Group of Hospitals, Zimbabwe. A cross-sectional study	62
Assessment of the Impact of the Job Satisfaction on Anxiety Level among Hospital Nurses in Lebanon: A Cross-Sectional Study	84



La ricerca infermieristica

# Nursing equo e competente

All'Università Parthenope il primo congresso su "Innovazioni per un equo accesso alle cure e per un'assistenza giusta, solidale e resiliente" voluta dalla comunità scientifica infermieristica deve rappresentare il faro della nostra professione". L'esperienza del Cemsir, il centro d'eccellenza tutto meridionale. Pro

di PINO DE

“**L**a cultura della ricerca scientifica infermieristica deve rappresentare il faro della nostra professione. Soprattutto dobbiamo lavorare molto per portare al letto dei nostri assistiti il meglio dell'innovazione e delle evidenze scientifiche. Con questo obiettivo abbiamo dato vita al Cemsir, un centro di eccellenza di ricerca infermieristica tutto centrato nel Mezzogiorno d'Italia per portare il contributo del Sud al dibattito scientifico internazionale. Ma è soprattutto l'obiettivo che l'Opi Napoli vuole centrare per far correre la professione infermieristica verso traguardi sempre più alti di competenze e di qualità delle cure”.

**L'iniziativa** - Ha aperto così Teresa Rea, presidente Opi Napoli, il primo congresso su "Innovazioni per un equo accesso alle cure e per un'assistenza giusta, solidale e resiliente". Piena come un uovo l'Aula Magna dell'Università Parthenope di Napoli, soprattutto tanti i giovani attratti anche dalla presenza di un parterre di relatori che definire stellare è dire poco. Professori e ricercatori italiani ed internazionali che hanno portato il loro eccezionale contributo di analisi e di esperienze nel campo della ricerca infermieristica. Dopo i saluti e i messaggi istituzionali fatti pervenire dal Sindaco di Napoli, Gaetano Manfredi, dai rettori dell'Università Parthenope Antonio Garofalo e della Federico II Matteo Lorito, è toccato a Maurizio Zega, presidente di Opi Roma: “Una professione è tale se dimostra che quello che fa è riconosciuto dalla comunità scientifica ed è ancorato a dei valori di riferimento. E questo processo lo assicura solo la ricerca scientifica”.

**La lunga marcia** – “La lunga e tortuosa strada dell'infermieristica da professione ausiliaria e ancillare a professione intellettuale” è stata tracciata dalla prof Rosaria Alvaro, prima infermiera prorettrice e presidente del Corso di Laurea Triennale in Infermieristica e Magistrale di Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università Tor Vergata. “Solo potenziando la ricerca clinica possiamo sviluppare quelle conoscenze sull'organizzazione e sulla formazione. Dobbiamo sapere dove intervenire per incrementare quelle competenze che per certi versi sono ancora carenti. Perché la crescita professionale degli infermieri oggi è direttamente collegata allo sviluppo della formazione attraverso le università. E la letteratura ci dice che avere un infermiere preparato salva vite umane e migliora l'assistenza”, ha detto la Alvaro dopo un approfondito excursus sul cammino della professione. “Tutto

considerato – ha osservato la Alvaro - bisogna ammettere che in breve tempo nelle università i professori infermieri sono passati da 0 a 80, Siamo ancora pochi a Med 45, beninteso. Ma bisogna considerare anche da dove siamo partiti”.



**Le relazioni internazionali** – Al prof Gennaro Rocco, antesignano promotore dei centri d'eccellenza per la ricerca e direttore scientifico del Cerci (Centro eccellenze cultura e ricerca infermieristica) il compito di approfondire la discussione sulla ricerca infermieristica e sul processo di crescita degli istituti d'eccellenza quali promotori della ricerca. “Quando l'infermieristica non era riconosciuta come disciplina, prima ancora che come scienza” – ricorda il direttore Rocco – scoprimmo la necessità tuttora importante delle relazioni internazionali, soprattutto con quelle realtà dove la ricerca infermieristica era già avanzata. C'eravamo resi conto che dove erano riconosciute



Assistenza  
infermieristica  
e ricerca

La ricerca infermieristica



# , Napoli punta sulla ricerca

guidato fortemente dall'Ordine di Napoli. Parterre stellare e internazionale di professori. Teresa Rea, presidente OpiNapoli: "La cultura della ricerca presentata dagli autori otto progetti di ricerca in corso delle università Federico II, Vanvitelli e Tor Vergata.

MARTINO



le specializzazioni e le competenze avanzate si riducevano gli eventi avversi e la mortalità degli assistiti. Da qui l'urgenza di promuovere la ricerca come strumento di crescita dei saperi e della professione".

**Oltre Oceano** - Joyce Fitzpatrick (Professore di Infermieristica presso la Case Western Reserve University, Cleveland Ohio), un monumento della ricerca infermieristica moderna, autrice di studi e ricerche famosi nel mondo, a partire dalla teoria infermieristica basata su quattro concetti: persona, salute, benessere-malattia e metaparadigma. E ha introdotto i concetti dinamici di congruenza, coerenza e integrità come complementari ai modelli ritmici. Gli interventi infermieristici, in questa visione, sono stati interpretati come facilitatori del processo di sviluppo verso la salute in modo che gli individui possano sviluppare il proprio potenziale umano. Il significato della vita si manifesta attraverso una serie di esperienze di crisi esistenziali con potenziale di crescita nel proprio significato di vita. "Lo snodo importante per la ricerca infermieristica oggi sta tutto trovare la capacità di portare nella pratica clinica il cumulo delle conoscenze riconosciute agli infermieri". E stabilisce un traguardo preciso che definisce di salute sostenibile: "Entro il 2030 dovremo essere pronti a dimostrare il contributo che la ricerca infermieristica può fornire per raggiungere questi scopi: Tutti noi sogniamo di fare goal, ma dobbiamo essere preparati per segnare un goal".

Anche Susan Gennaro (Professore Boston College University) ha portato la sua formidabile esperienza di ricercatrice e d'infermiera maturata negli States. Come costruire una ricerca, si chiede retorica-

mente Susan Gennaro, "Bisogna che si prenda subito atto che non è facile fare ricerca, anche dove, come negli States, i fondi, soprattutto quelli delle fondazioni e dei privati, non sono il primo problema. Anche in Europa i fondi comunitari sono in crescita. Quindi fondi, ma soprattutto tempo e personale". Infine Wendy Budin (Pro Rettore Rutgers University). Ai tanti giovani presenti in sala la prof Wendy Budin ha chiarito cosa serve sapere e le conoscenze necessarie per produrre ricerca e per convincere i finanziatori privati o istituzionali che siano. "È di fondamentale importanza avere le competenze giuste per sapere come impostare correttamente la nostra proposta di ricerca. Sono competenze specialistiche che non si possono improvvisare. Tra le principali strategie da adottare impostando la ricerca c'è quella della sostenibilità della proposta e quella di lavorare il più possibile con team interdisciplinari. Negli States solo l'1% dei finanziamenti privati, anche di fondazioni, finanzia la ricerca infermieristica. A testimonianza che anche da noi gli infermieri ancora non impostano sufficienti e proficue relazioni sociali con chi è in condizioni di finanziare approfondimenti scientifici".





# Cemsir, ovvero come portare la ricerca scientifica al Sud

“La sfida che vogliamo lanciare è quella di portare al letto dei nostri assistiti il meglio dell’innovazione e delle evidenze scientifiche”.

di TERESA REA



**A**bbiamo voluto fortemente questo congresso. E ringrazio tutti coloro che l’hanno reso possibile, il Rettore dell’Università Parthenope che ci ha ospitato, ma soprattutto il parterre di relatori internazionali intervenuti. Un gruppo di eccellenza riconosciuto in tutto il mondo e non solo in ambito infermieristico. Abbiamo voluto con forza, dicevo in apertura, questo appuntamento perché come Opi Napoli e come Cemsir intendiamo spendere molte delle nostre energie, idee e competenze sulla ricerca infermieristica a tutti i livelli, con l’obiettivo di elaborare modelli e soluzioni innovative da spendere per migliorare le nostre prestazioni nella pratica clinica. La nostra idea guida sta nella convinzione che è possibile guardare alla sanità come grande area di sviluppo economico, di ricerca e di occupazione qua-

lificata, soprattutto al Sud. Nella gran parte del mondo più sviluppato, l’industria della salute costituisce un grande motore di crescita economica. Una recente ricerca scientifica finanziata da Confindustria ci dice che il settore - compreso l’indotto - occupa poco meno di 3 milioni di addetti e produce più dell’11% del PIL dell’economia italiana. Ponendosi, quindi, come uno dei maggiori driver per la ricerca e l’innovazione. Sono molteplici le aree d’interesse su cui intendiamo agire. Organizzazione dell’assistenza territoriale, di prossimità, comunità e ospedaliera; miglioramento degli esiti clinici sensibili all’assistenza infermieristica (nursing sensitive out-comes); promozione, sviluppo e sostegno della ricerca infermieristica nei e tra gli Atenei del Mezzogiorno in primis, attraverso la costruzione di un network nazionale e internazionale; favorire lo sviluppo di un linguaggio condiviso per identificare e gestire in maniera uniforme i problemi assistenziali nella pratica clinica quotidiana; Implementazione di modelli assistenziali fondati sull’evidence-based-practice; Riduzione del divario tra gli Atenei nella formazione universitaria infermieristica di base e post-base, sulle base delle indicazioni di organismi nazionali e internazionali; Identificazione e gestione dei nuovi bisogni di salute, del singolo e delle famiglie, con particolare attenzione alle popolazioni minoritarie e fragili, affette da patologie cronic-degenerative, malattie rare, e in contesti sociali di emarginazione.





assistenza  
infermieristica  
e ricerca

La ricerca infermieristica



## Progetti e ricerche scientifiche in corso

**A** testimonianza di quanto sia viva e partecipata la rete di un'approccio scientifico a sostegno della professione sono stati illustrati i primi risultati di otto lavori in fase avanzata condotti da ricercatori napoletani e non. "La ricerca in cinque minuti" è stata intitolata questa sessione della giornata tutta dedicata al supporto che la ricerca infermieristica può portare per garantire un equo accesso alle cure e per un'assistenza sostenibile, solidale e resiliente. Report di ricerche in corso illustrati in pochi minuti.

Ad aprire la sessione la dottoressa Assunta Guillari (Federico II) che ha illustrato i primi risultati di un'indagine sull'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche in ambito sanitario e su una sempre maggiore diffusione delle applicazioni in ambito clinico. Michele Virgolesi (Federico II) ha raccontato invece come è impostata la ricerca che segue sulla mappatura dei bisogni dei malati cronici e

delle strategie terapeutiche/assistenziali di tipo integrato. Vincenza Sansone ha illustrato il senso di una ricerca infermieristica tutta centrata sul percorso di gravidanza delle donne straniere in Italia. A Rita Nocerino è toccato raccontare della ricerca infermieristica da lei condotta sulla qualità della vita nei bambini con patologie allergiche. La dottoressa Maria Rosaria Esposito ha esposto i tratti essenziali della ricerca sulla qualità della vita in ambito oncologico, con particolare riferimento agli anticorpi coniugati. Vincenza Giordano ha illustrato invece i risultati di una ricerca sulle cardiopatie nelle donne con particolare attenzione alle problematiche sollevate nell'ambito della medicina e all'assistenza sanitaria di genere. Maria Catone ha relazionato nei soliti 5 minuti sulla cybercondria un neologismo, creato dall'unione delle parole: cyber ed ipocondria e descrive la tendenza alla ricerca su internet di informazioni mediche relative al

proprio stato di salute. Infine Gaia D'Antonio (Università Vanvitelli) ha brevemente spiegato la ricerca in corso sullo stato di salute degli adolescenti con malattie in relazione all'attività di prevenzione primaria.



Politica sanitaria

# Carenze strutturali e ferie. Po

*In Campania mancano 10mila infermieri. Il rischio è che nei mesi estivi, con le ferie da assicurare al personale napoletano assicurano ogni giorno e ogni notte un'assistenza di qualità nonostante le gravi carenze d'org*

di DARIO DE MARTINO

**P**otrebbe essere un'estate all'insegna dell'emergenza, con il grosso rischio di veder tagliati il 10% posti letto. La carenza di infermieri che l'Opi Napoli denuncia da tempo è pronta ad esplodere come una bomba a orologeria nei mesi estivi, mettendo in grave difficoltà soprattutto la Campania dove ad una grave carenza strutturale e annosa di infermieri, si aggiungeranno i periodi di riposo per ferie. Per effetto di questo combinato disposto, in Campania si prevede che si lavorerà con una media di 12-13 pazienti in gestione, con punte di diciotto assistiti per ogni infermiere: un carico di lavoro che va ben oltre il valore limite di 6 pazienti per ciascun infermiere necessario per una sanità di qualità.

**Reparti accorpati** - Alcuni reparti potrebbero essere accorpati se non addirittura chiusi. In pericolo le aree di emergenza-urgenza dove si prevede almeno il 30% in più di afflusso dei pazienti soprattutto fragili e anziani nei pronto soccorso tipico dell'estate. All'Ospedale dal Mare si è già alle prese con un surplus di pazienti che già dal mese di marzo è ingestibile per i pochi infermieri rimasti in trincea.

**Infermieri sotto stress** - "Siamo un baluardo dell'assistenza pubblica in Italia e come tale dovremmo essere tutelati. E invece lavoriamo sempre sotto stress. Soprattutto in Campania, regione tra le prime per emigrazione sanitaria, per l'insufficiente e non perequata assegnazione dei fondi nazionali, per le mancate assunzioni, per



# Posti letto a rischio in Campania

*...nale, si debba ricorrere al taglio del 10 per cento dei posti letto per mancanza di personale. "Gli infermieri organico. Ora è tempo di fatti".*

carezza di posti letto e di strutture territoriali. A fronte di queste e altre gravissime carenze, dice la Presidente dell'Opi Napoli Teresa Rea, c'è un fortissimo impegno da parte degli infermieri di Napoli nel difendere con i denti il Ssn e ad assicurare ogni giorno e ogni notte la migliore assistenza possibile ai cittadini".

**Ne mancano 10mila** - Degli oltre 70mila infermieri che mancano in Italia, almeno diecimila servono alla Campania per recuperare i posti nella sanità pubblica persi in oltre dieci anni di commissariamento e di conseguente blocco del turn over. "È quanto denuncia da tempo l'Ordine degli infermieri di Napoli", dicono dalla sede di piazza Carità.



## Già pronta la soluzione dei contratti a termine

“Con i contratti a sei mesi verrà ridotto e “tamponato” il disagio”. E questa la risposta che le aziende ospedaliere e le Asl si apprestano ad adottare. Lo dice chiaramente Antonio D'Amore, manager dell'azienda ospedaliera Cardarelli di Napoli, in un intervento pubblicato sulle pagine de “Il Mattino” dove indica la strada che seguirà l'azienda ospedaliera più importante del Sud. “Attualmente per la piena funzionalità del Cardarelli mancano oltre cento infermieri. I giovani sono sempre più propensi a lasciare il Meridione per cercare lavoro laddove hanno la possibilità di guadagnare di più. Con il personale sotto organico anche le liste d'attesa rischiano di allungarsi ancora di più. Tagli e freni alle nuove assunzioni hanno fatto sì che l'emergenza arrivasse a tali numeri”.

**Una carezza endemica** - Nonostante il pareggio di bilancio della Regione sui conti della Sanità dal 2013, il Piano di rientro del deficit impone restrizioni severe al turnover e frena nuove assunzioni a causa dei tetti di spesa. Gli ospedali Cardarelli e Ospedale del Mare, che registrano afflussi record durante tutto l'anno, stanno affrontando gravi difficoltà a causa della carezza di personale. Nei reparti campani mancano tra i 10.000 e i 13.000 operatori sanitari rispetto agli standard richiesti, di cui circa 2.000 sono medici e l'80% sono infermieri, tecnici sanitari e altre figure della dirigenza sanitaria. I tetti di spesa attuali permettono di assumere fino a 2.000 nuovi sanitari, coprendo appena il turnover dei pensionamenti.

**Formazione e fabbisogno** - Teresa Rea, presidente dell'Ordine degli Infermieri di Napoli, ha sottolineato la necessità di proteggere il sistema sanitario pubblico, specialmente in una regione come la Campania, che affronta problemi significativi di emigrazione sanitaria, carezza di posti letto e diseguaglianze nella distribuzione del fondo sanitario nazionale. “La formazione di nuovi infermieri è insufficiente rispetto al fabbisogno: negli ultimi dieci anni sono stati formati poco più di 12.000 infermieri, un numero inadeguato rispetto alle necessità”.



**Una sfida** - La grave carezza di infermieri negli ospedali di Napoli rappresenta una sfida urgente per il sistema sanitario regionale. Senza interventi immediati per aumentare il personale e migliorare le condizioni lavorative, il rischio è di compromettere seriamente la qualità dell'assistenza sanitaria offerta ai cittadini. La protezione e il rafforzamento del sistema sanitario pubblico devono essere una priorità per garantire un servizio adeguato e sostenibile.



Politica sanitaria

# Ospedali e territorio non dialo

*Dossier: ogni anno 2 milioni di ricoveri impropri e uno spreco di 6 miliardi. In Campania sperperati all'i*

di PINO DE

**S**pecialisti ospedalieri e medici di famiglia si consultano quando un paziente è ricoverato in appena il 3% dei casi, mentre in un caso su due i pazienti arrivano in reparto senza che si sappia nulla dei loro trascorsi in fatto di salute perché il fascicolo sanitario elettronico non è mai aggiornato. Così, in media oltre tre ricoveri su 10 si sarebbero potuti evitare con una migliore presa in carico dei pazienti da parte dei servizi territoriali. Il che in numeri assoluti significa 2 milioni e 250 mila ricoveri evitabili l'anno, pari a uno spreco di circa 6 miliardi, calcolando che il costo medio di un ricovero è di circa 3mila euro.

**In Campania** – Nelle regioni del sud stesse modalità. In Campania, ad esempio, si contano non meno di 230 mila ricoveri evitabili l'anno, pari a uno spreco di circa

690 milioni. Mentre, a proposito di ricoveri impropri, sono in media il 15% quelli di natura "sociale" più che sanitaria. Ossia di pazienti che si sarebbero potuti curare anche a casa se esistesse un servizio di assistenza domiciliare o una rete familiare in grado di accudirli. È questa la fotografia relativa alla Campania scattata in un dossier realizzato su un campione rappresentativo di strutture regionali. In un ospedale su due oltre il 40% dei ricoveri causato dalla mancata presa in carico del territorio. I ricoveri "sociali" rappresentano il 10% del totale nel 48% delle strutture interpellate mentre la quota supera il 20% nel 32% degli ospedali e il 30% nel 14% degli stessi, per una media di un ricovero su 7. Percentuale di ricoveri impropri che supera il 40% nel 48% dei nosocomi, mentre in altre realtà ospedaliere la quota di rico-

veri evitabili oscilla fra il 10 e il 30%. In media oltre un ricovero su tre è improprio. Come evitare lo spreco - Variegate le azioni che avrebbero potuto evitare ai pazienti di soggiornare in reparto. Per il 33% degli intervistati servirebbe un maggior rapporto tra ospedale e territorio, per un altro 36% una maggiore offerta di assistenza domiciliare integrata, per il 19% basterebbero le nuove case e ospedali di comunità e per il 12% sarebbe necessaria un'apertura più continuativa degli studi dei medici di famiglia.

**Il fascicolo elettronico** - Per far interagire ospedale e territorio uno strumento efficace sarebbe il Fascicolo sanitario elettronico, ma secondo i dati raccolti i medici del territorio riescono ad aggiornarlo con frequenza nel 2% dei casi, lo fanno raramente nel 49% dei casi

## Ospedali e Territorio



# gano, troppi ricoveri impropri

circa 690 milioni l'anno a causa di un blackout comunicativo tra ospedali e servizi sanitari territoriali.

MARTINO



e addirittura mai in un altro 49%. Le stesse alte percentuali si ritrovano quando si tratta di rilevare il dialogo tra medici ospedalieri e territoriali. I primi nel 69% dei casi si consultano solo raramente con i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali quando un paziente viene ricoverato, mentre per il 28% il consulto non avviene proprio mai. Si verifica invece abbastanza frequentemente appena nel 3% dei casi.

**Riforma del territorio** - Ora si profila la riforma della sanità territoriale, centrata sui maxi ambulatori aperti sette giorni su sette, ossia case di comunità e ospedali sempre di comunità che dovrebbero accudire i pazienti che possono essere dimessi ma non

sono in grado di tornare a casa propria. Strutture che potranno influire positivamente ma a patto che la riforma venga modificata. Occorre prima di tutto un provvedimento, ancora mancante, che fornisca indicazioni precise su quali professionisti del territorio e con quale modalità debbano lavorare nelle nuove strutture e regole che disegnino il rapporto tra queste strutture e l'ospedale. Il dossier mette in luce criticità che richiedono un'azione immediata e coordinata per garantire un sistema sanitario più integrato e meno dispendioso, che ponga al centro il benessere del paziente e l'ottimizzazione delle risorse disponibili.

## L'infermiere di prossimità, la cerniera di sostenibilità del Ssn

Se c'è una figura professionale in grado di interagire adeguatamente tra gli ospedali e il territorio questo è l'infermiere, sia esso di famiglia e o di comunità. Non è un caso se nella riforma delineata dal PNRR e resa attuativa dal DM 77/2022, è previsto lo sviluppo della domiciliarità e della prossimità e in questo senso un compito fondamentale è assegnato alla figura dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC). Oggi l'infermiere di famiglia e comunità è legge e la sua presenza è prevista dalle Case e gli Ospedali di Comunità (a gestione infermieristica) ai servizi di assistenza domiciliare, dalle Centrali Operative Territoriali alle Unità di Continuità Assistenziale fino ai team di infermieri di famiglia e comunità (IFeC), soprattutto per l'assistenza ai più fragili e agli anziani, ma senza una diversa politica nelle assunzioni e nella formazione si rischia di lasciare tutto solo scritto sulla carta. L'infermiere di famiglia e/o di comunità è soprattutto un punto di riferimento unico verso i pazienti. Ma è anche l'anello di congiunzione tra gli ospedali e il territorio, utile anche ad evitare la quantità enorme e lo sperpero miliardario di denaro pubblico dovuti ai ricoveri impropri. Infatti l'infermiere di Famiglia e Comunità è la figura professionale territoriale di riferimento per l'assistenza infermieristica, opera su diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità a cui si riferisce. Può sicuramente erogare alcune prestazioni, soprattutto

quelle in cui può avere competenze specifiche, ma è soprattutto un punto di riferimento unico verso i pazienti, interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni, attuali o potenziali e attiva o orienta i giusti percorsi. Insomma è una pedina fondamentale di controllo dello stato di salute dei cittadini per la popolazione più fragile, come le persone più anziane o i pazienti cronici, ma non solo. È una figura utile anche per la divulgazione delle buone pratiche sanitarie tra i più giovani, nelle scuole e nei luoghi di aggregazione. Inoltre mira al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria e si sviluppa dentro le comunità e con le comunità rispetto alla quale fa una valutazione dei bisogni di salute; prevenzione primaria, secondaria e terziaria; conosce i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica; stende piani assistenziali infermieristici, individua quesiti di ricerca infermieristica, orienta anche ai servizi, fa una valutazione, indicazione e prescrizione dei presidi necessari. Monitora l'aderenza terapeutica, l'empowerment e valuta i sistemi di telemonitoraggio ed è lui che attiva consulenze infermieristiche, si occupa della formazione dei caregiver e delle persone di riferimento. Ma soprattutto collabora a strategie assistenziali di continuità ospedale territorio, definisce e contribuisce a protocolli, procedure, percorsi e progetta e attua gruppi di auto mutuo aiuto.

## Politica sanitaria

# Un decreto legge sulle liste d'attesa

*Il decreto legge del governo con misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa e il ddl con le coperture finanziarie. Vincenzo De Luca "Si tratta di una grande balla, solo propaganda elettorale. Un Cup unico regionale; visite e esami anche di sabato e domenica; sanzioni per i direttori Asl inefficienti"*

di DARIO DI



**F**orse la campagna elettorale per le europee ha inciso sia nel dare la spinta al governo a fare presto, sia nei giudizi. Sta di fatto che i provvedimenti assunti dal Consiglio dei ministri per mettere una pezza al problema delle liste d'attesa è stato subito bocciato da una parte consistente delle regioni e da parte dei sindacati. Tra i commenti più tranchant quello del Presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca "Si tratta di una grande balla, solo propaganda elettorale. Non si capisce con quali soldi e con quale personale si metterà in atto quanto previsto. Per garantire a tutti l'accessibilità alle cure serve una riforma complessiva, non spot elettorali". Ma vediamo punto per punto cosa prevedono il decreto e il disegno di legge voluto varato dal governo.

**Le misure** - Da un Cup unico regionale o infraregionale, il monitoraggio sulle liste d'attesa affidato all'Agenas, un ispettorato generale di controllo sull'assistenza sanitaria fino all'introduzione di visite ed esami il sabato e la domenica. Sono le misure principali contenute nel decreto legge anti liste di attesa, secondo una bozza di sette articoli del provvedimento. L'articolo 1 della bozza del decreto legge istituisce presso Agenas una

piattaforma nazionale per le liste d'attesa con l'obiettivo di disporre per la prima volta di un monitoraggio puntuale e reale dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie". La piattaforma nazionale dialogherà con le piattaforme regionali delle liste di attesa (interoperabilità). Inoltre se "Agenas riscontra inefficienze o anomalie nell'ambito del controllo delle agende di prenotazione, può procedere con audit nei confronti delle aziende sanitarie". Lo scopo è quello di superare insieme eventuali difficoltà riscontrate. «Questa norma impatta positivamente sulle Regioni perché aiuta a gestire meglio le liste d'attesa».

**Cup unico** - Nell'articolo 3 si definisce «l'obbligo di un Cup unico regionale o infraregionale con tutte le prestazioni disponibili del pubblico e del privato convenzionato e si prevede la nullità del contratto con il privato accreditato che non provveda a inserire le prestazioni nei Cup pubblici (deve essere collegato e interoperabile); per chi è autorizzato ma non ancora accreditato, il collegamento con i Cup pubblici diventa requisito per il rilascio dell'accreditamento istituzionale (premierità)». Inoltre se le prestazioni non vengono erogate nei tempi previsti dalle vigenti classi di priorità, le aziende garantiscono al cittadino la prestazione in intramoenia o attraverso il privato accreditato. Viene indicato il divieto per le aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione (agende). Il Cup deve attivare un sistema di recall per evitare il fenomeno delle prestazioni prenotate e non effettuate (fenomeno che allunga le liste d'attesa e ingolfano le agende). Parliamo di un 20% di casi. Il cittadino che non effettua la visita o l'esame prenotato senza preavviso, dovrà pagare ugualmente il ticket. L'articolo 4 è

dedicato alle visite e agli esami diagnostici anche il sabato e la domenica, prolungando la fascia oraria. Per evitare abusi dell'attività in intramoenia, a scapito dell'attività istituzionale finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa, si prevede in ogni azienda ospedaliera le ore di attività libero professionale non deve eccedere quella ordinaria, si legge.

**Tetto di spesa e personale** - Per quanto riguarda il tetto di spesa per il personale, (Articolo 5) sulla norma pendono le verifiche con il Mef. Nel testo si legge che viene innalzata "la spesa per il personale di un importo complessivo pari al 15% dell'incremento del Fondo sanitario rispetto all'anno precedente. Schillaci: «Dal primo gennaio 2025 sarà abolito il tetto di spesa per il personale sanitario» ha annunciato il ministro della Salute Orazio Schillaci, presentando in conferenza stampa a Palazzo Chigi il Dl anti-liste d'attesa approvato dal Cdm. Estensione poi degli orari per le visite diagnostiche e specialistiche di sabato e domenica. «Non è più accettabile che in tante realtà ci siano liste chiuse, devono rimanere sempre aperte, il singolo professionista non deve fare più prestazioni in intramoenia che prestazioni pubbliche: da monitoraggi a campione risulta drammaticamente che si fanno anche 9 prestazioni nel pubblico rispetto a 90 in intramoenia» ha continuato Schillaci. «I provvedimenti, il Dl e il Ddl, approvati oggi in Cdm sono frutto di lavoro di confronto con le regioni, gli Ordini professionali e le associazioni dei cittadini, che sono i veri scontenti delle liste d'attesa - ha continuato il ministro -. Si va incontro ai cittadini».

**Prestazioni dal privato** - L'articolo 6 affronta l'acquisto di prestazioni da privato convenzionato, anche in questo caso pendono le verifiche con il Mef. «Aumenta per gli anni 2025 e 2026 la quota del fondo sanitario na-



# Attesa. Ma le regioni lo bocciano

Le misure di garanzia sulle prestazioni sanitarie lascia una scia di malumori e di scetticismo. A cominciare dal decreto "Cup". Replica Schillaci: «Dal primo gennaio 2025 sarà abolito il tetto di spesa per il personale sanitario». I tagli e aumenti in busta paga al personale interessato i provvedimenti più importanti assunti.

DI MARTINO

zionale che le Regioni possono usare per l'acquisto di prestazioni da privato convenzionato rispetto a quanto già previsto dalla legge di bilancio 2024". Inoltre con l'articolo 7 "s'istituisce una infrastruttura nazionale di intelligenza artificiale per la telemedicina".

**Aumento 20% a personale** - Un registro nazionale delle segnalazioni dei cittadini sui disservizi; aumento delle tariffe orarie del 20% per il personale che dovrà prestare servizi aggiuntivi contro le liste d'attesa con una tassazione ridotta al 15% e 100 milioni di euro per avvalersi di specialisti ambulatoriali interni per recuperare le liste d'attesa. Sono alcune delle misure contenute nella bozza di disegno di legge composto di 14 articoli a completamento del decreto. Nessun taglio alle prestazioni, ma classi di priorità verranno indicate dal medico nella richiesta di visita o esame.

**Sanzioni a direttori Asl** - Le Regioni assegneranno ai direttori generali delle aziende sanitarie alcuni obiettivi annuali sulla riduzione delle liste d'attesa. Il mancato raggiungimento può determinare la sospensione dall'elenco nazionale dei direttori per un periodo di 12 mesi. Anche gli specializzandi verranno chiamati per abbattere le liste d'attesa. La bozza di ddl prevede un maggior coinvolgimento dei giovani medici con incarichi fino a 10 ore settimanali. Confermate le misure di contrasto contro il fenomeno dei gettonisti: possibili assunzioni con contratti di lavoro autonomo. Le prenotazioni delle visite da confermare 2 giorni prima. «Andrà ricordato agli assistiti due giorni lavorativi prima di effettuare la prestazione l'appuntamento e verrà chiesta la conferma o la cancellazione della prenotazione diffusa anche da modalità da remoto», ha spiegato Schillaci. «Questo sicuramente andrà ad incidere

soprattutto sulla gestione delle patologie cronico degenerative, e sulle patologie oncologiche. E terrà conto anche di quanto avviene nei percorsi terapeutici assistenziali con dei percorsi dedicati».

**Risorse** - Per abbattere le liste di attesa sono necessari investimenti extra senza che vengano impegnate le risorse sempre più contate del Fondo sanitario nazionale già destinate ad altre voci. A chiederlo senza troppi giri di parole sono medici e infermieri preoccupati che il nuovo decreto sulle liste d'attesa in arrivo in consiglio dei ministri il prossimo 3 giugno si trasformi in una vera e proprio beffa per il mondo della Sanità alle prese con finanziamenti che non bastano mai. La prima bozza del decreto non lascia tranquilli il personale sanitario: la copertura ancora non è stata chiarita con il ministero dell'Economia, anche se molte misure già sono previste a valere sul Fondo sanitario. Proprio quello che non vogliono medici e infermieri. Ma quello sulle liste d'attesa è del resto un provvedimento molto sensibile. Oggi circa 3 milioni di italiani rinunciano a curarsi a causa di liste d'attesa troppo lunghe. Il decreto in bozza non è però

ancora completo: manca infatti da scrivere l'articolo 25, quello relativo alla copertura finanziaria. Un dettaglio non di poco conto su cui continua da giorni l'interlocuzione con il ministero dell'Economia. Tra le misure per le quali bisognerà trovare una copertura c'è a esempio quella sulla defiscalizzazione al 15% degli straordinari, che si traduce in minore gettito fiscale. Ma è già comunque chiaro che diverse misure saranno finanziate a valere sul Fondo sanitario nazionale e dunque all'interno del perimetro di risorse già stanziato per il Servizio sanitario: in pratica si rischia di varare il piano sulle liste d'attesa senza troppi fondi freschi. È il caso a esempio del nuovo rialzo (dopo quello già previsto nella scorsa manovra) dei tetti di spesa per ricorrere al privato, che cresce ancora per un valore che si dovrebbe aggirare sui 450 milioni. Un punto snodale questo del decreto perché - proprio per evitare che le code si allunghino - è previsto che le Asl eroghino almeno il 90% di visite ed esami entro i tempi e per fare questo potranno ricorrere di più «agli erogatori privati accreditati» a cui saranno inviati i pazienti attraverso i Cup.



## Politica Sanitaria

# Il ministro Schillaci: “Chi critica il provvedimento fa propaganda”

**O**razio Schillaci, 58 anni, già rettore dell'Università di Roma Tor Vergata.

**Ministro, l'intervento del governo con l'approvazione del nuovo decreto ridurrà drasticamente le liste d'attesa negli ospedali?**

«Ci sono regioni che già applicano quanto abbiamo stabilito per legge e i risultati si vedono. Se tutti faranno la propria parte, i risultati di questa riforma saranno incisivi. Abbiamo approvato due provvedimenti che per la prima volta definiscono per legge regole e misure che garantiscono al cittadino di avere le prestazioni nei tempi giusti attraverso l'ampliamento dell'offerta sanitaria che includerà anche l'attività in intramoenia e il privato accreditato».

**C'è chi dice che è un decreto vuoto, senza finanziamenti, cosa risponde?**

«È propaganda spicciola. Il nostro decreto ha le coperture finanziarie bollinate dal Mef. La proposta di legge Schlein invece le coperture non le ha previste. Facciamo partire le misure più urgenti con i fondi che sono oggi disponibili e che diverse regioni non stanno spendendo dal 2022».

**La detassazione degli straordinari può portare a un sensibile aumento del personale in servizio?**

«È un incentivo importante che si unisce all'aumento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive che abbiamo già approvato con la legge di bilancio. Sono convinto che queste misure dedicate allo smaltimento delle liste d'attesa incentiveranno i medici a dedicare più ore per il bene dei pazienti».



**Esiste o no il rischio che la sanità pubblica sia sopraffatta dalla sanità privata?**

«Assolutamente no. È falsa propaganda. Da quando ci siamo insediati abbiamo adottato provvedimenti per rafforzare il servizio pubblico di cui il “privato accreditato” è parte integrante. Ricordo che nella proposta di legge Schlein si dice di integrare il privato accreditato nei Cup. Quindi delle due l'una: o anche il Pd favorisce il privato o è stato solo chiasso elettorale».

**Da quanti anni la sanità viene definanziata? E cosa ha in mente il governo per porre rimedio ai danni prodotti dai governi precedenti?**

«Solo tra il 2014 e il 2019 tra minori finanziamenti e tagli, si sono persi 11 miliardi. Questo governo, con l'ultima legge

di bilancio, ha aumentato il Fondo sanitario di 11,2 miliardi per il triennio 2024-2026 portandolo a livelli di finanziamento mai visti prima. Stiamo procedendo passo dopo passo perché le cose da fare sono tante».

**Prestare servizio nei pronto soccorso è diventato un mestiere rischioso. Cosa si può fare per rendere i pronto soccorso luoghi tranquilli?**

«A maggio dello scorso anno abbiamo inasprito le pene per chi aggredisce un operatore sanitario. Ma le norme non sono sufficienti se non si attua un vero cambiamento culturale per diffondere il messaggio che il camice bianco è un nostro alleato, non un nemico. Detto ciò è evidente che c'è ancora un problema di sovraffollamento».

**Si parla di abolizione del tetto di spesa nel 2025. Come raggiungere l'obiettivo?**

«Lo abbiamo scritto nel decreto legge approvato la scorsa settimana. Dal 2025 l'attuale vincolo sparirà e insieme alle Regioni definiremo un meccanismo che si basa sui reali fabbisogni di personale. Non più vincoli, ma uno strumento per individuare il personale che serve, dove serve».

**La sanità italiana resta, nelle sue eccellenze, una delle migliori del mondo?**

«Certo. Diversi indicatori Ocse dicono che su molte prestazioni abbiamo esiti di cura migliori e mortalità più bassa.

Ricordo che in Italia chiunque si presenti in ospedale riceve gratuitamente tutte le cure necessarie. Non è così in altre parti d'Europa e del mondo. Non lo diamo per scontato, dobbiamo essere orgogliosi del nostro servizio sanitario».

# La presidente Teresa Rea è professore associato



**T**eresa Rea, presidente dell'Opi Napoli è professore associato dell'Università Federico II di Napoli. Con questo ennesimo traguardo accademico, la prof è la prima infermiera napoletana a raggiungere un così alto e prestigioso obiettivo professionale. Il decreto di nomina per docenti di seconda fascia è a firma del Magnifico Rettore Matteo

Lorito e riguarda naturalmente il settore scientifico disciplinare Med/45, ovvero Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche. Un traguardo accademico che premia l'impegno, l'applicazione, lo studio. E che diventa un felice e contagioso esempio per le future generazioni. A testimonianza che il merito non sempre, ma spesso viene premiato.

## Alla d.ssa Guillari il ruolo di ricercatrice

**A** firma del Magnifico Rettore dell'Università Federico II, Prof. Matteo Lorito, è giunto poi il decreto di nomina a ricercatrice per lo svolgimento di attività di ricerca, di didattica e di didattica integrativa per la dottoressa Assunta Guillari. La dottoressa Guillari, recita il decreto a firma del rettore, "è dichiarata vincitrice della selezione nell'ambito del progetto dipartimenti d'eccellenze 2023 -2027". E riguarda il settore scientifico disciplinare Med/45 – Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche. Felicitazioni e complimenti sono stati inviati dall'intero Consiglio direttivo e dalle commissioni d'Albo dell'Opi Napoli.

Una particolare soddisfazione è stata espressa dalla Presidente Teresa Rea, particolarmente impegnata a valorizzare la crescita accademica e di ricerca degli infermieri napoletani. "La disciplina Infermieristica nell'Università Federico II ha avuto un'accelerazione in questi ultimi tre anni e sono certa che recupereremo presto il divario nord-sud. Alla dottoressa Guillari formulo i migliori auguri di un proficuo lavoro, la sua determinazione e dedizione alla ricerca, all'insegnamento e alla clinica, insieme all'amore per lo studio, le hanno consentito di raggiungere questo prestigioso traguardo".



## Un infermiere per fermare le aggressioni

Cercare di diminuire il nervosismo e la tensione dei parenti e degli accompagnatori dei pazienti, così da scongiurare violenze e aggressioni ai danni di infermieri e sanitari. La direzione dell'Ospedale "Cardarelli" ha messo in campo una strategia che andrà di pari passo con il già presente e affidabile presidio della Polizia di Stato e dei vigilantes interni. Parliamo di una nuova area del nosocomio partenopeo che funge da accoglienza di tutti gli accompagnatori dei pazienti gestita da un infermiere specializzato nella comunicazione.

**Un'area dedicata ai parenti dei pazienti** - Si tratta di una struttura in vetro allestita con decine di posti a sedere. Un ambiente coperto, custodito e sorvegliato, come da norma e fornito anche dei servizi igienici. A gestirlo è stato chiamato un infermiere che in quell'area prenderà la mansione di informatore e comunicatore con le persone accompagnatrici in attesa di informazioni e aggiornamenti riguardanti i propri cari ricoverati presso il Cardarelli. Un addetto che di fatto farà da trait d'union tra il settore medico-chirurgico del pronto soccorso e la nuova area di accoglienza. L'obiettivo come racconta la direzione sanitaria dell'ospedale è "prenderci cura" di queste persone che,



inevitabilmente, a causa del sovraffollamento nei presidi, rimangono per ore in attesa di notizie e abbandonati a loro stessi.

**Come al Niguarda** - Un modello, quello dell'infermiere che funge da raccordo tra familiari e struttura ospedaliera nelle ore dove si registra il picco di accessi al pronto che arriva dalla sperimentazione messa in atto al Niguarda di Milano, dove il progetto sta funzionando bene anche oltre le più rosee aspettative.





*Nutriamo la salute*  
Giornata internazionale dell'infermiere



## Un sistema salute centrato

Tende in piazza e stand Opi Napoli per celebrare tra la gente la giornata internazionale, educazione sanitaria, attività salvavita". La presidente ha annunciato

di DARIO DE M...

“**S**enza infermieri non c'è salute. Quindi, se non tratteniamo i giovani laureati a Napoli il sistema sanitario pubblico regionale è destinato a un lento morire”. È l'allarme lanciato da Teresa Rea, presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, presentando le iniziative che l'Opi Napoli ha messo in essere il 12 maggio, giornata internazionale dell'infermiere che quest'anno è coincisa con la festa della mamma. Con lo slogan “Nutriamo la salute” gli infermieri tornano all'origine della radice etimologica del termine Nurse, dall'inglese antico da cui deriva e in latino rimanda al concetto della nutrizione, del prendersi cura di chi ha bisogno. Questo fa l'infermiere nella sua attività quotidiana. L'articolo 4 del Codice deontologico lo dice chiaramente: “Il tempo di relazione è tempo di cura”.

**Prevenzione e territorio** - “Gli infermieri oggi sono il baluardo del Ssn”, ha sottolineato ancora Teresa Rea nell'indirizzo di salute alle autorità presenti e ai tanti giovani intervenuti. In rappresentanza del Sindaco di Napoli Gaetano Manfredi è intervenuto il consigliere comunale Pasquale Sannino: “C'è una collaborazione istituzionale tra il Comune di Napoli, segnatamente con la Commissione Salute, e l'Ordine degli infermieri che funziona benissimo, ma che dobbiamo intensificare, soprattutto sul fronte della prevenzione”. Tra le autorità presenti anche i Consiglieri della VII Municipalità di Napoli: Antonio Sannino e Rosario Napolitano, nonché il Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera "Santobono-Pausilipon", Mariavittoria Montemurro. Ma lunghe liste d'attesa e fondi insufficienti minano l'accesso alla cure e alla prevenzione per tanti cittadini: “L'assistenza sanitaria pubblica oggi è messa in discussione da una privatizzazione ormai diffusa. Con essa si negano i principi di una sanità equa, universalistica, per tutti. Aprendo, di fatto, a una sanità per censo e a un sistema dove si cura adeguatamente solo chi ha disponibilità finanziarie. Gli altri, i cittadini svantaggiati o in difficoltà economiche, devono rinunciare alle cure o indebitarsi, come già succede” ha sottolineato la presidente Rea.

**Tra la gente** - “Siamo in piazza come al solito con stand dedicati per promuovere la prevenzione (screening e vaccinazioni); per mettere in atto attività di educazione sanitaria e di semplici interventi salvavita (disostruzione vie aeree e rianimazione cardio polmonare); dimostrazione delle attività del CIVES (protezione civile infermieristica) e per fornire informazioni sulla sanità di genere”, ha detto ancora la Presidente Rea.

**Due emergenze** - “L'Opi Napoli vuole porre l'accento su due aspetti: la carenza di personale soprattutto al Sud e sull'impegno quotidianamente

# sui bisogni dei cittadini

Giornata internazionale dell'infermiere. Rea: "In piazza per promuovere prevenzione e la costituzione di una Consulta con le associazioni dei pazienti."

MARTINO

profuso dalla professione per sviluppare un Sistema salute a misura di cittadino. In Italia mancano oltre sessantamila infermieri. In Campania superiamo i diecimila per effetto del lungo commissariamento durante il quale non si è potuto dare vita a un fisiologico turn over e poi per la mancanza di risorse finanziarie, di posti letto, di strutture territoriali adeguate alla domanda dei cittadini".

**Tende in piazza** - Agli stand una folla di curiosi e di cittadini ha potuto informarsi sulla sanità di genere, ma anche sulle vaccinazioni e sugli screening periodici necessari alla prevenzione. Tema sottolineato anche dai tanti interventi istituzionali che si sono succeduti nel corso della giornata. Con l'occasione sono stati consegnati anche degli attestati di merito a giovani infermieri che in quest'anno trascorso si sono distinti per aver portato soccorso e salvato vite anche fuori dall'orario di lavoro, a testimonianza dell'alto valore sociale e umano che la professione infermieristica spesso è portatrice.



**Patto infermiere/cittadino** - Il diritto alla salute non va solo garantito, ma fatto crescere, nutrito. "È tempo che la politica nutra e si prenda cura adeguatamente della nostra professione perché senza infermieri il Ssn non esiste", ha aggiunto Teresa Rea annunciando la volontà di dar vita a una Consulta da mettere su con le associazioni dei pazienti, un organismo che dovrà implementare il più possibile il patto tra infermieri e cittadini per una sanità sempre più a misura delle esigenze dell'utenza.

**Gli encomi** - Encomio solenne sono stati attribuiti ai giovani infermieri che si sono contraddistinti per generosità, competenza e impegno sociale e civile. Simone Oliva e Roberta Totaro, vincitori del Contest Artistico "Nutrire la Salute", e a Martina Milano.





acoï  
NEL  
CUORE  
DELLA  
CHIRURGIA.  
NAPOLI 2024  
42° CONGRESSO NAZIONALE ACOI  
12 - 16 MAGGIO | STAZIONE MARITTIMA

42° Congresso Nazionale Acoi

# Infermieri di area chirurgica, la rivoluzione

Alti livelli di formazione e costante adesione alle evidenze scientifiche: ecco spiegati i grandi progressi di questi anni del nursing chirurgico agli infermieri. Teresa Rea: "L'imperativo è formazione e apprendimento costante per rispondere in maniera esaustiva alla crescente e

di PINO DE MARTINO

“L’evoluzione professionale e della ricerca scientifica hanno prodotto nuovi approcci e modificato aspetti assistenziali, clinici basati su evidenze scientifiche e imposto conoscenze avanzate e innovative al nursing chirurgico nell’ultimo decennio. Un’autentica rivoluzione ancora in corso. In questi anni che abbiamo ormai alle spalle la professione infermieristica ha fatto passi da gigante, complice anche la formazione universitaria dell’infermiere. Molto dovrà ancora cambiare, soprattutto nell’assistenza in chirurgia, sia per effetto dell’inarrestabile e costante sviluppo scientifico cui gli infermieri siamo ormai indissolubilmente legati, sia per effetto di sempre maggiori livelli di formazione e di specializzazioni che la professione sta dimostrando di poter raggiungere. L’imperativo è formazione e apprendimento costante per rispondere in maniera esaustiva alla crescente e sempre più qualificata domanda di salute che proviene dai cittadini”.

**La 4 giorni di Napoli** - Così la prof Teresa Rea, presidente dell’Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli nella seconda giornata del 42° Congresso Nazionale dell’Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (Acoi). ‘Nel cuore della chirurgia’, questo il titolo della quattro giorni di dibattito tenuta a Napoli presso il centro congressi del Terminal della Stazione marittima.

Un appuntamento che ha fatto registrare la partecipazione di oltre 7000 chirurghi e specializzandi, più di 50 aziende del

settore medico ospedaliero, le delegazioni medico-scientifiche internazionali che si sono confrontate in oltre 75 sessioni scientifiche e di approfondimento e oltre 300 contributi video.

**Nursing chirurgico** - A coordinare i lavori della giornata dedicata agli infermieri il presidente nazionale AICO Claudio Buttarelli (Treviso) e Ersilia Talamo (Napoli) Tesoriere AICO Campania. Sono intervenuti relatori di elevato calibro professionale portando la discussione su un terreno di estremo interesse sia per gli

aspetti tecnici sia per quelli formativi. Il dott. Bernardino Tomei (Roma) ha sviluppato il tema del profilo dell’infermiere di Area Chirurgica. Profilo generato dalla evoluzione professionale e dalla ricerca scientifica che hanno modificato alcuni aspetti assistenziali, prodotto nuovi approcci clinici basati su evidenze scientifiche e imposto conoscenze avanzate e innovative al nursing chirurgico nell’ultimo decennio.

Il tema dell’efficientamento dei processi chirurgici, giusta competenza del profes-





# ione delle competenze

irurgico. Al 42° Congresso nazionale Acoi di Napoli giornata dedicata sempre più qualificata domanda di salute che proviene dai cittadini”.



acoi  
**NEL CUORE DELLA CHIRURGIA. NAPOLI 2024**  
42° CONGRESSO NAZIONALE ACOI  
12 - 15 MAGGIO | STAZIONE MARITTIMA

42° Congresso Nazionale Acoi

sionista infermiere di Risk Managment finalizzata ad una ottimale gestione operativa è stato condotto dalla dott. Maria Anna Stingone, direttore della UOC di Rischio Clinico, Qualità e formazione Ospedale Evangelico Betania Napoli che ha posto anche l'attenzione su quanto sia necessaria una esperienza clinica assistenziale di base per la formazioni di tale competenze. Le competenze deontologiche e etiche della professione infermieristica a servizio della cura dei pazienti è stata condotta dal dott. Vincenzo Signoriello (Napoli). Il tema delle competenze per una pratica professionale all'avanguardia è stato il centro del dibattito condotto da Salvatore Errico (Napoli) Ciro Contrasto (Salerno) Sergio Forlenza (Battipaglia), Cinzia Simeoli (Napoli). Per la dottoressa Ersilia Talamo, tesoriere Aico

Campania “La giornata congressuale dedicata agli infermieri è stata una fotografia fedele della nostra vita professionale. In cui non si smette mai di studiare, ricercare. Anzi. In cui occorre metabolizzare e contestualizzare il bagaglio culturale professionale, trasformare il sapere nel saper fare e nel saper essere per giungere nel saper divenire così da poter affinare la capacità assistenziale e trasformare la

“conoscenza” in “competenza”. Questo è il segreto del professionista infermiere di area chirurgica”.

**NEL CUORE DELLA CHIRURGIA NAPOLI 2024**  
42° CONGRESSO NAZIONALE ACOI  
12 - 15 MAGGIO | STAZIONE MARITTIMA



OpiNapoli informa

# La sanità sul territorio e il ruolo

Convegno a Bacoli organizzato dall'ordine dei fisioterapisti sul futuro del sistema sanitario in Campania. A sinistra: Aniello Lanzuise, vice presidente Opi Napoli e di Rosaria Parmigiano, direttrice del Servizio delle professioni sanitarie.

di PINO DI

“L’**L**’ aumento della cronicità e della multimorbilità, legato esso stesso all’allungamento della vita media, determinano un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra gli anziani. Il ruolo dell’infermieristica di famiglia o di comunità è strettamente legato a questi fenomeni e segnerà nei prossimi anni l’organizzazione dell’assistenza sanitaria nel sistema sanitario nazionale e la stessa professione infermieristica”.

**Il convegno** - Su questo assunto si è sviluppata l’interessante relazione del dottor Aniello Lanzuise, vice presidente Opi Napoli, al convegno “Sanità territoriale, il ruolo dei professionisti sanitari”. “Una giornata di riflessione e una straordinaria occasione di confronto su quale futuro dovrà avere la sanità territoriale in Campania e di come pianificarlo sin da subito” così come l’ha definita Rosaria Parmigiano, Dir. Serv. Prof. Infermieristiche ed ostetriche dell’ASL NA 1. Un dibattito molto partecipato organizzato dall’Ordine interprovinciale dei Fisioterapisti di Napoli, Avellino, Benevento e Caserta, presso la sala Ostrichina “Scotto di Luzio”, nell’incantevole Parco Borbonico del Fusaro (Bacoli). Molti gli interventi e i messaggi istituzionali. Dopo il benvenuto del sindaco di Bacoli Josi Gerardo Della Regione, sono intervenuti l’On. Valeria Ciarambino, l’On. Loredana Raia e in collegamento streaming l’on. Tommaso Pellegrino consigliere regionale campania. Rosaria Parmigiano, Dir. Serv. Prof. Infermieristiche ed ostetriche dell’ASL NA 1 Centro;

**Il ruolo degli infermieri** – “Il concetto stesso e il ruolo dell’infermiere di famiglia si è dunque modificato in questi ultimi anni in



base ai bisogni della popolazione, orientandosi particolarmente alle condizioni di fragilità, o al sostegno materno-infantile o alla prevenzione e gestione delle malattie croniche”.

Ha aggiunto Lanzuise prima di ricordare che “gli infermieri di famiglia o comunità hanno una formazione specialistica post laurea per acquisire competenze per aiutare gli individui e le famiglie a prevenire condizioni di malattia o ad affrontare la disabilità cronica. Lavorano soprattutto nei centri comunitari, nelle case dei pazienti e con le famiglie; sostengono la

modificazione dello stile di vita e dei fattori di rischio comportamentali, e assistono le famiglie su problemi di salute ad ampio spettro”.

**La normativa** - Il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con Intesa in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni in data 18 dicembre 2019, ha previsto la definizione di linee d’indirizzo per introdurre parametri di riferimento per disciplinare in maniera uniforme sul territorio nazionale la figura dell’Infermiere di Famiglia o Comunità. Inoltre, il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, all’





# olo nevralgico degli infermieri

Campania "Sanità territoriale, il ruolo dei professionisti sanitari". Molto apprezzati gli interventi di Aniello di infermieristiche ed ostetriche dell'Asl Na 1.

E MARTINO

articolo 1, comma 5, ha introdotto "la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4. Territorio come luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità e della personalizzazione dell'assistenza.



## L'Opi Napoli porta i principi d'igiene e prevenzione nelle scuole

In occasione della Giornata mondiale dell'igiene delle mani una delegazione di infermieri iscritti a Opi Napoli, guidata dalla presidente Teresa Rea, ha incontrato i bambini nelle scuole insegnando loro il valore di un gesto fondamentale per la prevenzione delle infezioni. L'auspicio è che la diffusione di progetti simili continui a macchia d'olio, perché ricordare l'importanza di avere le mani pulite non è mai ripetitivo ed il ruolo dell'infermiere è fondamentale, anche e soprattutto sul territorio. Questo primo appuntamento è stato realizzato con la collaborazione della Direzione didattica statale e 38° circolo Giuseppe Quarati; Plesso: "Belvedere"; Plesso: "Morelli", I.C. "D'Ovidio - Nicolardi -E.A.-Mario"; Sede: "De Curtis", I.c. "55 Piscicelli - Maiuri".

**Perché lavarsi le mani** - I microrganismi che vivono normalmente sulla nostra pelle, come anche quelli che dimorano ad esempio nell'intestino, non sono tutti "cattivi": alcuni svolgono funzioni utili. Tuttavia, tra di essi possono nascondersi e proliferare microrganismi patogeni, responsabili di un gran numero di malattie, dal semplice raffreddore a quelle più gravi. Il nostro sistema immunitario è preparato a far fronte a questi microrganismi (se così non fosse, ci ammaleremmo continuamente!) ma talvolta, soprattutto in alcune situazioni, è bene dargli una mano... lavandosele.

**Quando lavarsi le mani** - Anche quando non sono visibilmente sporche, lavarsi le mani è una buona abitudine ed è un gesto opportuno soprattutto in alcune circostanze: quando si maneggiano alimenti; dopo aver starnutito o dopo essersi soffiati il naso; dopo essere andati in bagno e dopo aver cambiato il pannolino a un bambino (in generale dopo il

contatto con zone ano-genitali); è opportuno lavarsi le mani quando si entra o dopo essere stati in contatto con una persona malata, dapprima per non trasmettere al malato eventuali microrganismi patogeni, dopo per eliminare quelli che eventualmente ci sono stati trasmessi; quando si deve medicare una ferita e subito dopo; dopo aver maneggiato soldi o usato un mezzo di trasporto (bus, taxi, auto etc.); dopo essere stati in contatto con animali (anche domestici, anche se siamo certi che siano "puliti").

**Come lavarsi** - Seguendo alcuni semplici passaggi, avremo mani il più possibile igienizzate. Le mani vanno lavate preferibilmente con acqua corrente e con sapone.

**Se non c'è l'acqua** - Se siete fuori casa, usate un "gel idroalcolico", che vendono ovunque. Ma attenzione: il gel va bene solo se le mani non sono visibilmente sporche altrimenti non penetra e, soprattutto, perché l'alcol di cui è costituito fissa le particelle di sporco, invece di eliminarle!

**I tempi** - Una corretta igiene delle mani richiede non meno di 40 - 60 secondi se si è optato per il lavaggio con acqua e sapone e non meno di 30 - 40 secondi se invece si è optato per l'uso di igienizzante a base alcolica.







13 GIUGNO FLORENCE

“L’aspetto rivoluzionario che dobbiamo cogliere dal pensiero e dall’azione di Florence sta non soltanto nell’aprire la strada all’infermieristica moderna e all’importanza del metodo scientifico, ma nell’esortazione allo studio, alla formazione e allo sviluppo costante e inarrestabile delle competenze: un infermiere è tale solo se ha conoscenze e competenze adeguate per assistere gli ammalati. È questo il lascito più importante di una donna che ha fatto la differenza nel suo tempo”. “Ma mi piace segnalare un altro aspetto importante emerso dalla discussione: il ruolo che la città di Napoli ha avuto e deve continuare ad avere nello sviluppo della formazione e della ricerca infermieristica”. Così la prof Teresa Rea, presidente dell’Opi Napoli nel suo intervento di presentazione del libro scritto a più mani “Florence Nightingale e l’Italia. Due secoli di arte e scienza infermieristica”, curato dal giornalista Silvestro Giannantonio. Nel suggestivo scenario del Museo delle Arti sanitarie (sala del Lazzeretto) del complesso monumen-

## Napoli culla dell’infe

La presentazione del libro su “Florence Nightingale e l’Italia”: Due s  
quegli anni e il ruolo importante che ha svolto Napoli nella crescita  
ricerca e formazione infermieristica. Sottoscritto un protocollo d’in

di PINO DE



Presentazione del libro

### Florence Nightingale e l'Italia

Due secoli di arte e scienza infermieristica

Giovedì  
**13 giugno 2024**  
**Ore 17:00 - 19:30**

**Sala del Lazzeretto**  
Complesso di Santa Maria della Pace  
Via dei Tribunali 227 - Napoli

**INTRODUCE**  
Prof. Gennaro Rispoli  
Direttore del Museo delle Arti Sanitarie  
e di Storia della Medicina di Napoli

Dott. Silvestro Giannantonio  
Responsabile comunicazione FNOPi

**NE DISCUTE CON**  
Dott.ssa Beatrice Mazzoleni  
Segretaria nazionale FNOPi

Prof.ssa Teresa Rea  
Ricevatrice presso l'Università Federico II di  
Napoli e Presidente OPI Napoli

Prof. Valerio Dimonte  
Ordinario presso l'Università degli studi di Torino

Museo delle Arti Sanitarie

tale di Santa Maria della Pace di Napoli, si sono succeduti interessanti interventi da parte del prof Gennaro Rispoli (direttore del Museo); Beatrice Mazzoleni (Segreteria Fnopi) e di Valerio Dimonte (Ordinario Università degli studi di Torino).

**Il prof Rispoli** – È stato proprio lui a ricordare ai tanti presenti che “c’è un’antica tradizione napoletana a fare da riferimento storico alla moderna ricerca scientifica infermieristica. “Siamo in un luogo che ricorda e testimonia di questa antica tradizione che dobbiamo meglio conoscere, diffondere e imparare a valorizzare. La Nigthingale diceva che

ogni rapporto nato dall’accudire un ammalato è un’opera d’arte. E noi oggi, ma soprattutto le generazioni d’infermieri che seguiranno, dobbiamo ritornare a quella concezione etica e morale che ci ha insegnato tanto e fatto crescere sia dal punto di vista professionale che umano”.

**Mazzoleni (Fnopi)** – Rispondendo alla domanda che cosa la storia dell’infermieristica moderna ha lasciato all’attualità della professione, Mazzoleni afferma “Oggi la professione d’infermiere può essere esercitata seguendo le specializzazioni (clinica, dottrato, ecc), ma soprattutto seguendo il proprio progetto di



13 GIUGNO FLORENCE

# Infermieristica moderna

Due secoli di arte e scienza infermieristica ha consentito una rilettura di storia della professione. Il Lazzaretto testimone storico della cultura di intesa tra Opi Napoli e il Museo delle Arti sanitarie.

di MARTINO



vita. Sta diventando sempre più chiaro, infatti, come le competenze teoriche e cliniche acquisite dagli infermieri attraverso la formazione e la riqualificazione saranno fondamentali per l'implementazione dei ruoli assistenziali e il miglioramento dei risultati di salute nei contesti di assistenza primaria. L'attuale Sistema Salute richiede professionisti più formati e specializzati in risposta alle necessità della popolazione e della professione stessa nel riconoscimento sociale, di ruolo ed economico, ma anche per favorire una ripresa dell'attrattività della professione, ad oggi in grave carenza. Il tema delle specializzazioni infermieristiche è stato affrontato negli ultimi decenni a livello internazionale definendo in molti Paesi la figura dell'infermiere specialista come ruolo consolidato".

**Dimonte** – “Il Lazzaretto dove siamo così adeguatamente ospitati stasera, ci dice come Napoli sia stata tra le prime città d'Europa a dare i natali all'infermieristica moderna e a quella rete non istituzionale di scuole per infermieri. Una rete formativa che rispondeva esattamente alla visione professionalizzante della Nightingale, secondo cui bisognava fare sì assistenza, ma avendo conoscenze e competenze. Lo sviluppo della professione infermieristica di recente è anche frutto del passaggio formativo alle università. Quest'ultime sono pronte a sostenere e guidare un ulteriore sviluppo della professione infermieristica, ma da sole non bastano. Occorre che anche le organizzazioni sanitarie facciano la loro parte”.

**Sottoscritto protocollo** – A dibattito concluso Teresa Rea, a nome dell'Opi Napoli e il dottor Mariano Armellino, presidente dell'associazione del Museo di Arti Sanitarie, hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che nelle parole della Prof Teresa Rea “servirà a sviluppare in futuro le conoscenze del nostro illustre passato formativo per meglio trasmettere ai nostri iscritti e ai nostri studenti l'amore per il sapere, per la ricerca, per chi assistiamo. L'arte e le scienze insieme”.



## Revisioni e aggiornamenti

# La chirurgia colon-rettale

di SALVATORE

**L**a tecnica chirurgica laparoscopica in chirurgia colo-rettale deve diversificarsi dalla tecnica tradizionale solo per la modalità di accesso al campo operatorio e per alcuni espedienti che rendono possibile l'intervento ad addome chiuso. A seconda delle modalità con cui viene eseguito possiamo distinguere tre tipi di resezione colica laparoscopica:

**Procedure laparoscopiche integrali:** Tutto l'intervento compresa l'anastomosi colo-colica, viene eseguita all'interno della cavità addominale. Il pezzo anatomico (colon) viene estratto da una minilaparotomia sovra pubica di servizio.

**Procedure laparo-assistite:** La resezione colica e l'anastomosi vengono effettuate al di fuori della cavità addominale mediante una piccola incisione.

**Procedure laparo-facilitate:** Si esegue solo la mobilizzazione colica. La resezione del peduncolo vascolare, la resezione intestinale e l'anastomosi sono realizzate con tecnica open. In linea strettamente teorica tutte le affezioni del grosso intestino possono essere trattate per via laparoscopica come: Adenomi, diverticoli, retto coliti ulcerose, poliposi famigliari, tumori maligni. Per quanto riguarda le neoplasie maligne, tale procedura è ancora in fase sperimentazione clinica ed attuata, con successo e con risultati oncologici sovra opponibili ai casi trattati con tecnica tradizionale, solo da pochi centri super specializzati. I Cardini oncologici principali, per eseguire una corretta resezione colica per via laparoscopica, possono essere riassunti in:

evitare la manipolazione diretta del tumore con gli strumenti (no touch technique) che spesso rappresenta la causa principale della disseminazione tumorale endoperitoneale; eseguire come primo tempo la legatura dei peduncoli vascolari; effettuare una adeguata linfoadenectomia; assicurare dei margini adeguati di resezione; proteggere sempre la minilaparotomia con protettori di parete (Vidrep) evitando così il contatto e una possibile contaminazione della parete. Le controindicazioni alla laparoscopia sono la presenza di pregressi interventi addominali maggiori (aderenze), occlusioni intestinali conclamate con anse intestinali molto distese, tumori di grosse dimensioni metastatici e carcinosi peritoneale. Le controindicazioni generali assolute alla laparoscopia sono lo scompenso cardiaco congestizio. Invece le malattie respiratorie croniche e l'età avanzata sono le condizioni in cui i pazienti traggono grande beneficio dall'accesso laparoscopico per grande riduzione del dolore post-operatorio, per l'assenza di laparotomie addominali, che tanto influiscono sulla meccanica respiratoria nell'operato, e per la conseguente precoce mobilizzazione e deambulazione. Inoltre, intraoperatoriamente,

vi è una minore perdita di liquidi grazie ad una riduzione dell'esposizione della delle ore di manipolazione del piccolo intestino può spiegare perché la peristalsi intestinale si ripristina più precocemente. Nel post operatorio i vantaggi offerti dall'approccio laparoscopico sono innegabili, numerosi e si traducono: ridotto trauma operatorio, minore sintomatologia del dolore con conseguente minor ricorso ad analgesici, diminuita morbilità in relazione soprattutto alla scomparsa di complicanze parietali quali laparoceli ed infezioni della ferita, minore durata dell'ileo paralitico con rapida canalizzazione, migliore risultato estetico, ridotta ospedalizzazione ed infine tempi di recupero funzionale e sociale del paziente decisamente brillanti. Gli interventi più eseguiti per la resezione con intento curativo della patologia a carico del colon-retto sono: emicolectomia dx; emicolectomia sx, l'amputazione del retto secondo Miles; le resezioni retto-coliche per via anteriore. In chirurgia colo-rettale il ruolo della figura infermieristica diventa fondamentale sia nell'organizzazione di sala operatoria che nella gestione del paziente. In base a questo criterio presso il nostro centro A.O. dei colli presidio Monaldi di Napoli U.O.C. di Chirurgia Generale Centro di Chirurgia Minivativa e Robotica diretta dal professore Diego Cuccurullo abbiamo standardizzato la tecnica operatoria creando protocolli validi, che oltre a consentire una ottima collaborazione con il chirurgo rappresenta una buona soluzione per ottimizzare il lavoro, contenere i costi e garantire la sicurezza è per il paziente, per tutta la durata dell'intervento. I nostri protocolli hanno consentito di uniformare il comportamento di tutti gli appartenenti al gruppo evitando spreco di materiale e contenendo i costi di gestione degli



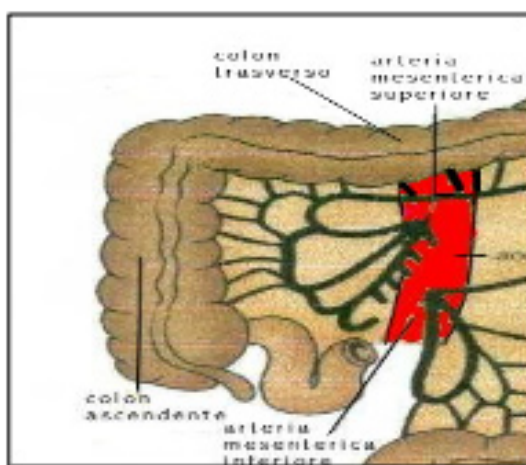


# rettale in laparoscopia

RE ERRICO

intervento chirurgico, infatti ciò rappresenta in chirurgia laparoscopica colo-rettale una delle responsabilità di maggiore interesse da parte del personale infermieristico.

## PROTOCOLLO DI EMICOLECTOMIA DX IN LAPAROSCOPIA



### Preparazione preoperatoria:

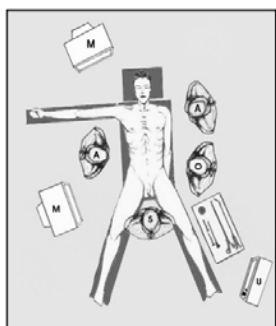
**Tricotomia:** Xifo-ombelico-pubica.

**Profilassi antibiotica:** Metronidazolo e Cefalosporina. Vena centrale e ESP BLOC (ERECTR –SPINAE); Sondino nasogastrico e catetere vescicale.

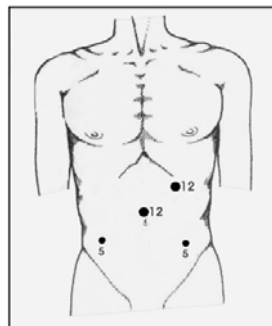
**Decubito:** Gambe divaricate: Antitrendeleburg, lateralità sx. Trendeleburg, lateralità sx.

**Braccio:** Lato patologia o lungo il corpo nel decubito gambe divaricate già nel decubito supino.

**Attrezzatura:** Doppio monitor, lato patologia



Posizione paziente, operatori e monitor colon dx



Posizione trocars colon dx

### Strumentario laparoscopico:

	Diametro	Quantità
Siringa con 2cc sol. Fisiologica.		
Ago di Veress		n°1
Hasson	{ 10-12mm	n°1
Trocar		n°1
Trocar	5mm	n°2
Johann	5mm	n°2
Grasper	5mm	n°1
Delaitre (passafilo)	10mm	n°1
Videoendoscopio 30°mm	10mm	n°1
Forbice ultracision o Thunderbeat	5mm	n°1
Pinza bipolare (Mouiel)	5mm	n°1
Portagli x Laparoscopia	5mm	n°1
Cannula x Aspirazione e irrigazione	5mm	n°1

### Presidi:

Cavo x elettrobisturi  
Tubo x insufflazione  
Tubo x aspirazione e irrigazione  
Soluzione fisiologica x irrigazione  
Soluzione sterile calda (ottica).

### per protezione anastomotica.

Tubo di drenaggio n°21 french

Materiale sanitario:

-Garze  
-Lunghette 15 x 2,5cm.

### Ferri x approccio laparoscopico:

Pinza anatomica	n°2
Manico da bisturi lama 11	n°1
Forbice-media- curva (Metzenbaum)	n°1
Portagli	n°1
Divaricatori di Langenbeck	n°2
Pinza x pulizia	n°1
Coppetta	n°2
Backhaus	n°6

### Suturatrici:

Endoclip 10mm MI  
Suturatrici lineari tagli e cucì articolabile elettrica 12mm  
60mm(standard)  
Cariche 60 vascolare (bianca) – standard (blu)  
N.B. in caso di **anastomosi intra-corporea.**

**Revisioni e aggiornamenti****Suture:**

“ Tenere pronti in caso di necessità ”.

Sutura sintetica assorbibile.

(acido poliglicolico)

Cal. 2/0 ago composite

**Ferri x mini-laparotomia:****Quantità**

Vidrep 5cm (sacchetto x contenere anse intestinali)

Pinze anatomica n°2

Pinza chirurgica n°2

Pinza vascolare n°1

Pinza x coagulo n°1

Forbice - media - curva ( Metzenbaum) n°1

Manico da bisturi lama 21 n°1

Klemmer curvi n°4

Kocher curvi n°6

Klemmerine curve n°4

Passafilo medio n°1

Pinza ad anello n°2

Portagli n°2

Forbice Mayo n°1

Porta tamponi n°2

Divaricatori Mathieu n°2

Elettrobisturi n°1

Aspiratore n°1

Enterostati n°2

Babcock n°4

Tubi di drenaggio 20 french n°2

**Materiale Sanitario:**

Laparatomiche-garze-lunghette (saranno contate sia prima che dopo dell'intervento).

**Suturatrici:**

Suturatrice lineare 60 tagli e cucì articolabili el Cariche 60 vascolare (bianca) – standard (blu elettrica)

(Anastomosi extra-corporea)

**Suture:****Sutura sintetica assorbibile**

(acido poliglicolico)

Cal. 3/0 libero

Cal. 0 libero

Cal. 3/0 ago ½ cerchio

Cal. 0 ago ½ cerchio

Cal. 1 ago ½ cerchio

Cal. 3/0 ago 3/8 cerchio

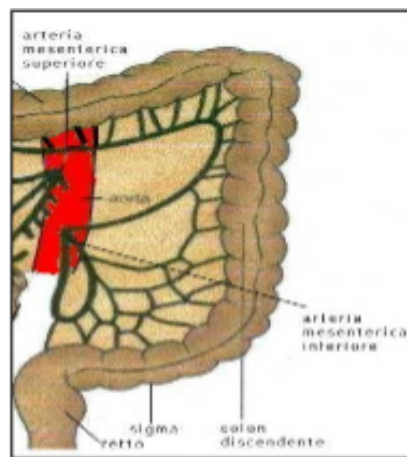
**Sutura sintetica non assorbibile.**

(seta, poliestere o poliammide)

Cal. 0 ago 3/8 cerchio

**Note di tecnica chirurgica:**

La fase laparoscopica inizia sollevando il colon traverso mettendo in evidenza il mesocolon traverso per la ricerca dell'arteria e della vena mesenterica superiore. Identificate tale strutture vascolari, si ricercano e si interrompono in successione la vena e l'arteria colica destra ed ileocolica, ed eventualmente, a seconda di dove cadrà la sezione del traverso, il ramo destro della colica media. Si procede allo scollamento del piano posteriore ed identificazione dell'uretere di destra. Scollamento della doccia parieto-colica destra e mobilizzazione di tutto il colon destro con ricongiungimento del piano posteriore e mediale precedentemente ottenuto. Sezione del legamento gastro-colico a livello del punto in cui cadrà l'interruzione del colon traverso. Terminato il tempo laparoscopico si procede con una minilaparotomia sovrapubica, ed anastomosi extracorporea con esterizzazione del colon destro e sua interruzione sul traverso, dopo aver interrotto l'ileo. Anastomosi ileo-colica latero-laterale isoperistaltica con suturatrice lineare articolabile elettrica 60 (tagli e cucì). In caso invece di anastomosi intracorporea: Sezione dell'ileo con suturatrice lineare tagli e cucì articolabile elettrica 60mm con cartuccia vascolare sull'ileo e sul colon traverso con cartuccia standard. Si confeziona ileo – trasverso anastomosi L-L- isoperistaltica con suturatrice lineare articolabile tagli e cucì 60mm con cartuccia standard. Minilaparotomia sovrapubica previo posizionamento di un Endo-bag 15mm e si procede ad estrazione del pezzo operatorio. Si posiziona tubo di drenaggio in casi di interventi lunghi e sanguinanti in regione perianastomotica, chiusura delle minilaparotomia a strati e cute con sutura assorbibile. Chiusura delle breccie dei trocars a punti staccati con sutura assorbibile. In prima giornata si rimuove catetere vescicale e sondino nasogastrico e tubo di drenaggio, in 2 giornata il paziente inizia alimentazione liquida, in terza giornata semiliquida, e in quarta giornata leggera, il paziente verrà dimesso sarà dimesso in 5 o 6 giornata.

**PROTOCOLLO DI EMICOLECTOMIA SX O RETTO IN LAPAROSCOPIA**

### Preparazione preoperatoria:

**Tricotomia:** Xifo-ombelico-pubica.

**Profilassi antibiotica:** Metronidazolo e Cefalosporina. Vena centrale e ESP BLOC (ERECTR –SPINAE); Sondino nasogastrico e catetere vescicale. Elastocompressione arti inferiori. Pulizia del colon con clistere betadinato preoperatorio

### Decubito:

Posizione litotomica. L'ammalato sarà disposto con il cosciale sx più alto rispetto al dx che verrà posizionato quasi a livello del letto ( tale posizione non ostacola i movimenti del chirurgo durante l'intervento). Anti-Trendeleburg e lateralità dx nella fase di preparazione della flessura splenica. Trendeleburg e lateralità dx nella preparazione del colon sx, sigma e del retto.

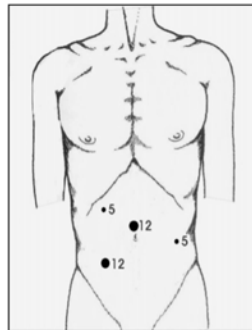
**Bracciolo:** Lato patologia o lungo il corpo.

### Attrezzatura:

Doppia colonna monitor, lato patologia. Inizialmente verrà utilizzato il monitor disposto all'estremità superiore sx del tavolo operatorio, preparazione flessura splenica. Successivamente il monitor all'estremità inferiore sx del tavolo operatorio, nella preparazione della pelvi.



Posizione paziente, operatori e monitor colon sx-retto



Posizione trocars colon sx -retto

### Strumentario laparoscopico:

	Diametro	Quantità
Siringa con 2cc sol. Fisiologica.		n°1
Ago di Veress		n°1
Hasson	10-12mm	n°1
Trocar		n°1
Trocar	5mm	n°2
Johann	5mm	n°2
Grasper	5mm	n°1
Delaitre (passafilo)	10mm	n°1
Videoendoscopio 30°mm	10mm	n°1
Forbice ultracision o Thunderbeat	5mm	n°1
Pinza bipolare (Mouiel)	5mm	n°1
Portagli x Laparoscopia	5mm	n°1
Cannula x Aspirazione e irrigazione	5mm	n°1

### Presidi:

Cavo x elettrobisturi  
Tubo x insufflazione  
Tubo x aspirazione e irrigazione  
Soluzione fisiologica x irrigazione  
Soluzione sterile calda (ottica).

### per protezione anastomotica.

Tubo di drenaggio n°21 freanch

Materiale sanitario:

-Garze  
-Lunghette 15 x 2,5cm.

### Ferri x approccio laparoscopico:

Pinza anatomica	n°2
Manico da bisturi lama11	n°1
Forbice-media- curva (Metzenbaum)	n°1
Portagli	n°1
Divaricatori di Langenbeck	n°2
Pinza x pulizia	n°1
Coppetta	n°2
Backhaus	n°6

### Suturatrici:

Endoclip 10mm MI  
Suturatrici lineari tagli e cucì articolabile elettrica 12mm  
60mm(standard)  
Cariche 60 standard (blu) – spesso ( verde)

### Suture:

“ Tenere pronti in caso di necessità ”.  
Sutura sintetica assorbibile.  
(acido poliglicolico)  
Cal. 2/0 ago composite

### Note di tecnica chirurgica:

La prima fase laparoscopica consiste nella mobilizzazione della flessura splenica, nell'individualizzazione dell'arteria mesenterica inferiore (origine) e della vena mesenterica inferiore e la loro successiva legatura. Visualizzato l'uretere di sx, si procede alla mobilizzazione del colon discendente, nei tumori del retto lo scollamento prosegue verso lo scavo pelvico fino al piano dei muscoli elevatori con escissione del mesoretto. La sezione verrà effettuata con suturatrice lineare tagli e cucì 60 articolabile elettrica con carica standard al di sotto della massa tumorale. Terminato il tempo laparoscopico si procede alla fase chirurgica avendo preventivamente preparato un carrellino per una mini-laparotomia.



**Revisioni e aggiornamenti****Ferri x mini-laparotomia:**

	<b>Quantità</b>
Vidrep 5cm (sacchetto x contenere anse intestinali)	
Pinze anatomica	n°2
Pinza chirurgica	n°2
Pinza vascolare	n°1
Pinza x coagulazione	n°1
Forbice - media - curva (Metzenbaum)	n°1
Manico da bisturi (lama 21)	n°1
Klemmer curvi	n°4
Kocher curvi	n°6
Klemmerine curve	n°4
Passafilo	n°1
Pinza ad anello	n°2
Porta tamponi	n°2
Portaghi	n°2
Forbice Mayo	n°1
Divaricatori tipo Mathieu	n°2
Enterostato	n°2
Babcock	n°4
Rastrello	n°1
Elettrobisturi	n°1
Aspiratore	n°1
Tubi di drenaggio 20 french	n°2

**Materiale sanitario:**

Laparotomiche-garze- lunghette (saranno contate sia prima che dopo l'intervento).

**Suturatrici:**

Suturatrice circolare elettrica 29

**Suture:****Sutura sintetica assorbibile**

(acido poliglicolico)

Cal. 3/0 libero

Cal. 0 libero

Cal. 3/0 ago ½ cerchio

Cal. 1 ago ½ cerchio

Cal. 3/0 ago 3/8 cerchio

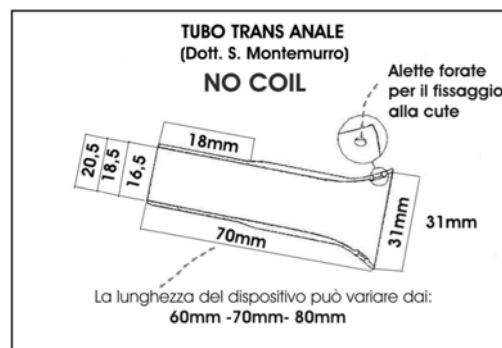
**Sutura sintetica non assorbibile.**

(seta, poliestere o poliammide)

Cal. 0 ago 3/8 cerchio

Durante la fase della minilaparotomia soprapubica, si ripone in adome l'ansa colica avendo posizionato la testina della suturatrice e confezionato la borsa di tabacco; successivamente si attua la chiusura della parete a strati. Si procede infine alla seconda fase laparoscopica con insufflazione addominale e anastomosi videoassistita con suturatrice circolare 29 sec. Knigh-Griffen. Si valuta

la tenuta dell'anastomosi con il air-blu-test, il mesocolon discendente viene solidarizzato al Gerota attraverso l'applicazione di colla di fibrina (Tisseel) per evitare ernie interne. Non si posizionano tubi di drenaggio tranne in caso di interventi lunghi e sanguinanti. Chiusura della laparotomia a strati e cute in punti di sutura in assorbibili in continua. Le breccie dei trocars in punti staccati con sutura assorbibile. Il sondino e drenaggio vengono rimossi in prima giornata dove inizierà anche alimentazione liquida. In seconda semiliquida e leggera in terza giornata, in quinta o sesta giornata salvo complicanze verrà dimesso. Nelle anastomosi rettali ed anali, eseguite nelle resezioni anteriori del retto, sia quelle basse che ultrabasse, per evitare una delle complicanze più temibile come la fistola. Normalmente veniva eseguita una ileostomia o colostomia di protezione per escludere la zona anastomotica dal transito intestinale e quindi proteggere la tenuta dell'anastomosi. Da circa un anno presso il nostro centro è in uso il dispositivo di Montemurro (NO COIL), che viene utilizzato in alternativa alla stomia. Esso è costituito da un tubetto in silicone medicale con una leggera conicità, di lunghezza variabile tra i sei e gli otto centimetri, avente un diametro interno di 16mm ed un diametro esterno di 18 mm. La pressione endoluminale rappresenta la causa principale della formazione della fistola anastomotica, in quanto durante la defecazione essa raggiunge picchi elevati. L'ideatore del dispositivo (Dr. S. Montemurro), sostiene che tale pressione può essere azzerata mantenendo pervio il canale anale con il presidio descritto. Al termine dell'anastomosi con il paziente ancora in narcosi, previa lubrificazione, viene inserito il tubo per tutta la sua lunghezza transanastomotico, fino a far compiacere le alette del tubo alla cute del perineo, dove viene fissato con due punti di sutura, uno al lato destro e uno al lato sinistro. In reparto di degenza il paziente porterà il pannolone (tipo incontinenza) per non sporcare il letto. Il tubo verrà asportato in sesta giornata postoperatoria o, se in condizioni di alterata cicatrizzazione (diabete ecc), in ottava giornata previa rimozione del punto di sutura. Abbiamo constatato che i nostri pazienti al termine di tale trattamento presentano una migliore ripresa dal punto psicologico, in quanto oltre al risparmio della stomia che crea di sicuro un grosso disagio psicologico dal punto di vista di gestione, v'è il risparmio di un successivo intervento chirurgico per la chiusura della stessa (dopo circa tre mesi).



NO COIL dispositivo di Montemurro

# Ospedali & territorio

## Aggressioni, al Cardarelli la tutela legale



**L**l Cardarelli di Napoli, ha deciso di adottare un protocollo per contrastare le violenze subite dai sanitari, garantendo loro difesa legale in tribunale. Questa iniziativa rappresenta una risposta concreta alla problematica delle aggressioni rivolte a medici, infermieri e operatori sanitari durante l'espletamento del loro lavoro. Il protocollo segue le nuove normative entrate in vigore il 4 aprile, che modificano il codice penale riguardo alla procedibilità d'ufficio per il reato di lesioni personali e danneggiamento. Grazie a queste modifiche, sarà possibile procedere d'ufficio anche nel caso di lesioni personali ai professionisti sanitari, indipendentemente dalla gravità del danno fisico subito. Il direttore generale del Cardarelli, Antonio d'Amore, sottolinea l'importanza di questa iniziativa per garantire un ambiente di lavoro sicuro e sereno per i professionisti sanitari e per i pazienti che ricevono le cure. Il protocollo pre-

vede un percorso preciso, dalla segnalazione della violenza fino ai passaggi burocratici necessari sul piano giuridico. Nel 2023, il Cardarelli ha registrato 40 aggressioni ai danni dei sanitari, di cui la maggior parte non è stata denunciata. Nei primi quattro mesi del 2024, sono stati effettuati 14 interventi delle forze dell'ordine su richiesta dell'ospedale, ma anche in questo caso poche aggressioni sono state denunciate. Questi dati evidenziano l'impatto psicologico delle violenze sul personale sanitario. Il monitoraggio delle aggressioni è facilitato dalla possibilità di segnalarle direttamente dal cellulare, anche in forma anonima. Questo approccio ha già portato a 12 segnalazioni spontanee, di cui 4 anonime, e ha permesso di fornire supporto psicologico agli operatori coinvolti. L'obiettivo è garantire un ambiente di lavoro sicuro e ricevere segnalazioni su situazioni organizzative potenzialmente rischiose.

# A Caivano un ospedale di comunità

“Entro l'estate” un altro ospedale del circondario, quello di Giugliano in Campania con “un investimento importante di 70 milioni di euro”. “Parte un progetto urbanistico, un cantiere per una centrale operativa territoriale e, a breve, partiranno i lavori per una casa di comunità e per un ospedale di comunità, quello

vero una svolta in termini di civiltà e di servizi che noi offriamo a Caivano”. A dirlo il presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, a Caivano a margine di un'iniziativa pubblica. Il progetto è stato finanziato con i fondi del Pnrr ed è stato subito sposato dal governo locale di centrosinistra, che in questi mesi lo ha portato avanti sem-

**Gli altri progetti** – Aprirà, inoltre, “entro l'estate” un altro ospedale del circondario, quello di Giugliano in Campania con “un investimento importante di 70 milioni di euro”. “Non potevamo lasciare la terza città della Campania in condizione di precarietà sotto il profilo sanitario”. Così il Presidente della Regione, Vincenzo De Luca, durante l'incontro all'istituto Minzoni di Giugliano, in cui ha illustrato il progetto per il nuovo ospedale giuglianesi per il quale la posa della prima pietra è prevista a fine anno. “Abbiamo approvato il finanziamento, faremo le corse per aprire il cantiere tra dicembre e gennaio. E imporremo a chi vince la gara di prevedere il terzo turno: si lavora anche di notte”, ha sottolineato il governatore campano. Il nuovo nosocomio, ha chiarito De Luca, sarà necessario e fondamentale anche per il problema del bradisismo. “Sarà un ospedale realizzato in maniera innovativa, sarà assicurata la tenuta sismica e servirà ovviamente per tutto il territorio, non solo Giugliano”.



TELECLUBITALIA.IT

che sentiamo invocare, anche a livello nazionale, come la medicina territoriale, gli ospedali vicini ai quartieri, ai cittadini. Qui avremo un ospedale di comunità e sarà dav-

pre con grande determinazione con l'obiettivo di poter offrire ai nostri concittadini un indispensabile servizio sul territorio per le cure sanitarie, negato davvero per troppi anni.

## Al Pascale 9 milioni per la ricerca biomedica

Previsto nell'Istituto dei tumori di Napoli il reclutamento di 30 nuovi ricercatori under 40. Più della metà degli studi approvati presentati da donne. Sono circa nove i milioni di euro stanziati dal Ministero della Salute per finanziare i 26 progetti presentati dal Pascale e selezionati, tra le 334 proposte arrivate dai ricercatori di tutta Italia, che accederanno ai 312.339.610,91 euro di finanziamenti per la ricerca sanitaria nel secondo avviso pubblico del Piano nazionale di ripresa e resilienza, pubblicato il 24 aprile 2023. Grazie ai fondi europei #NextGenerationUE, potranno condurre progetti di ricerca sanitaria per assicurare lo sviluppo e la qualità delle prestazioni del servizio sanitario ai cittadini in tema di malattie rare, tumori rari, malattie croniche non trasmissibili ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali, con topic su innovazione in campo diagnostico o innovazione in campo terapeutico e con topic su fattori di rischio e prevenzione o eziopatogenesi e meccanismi di malattia. I 26 progetti approvati, su un totale di 34 presentati, avranno la durata di

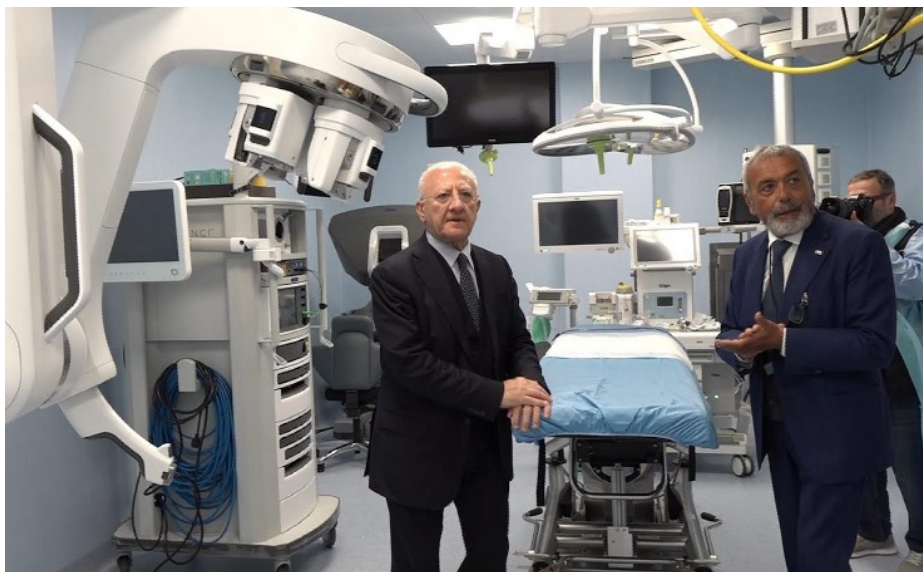
due anni, e sono 6 come capofila (Destinatari Istituzionali) e 20 come unità esterna in progetti coordinati da altri Centri di ricerca - per un investimento complessivo di 8.712.747,47 € milioni di euro. L'Istituto attraverso questi progetti prevede un reclutamento ex-novo di circa 30 ricercatori di età inferiore a 40 anni. Inoltre su 6 progetti finanziati come capofila, 3 coinvolgono donne ricercatrici in qualità di principal investigator e, inoltre, su 20 ricercatori, oltre la metà è rappresentata da donne. Nel dettaglio i 6 progetti che vedono come capofila il Pascale sono coordinati dal Direttore Scientifico dell'Istituto Alfredo Budillon, da Susan Costantini, Mariolina Carriero, Antonella Petrillo e da Nicola Normanno e Michellino De Laurentis. E proprio Budillon nel commentare con soddisfazione questo risultato, sottolinea: “È un'ulteriore dimostrazione del valore delle idee e delle progettualità originali del nostro Istituto, con molti progetti che vedono unità operative coordinate anche da giovani ricercatrici e ricercatori, al tempo stesso avvertiamo la grande responsabilità di



impiegare bene queste risorse e nei tempi dettati dalle regole del PNRR. Siamo consapevoli infatti - continua Budillon - che le risorse del PNRR non sono infinite e dunque dobbiamo cogliere questa opportunità portando avanti i progetti che abbiamo proposto e al tempo stesso utilizzarli per rafforzare la nostra competitività come grande centro di ricerca europeo, consolidando collaborazioni con altri centri italiani. Per poter garantire la continuazione in futuro delle nostre attività di ricerca ed accedere ad altri finanziamenti. Dobbiamo riconoscere - conclude Budillon - infatti che questo successo è dovuto anche al grande investimento degli ultimi anni nella ricerca oncologica operato dalla Regione Campania che ha permesso all'Istituto un forte potenziamento tecnologico e la disponibilità di risorse significative”



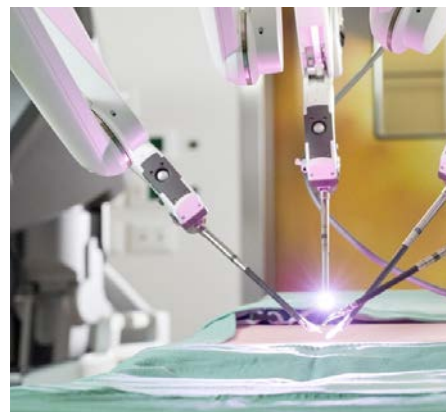
## Interventi senza incisioni con il robot Da Vinci



**L'**Istituto dei tumori Pascale si conferma come centro di eccellenza, diventando il primo ospedale italiano ad utilizzare l'ultima generazione di robot chirurgico monoportale. Il nuovo dispositivo va a completare la quarta generazione da Vinci, che include i sistemi robotici Multiport X e XI, offrendo al chirurgo l'opportunità di trattare un maggior numero di pazienti, con un approccio più appropriato in base alle caratteristiche personali e riducendo i processi infiammatori derivanti dalle incisioni chirurgiche. Provvisto di un unico braccio robotico, il nuovo da Vinci offre al chirurgo la

possibilità di eseguire complessi interventi robotici assistiti attraverso un unico accesso, sfruttando potenzialmente gli orifizi naturali per raggiungere gli organi senza incidere la parete muscolare. Il robot da Vinci combina infatti un'avanzata tecnologia robotica con endoscopio flessibile che offre immagini 3D HD per vedere sopra, sotto e attorno alle strutture anatomiche durante la procedura; inoltre, la strumentazione evoluta consente sette gradi di mobilità aumentando la flessibilità e la capacità di manovra del chirurgo in misura maggiore rispetto alla mano umana, migliorando notevolmente la precisione dell'

intervento. Si inizia con gli interventi urologici per poi estenderli alle altre branche della chirurgia. L'avanzato sistema completa la quarta generazione del più evoluto robot chirurgico che quest'anno spegne 25 candeline e introduce un nuovo approccio che supera i limiti della chirurgia mininvasiva e amplia la complessità dei pazienti trattati. Dal 1999, anno di arrivo del primo da Vinci in Italia, la chirurgia robotica ha compiuto un'importante evoluzione raggiungendo oggi 200 sistemi attivi in Italia in 168 strutture ospedaliere, di cui 130 solo nel sistema pubblico, e più di 300mila pazienti trattati, con una previsione di trattarne più di 50mila nel 2024. L'80% degli interventi in urologia, chirurgia generale e ginecologia e il restante 20% in chirurgia toracica, cardiocirurgia, otorinolaringoiatria e chirurgia pediatrica.



## Ospedali &amp; territorio



## Pediatria, un centro per grandi ustioni

“**R**ealizziamo un Centro grandi ustioni per i bambini che non c'era in Campania. Tra le tante cose che ci lasciano soddisfatti, tra quelle che stiamo realizzando nella nostra sanità, questa è una di quelle che ci dà maggiore soddisfazione”. Lo ha detto il presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca a margine dell'inaugurazione del nuovo Centro Ustioni Pediatrico dell'Ospedale Santobono di NAPOLI. “Abbiamo avuto lo scorso anno - ha proseguito De Luca - 120 bambini che hanno avuto problemi gravi e sono dovuti andare anche fuori regione. Oggi creiamo un Centro grandi ustioni per i bambini che è all'avanguardia in Italia. Siamo già in un rapporto di collaborazione con l'università di Zurigo in Svizzera che è all'avanguardia nella coltivazione di cute. Abbiamo anche qui, nell'ambito del nostro Centro grandi ustioni per i bambini, la possibilità di coltivare e bioingegnerizzare piccole parti di pelle dei bambini per reimpiantarla poi sui corpicini. Abbiamo vendita all'avanguardia, strumentazioni laser per trattare le cicatrici che residuano dalle grandi ustioni. Un intervento di avanguardia che credo faccia piacere e riempia di soddisfazione i nostri concittadini”.



## All'ospedale Santa Maria della P

Una tecnologia che fornisce, senza alcun margine di errore, l'ospedale nolano l'unica struttura sanitaria del centro sud. Un sistema all'avanguardia definito “Genesis Robotic Mag



**L**a nuova tecnologia robotica installata presso il reparto di cardiologia, guidato dal primario Luigi Caliendo, è in grado di mappare con precisione millimetrica l'attività elettrica del cuore. Questo consente di individuare con estrema accuratezza le aritmie patologiche, riducendo significativamente i margini di errore e aumentando le possibilità di successo degli interventi. La capacità di localizzare esattamente le aree problematiche del cuore è cruciale per il trattamento efficace delle aritmie, che possono essere pericolose e potenzialmente letali se non diagnosticate e curate tempestivamente. “È una tecnologia avanzata – spiega il dott. Caliendo – che sfrutta la risonanza magnetica per riprodurre la mappa elettrica del cuore, intervenendo con grande precisione e velocità, senza creare problemi al paziente e oltretutto senza esporre né lui né il personale sanitario al rischio radiazioni”.

### Sicurezza e rapidità negli interventi

Il sistema “Genesis Robotic Magnetic Navigation” non solo migliora la precisione diagnostica, ma garantisce anche una maggiore sicurezza e celerità negli interventi. La tecnologia robotica riduce il rischio di complicanze e consente di effettuare procedure complesse in tempi più brevi rispetto alle tecniche tradizionali. Questo rappresenta un vantaggio significativo sia per i pazienti che per il personale medico, permettendo di ottimizzare i tempi di intervento e di ridurre la durata del ricovero ospedaliero.

### Un'inaugurazione di alto profilo

Lunedì mattina, l'inaugurazione ufficiale del nuovo sistema sarà presieduta dal presidente della giunta regionale Vincenzo De Luca. La presenza del governatore, accompagnato dal direttore generale dell'ASL Na 3 Sud Giuseppe Russo, sottolinea l'importanza di



# Città di Nola parte il primo programma di cardiologia robotica

re, la mappa elettrica del miocardio individuando con estrema esattezza le aritmie patologiche. Ciò rende  
la trattare le pericolose aritmie cardiache con un robot, la prima in Italia in quanto a progresso tecnologico.  
"Genetic Navigation".

questo investimento tecnologico per la regione Campania e per tutto il centro-sud Italia. L'evento rappresenta un momento di orgoglio per l'Ospedale Santa Maria delle Grazie e per il suo reparto di cardiologia, che si conferma all'avanguardia nell'adozione di tecnologie mediche avanzate.

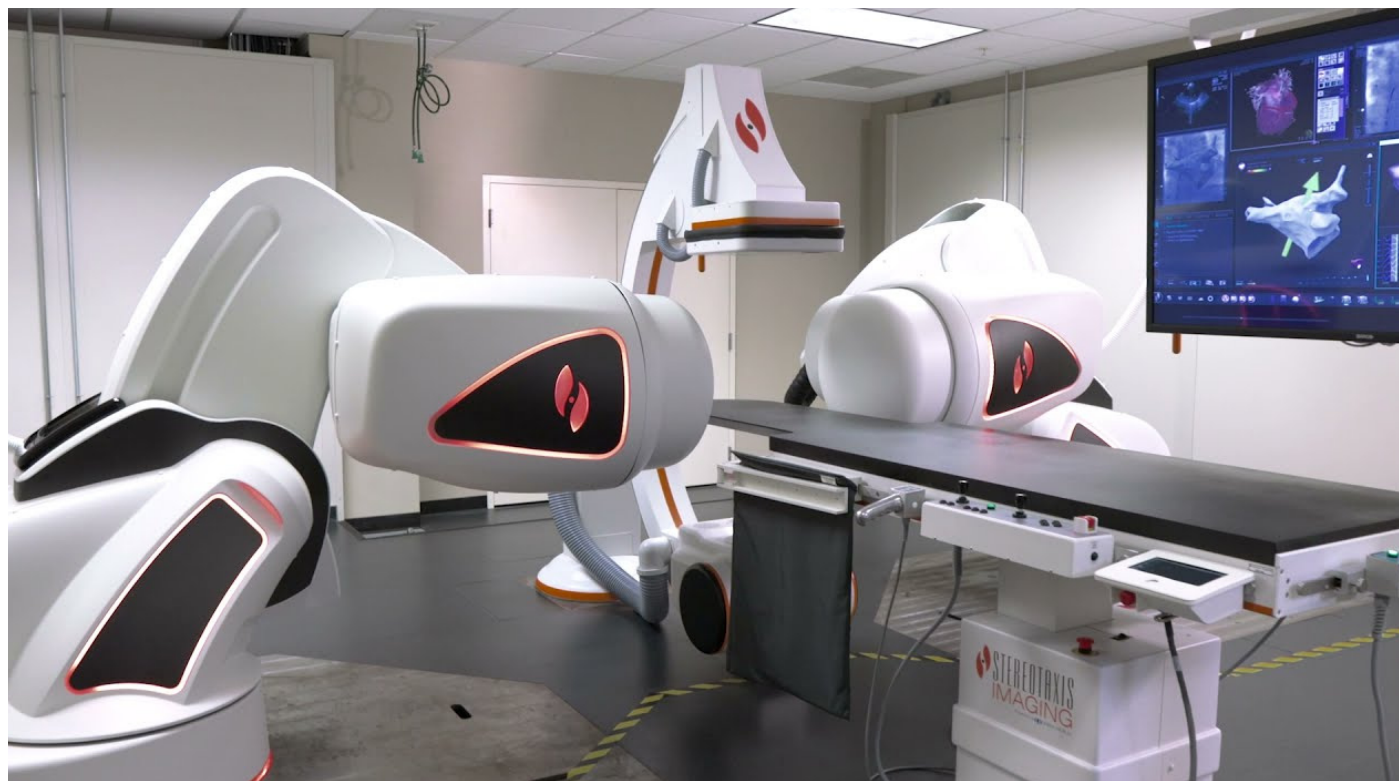
## Una svolta per la Cardiologia Interventistica

L'introduzione del "Genesis Robotic Magnetic Navigation" segna una svolta nella cardiologia interventistica, rendendo l'Ospedale di Nola una delle strutture più moderne e attrezzate in Italia per il trattamento delle aritmie cardiache. Questo investimento tecnologico dimostra l'impegno dell'ospedale e delle istituzioni regionali nel migliorare continuamente la qualità delle cure offerte ai pazienti e nel posizionarsi come leader nell'innovazione sanitaria.

In conclusione, l'Ospedale Santa Maria delle Grazie di Nola si prepara a rivoluzionare il trattamento delle aritmie cardiache, grazie a una tecnologia che promette di salvare vite umane con



maggior sicurezza e rapidità. L'inaugurazione del nuovo sistema robotico rappresenta non solo un traguardo per la struttura ospedaliera, ma anche un significativo progresso per l'intera sanità regionale e nazionale.





## Ospedali &amp; territorio

# Ospedali ASL NA 3. Due importanti ammodernamenti



Ore 9:30 a Nola, ore 12 a Sorrento. Doppio appuntamento, dell'Asl Napoli 3 Sud. Il presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca ed il direttore generale dell'Azienda sanitaria, Giuseppe Russo, hanno presentato le nuove strutture ai cittadini, alle istituzioni, alle autorità religiose, al mondo dell'associazionismo. Presso l'ospedale di Nola è stato istituito il primo programma di cardiologia robotica del Sud Italia. I pazienti affetti da disturbi del ritmo cardiaco, nel reparto diretto da Luigi Caliendo, vengono trattati con procedure di ablazione robotica utilizzando il sistema all'avanguardia Genesis Robotic Magnetic Navigation (Rmn).

A Sorrento dopo circa un anno e mezzo riapre il reparto di rianimazione diretto da Matilde De Falco. Sarà ubicato al primo piano dove era quando è stato inaugurato, nel mese di aprile del 1978, donato dall'armatore Achille Lauro. Dispone di sette posti letto di cui uno di isolamento. Il modello organizzativo assistenziale prevede una guardia dedicata H24 di un medico anestesista rianimatore e di 4 infermieri. Tutti i posti letto sono monitorati con controllo centralizzato, oltre a dotazioni tecnologiche di ultima generazione. Previsto un percorso dedicato per le visite dei familiari.



## A Roccadaspide il primo Ospedale

Tutti i setting assistenziali (dai ppll per acuti, riabilitazione e cure intermedie), tra acuzie e cure intermedie, integrato con la CO



È stato inaugurato alla presenza delle massime autorità e delle istituzioni locali, il primo Ospedale di Comunità della Asl Salerno. A Roccadaspide, paesino del Cilento, all'interno degli stessi locali del Presidio ospedaliero per acuti, è stato dato avvio alle attività che nelle prossime settimane porteranno ad avere la prima struttura intermedia nelle aree interne del Cilento. È il primo ospedale di Comunità della rete territoriale programmata dalla Asl Salerno, secondo quanto previsto dal DM 70/2015 e dal DM 77/2022 e che non sostituisce l'attuale nosocomio ma aggiunge ulteriore dotazione di posti letto a gestione territoriale. "L'OdC è una cerniera tra ospedale e territorio. Abbiamo programmato una caratterizzazione specifica per il Presidio di Roccadaspide: un Ospedale a diversi livelli d'intensità assistenziale, tra acuzie e cure intermedie, con un collegamento forte e integrato con il territorio e con le Botteghe della Comunità del Cilento interno - ha dichiarato il Direttore Generale, Gennaro Sosto -. È un tassello che compone la rete dell'assistenza delle aree interne, che a regime garantirà equità d'accesso ai servizi sanitari, attraverso innovazione tecnologica e assistenziale". Quello di Roccadaspide è il primo OdC della

# Cardarelli, l'AI aiuta a scovare i tumori

«L'intelligenza artificiale può interpretare le immagini Tac del pancreas, vedendo un tumore duttale che il medico potrebbe non diagnosticare quando troppo piccolo, sfuggendo alla diagnosi precoce. L'esame Tac consente una diagnosi accurata di carcinoma duttale al pancreas, ma nei casi di neoplasie di dimensioni inferiori ai 2 centimetri non sono identificabili». A dirlo è Marco Di Serafino – Direttore facente funzione dell'Uoc Radiologia dell'Aorn A. Cardarelli, intervenuto alla terza edizione dell'open meeting “Grandi Ospedali”, l'evento organizzato da Koncept che è già diventato un punto di riferimento nell'orizzonte della sanità nazionale. L'appuntamento 2024 - ieri e oggi - è stato ospitato a Napoli, in due location d'eccellenza: l'AORN A. Cardarelli (29 maggio) e l'Università Federico II (30 maggio). «Grandi Ospedali – spiega Salvatore Ascione, Direttore Uoc Gestione Sistemi Informatici del Cardarelli – ci consente davvero di fare rete rispetto ad una serie di sfide cruciali per la sanità del futuro. Un panorama all'interno del quale si inserisce oggi a pieno titolo la partita dell'intelligenza artificiale, perché muta radicalmente il nostro approccio a questioni impattanti, strettamente legate alla salute e in certi casi alla sopravvivenza stessa del paziente».

Come nel caso del progetto – al quale verrà dedicato un tavolo di approfondimento Coordinato dalla Dott.ssa Luigia Romano durante il meeting - in corso all'Ospedale Cardarelli di Napoli, sviluppato insieme al Dipartimento di Ingegneria Elettrica e delle Tecnologie dell'Informazione dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. «Il carcinoma duttale del pancreas – spiega la dottoressa Romano – è molto difficile da diagnosticare quando ha piccole dimensioni. Il modello di Ai che ha implementato il Dipartimento in collaborazione con la nostra Radiologia, tuttavia, riesce a interpretare le immagini TAC, svelando la presenza di eventuali neoplasie anche se di misure ridotte. Ogni anno in Italia vengono accertati circa 14mila carcinomi duttali del pancreas per i quali, purtroppo, la diagnosi è spesso tardiva. Si comprende, allora, come l'applicazione di questa tecnologia che ci permette di accertare un tumore già in fase precoce, possa far intravedere un cambio di prospettiva in termini di tempestività delle cure da prestare al paziente». Ma l'ingresso dell'AI nei Grandi Ospedali, evidenzia Ascione, non si ferma qui. Il prossimo passo, collocato in un futuro imminente, è quello di applicarla anche allo sviluppo di protocolli di trattamento e al monitoraggio e cura dei pazienti, grazie ai dati raccolti con il processo di informatizzazione in atto.

«Al Cardarelli, dove è in uso da tempo la cartella clinica elettronica, stiamo evolvendo il processo di informatizzazione del ciclo del farmaco, dall'approvvigionamento fino alla somministrazione con carrelli farmaceutici informatizzati a letto del paziente, con il duplice scopo di minimizzare il rischio clinico e contenere la spesa sanitaria. Il prossimo passo sarà applicare l'AI ai dati di tale processo ed alle informazioni delle cartelle cliniche, al fine di creare correlazioni tra informazioni che possano permettere di creare degli alert utili per l'individuazione di patologie non diagnosticate».

## ale di Comunità

T, la CdC e con le Botteghe della Comunità del Cilento interno.

provincia di Salerno ed è tra le prime esperienze regionali, che ingloba tra l'altro anche i locali della nuova COT, la centrale operativa territoriale prevista dal DM 77/2022. Per il Cilento interno, la Asl insieme ai Comuni della zona ha previsto che l'OdC sia funzionalmente collegato anche alle Botteghe della Comunità che si stanno realizzando nei 29 Comuni del Cilento Interno. Contraddistingue l'OdC anche l'immagine coordinata negli arredamenti, nei loghi e nelle attrezzature tra l'Ospedale di Comunità, la COT e le Botteghe della Comunità. Il modulo assistenziale dell'OdC è a gestione distrettuale e, seppur inserita all'interno del presidio ospedaliero, è destinata a pazienti che necessitano di cure a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Svolgerà infatti una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, all'interno della quale medici di base, infermieri e Oss provvederanno alla cura di pazienti cronici e faciliteranno la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio.





# NSC ursing

Supplemento di ricerca infermieristica





**TRANSFORMATIVE LEADERSHIP AND JOB SATISFACTION IN THE NURSING  
PROFESSION: A NARRATIVE REVIEW**

Carla Rizzo <sup>1</sup>, Flavio Marti <sup>2</sup>., Luca Perrozzi <sup>3\*</sup>, Lucia Mauro <sup>4</sup>

1. Complex Anesthesia, Resuscitation and Intensive Care Unit, IRCCS Hospital Physiotherapy Institutes, Rome (Italy).
2. Department of Health Professions AO San Camillo Forlanini, Master's Degree Course in Nursing and Midwifery Sciences, "Sapienza" University of Rome, San Camillo section, Rome (Italy).
3. Accident and Emergency and Specialist Surgery Department, A.O. San Camillo Forlanini, Rome (Italy).
4. Department of Surgical Sciences, Elective Surgery Block, A.O. San Camillo Forlanini, Rome (Italy).

*\*Corresponding Author:* Luca Perrozzi, Department of Accident and Emergency and Specialist Surgery, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, C.ne Gianicolense 87, 00159 Rome (Italy).

Email: [lucaperrozzi@yahoo.it](mailto:lucaperrozzi@yahoo.it)

***Review article***

***DOI: [10.32549/OPI-NSC-103](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-103)***

***Submitted: 25 January 2024***

***Revised: 11 April 2024***

***Accepted: 16 April 2024***

***Published online: 18 April 2024***

***This article is licensed under the Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international licence.***

---

**ABSTRACT**

**Introduction:** Healthcare organisations require optimal leadership to achieve goals and deliver high-quality services. Leadership is the ability to influence employee behaviour and beliefs and is an essential element of a successful organisation. Improving job satisfaction is a key objective in addressing the challenges related to achieving and maintaining quality standards, ensuring patient satisfaction and staff retention. Similarly, transformational leadership has positive effects on nurses' job satisfaction and promotes organisational wellbeing in the workplace.

**Objective:** The purpose of the review is to describe transformational leadership and job satisfaction in the nursing profession through a narrative revision.

**Materials and methods:** The bibliographic research was carried out between September 2022 and March 2024 by consulting databases such as PubMed, CINAHL, and PsycInfo, with time limits of 12 years and Italian and English language filters. All items deemed relevant have been stored and managed with the Zotero IT platform.

**Results:** 16 studies were examined: 1 comparative study, 5 descriptive correlational studies, 1 meta-analysis, 1 systematic review, 4 cross-sectional studies, 2 mixed method studies and 2 unspecified studies. The results of this study are consistent with transformational leadership theory, which highlights the leader's role in providing employees with supportive work environments that result in higher levels of job satisfaction and efficiency.

**Conclusions:** The skills of a transformative leader, such as the ability to listen, provide support, and promote fairness and recognition, are fundamental to increasing nurses' job satisfaction and sustaining environments with a high level of quality of care. Healthcare managers must protect the quality of work undertaken by staff, implementing strategies that can improve nurses' working conditions.

**Keywords:** Transformational Leadership; Job Satisfaction; Nurse; Work environment.

## INTRODUCTION

Healthcare organisations are social systems in which human resources are the most important factor for the delivery of health care. Such organisations require optimal leadership to achieve goals and deliver high-quality services [1,2]. Leadership is the ability to influence employee attitudes and beliefs and is an essential element of successful and efficient organisations [3,4]. The current challenges of the health system require the presence of flexible and efficient managers [5] because the complexity of nurses' tasks requires complex leadership skills [6]. A wide range of studies have described the favourable outcomes of positive leadership, in particular, the transformational leadership style [7–9]. Transformational leadership motivates problem-solving and intellectual stimulation by influencing staff engagement in the organisation's *mission*. Such leaders stimulate nurses to use problem-solving strategies and provide patient care autonomously and responsibly [10]. Certain studies suggest that transformative leaders have positive effects on the wellbeing and job satisfaction of healthcare workers [4,11]. In addition, transformational leadership transforms nurses' goals and values for the benefit of the nursing profession [12] and work organisation and promotes team communication and collaboration, the work environment and organisational culture [13].

Work satisfaction, defined as “a pleasant emotional state that derives from the judgment of one's work or work experience” [14], is extremely important both for nursing managers and wellbeing of nurses in the workplace. Improving job satisfaction is a key objective in addressing the challenges related to achieving and maintaining quality standards, ensuring patient satisfaction and staff retention [15,16].

The more satisfied employees are, the more motivated they are to work and the greater the possibility of achieving the objectives, with an increase in productivity and quality. Job satisfaction cannot be overlooked if improving work performance is a priority of the organisation [17].

As part of the study, the authors described transformational leadership and staff job satisfaction, with the aim of synthesising the evidence that describes these aspects in the nursing profession.

Transformational leadership theorists indicate that leaders use socialised power to elevate and



empower subordinates and provide the resources needed to achieve more than they thought possible in their work. Intrinsic motivation strategies support nursing autonomy, competence and relationship with others in the context of a mutually supportive environment to foster social and personal development at the service of the organisation's vision, mission, values, aims and objectives. In this way, subordinate nursing staff enjoy satisfaction in overcoming work challenges.

Nursing leaders must be proactive in recognising and addressing the job satisfaction needs of direct care nursing staff in order to maintain high-quality staff as well as the quality of patient care and healthcare environments [18].

### Objective of the study

The purpose of the review is to describe transformational leadership and job satisfaction in the nursing profession through a narrative revision of the literature.

### MATERIALS AND METHODS

The bibliographic research was carried out from 1 September 2022 to 31 March 2024 by consulting the following databases: PubMed, Cinhal, and PsycInfo, with time limits of 10 years and Italian and English language filters. The research question was formulated according to the PICO method, as shown in Table 1.

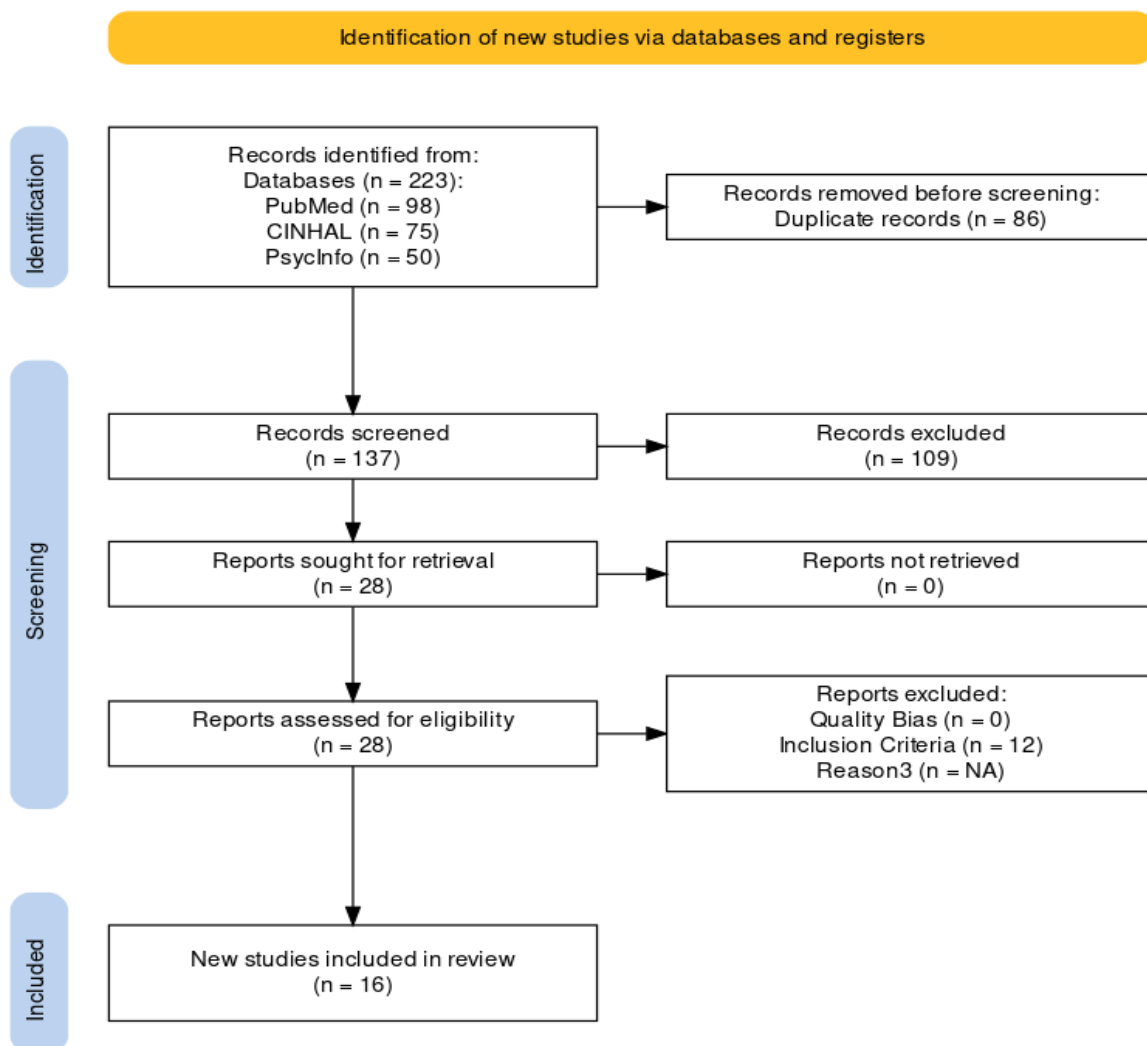
P	Population	Nurse
I	Intervention	Transformational leadership
C	Comparison	No Intervention
O	Results	Job Satisfaction
<i>Research question</i>		
Describe transformational leadership and job satisfaction in the nursing profession.		

**Table 1.** *Research question formulated according to the PICO method*

The following keywords were used: “transformational leadership”, “job satisfaction”, and “nurse\*”. Within the study, all the articles that dealt with transformational leadership and job satisfaction in the nursing profession with a time limit of 12 years (from January 2012 to March 2024) were included in English and Italian. All articles written in other languages were excluded.

## RESULTS

During the bibliographic research, the search string generated a listing of 223 articles on 3 different databases (PubMed, Cinhal, and PsycInfo) (figure 1).



**Figure 1.** “PRISMA Statement” flowchart[19].

All items were managed using the Zotero IT platform. After the duplicates were removed, 137 articles remained. Selection by title and by abstract led to the exclusion of 109 articles. For the subsequent critical analysis, the 28 articles were read and evaluated in their entirety to identify and understand the content. On reading the full texts, 12 articles were discarded because they failed to comply with the inclusion criteria. A total of 16 studies were evaluated, broken down as follows: 1 comparative study, 5 descriptive correlational studies, 1 meta-analysis, 1 systematic review, 4 cross-sectional studies, 2 mixed method studies, 2 unspecified studies (see Table 2). Fifteen articles were published in English and one in Italian.

### Evaluation of the quality of the studies

The articles were selected and evaluated using the checklists from “JBI Critical Appraisal Tools” [20]. A total of 16 articles were reviewed. To classify the studies in terms of quality, the overall score was calculated based on the number of "yes" answers. The included studies had at least 6 out of 10 of the items included in the checklists chosen by the authors of this study.

Author/ Year Country Language	Study design	Leadership measurement tool	Study duration	Sample	Result
<b>Abdelhafiz et al./ 2016</b> <b>Giodania</b> <b>English</b>	Comparative study	- Multifactor leadership questionnaire (MLQ)  -Job satisfaction questionnaire (7 questions, 3-point likert scale)	NR	200 participants	Transformational leadership has a positive relationship with job satisfaction; job satisfaction is higher in public hospitals than in private hospitals; the transformational leadership style is used more frequently than transactional leadership and passive avoidant leadership



<b>AbuAlRub and Alghamdi/ 2012</b>  <b>Saudi Arabia</b>  <b>English</b>	Descriptive correlation study	- Multifactor leadership questionnaire (MLQ)  -Job satisfaction survey  -Intent to stay	NR	308 nurses	-moderate significant correlation in the positive direction between the transformational leadership style and nurses' job satisfaction - weak significant relationship in the negative direction between transactional leadership style and job satisfaction. Background variables, transformational leadership style and transactional style explain 32% of the variation in job satisfaction.
<b>Barlow/ 2013</b>  <b>United States, Baltimore</b>  <b>English</b>	Meta-analysis		1 January 1985 – 30 June 2010	9,572 participants	The results of the analysis of the aggregate effects support the strong relationship between transformational leadership and job satisfaction. The subgroup analysis showed that studies in the 21st century have greater effects than studies in the 20 <sup>th</sup> century.
<b>Boamah et al./ 2018</b>  <b>Canada</b>  <b>English</b>	Cross-sectional study	-Multifactor leadership questionnaire 5X short form (MLQ)  -Global job satisfaction	NR	378	The nurses reported a moderate degree of transformational leadership in their leaders: 55% of nurses said they were satisfied with the job. Transformational leadership had a strong and significant positive direct effect on structural empowerment, which in turn, had a positive effect on job satisfaction and a direct negative effect on adverse events.
<b>Bormann and Abrahamson / 2014</b>  <b>United States</b>  <b>English</b>	Descriptive-correlational study	-Multifactor leadership questionnaire 5x short form (MLQ-5X)  -Abridged job descriptive index survey	3 months	115	Pearson's correlations showed that a perception of transformational leadership behaviours by the nurse manager was positively related to the nurses' satisfaction. The study showed that nurses with 5 or less years of experience had a positive

					correlation with transformational and transactional leadership, and a negative correlation with passive-avoidant leadership; while nurses who had 11 or more years of work did not have a statistically significant relationship with any leadership style.
<b>Brewer et al./ 2016</b>  <b>United States</b>  <b>English</b>	Cross-sectional-correlational study	Questionnaire not validated with 6-point likert scale	January – March 2013	1,037 participants	Transformational leadership was not directly related to the intention to stay or job satisfaction, but has a positive, albeit modest, effect on organisational commitment. The effects of predictors on intention to stay, job satisfaction and organisational commitment are cumulative, and many could be improved by leadership.
<b>Choi et al./ 2016</b>  <b>Malaysia</b>  <b>English</b>	Cross-sectional study	Multifactor leadership questionnaire adapted (MLQ)  - Job satisfaction instrument adapted from Warr et al.	1 month	99	The results show that transformational leadership positively affects job satisfaction. Empowerment mediated the effect of transformational leadership on job satisfaction among the nursing staff. Employee empowerment is also essential to increase job satisfaction.
<b>Labrague et al./ 2020</b>  <b>The Philippines</b> <b>English</b>	Cross-sectional study	-Toxic leadership behaviours of nurse managers scale (ToxBH-NM)  - Global transformational leadership (GTL)  - Job satisfaction index (JSI)	December 2019 – February 2020	770 nurses	The composite scores for the transformational leadership scale and the toxic leadership scale were 4.22 and 1.59, respectively. The results suggest that nurses who work with a transformational leader report greater job satisfaction and less intention to leave the nursing profession.
<b>Lapeña et al./ 2017</b>	Descriptive correlation study	Questionnaire not validated divided into 3 points: - demographic	NR	100 nurses	The results indicate that the transformational and transactional leadership styles of nurse managers

<p><b>The Philippines</b></p> <p><b>English</b></p>		<p>and job profile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- job satisfaction</li> <li>- distinction between transformational and translational leadership</li> </ul>			<p>were related to nurses' job satisfaction.</p>
<p><b>Lebanon/ 2017</b></p> <p><b>United States</b></p> <p><b>English</b></p>	<p>Mixed non-experimental study</p>	<p>Walker and Avant method</p>	<p>NR</p>	<p>55 registered nurses and 5 nurse managers</p>	<p>The results showed that 90.8% of nurses enjoyed working for the hospital, the leaders mainly used transformational leadership styles.</p>
<p><b>M Alshahrani and Baig/ 2016</b></p> <p><b>Saudi Arabia</b></p> <p><b>English</b></p>	<p>Cross-sectional study</p>	<p>Multifactor leadership questionnaire 5x short form (MLQ-5X)</p> <p>- Job satisfaction survey (JSS)</p>	<p>NR</p>	<p>74 participants</p>	<p>Nursing leaders demonstrated a combination of style between transactional (TA) and transformational (TF) leadership. Nurses who work under managers with a TF style demonstrated greater job satisfaction (<math>p &lt; 0.05</math>).</p>
<p><b>Morsiani et al./ 2017</b></p> <p><b>Italy</b></p> <p><b>Italian</b></p>	<p>Mixed method study</p>	<p>- Multifactor leadership questionnaire (MLQ)</p>	<p>Phase I: September 2011 – February 2012.</p> <p>Phase II: April – July 2015</p>	<p>Phase I: 87 participants.</p> <p>Phase II: 27 participants</p>	<p>Departmental nursing managers have mainly adopted a style of transactional leadership aimed at monitoring errors and intervening to correct errors and punish, which had a negative impact on the levels of job satisfaction of staff nurses. In contrast, the transformational leadership style is mostly related to job satisfaction ("Idealised Influence Attributed"). Staff nurses perceived the transformational style as "respect", "caring for others", "professional development" and "appreciation", was rarely practiced by nurse coordinators.</p>



<b>Negussie and Demissie/ 2013</b>  <b>Ethiopia</b>  <b>English</b>	Non-experimental quantitative correlational study	- Multifactor leadership questionnaire (MLQ)  - Minnesota satisfaction questionnaire	January – June 2012	175 out of 186 nurses	The results indicate that nurses prefer the transformational leadership style over the transactional leadership style; they have a moderate level of intrinsic job satisfaction but a low extrinsic level.
<b>Roberts-Turner et al./ 2014</b>  <b>United States, Washington</b>  <b>English</b>	NR	Healthcare environment survey (HES)	NR	935 participants	The leadership role did not directly affect job satisfaction, but significantly affected autonomy and distributive justice; therefore, leadership indirectly influences job satisfaction through autonomy and distributive justice.
<b>Specchia et al./ 2021</b>  <b>Italy</b>  <b>Italian</b>	Systematic Review		Search carried out until 22 October 2019	between 83 and 1,216 participants	88% of the studies showed a positive or negative statistically significant value of correlation between leadership style and nurses' job satisfaction. The transformative style had the highest positive correlation in 9 out of 9 cases.
<b>Wang et al./ 2012</b>  <b>China</b>  <b>English</b>	descriptive correlation study using questionnaires	- Leadership practice inventory (LPI)  - Nurse job satisfaction scale (NJSS)	April – August 2006	238 nurses	Statistically significant positive correlation between the transformational leadership of nursing executives and job satisfaction.

**Table 2.** *Summary of results*

## DISCUSSION

The literature considered demonstrates that the transformational leadership style can positively influence job satisfaction in most of the included studies, regardless of the sample, the country, or the type of study chosen [21–34]. Only two studies do not describe a positive link between the variables analysed [35,36].

The results of this review highlight that the characteristics of a transformative leader – such as listening, support, fairness and recognition – are fundamental to increasing nurses' job satisfaction and creating environments with superior quality of care.

For example, the results of the systematic review by Specchia [31] and AbuAlRub and Alghamdi [34] emphasise that leaders who adopt a transformative style promote greater job satisfaction among nursing staff than those who adopt a transactional style. In fact, transformational leadership shows a significant and moderate correlation with job satisfaction ( $r = 0.45, p < 0.001$ ), while transactional leadership shows a weak significant relationship with job satisfaction ( $r = -0.14, p < 0.01$ )[34]. In fact, the strength of transformational leaders is that they dedicate time to teaching and coaching nurses, focus on developing and improving their strengths, and provide advice for their professional and personal development [31].

These results are consistent with previous studies by Al-Hussami [37] and Bass [38]. These studies support the idea that nurses who worked with leaders who showed transformational leadership styles were more satisfied. In fact, these leaders taught and trained nurses, providing advice for professional development, treating them as individuals, listening to their concerns, and promoting their personal development[39].

Another issue concerns the correlation between transformational leadership, job satisfaction and the intention to leave work. For example, Labrague's study [26] shows how the transformational leadership of nursing executives influences nurses' job satisfaction and their intention to leave the profession despite the demographic characteristics (age, sex, sentimental situation, full time). Specifically, it differentiates toxic leadership from transformational leadership. Toxic leadership is significantly correlated with dissatisfaction at work ( $r = -0.19, p < 0.001$ ), absenteeism ( $r = 0.23, p < 0.001$ ), psychological distress ( $r = 0.09, p < 0.05$ ), organisational turnover intention ( $r = 0.11, p < 0.01$ ) and professional turnover intention ( $r = 0.14, p < 0.001$ ). Instead, transformational leadership is significantly related to job satisfaction ( $r = 0.37, p < 0.001$ ), absenteeism ( $r = -0.13, p < 0.001$ ) and

the intention of organisational turnover ( $r = -0.08$ ,  $p < 0.05$ ). This underlines how important it is to educate leaders and nurse managers within healthcare facilities and develop behaviours that help and support staff. Indeed, maintaining a quality working environment has a significant impact on the retention of nurses and decreases the intention to leave the profession or nurse turnover.

In contrast, the results of the study by AbuAlRub and Alghamdi [34] indicate that the relationship between the transformational leadership style and the level of intention to stay at work was not statistically significant ( $r = 0.08$ ,  $p = 0.14$ ), so the transformational leadership style had no effect on the intention to stay at work.

Even if the results regarding intention to leave the profession are mixed, transformational leadership can provide supportive work environments that result in higher levels of job satisfaction and effectiveness [39]. In fact, by strengthening solid relationships with staff, transformational leaders understand the needs of nurses, they encourage staff to develop skills and autonomy in order to empower them to act.

The studies by Bohaman [23] and Choi [25] analysed the role that structural empowerment has in the relationship between job satisfaction and the transformational leadership style. Structural empowerment, in line with other previous research, [40–42] influences job satisfaction, organisational commitment[41], work commitment[43], lower levels of burnout and work stress [41] and turnover intentions[41,44]. This is due to the characteristics of the transformational leader, such as the ability to listen, inspire staff and stimulate individual and group skills. We can therefore state from these studies [23,25] that empowerment has a positive influence on job satisfaction.

In the study by Borman and Abrahamson [24], it emerged that nurses who worked for 5 or fewer years within the hospital had a statistically positive correlation with transformational and transactional leadership, while nurses who worked for 11 or more years did not have any type of significant relationship with any leadership style. For those who worked for 5 or fewer years, job satisfaction was mainly related to promotion opportunities, while for nursing staff of 11 or more years



it had a stronger correlation for supervision. Therefore, leaders must understand the needs of their employees based on individual differences and their work experience.

The studies by McVicar and Laschinger [35,36] did not find a direct correlation between transformational leadership and job satisfaction. Roberts and Turner [36] highlighted how autonomy and distributive justice positively affect job satisfaction (0.503,  $p < 0.001$ ; 0.272,  $p < 0.001$ ). Within the study, the authors emphasise that autonomy represents a characteristic of transformational leadership, and distributive justice represents transactional leadership. It follows that, even if a direct relationship between the variables considered has not been found, autonomy represents one of the fundamental characteristics of the transformational leadership style. This implies that an increase in autonomy and distributive justice would increase job satisfaction.

Conversely, according to Brewer,[35] transformational leadership was not a significant predictor of job satisfaction. The variables with positive significant coefficients related to job satisfaction were organisational commitment, autonomy, tutor support and promotional opportunities. Considering job satisfaction as a dependent variable, a nurse who goes from a low organisational commitment value to a very high organisational commitment value is 12.6% more likely to be satisfied.

The Barlow meta-analysis [22] showed a very strong relationship between transformational leadership and job satisfaction: the aggregate result of the studies generated by the estimates of the size of the effect are more incisive and representative than the outcomes of individual studies examined. The study shows how transformational leaders stimulate and empower nurses to provide the resources needed to achieve greater results. In fact, staff intrinsic motivation strategies support autonomy, competence, and nursing relationships to create a mutually supportive work environment that promotes social and individual development at the service of the organisation's *mission*, values, and goals. In addition, the results report that the relationship between transformational leadership/job satisfaction has strengthened over time. The subgroup analysis showed that studies in the 21st century have stronger effects than studies in the 20th century. This can be explained by the identification of

the Magnet design health and nursing excellence programmes, which notably increased in the 21st century [22]. Therefore, strategies must be implemented within hospitals today to increase the job satisfaction of nurses by assessing staff satisfaction on an annual basis and improving working conditions.

Another result to consider concerns the difference reported in various studies within the Barlow meta-analysis [45–47] between the greater satisfaction detected by nurses in indirect or mixed care (nurse administrators, specialised nurses) compared to staff engaged in direct care (ward nurses). This can be explained by the great shortage of nurses that is being experienced worldwide, which leads to greater workloads, work stress, burnout, intentions to leave the profession and turnovers that strongly affect job satisfaction. This is why nursing leaders are fundamental in order to understand and recognise the needs of their staff, to maintain a high quality of work, as direct care provides essential services for patients.

A study conducted in Italy by Morsiani[29] engaged focus groups to identify the main characteristics of a leader in relation to the achievement of satisfaction:

- *Professional recognition.* Job satisfaction depends on professional recognition, that is, giving value to the work of a nurse and expressing appreciation for the work of the staff.
- *Fairness.* Nursing leaders must adopt the same behaviour, be honest with all staff members and be objective about mistakes at work.
- *Care of the individual.* If a leader supports and listens to their staff, the latter will be more likely to experience job satisfaction. Often, the role of nurses, especially in Italy, is not recognised at a social and economic level. The first in the field who must defend the profession are precisely the leaders who must lead the profession to its emancipation, while maintaining relationships with other professionals. In fact, it is not a war between professions but an endeavour to enhance the value of the nursing profession.

- *Support.* Globally, the shortage of nurses impacts patient care, as the same care result must be achieved in the same time and with fewer human and material resources. Leaders should not put themselves on a different plane than nurses but should be present in the ward and help them in case of need. In addition, being present in the department is an opportunity to check the work of the staff and recognise what the errors may be within the care path and look for strategies to improve it.
- *Listening.* Being present also means knowing how to listen and understand the needs of the staff, such as shift scheduling and the difficulties encountered at work.
- *Staff appreciation.* The nursing manager must promote staff development by seeking to improve nurses, both individually and as a group. Training, feedback, and refresher courses are crucial tools to ensure that staff have greater autonomy and responsibility.
- *Team development.* Another important issue is teamwork. This study revealed the extent to which staff did not feel part of a work group. Teamwork is essential to ensuring collaboration, compensating for others' inadequacies, and sharing common goals and strategies to achieve patient satisfaction.

Therefore, there is scope for future studies employing a more rigorous research approach that would establish causal links between the variables considered and the appropriateness of generalising the results.

## CONCLUSIONS

The review found that transformational leadership can have a positive influence on nursing job satisfaction levels. Therefore, nursing leadership assumes a fundamental role in influencing the perception that nurses have of their organisation. A leadership style that promotes nurses' autonomy, support, and empowerment can improve job satisfaction, organisational commitment, and nurses'



intention to remain in their position while reducing emotional exhaustion [6]. This means that transformational leaders, through their stimulating and motivating behaviour, can induce changes in the psychological states of workers within organisations. In addition, some studies have shown how the adoption of the transformational leadership style can indirectly influence job satisfaction through the development and strengthening of nurses' sense of empowerment [23,25]. Within healthcare organisations, leadership plays a key role in providing effective and efficient care and translates into positive outcomes for professionals, patients and the work environment. It is therefore necessary to identify and fill the current gaps in the skills and abilities of nursing leaders through educational activities in institutions, underlining the importance of a two-way communication process and mutual trust between managers and nursing staff. The purpose of the review was to offer an overview of a current topic, as both job satisfaction and transformational leadership are two fundamental issues for the creation of a healthy and efficient work environment. Despite the fact that leadership quality and job satisfaction can be assessed using proven and generalizable measurement tools, few studies adopt such methods, and they thus fail to draw conclusions from the relationship between pertinent variables. For the future, the authors suggest conducting studies that can correlate transformational leadership and job satisfaction to obtain more generalizable results because these issues are based much more on empirical experience than on robust scientific evidence.

### **Limitations of the study**

Although the research met the objective of this study, the review has limitations. For example, one of the limitations of a narrative review concerns the methodology itself; whereas a systematic review has a clear and obligatory a priori methodology, the narrative review approach lacks a research protocol. Another limitation is the interpretation bias of the results, which can bring to light only a part of the chosen topic. To confirm what has been described in this review, other studies are needed that can obtain certain, reproducible and generalizable results. In addition, the results that emerged

from the other studies were evaluated by means of self-assessment questionnaires, which are frequently associated with response bias.

### **Funding**

This study did not receive any form of funding.

### **Conflict of interest**

The authors declare that they have no conflicts of interest associated with this study.

---

**REFERENCES**

- [1] Huber D. Leadership and Nursing Care Management. 3rd ed. Saunders Elsevier, Philadelphia PA: 2006.
- [2] Frisicale EM, Grossi A, Ccacciatore P, Carini E, Villani L, Pezzullo AM, et al. The need of leadership in managing healthcare and policy-making - G. Ital. Health Technol. Assess. 2019.
- [3] Cleary M, Horsfall J, Jackson D, Muthulakshmi P, Hunt GE. Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. *J Clin Nurs* 2013;22:2904–11. <https://doi.org/10.1111/jocn.12230>.
- [4] Mannix J, Wilkes L, Daly J. ‘Watching an artist at work’: aesthetic leadership in clinical nursing workplaces. *J Clin Nurs* 2015;24:3511–8. <https://doi.org/10.1111/jocn.12956>.
- [5] Casida J, Parker J. Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and outcomes: Nurse manager leadership styles and outcomes. *J Nurs Manag* 2011;19:478–86. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01252.x>.
- [6] Laschinger HKS, Wong CA, Cummings GG, Grau AL. Resonant leadership and workplace empowerment: the value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nurs Econ* 2014;32:5–15, 44; quiz 16.
- [7] Al-Yami M, Galdas P, Watson R. Leadership style and organisational commitment among nursing staff in Saudi Arabia. *J Nurs Manag* 2018;26:531–9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12578>.
- [8] Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2018;85:19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>.
- [9] Umrani WA, Afsar B. How transformational leadership impacts innovative work behaviour among nurses. *Br J Healthc Manag* 2019;25:1–16. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2018.0069>.



- [10] Madathil R, Heck NC, Schuldberg D. Burnout in Psychiatric Nursing: Examining the Interplay of Autonomy, Leadership Style, and Depressive Symptoms. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28:160–6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.01.002>.
- [11] Robbins B, Davidhizar R. Transformational Leadership in Health Care Today. *Health Care Manag* 2020;39:117–21. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000296>.
- [12] Lievens I, Vlerick P. Transformational leadership and safety performance among nurses: the mediating role of knowledge-related job characteristics. *J Adv Nurs* 2014;70:651–61. <https://doi.org/10.1111/jan.12229>.
- [13] Spies LA, Gray J, Opollo JG, Mbalinda S, Nabirye R, Asher CA. Transformational leadership as a framework for nurse education about hypertension in Uganda. *Nurse Educ Today* 2018;64:172–4. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.009>.
- [14] Locke EA. “Job satisfaction reconsidered”: Reconsidered. *Am Psychol* 1978;33:854–5. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.9.854>.
- [15] De Simone S, Planta A, Cicotto G. Il ruolo delle capacità agentiche nelle intenzioni di turnover del personale infermieristico 2018.
- [16] 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;12:652–66. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>.
- [17] Yang F-H, Wu M, Chang C-C, Chien Y. Elucidating the Relationships among Transformational Leadership, Job Satisfaction, Commitment Foci and Commitment Bases in the Public Sector. *Public Pers Manag* 2011;40:265–78. <https://doi.org/10.1177/009102601104000306>.
- [18] Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm* 2008;38:223–9. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>.

- [19] Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Syst Rev* 2022;18:e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>.
- [20] Munn Z, Barker TH, Moola S, Tufanaru C, Stern C, McArthur A, et al. Methodological quality of case series studies: an introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBI Database Syst Rev Implement Rep* 2019; Publish Ahead of Print. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00099>.
- [21] Abdelhafiz IM, Alloubani AM, Almatari M. Impact of leadership styles adopted by head nurses on job satisfaction: a comparative study between governmental and private hospitals in Jordan. *J Nurs Manag* 2016;24:384–92. <https://doi.org/10.1111/jonm.12333>.
- [22] Barlow KM. *A Meta-Analysis of Transformational Leadership and Subordinate Nursing Personnel Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover Intentions*. University of Maryland, Baltimore, 2013.
- [23] Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook* 2018;66:180–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>.
- [24] Borman e Abrahason. Do staff nurse perceptions of nurse leadership behaviors influence staff nurse job satisfaction? The case of a hospital applying for Magnet® designation. *J Nurs Adm* 2014;44:219–25. <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000053>.
- [25] Choi SL, Goh CF, Adam MBH, Tan OK. Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. *Hum Resour Health* 2016;14:73. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0171-2>.
- [26] Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* 2020;28:1104–13. <https://doi.org/10.1111/jonm.13053>.

- [27] Lapeña LFR, Tuppal CP, Loo BGK, Abe KHC. Transformational and Transactional Leadership Styles of Nurse Managers and Job Satisfaction among Filipino Nurses: A Pilot Study. *Nurse Media J Nurs* 2017;7:65–78.
- [28] Libano MC. Registered Nurse Job Satisfaction and Nursing Leadership. *Regist Nurse Job Satisf Nurs Leadersh* 2017:1–1.
- [29] Morsiani G, Bagnasco A, Sasso L. How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction: a mixed method study. *J Nurs Manag* 2017;25:119–28. <https://doi.org/10.1111/jonm.12448>.
- [30] Negussie N, Demissie A. Relationship between leadership styles of nurse managers and nurses' job satisfaction in Jimma University Specialized Hospital. *Ethiop J Health Sci* 2013;23:49–58.
- [31] Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>.
- [32] Wang X, Chontawan R, Nantsupawat R. Transformational leadership: effect on the job satisfaction of Registered Nurses in a hospital in China. *J Adv Nurs John Wiley Sons Inc* 2012;68:444–51. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05762.x>.
- [33] Alshahrani FM, Baig LA. Effect of Leadership Styles on Job Satisfaction Among Critical Care Nurses in Aseer, Saudi Arabia. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP* 2016;26:366–70.
- [34] AbuAlRub RF, Alghamdi MG. The impact of leadership styles on nurses' satisfaction and intention to stay among Saudi nurses. *J Nurs Manag* 2012;20:668–78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01320.x>.
- [35] Brewer CS, Kovner CT, Djukic M, Fatehi F, Greene W, Chacko TP, et al. Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *J Adv Nurs* 2016;72:2879–93. <https://doi.org/10.1111/jan.13055>.



- [36] Roberts-Turner R, Hinds PS, Nelson J, Pryor J, Robinson NC, Wang J. Effects of leadership characteristics on pediatric registered nurses' job satisfaction. *Pediatr Nurs* 2014;40:236–41, 256.
- [37] Al-Hussami M. Study of nurses' job satisfaction: The relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *Eur J Sci Res* 2008;22:286–95.
- [38] Bass BM, Avolio BJ. *Developing Transformational Leadership: 1992 and Beyond*. *J Eur Ind Train* 1990;14. <https://doi.org/10.1108/03090599010135122>.
- [39] Bass BM, Avolio BJ. *Multifactor leadership questionnaire: Manual and sample set (3rd ed.)*. 3rd ed. 2004.
- [40] Lautizi M, Laschinger HKS, Ravazzolo S. Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study. *J Nurs Manag* 2009;17:446–52. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00984.x>.
- [41] Spence Laschinger HK, Finegan J, Wilk P. Context Matters: The Impact of Unit Leadership and Empowerment on Nurses' Organizational Commitment. *JONA J Nurs Adm* 2009;39:228–35. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23d2b>.
- [42] Pineau Stam LM, Spence Laschinger HK, Regan S, Wong CA. The influence of personal and workplace resources on new graduate nurses' job satisfaction. *J Nurs Manag* 2015;23:190–9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12113>.
- [43] Boamah S, Laschinger H. Engaging new nurses: the role of psychological capital and workplace empowerment. *J Res Nurs* 2015;20:265–77. <https://doi.org/10.1177/1744987114527302>.
- [44] Cai C, Zhou Z. Structural empowerment, job satisfaction, and turnover intention of Chinese clinical nurses. *Nurs Health Sci* 2009;11:397–403. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00470.x>.

- 
- [45] Tellez M. Work satisfaction among California registered nurses: a longitudinal comparative analysis. *Nurs Econ* 2012;30:73–81.
- [46] Çelik S, Hisar F. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction: Professionalism behaviour of nurses. *Int J Nurs Pract* 2012;18:180–7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02019.x>.
- [47] Ingersoll GL, Olsan T, Drew-Cates J, DeVinney BC, Davies J. Nurses' Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Career Intent: *JONA J Nurs Adm* 2002;32:250–63. <https://doi.org/10.1097/00005110-200205000-00005>.

**Factors associated with utilisation of staff clinic services by nurses at Parirenyatwa Group of Hospitals, Zimbabwe. A cross-sectional study**

Rumbidzai Marevesa <sup>1</sup>, Maxwell Mhlanga <sup>2</sup>,

1. Department of Nursing, University of Zimbabwe
2. Centre of Gender Equity, University of Global Health Equity, Zimbabwe

\* *Corresponding author:* Maxwell Mhlanga., Centre of Gender Equity, University of Global Health Equity, Zimbabwe. E-mail: mmhlanga@ughe.org

*Original article*

*DOI: 10.32549/OPI-NSC-104*

*Submitted: 25 April 2024*

*Revised: 21 May 2024*

*Accepted: 23 May 2024*

*Published online: 04 June 2024*

*This article is licensed under the Creative Commons Attribution - Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international license.*

**ABSTRACT**

**Introduction:** Nurses, as gatekeepers of health, are expected to seek formal healthcare services, reflecting the advice they give patients. However, squalid working conditions, long hours, and heavy workloads expose them to occupational health hazards, limiting their ability to care for themselves. Properly implemented employee clinic services can help nurses address health problems, promote well-being, and reintegrate them into the workforce.

**Objective:** This study sought to determine factors associated with the utilization of staff clinic services by nurses at Parirenyatwa Group of Hospitals.

**Materials and Methods:** The study used an analytical cross-sectional design conducted in May 2023. A consecutive sampling method selected 50 participants. Data were collected via a structured questionnaire and presented as numbers and percentages. The questionnaire was divided into sections as follows: Participant demographic information (Age, gender, marital status, religion etc.); uptake of staff clinic services (Screening, treatment, awareness services etc), and factors associated with uptake of staff clinic services among nurses. Chi-square test or Fisher's exact test to evaluate significant differences for unpaired data. Statistical analysis was performed using STATA 16.

**Results:** Among the 50 participants, 66% were female. The study results show that the uptake of staff clinic services was low, with only 54% of the participants visiting the clinic on rare occasions. The most common barriers to utilizing the staff clinic were lack of time to go for screening (16%), fear of stigma (14%), and uncertainty about confidentiality (14%). Most participants utilized the acute illness treatment service (62%). Age was a significant factor associated with the utilization of the staff clinic ( $p = 0.021$ ), with younger nurses using the clinic more often. Perceived benefits were also significantly associated with utilization ( $p < 0.05$ ).

**Discussion:** The utilization of staff clinic services by nurses remains suboptimal despite high knowledge and awareness of these services. Utilization was mainly associated with age, perceived benefits of accessing the staff clinic services, and reasons for not utilizing some of the services. There is need to strengthen promotional activities for the utilization of staff clinic health services as this has been proven to increase productivity and health outcomes of clinical staff.

**Keywords:** Utilisation, Staff-clinic, Services, Attitudes.



## INTRODUCTION

Healthcare workers are the backbone of any healthcare system, and their well-being is crucial for the delivery of quality healthcare services. Nurses, who constitute a significant portion of the healthcare workforce, are particularly vital as they provide essential patient care and support. In Zimbabwe, the Parirenyatwa Group of Hospitals is the largest medical facility, serving as a critical hub for healthcare delivery in the region. Recognizing the importance of maintaining the health and well-being of its staff, the Ministry of Health and Child Care of Zimbabwe introduced staff clinic services at hospitals, including Parirenyatwa.

Staff clinic services are designed to offer preventive, diagnostic, therapeutic, rehabilitative, and palliative care to healthcare workers, ensuring that they remain healthy and capable of performing their demanding roles. These services are intended to mitigate the health risks associated with the demanding nature of nursing, which includes long hours, heavy workloads, and exposure to various occupational hazards. Despite the availability of these services, there appears to be a significant underutilization among nurses at Parirenyatwa Hospital.

Previous research has highlighted several barriers to the utilization of healthcare services by healthcare workers. Studies have identified factors such as time constraints, concerns about confidentiality, fear of stigmatization, and a perceived lack of need as significant impediments. For instance, a study conducted in Nigeria by Akinyemi revealed that healthcare workers often avoid using available health services due to fears about confidentiality and stigma [1]. Similarly, data from other sub-Saharan African countries, such as Botswana, indicate that age and tenure can influence health service utilization, with younger and less experienced healthcare workers more likely to seek medical assistance [2]. Understanding the specific factors influencing the utilization of staff clinic services at Parirenyatwa Hospital is critical for developing targeted interventions that can enhance service uptake. The unique context of Zimbabwe, characterized by a high burden of infectious diseases such as HIV/AIDS and tuberculosis, further underscores the need for effective

health support systems for healthcare workers. The high incidence of these diseases among healthcare workers, combined with the occupational stress they experience, necessitates robust health services that are both accessible and trusted by the staff [3].

Healthcare professionals are susceptible to high levels of occupational stress, which has been defined as the negative physiological and psychological reactions that take place when the job demands do not correspond to their skills, resources, or needs [3]. Long hours, heavy workloads, as well as physical and mental stress of caring for sick patients are some contributing factors. In Zimbabwe, the general working class spends at least a third of their life at work, making them vulnerable to work-related stress. Nurses are additionally exposed to resistant forms of numerous bacteria that are known to live in hospital surroundings, increasing their vulnerability to serious infections that are challenging to treat [4].

The Ministry of Health and Childcare of Zimbabwe introduced staff clinic services at hospitals. The Staff Clinic serves staff members who require healthcare services. These services help healthcare workers cope with the workplace environment and develop healthier behaviours. Clinic services encompass preventive, diagnostic, therapeutic, rehabilitative, or palliative services provided by a facility that is not part of a hospital but is organized and operated to deliver medical care [5].

A wide range of services is provided by clinics. These facilities emphasize the concept of treating the body, offering everything from preventative care to the treatment and management of health conditions. Clinic services can aid in overcoming difficulties to improve the general quality of life as well as significant medical challenges brought on by illness or diseases [6].

This study aimed to identify and analyse the factors associated with the utilization of staff clinic services among nurses at Parirenyatwa Hospital. By examining demographic variables, perceived benefits, and barriers to access, this research sought to provide insights that can inform policy and practice, ultimately leading to improved health outcomes for nurses. Enhanced utilization of staff clinic services not only benefits the nurses themselves but also contributes to the overall efficiency

and effectiveness of the healthcare system, ensuring that nurses are healthy and capable of providing high-quality care to their patients.

**Objective:** The objective of the current study was to determine the factors associated with utilisation of staff clinic services by nurses at Parirenyatwa Group of Hospitals.

## **MATERIALS AND METHODS**

We utilized an analytical cross-sectional study design. This study was conducted at Parirenyatwa Group of Hospitals, which is the largest medical facility in Zimbabwe, located in Harare. In addition to its basic medical and surgical departments, the hospital has a maternity unit, Sekuru Kaguvi, which specializes in eye care, an Annex for patients with mental health issues, and many specialized paediatric wards. In the main hospital complex, there are 12 theatres and more than 5000 beds.

Our study population consisted of nurses at Parirenyatwa Group of Hospitals. We consecutively sampled 50 nurses from across the departments at Parirenyatwa who were on duty, consented to participate in the study, and had been working at Parirenyatwa Hospital for at least six months, as they were more familiar with the clinic services. Nurses on duty were included in the study.

### **Instruments**

A self-designed structured questionnaire was used for data collection, and it was informed by the Health Belief Model. The questionnaire was divided into sections A and B and C as follows:

Section A: Participant demographic information (Age, gender, marital status, religion etc.)

Section B: Uptake of staff clinic services (Screening, treatment, awareness services etc)

Section C: Factors associated with uptake of staff clinic services among nurses. The variables in the study included socio-demographic factors, benefits of clinic services, knowledge, attitude and

perceptions, health seeking behaviour, uptake of clinic services. The dependent variable was uptake or utilisation of staff clinic services. The instrument was reviewed for content and face validity by a group of professionals including nurses, lecturers and the Joint Research, and the Ethics Council. The instrument was pre-tested with 5 nurses from Harare hospital and revised to incorporate feedback, to ensure validity, and to address any ambiguity.

### **Statistical analysis**

Data were presented as numbers and percentages in tables. The chi-square test or Fisher's exact test were performed to evaluate significant differences in proportions or percentages between the two groups. Fisher's exact test was used where the chi-square test was not appropriate. Finally, all p-values were always two-sided and all tests with p-value ( $p$ ) < 0.05 were considered significant. Statistical analysis was performed using the STATA ver. 16.

### **Ethical considerations**

The study obtained approval from the Joint Research Ethics Committee for the University of Zimbabwe Faculty of Medicine and Health Sciences and Parirenyatwa Group of Hospitals (JREC) institutional IRB committee (approval number: JREC/23/2023). Written informed consent was obtained from participants, all had the opportunity to review the consent form, ask questions, and discuss the study before signing. Participation was voluntary, and confidentiality was maintained. The rights and welfare of participants were protected, and all research activities were conducted privately. For the current study, in addition to the strict ethical processes employed in the ongoing study, specific additional considerations were implemented.

### **De-identification of data**

A great deal of protection for patient confidentiality was maintained during the conduct of this



research, and it will continue to be upheld in the future. Codes only known to the researchers were used with each participant having a unique identifier. These new identities were used throughout the analysis and reporting stages of the study.

### Safekeeping of data

Extracted data was saved in a Microsoft OneDrive where it's locked and only accessed by those who have passed through all the orientation and clearance processes and granted access to the data.

## RESULTS

The main objective of this study was to determine factors associated with utilization of staff clinic services by nurses at Parirenyatwa Group of Hospitals. Data was collected from 50 study participants who matched the inclusion criteria and major results were presented in tabular form.

### Socio-demographic data

A total of 50 nurses were invited to participate in the study. Among the participants, 17 (34%) were male, while 33 (66%) were female. The majority of participants were below the age of 30 years and were married. Similarly, 33 (66%) of the participants resided outside of Parirenyatwa. A significant proportion (50%) of the participants had 1-5 years of working experience, and 96% identified as Christians.

A summary of demographic characteristics is provided in Table 1.

Variable	Description	Frequency (n)	Percentage (%)
Age (years)	< 30	10	40
	30-39	10	20
	40-49	16	32
	> 50	4	8
Gender	Male	17	34
	Female	33	66
Marital status	Married	25	50
	Single	14	28
	Widowed	7	14

	Separated	4	8
Place of residence	Parirenyatwa	17	34
	Out of Parirenyatwa	33	66
Period of working at Parirenyatwa	6 month – 1 year	7	14
	1 -5 years	25	50
	6 -10 years	14	28
	>10 years	4	8
Religion	Christian	48	96
	Moslem	0	0
	African	2	4
Work station	Parirenyatwa hospital	30	60
	Mbuya Nehanda	8	16
	Sekuru Kaguvi	8	16
	Annex	4	8

**Table 1.** *Distribution of participants by demographic characteristics (n=50)*

### **Uptake of clinic services**

All participants were aware of the clinic services offered at the Parirenyatwa staff clinic. Among them, 38 respondents utilized the staff clinic services, while the remaining had never availed themselves of any of the services. A majority of participants had visited the staff clinic infrequently, comprising 54% of the total respondents, whereas 22% had never visited the clinic at all. Among the services provided at the staff clinic, acute illness treatment services were the most utilized. Interestingly, 84% of the participants admitted to self-medicating, and among those who preferred self-medication over utilizing the staff clinic, the percentage was 54%.

<b>Variable</b>	<b>Description</b>	<b>Frequency (n)</b>	<b>Percentage (%)</b>
Clinic services awareness	Yes	50	100
	No	0	0
Staff clinic services utilisation	Yes	38	76
	No	12	24
Staff clinic visit	Often	3	6
	Periodically	9	18
	Rarely	27	54
	Never	11	22
Service satisfaction	Yes	24	48
	No	14	28
	Not applicable	12	24
Screening and testing services	Yes	28	56
	No	3	6
	Not applicable	19	38
Satisfied with results	Yes	27	54
	No	4	8
	Not applicable	19	38
Self-medicated	Yes	42	84

	No	8	16
Self-medication preference	Yes	27	54
	No	23	46
Services accessed at Parirenyatwa	Primary diagnosis	8	16
	HIV testing	5	10
	Mental Health & Psycho-social support	1	2
	Family planning	1	2
	General Medical check up	1	2
	Occupational health	2	4
	Acute illness treatment	31	62
Not applicable	12	24	

**Table 2.** Presentation of results of uptake of clinic services (n=50)

### Factors associated with utilization of staff clinic services.

In the overall evaluation of the clinic services provided, only one participant considered the services to be of high quality, whereas 32 participants (64%) rated the services as good. The primary reason cited for not utilizing some of the staff clinic services was not perceiving a need for them. Additionally, 7 participants (14%) expressed concerns about potential stigmatization, and another 7 (14%) were unsure if the screening results would be kept confidential. Interestingly, 20 participants (40%) acknowledged that accessing the staff clinic helped mitigate work-related health risks.

Variable	Description	Frequency (n)	Percentage (%)
Staff clinic general assessment	Quality services	1	2
	Standard services	15	30
	Moderate services	34	68
Clinic rating	Poor	18	36
	Good	32	64
	Excellent	0	0
Not utilising services reason	Not yet ready to get involved	8	16
	Fear of stigmatisation	7	14
	Not sure if the results from the screening will be kept confidential.	7	14
	Just do not see the needs.	13	26
	Do not have time to go for screening	8	16
	Still needs to be made aware of the need and the importance of the services.	7	14

Health information confidentiality	Yes	7	14
	No	19	38
	Somehow	24	48
Health information used to patronise you	Yes	17	34
	No	33	66
Benefits of accessing clinic	Yes	9	18
	No	14	28
	Partially	27	54
Benefits associated with taking clinic services	Preventing related health risks	20	40
	Increased productivity if treated against infections	13	26
	Ensures healthy working environment	7	14
	Early detection of chronic illnesses	10	20

**Table 3.** Presentation of results on utilization of staff clinic services

Fisher's exact test was performed to assess the significance of the association between socio-demographic characteristics and the uptake of staff clinic services. There was a significant association between age and the utilization of staff clinic services ( $p = 0.013$ ). However, all other variables, including gender, marital status, place of residence, tenure at the hospital, religion, and work station of the respondent, had no association with utilization of staff clinic services ( $p > 0.05$ ) (Table 4).

Variable	Description	Utilisation of staff clinic		Total n (%)	Fisher's exact <i>p</i> – value
		Yes n (%)	No n (%)		
Age (years)	<30	16 (32)	4 (8)	20 (40)	0.013*
	30 – 39	4 (8)	6 (12)	10 (20)	
	40 – 39	14 (28)	2 (14)	16 (32)	
	<50	4 (8)	0 (0)	4 (8)	
Gender	Male	13 (26)	4 (8)	17 (34)	0.875
	Female	25 (50)	8 (16)	33 (66)	
Marital status	Married	18 (36)	7 (14)	25 (50)	0.468
	Single	10 (20)	4 (8)	14 (28)	
	Widowed	6 (12)	1 (2)	7 (14)	
	Separated	4 (8)	0 (0)	4 (8)	
Place of residence	Parirenyatwa	12 (24)	5 (10)	17 (34)	0.320
	Out of Parirenyatwa	26 (52)	7 (14)	33 (66)	



Time worked at the hospital	6 months – 1 year	3 (6)	4 (8)	7 (14)	0.201
	1 – 5 years	19 (38)	6 (12)	25 (50)	
	6 – 10 years	12 (24)	2 (4)	14 (28)	
	>10 years	4 (8)	0 (0)	4 (8)	
Religion	Christian	37 (74)	11 (22)	48 (6)	0.286
	African traditional	1 (2)	1 (2)	2 (4)	
Work station	Parirenyatwa	25 (50)	5 (10)	30 (60)	0.198
	Mbuya Nehanda	6 (12)	2 (4)	8 (16)	
	Sekuru Kaguvi	5 (10)	3 (6)	8 (16)	
	Annexe	2 (4)	2 (4)	4 (8)	

\* =significant test

**Table 4.** Association between sociodemographic variables and utilization of staff clinic services.

The results of Fisher’s exact test revealed significant relationships between certain factors and the utilization of staff clinic services. Benefits associated with accessing the staff clinic services and reasons for not utilizing some services were found to be significant factors influencing utilization ( $p < 0.05$ ). However, health information privacy factors did not show any association with the utilization of staff clinic services.

Although all other remaining factors were associated with the utilization of staff clinic services, these associations were not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Table 5 provides a detailed profile of these results.

Variable	Description	Utilisation of staff clinic		Total n (%)	Fisher’s exact <i>p</i> – value
		Yes n (%)	No n (%)		
General assessment towards clinic services provided by staff clinic	Quality services	0(0)	4 (8)	1(2)	0.019*
	Standard services	15(30)	6 (12)	0(0)	
	Moderate	23(46)	2 (14)	11(22)	
Clinic services ratings	Poor	11(22)	7(14)	18(36)	0.043*
	Good	27(54)	5(10)	32(64)	
Reason for not utilizing some of the services provided	Not yet ready	6 (12)	2 (4)	8 (16)	0.001*
	Fear of stigmatization	7 (14)	0 (0)	7 (14)	
	Uncertainty about results confidentiality	7 (14)	0 (0)	7 (14)	
	Do not see the need	5 (10)	8 (16)	13 (26)	
	Do not have time to go for screening	8 (16)	0 (0)	8 (16)	
Still need get awareness	5 (10)	2 (4)	7 (14)		

Do you think your health information is kept confidential at the staff clinic?	Yes	6 (12)	1(2)	7 (14)	0.201
	No	13 (26)	6 (12)	19 (38)	
	Somehow	12 (24)	6 (12)	18 (36)	
	>10 years	19 (38)	5 (10)	24 (48)	
Do you think your health information can be used to patronise you?	Yes	13 (26)	6 (12)	19 (38)	0.186
	No	25 (50)	8 (16)	33 (66)	
	Somehow	19 (38)	6 (12)	19 (38)	
Has accessing the staff clinic services been beneficial to you?	Yes	8 (16)	1 (2)	9 (18)	0.002*
	No	3 (6)	2 (4)	8 (16)	
What benefits do you think are associated with taking these services	Preventing work related health risks	16 (32)	4 (8)	20 (40)	0.165
	Increase productivity if treated against infections	12 (24)	2 (4)	4 (8)	
	Working environment	4 (8)	3 (6)	7 (14)	
	Early detection of chronic diseases	6 (12)	4 (8)	10 (20)	

\* =significant test

**Table 5.** Association between factors associated with utilization (attitudes, perceptions, benefits) and utilization of staff clinic services.

## DISCUSSION

The primary aim of this study was to identify the factors influencing the utilization of staff clinic services by nurses at Parirenyatwa Group of Hospitals. Limited research exists on the determinants of nurses' utilization of staff clinic services. Previous studies related to this topic have consistently indicated an underutilization of clinic services by nurses, despite the availability and benefits of such services. Nurses play a crucial role in the healthcare workforce, and maintaining good health is essential for them to deliver high-quality care. Accessing clinic services promotes wellness and helps employees manage their health concerns. Recognizing the gap in nurses' utilization of the staff clinic, the researcher conducted this study to explore the factors influencing their use of these services.

### **Sociodemographic Factors**

Demographic variables such as age, gender, marital status, place of residence, tenure at the hospital, religion, and workstation may influence the utilization of staff clinic services. Powell emphasizes the importance of organizations understanding how these demographic characteristics affect employees' decisions regarding clinic service uptake and their perceptions of these services [9]. Such insights can enhance service uptake and promote inclusivity among employees from diverse backgrounds.

The study revealed a predominantly female participant group, which aligns with the gender distribution in many organizations, particularly in female-dominated professions like nursing. The higher utilization of staff clinic services by females may reflect their majority representation in the workforce. Additionally, younger nurses (below 30 years) exhibited a significantly higher percentage of clinic service utilization ( $p= 0.013$ ), possibly due to their novelty in the system and enthusiasm for utilizing available services. Conversely, utilization was lower among nurses aged 30-39 and those over 50. This finding contrasts with a study in Botswana by Ledikwe et al., where older age was associated with greater participation in workplace wellness activities [11]. Longer tenure has been associated with higher health service utilization, as seen in a study conducted in South Africa, where more experienced healthcare workers were more familiar with available services and their benefits [15]. Nurses stationed at Parirenyatwa Hospital utilized the staff clinic more frequently than those at Annex Hospital, likely due to the clinic's proximity to their workstations.

The gender distribution indicates that 66% of the participants are female, and 34% are male. This gender disparity is consistent with the global nursing workforce, which is predominantly female. The higher percentage of female participants aligns with studies from other countries, such as Nigeria and Kenya, where female healthcare workers also constituted the majority and showed similar utilization patterns of health services [16].

Marital status revealed that 50% of the participants were married, 28% single, 14% widowed, and 8% separated. The utilization patterns based on marital status were not explicitly explored in this study but could provide an interesting angle for future research. Previous studies have shown mixed results, with some indicating higher health service utilization among married healthcare workers due to family health considerations.

The study found that 34% of participants resided at Parirenyatwa, while 66% lived outside. This aligns with findings from studies in urban areas where proximity to healthcare facilities influences utilization rates. Healthcare workers living closer to their workplace are more likely to use available services due to convenience.

An overwhelming majority of participants were Christian (96%), with a small minority adhering to African traditional religions (4%). Religious beliefs can impact health service utilization, although this study did not find a significant variation in utilization patterns based on religion. Similar studies have found that religion can sometimes influence health-seeking behavior due to different cultural beliefs about healthcare.

The distribution of work stations showed that 60% of participants were stationed at Parirenyatwa Hospital, with the remainder distributed among Mbuya Nehanda, Sekuru Kaguvi, and the Annex. Utilization of staff clinic services may vary by work station due to differences in work environments and stress levels. For instance, nurses working in high-stress areas such as emergency departments or mental health units may have different health service needs compared to those in less stressful environments.

The study reveals important socio-demographic factors associated with the utilization of staff clinic services at Parirenyatwa Hospital. While gender and age distributions are consistent with global trends, factors such as place of residence and work station highlight the importance of proximity and work environment in health service utilization. These findings are consistent with similar studies in the region, emphasizing the need for targeted interventions to address barriers and



promote the utilization of health services among healthcare workers.

### **Quality of Services and Clinic Ratings**

Only 2% of nurses rated the clinic services as quality, while 30% and 68% rated them as standard and moderate, respectively. Furthermore, 36% rated the clinic as poor, 64% as good, and none rated it as excellent. Similar studies, have often report mixed perceptions of healthcare service quality in resource-limited settings [12]. Inconsistent service quality is a common issue that can deter utilization of health services [13].

Key reasons for not using the clinic services include lack of readiness (16%), fear of stigmatization (14%), concerns about confidentiality (14%), perceiving no need (26%), lack of time (16%), and needing more awareness (14%). Similar barriers are found in other studies. For instance, the fear of stigmatization and confidentiality concerns are widely reported in healthcare settings across Sub-Saharan Africa [7]. Time constraints and perceived lack of need are also common barriers identified in healthcare utilization studies [14].

Only 14% believed their health information was kept confidential, 38% said no, and 48% were unsure. Concerns about confidentiality are prevalent in many studies, where mistrust in the healthcare system hinders service utilization. Efforts to enhance confidentiality practices are essential to improve service uptake [15].

About 34% reported that health information was used to patronize them, while 66% did not. Such experiences can significantly deter individuals from seeking healthcare, as highlighted in research another research, which reported that negative experiences with healthcare providers reduce trust and subsequent utilization [15].

Only 18% perceived clear benefits from accessing clinic services, 28% did not, and 54% partially saw benefits. Benefits cited included preventing health risks (40%), increased productivity (26%), ensuring a healthy environment (14%), and early detection of chronic illnesses (20%). The

recognition of health benefits, such as early detection and productivity gains, is crucial for increasing service uptake. There is need to emphasize the importance of communicating these benefits effectively to encourage utilization.

### **Awareness and Utilization**

Although all participants were aware of the staff clinic services, utilization rates varied, with acute illness treatment being the most frequently used service. However, services such as primary diagnosis, HIV testing, mental health support, family planning, and general medical check-ups were underutilized. Reasons for not utilizing some services included time constraints, concerns about result confidentiality, and fear of stigmatization. These findings are consistent with a study in Nigeria by Akinyemi on healthcare workers' health-seeking behavior. The study also found a significant association between the perceived benefits of staff clinic services and their utilization. Participants who found the services beneficial were more likely to utilize them, highlighting the influence of attitudes and perceptions on service uptake.

A significant finding of the study is the association between perceived benefits and utilization of staff clinic services. Participants who found the services beneficial were more likely to utilize them ( $p = 0.002$ ). This highlights the importance of perceived benefits in influencing health service uptake. Similar trends have been observed in other studies, where positive perceptions of health services were linked to higher utilization rates [18]. The significant association between perceived benefits and service utilization emphasizes the need for targeted interventions to address barriers and promote the use of health services among healthcare workers.

### **Quality of Service**

Participants' assessments of the clinic services showed significant differences. Quality services were rated by only 2% of the participants, standard services by 30%, and moderate services by 46% ( $p =$

0.019). This indicates a general perception that the services are not of high quality. Similar studies in Nigeria and Kenya also reported that healthcare workers rated their staff clinic services as moderate to poor, citing inadequate resources and staffing as primary reasons for these perceptions [15].

When rating the clinic services, 22% of participants rated them as poor, 14% as good, and 64% as excellent ( $p = 0.043$ ). This distribution suggests a polarized view, where a significant portion of users is dissatisfied with the services, while others find them adequate. A comparable study in South Africa found that ratings of clinic services were closely tied to the perceived responsiveness and professionalism of the staff, as well as the availability of medical supplies [18]. The mixed ratings at Parirenyatwa Hospital align with these findings, highlighting the importance of improving service quality to enhance user satisfaction.

The reasons for not utilizing some of the services provided were also significantly varied. The most common reasons included not seeing the need for the services (26%), not having time to go for screening (16%), and fear of stigmatization (14%) ( $p = 0.001$ ). These barriers are consistent with findings from a study in Botswana, which reported that healthcare workers often avoided utilizing available health services due to similar reasons, including time constraints and fears about confidentiality [8].

Fear of stigmatization and concerns about the confidentiality of results were significant deterrents, with 14% of participants citing each as reasons for not using the clinic services. This is in line with studies conducted in Nigeria and Malawi, where healthcare workers expressed concerns about privacy and potential negative repercussions on their professional reputation if their health conditions were disclosed.

A notable 14% of participants indicated that they still needed to be made aware of the importance of the services. This points to a gap in effective communication and education about the benefits of utilizing the staff clinic. A similar issue was highlighted in a study in Uganda, where increased

awareness and educational campaigns were found to significantly improve the utilization rates of staff clinic services [19].

The study at Parirenyatwa Hospital reveals several factors influencing the utilization of staff clinic services that are consistent with findings from similar studies in other regions. Key issues such as service quality, fear of stigmatization, confidentiality concerns, and the need for increased awareness are recurrent themes. Addressing these barriers through targeted interventions could significantly improve the uptake of staff clinic services, leading to better health outcomes for nurses. Enhancing service quality, ensuring confidentiality, and conducting awareness campaigns are essential steps to encourage higher utilization rates and improve overall healthcare delivery among healthcare workers.

### **Limitations of the study**

The sample size for our study was relatively smaller than what would be required for the generalisation of the study findings. Similarly, we used self-reported satisfaction of the participants which increases the chances for social desirability bias. Future studies can consider using the mixed methods approach with a bigger sample to triangulate data and get a clearer picture on the subject matter.

### **CONCLUSION**

In conclusion, nurses' utilization of clinic services is influenced by their attitudes, perceptions, and barriers to access. Despite high awareness, service utilization remains low for certain offerings. Efforts to increase utilization should address barriers such as concerns about confidentiality and stigma, while also emphasizing the perceived benefits of the services. Enhancing the quality of services and fostering positive employee attitudes can further promote utilization and improve overall healthcare outcomes among nurses.



**Funding statement**

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

**Conflict of interest**

The authors report no conflict of interest.

**Authors' contribution**

Rumbidzai Marevesa: Development of the original draft

Maxwell Mhlanga: Review of the manuscript, data analysis and discussion.

**Acknowledgements**

We would want to acknowledge Management at Parirenyatwa Group of Hospitals for allowing us to carry out our research at their institution.

## REFERENCES

1. Gage, A.J., Ilombu, O. & Akinyemi, A.I. Service readiness, health facility management practices, and delivery care utilization in five states of Nigeria: a cross-sectional analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 297 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1097-3>
2. Adewoye, K. R., Aremu, S. K., & Ipinnimo, T. M. (PDF) Awareness and Practice of Proper Health Seeking Behaviour and Determinant of Self-Medication among Physicians and Nurses in a Tertiary Hospital in Southwest Nigeria. *ResearchGate*.(2019). <https://doi.org/10.4236/ojepi.2019.91004>
3. CDC. *Healthcare Workers: Work Stress & Mental Health* | NIOSH | CDC. (2022, February 14). <https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/workstress.html>
4. Fawibe, A. E., Odeigak, L. O., & Akande, T. M.. *Full article: Self-reported medical care seeking behaviour of doctors in Nigeria*. (2019). DOI:10.1016/j.ajme.2016.04.003
5. Tey, N., et al. (2013). Correlates of and Barriers to the Utilization of Health Services for Delivery in South Asia and Sub-Saharan Africa, 9(1), 329-337. DOI:10.1155/2013/423403
6. Ledikwe, J. H., Kleinman, N. J., Mpho, M., Mothibedi, H., Mawandia, S., Semo, B., & O'Malley, G.. Associations between healthcare worker participation in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout: A cross-sectional study in Botswana. *BMJ Open*, (2018a). 8(3), e018492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018492>
7. Chimbetete, C., et al. (2020). Barriers to Healthcare Access in Zimbabwe: A Qualitative Study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(1), 45-55. DOI:10.4102/phcfm.v12i1.224
8. Ledikwe, J. H., Kleinman, N. J., Mpho, M., Mothibedi, H., Mawandia, S., Semo, B., & O'Malley, G.. Associations between healthcare worker participation in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout: A cross-sectional study in Botswana. *BMJ Open*, (2018a). 8(3), e018492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018492>

9. den, L., Barber, E., Ford, N., & Cooke, G. S.. Risk of Tuberculosis Infection and Disease for Health Care Workers: An Updated Meta-Analysis. *Open Forum Infectious Diseases*, (2017). 4(3), ofx137. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx137>
10. Powell, D. R.. Characteristics of successful wellness programs. *Employee Benefits Journal*, (2014). 24(3), 15–21.
11. Herman, C. W., Musich, S., Lu, C., Sill, S., Young, J. M., & Edington, D. W. Effectiveness of an incentive-based online physical activity intervention on employee health status. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, (2006). 48(9), 889–895. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000232526.27103.71>
12. Ledikwe, J. H., Kleinman, N. J., Mpho, M., Mothibedi, H., Mawandia, S., Semo, B., & O'Malley, G. Associations between healthcare worker participation in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout: A cross-sectional study in Botswana. *BMJ Open*,(2018b). 8(3), Article 3. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018492>
13. Anufriyeva, V., Pavlova, M., Stepurko, T. et al. The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine. *BMC Health Serv Res* 22, 895 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08300-y>
14. Mchidi, Nebert. K. Health seeking behavior among nurses working in public hospitals in Kakamega County, Kenya. *Edith Cowan Journal of Medicine, Nursing and Public Health*, (2021a).4(1),1–12. <https://doi.org/10.55077/edithcowanjournlofmedicinenursingandpublichealth.v4i1.28>
15. Munyewende, P.O., Rispel, L.C. & Chirwa, T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Hum Resour Health* 12, 27 (2014). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-27>

16. Alexy, B. B. Factors associated with participation or nonparticipation in a workplace wellness center. *Research in Nursing & Health*, (1991). 14(1), 33–40. <https://doi.org/10.1002/nur.4770140106>
17. Banerjee, A., & Chaudhury, S. Statistics without tears: Populations and samples. *Industrial Psychiatry Journal*, (2010). 19(1), 60–65. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77642>
18. Kinsinger, F. S. Beneficence and the professional's moral imperative. *Journal of Chiropractic Humanities*, (2009). 16(1), 44. <https://doi.org/10.1016/j.echu.2010.02.006>
19. Namusoke Kiwanuka S, Akulume M, Tetui M, Muhumuza Kananura R, Bua J, Ekirapa-Kiracho E. Balancing the cost of leaving with the cost of living: drivers of long-term retention of health workers: an explorative study in three rural districts in Eastern Uganda. *Glob Health Action*. 2017 Aug;10(sup4):1345494. doi: 10.1080/16549716.2017.1345494



**Assessment of the Impact of the Job Satisfaction on Anxiety Level among Hospital Nurses in  
Lebanon: A Cross-Sectional Study**

Mohammad Kobeissi <sup>1</sup>, Fatima Bahja <sup>1</sup>, Hayat Al Akoum <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Lebanese University, Faculty of Public Health, hospital and risk management master program,  
Lebanon.

<sup>2</sup> Jinan University, Faculty of Public Health, Lebanon.

**\*Corresponding author:** Mohammad Kobeissi: Lebanese University, Faculty of Public Health,  
hospital and risk management master program, Lebanon.

Email: Koubeissimohammad1@gmail.com

*Original article*

*DOI: [10.32549/OPI-NSC-105](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-105)*

*Submitted: 29 February 2024*

*Revised: 30 May 2024*

*Accepted: 31 May 2024*

*Published online: 07 June 2024*

*This article is licensed under the Creative Commons Attribution - Non  
Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international  
license.*

**ABSTRACT**

**Introduction:** During the past 4 years Lebanon suffered from a major economic crisis and a health care system crisis after COVID pandemic. Nurses as a part of the healthcare system, had to deal with the impact of both crisis and the consequences.

"In this study, job satisfaction and anxiety levels of nurses from 4 Lebanese public and private hospitals were assessed. Correlations of the job satisfaction and anxiety levels among them and with sociodemographic, professional and socio-economic ones, were evaluated.

**Objectives:** This study helps to determine the prevalence of the psychological distress and its association with the job satisfaction among hospital nurses during economic crisis in South and Beirut hospitals.

**Materials and Methods:** It is a cross-sectional study that aims to identify a cause-effect relation between hospital nurses Job satisfaction, level of anxiety and different sociodemographic and professional characteristics. The study was done through an online questionnaire including: an introduction to the study, an agreement of participation, the sociodemographic and professional information of the participants, the Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) rating scale and the Nursing Workplace Satisfaction Questionnaire "NWSQ".

**Results:** Findings confirmed a significant relationship among salary decreasing due to economic crisis and job dissatisfaction (Spearman's rho = 0.157; p-value =0.009); and significant relationship between lower levels of job satisfaction and higher anxiety levels of Lebanese hospital nurses (Spearman's rho = 0.367; p-value <0.0001). Additionally, further correlations among sociodemographic and professional variables had explored.

**Conclusion:** The study shows the correlation between the decreased nurses job satisfaction with the increased level of anxiety among nurses in Beirut and South of Lebanon hospitals, a negative correlation between salaries during the economic crisis in parallel with the average spending per month and the total job satisfaction, and a positive correlation between the job satisfaction and the

anxiety levels. Also, both anxiety level and job satisfaction among nurses were subjective to the hospital locations and categories, the sociodemographic and professional characteristics and the economic crisis which has a significant impact on the nursing physiological status.

**Keywords:** job satisfaction, anxiety, public hospitals, private hospitals, nurses, economic crisis.

## INTRODUCTION

Job satisfaction refers to one's general emotional response towards his/her job resulting from their own appraisal or job experience and includes various dimensions and factors. Job satisfaction is also defined as one's tendency or positive feelings toward one's job. The Job satisfaction and work environment are of great importance, job satisfaction forms the fundamentals of most management policies to increase the productivity and efficiency of the organization [1]. Job satisfaction therefore is related to the positive sensation resulted from a job or profession and will affects individuals' attitudes towards their jobs [2].

In general, nurses represent a professional group with great physical and psychological pressure due to multiple work-related demands, shift working hours, and complex interpersonal relationships, for this reason health care worker have a high risk of psychological distress. They are forced to act and make quick decisions and it is a never-ending process of learning through experience [3].

The economic crisis has a big effect on anxiety levels, and it can have some serious results leading to negative effects on person's life. Anxiety is the feeling of fear that occurs when faced with threatening or stressful situations. It is a normal response when confronted with danger, but, if it is overwhelming or the feeling persists, it could be regarded as an anxiety disorder.

Many studies were performed by measuring the job stress among nurses and its adverse effects. A quantitative cross-sectional survey aimed to establish correlation of self-reported skill levels and behaviors in relation to evidence-based practice, was conducted in early 2012 among senior nurses and midwives of a regional New South Wales Local Health District. The study used the Nurses Workplace Satisfaction Questionnaire "NWSQ" to assess the nurses' satisfaction. The study concluded that nursing workplace policy which promotes and supports the pursuit of post-graduate education and which promotes job satisfaction gain, is likely to result in evidenced based practice capacity-related gains among senior nurses and midwives [4].

Another study aimed to assess the prevalence and risk factors of these mental states in a



representative sample of Australian nurses. The Depression Anxiety Stress Scale was administered to 102 nurses. Information about sociodemographic and professional and work characteristics were obtained using lifestyle and in-house designed questionnaires. Prevalence rates of depression, anxiety, and stress were found to be 32.4%, 41.2%, and 41.2% respectively. Binominal logistic regressions for depression and stress were significant ( $p = 0.007$ ,  $p = 0.009$ ). Job dissatisfaction significantly predicted a higher risk of nurses developing symptoms of depression and stress respectively ( $p = 0.009$ ,  $p = 0.011$ ) [5].

For nearly 4 years, Lebanon has been assailed by the most devastating, multi-pronged crisis in its modern history. The unfolding economic and financial crisis that started in October 2019 has been further exacerbated by the economic impact of the COVID-19 outbreak, the massive Port of Beirut explosion in August 2020, Russia and Ukraine war, and the currency crisis.

Lebanon hospitals are facing the worst resource shortage experienced in the last decades as consequence of the above-mentioned facts, and nurses working in Lebanese healthcare system are doing their utmost to overcome this challenging situation.

A study conducted in Lebanon aimed to examine the direct effect of nurses' emotional intelligence on their job satisfaction, as well as the indirect effect through the mediating role of job stress. The sample consisted of 365 nurses working in Lebanese hospitals during the COVID-19 period. The results revealed that emotional intelligence elements (Self-awareness, self-management, social-awareness and relationship-management) had a significant positive effect on nurses' job satisfaction [6].

Nurses may experience Job dissatisfaction from a failure to cope with competitive work environments, long work hours coupled with overtime and an encroachment on personal life by the psychological burden associated with ethical dilemmas and decision making for patients. This leaves them with negative perception and lack of motivation and commitment to their work and the organization. This, in turn, affects the performance of the organization and ultimately, its bottom

line.

Job satisfaction among hospital nurses has been studied in many developing and developed countries, but not in areas recently affected by wars and refugee crises or economic crises in the Middle East including Lebanon.

### **Objectives**

The purpose of the study is to describe and compare the level of satisfaction and anxiety and its effect on the performance of nurses among Beirut and South of Lebanon hospitals and to prove that there is a correlation between the hospital Nurse's job satisfaction and the increased level of anxiety. This study helps to determine the prevalence of the psychological distress and its association with the job satisfaction among hospital nurses during economic crisis in South and Beirut hospitals. This will help to measure the level of nurse's job satisfaction among nurses in Beirut and in South of Lebanon hospitals, to identify the factors that influence the job satisfaction among nurses, and to assess whether nurses job satisfaction cause a decrease in the level of anxiety among nurses. It also help to describe job satisfaction and anxiety among nurses in some public and private university hospitals in Beirut and South Lebanon, to measure the effect of the hospital's category on job satisfaction and anxiety levels, controlling for significant determinants, and to determine significant determinants of job satisfaction and anxiety and to create a "best-fit" model highlighting modifiable factors leading to potential improvements.

### **MATERIALS AID METHODS**

#### **Population**

Nurses of all categories (nursing directors, nursing supervisors, head nurses, registered nurses and practical nurses) from four university hospitals, two publics and two privates, in Beirut and South of Lebanon were assessed in this study.

### **Inclusion/ Exclusion criteria**

Every respondent with a work experience less than 4 years was excluded to ensure the assessment of the economic crisis on the salaries and its impact on the job satisfaction and anxiety level.

### **Instruments**

The study is based on a closed-ended questionnaire that was as an electronic survey with many sections: The first section was an introduction to the study, describing the purpose of the study and its procedure, followed by an explicit question on the agreement to participate in this study and serving as an informed consent.

The second section addressed sociodemographic and professional information such as the gender of the participants, age, number of experience years, number of working days per week, number of working hours per day, if they work another job, their marital status, if they have kids and how many, their salary ranges before economic crisis and during economic crisis as well as their current average spending per month.

The third section contained the *Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)* rating scale which addresses as a 4 points with 0 as “Not at all”, 1 “several days”, 2 “more than half the days” and 3 “nearly every day”, rating the following symptoms of anxiety: Feeling nervous, anxious or on edge, not being able to stop or control worrying, worrying too much about different things, trouble relaxing, being so restless that it is hard to sit still, becoming easily annoyed or irritable, feeling afraid as if something awful might happen. The total score for the seven items ranges from 0 to 21 is calculated as per the following scale: 0-4= minimal anxiety, 5-9= mild anxiety, 10-14: moderate anxiety and 15–21: severe anxiety. The GAD-7 has a sensitivity of 89% and a specificity of 82%. It is moderately good at screening three other common anxiety disorders - panic disorder (sensitivity 74%, specificity 81%), social anxiety disorder (sensitivity 72%, specificity 80%) and post-traumatic stress disorder (sensitivity 66%, specificity 81%) [7].

The fourth section enclosed *The Nursing Workplace Satisfaction Questionnaire* “NWSQ” using 5 points Likert scale from 1 as fully agree to 5 as definitely disagree, and it is a questionnaire used to evaluate dimensions of job satisfaction related to overall satisfaction with high validity, reliability and specificity demonstrated. It includes 17 points under 3 sections intrinsic, extrinsic and relational job satisfaction: how much does the nurse enjoy his/her job, criteria of doing their job and the people they work with. Exploratory factor analysis confirmed the validity of this 'three-way' conceptualization of nursing job satisfaction. Internal consistency analysis on a larger sample of responses yielded high Cronbach's Alpha values for all three domains and for the total overall, suggesting a stable and reliable measure [8].

### **Statistical analysis**

Data were presented as number and percentage for categorical variables, and continuous data were expressed as the mean  $\pm$  standard deviation (SD) and median and interquartile range (IQR= [Q1, Q3]). The data is gathered using a Google form, then transferred to SPSS program version 26. Chi-square test or Fisher's exact test were performed to evaluate significant differences in proportions or percentages between the two groups. Fisher's exact test was used where the chi-square test was not appropriate. The relationship between two numerical variables was calculated using Spearman correlation coefficient rho where the variable distributions were not Normal. The test for normal distribution was performed using the Shapiro-Wilk test. Finally, all tests with p-value (p) < 0.05 were considered significant.

### **RESULTS**

298 responses from nurses of all categories, from 4 hospitals were gathered, 21 responses excluded according to the exclusion criteria and 277 responses were included in the study, the responses are distributed according to the following table:

Parameters	Frequency (%) / mean $\pm$ SD, median (IQR)
Age	35.89 $\pm$ 6.79 36 (10)
Years of experience	13.09 $\pm$ 5.71 13 (10)
Working days / week	4.21 $\pm$ 0.67 4 (0)
Working hours / day	11.49 $\pm$ 2.14 12 (0)
Salary Per Month Before the economic crisis (in USD)	869.5 $\pm$ 241.65 870 (160)
Salary Per Month during the economic crisis (in USD)	328.5 $\pm$ 129.21 350 (230)
Average spending / month in (USD)	484.5 $\pm$ 285.42 360 (430)
Hospital location	
South of Lebanon	157 (56.7%)
Beirut	120 (43.3%)
Hospital category	
Private university hospital	178 (64.3%)
Public university hospital	99 (35.7%)
Job position	
Registered nurse	222 (80.1%)
Head nurse	28 (10.1%)
Practical nurse	27 (9.7%)
Gender	
Female	180 (65.0%)
Male	97 (35.0%)
Working in closed units	
No	151 (54.5%)
Yes	126 (45.5%)
Working schedule	
Alternate shifts	128 (46.2%)
Day duty	86 (31.0%)
Night duty	63 (22.7%)
Working in another job	
No	195 (70.4%)
Yes	82 (29.6%)
Marital status	
Married	219 (79.1%)
Single	35 (12.6%)
Widowed	18 (6.5%)
Divorced	5 (1.8%)

**Table 1.** Statistical distribution of the categorical sociodemographic and professional characteristics.

The chi-square test and Fisher's exact test showed a correlation between the hospital location, the hospital category, the job position, the working schedule, the nurse's job satisfaction, working in a single job or more, the marital status and the nurse's job satisfaction. In addition, the results showed



no correlation between the gender and whether working in closed unit or not with the nursing job satisfaction.

variables	Job Satisfaction Levels n (%)			p-value (test)
	satisfied	neutral	dissatisfied	
<i>Hospital location</i>				
Beirut	20 (16.0)	73 (60.8)	27 (22.5)	0.002* (C)
South of Lebanon	27 (17.2)	65 (41.4)	65 (41.4)	
<i>Hospital category</i>				
Private university hospital	48 (27.3)	40 (22.2)	90 (50.5)	<0.0001* (C)
Public university hospital	11 (11.2)	65 (65.2)	23 (23.6)	
<i>Job position</i>				
Head nurse	7 (25.0)	14 (50.0)	7 (25.0)	0.0011* (F)
Practical nurse	12 (44.4)	7 (25.9)	8 (29.6)	
Registered nurse	28 (12.6)	117 (52.7)	77 (34.7)	
<i>Gender</i>				
Male	16 (16.5)	45 (46.4)	36 (37.1)	0.59 (C)
Female	31 (17.2)	93 (51.7)	56 (31.1)	
<i>Working in closed units</i>				
No	26 (17.2)	77 (51.0)	48 (31.8)	0.86 (C)
Yes	21 (16.7)	61 (48.4)	44 (34.9)	
<i>Working schedule</i>				
Alternate shifts	16 (12.5)	73 (57.0)	39 (30.5)	0.0001* (C)
Day duty	22 (25.6)	45 (52.3)	19 (22.1)	
Night duty	9 (14.3)	20 (31.7)	34 (54.0)	
<i>Working in another job</i>				
No	34 (17.4)	117 (60)	44 (22.6)	<0.0001* (C)
Yes	13 (15.9)	21 (25.6)	48 (58.5)	
<i>Marital status</i>				
Divorced	1 (20.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	<0.0001* (F)
Married	27 (12.3)	117 (53.4)	75 (34.2)	
Single	19 (54.3)	12 (34.3)	4 (11.4)	
Widowed	0 (0.0)	7 (38.9)	11 (61.1)	

\*=significant test, C=chi-square test; F= Fisher's exact test

**Table 2.** Relationships between categorical sociodemographic and professional characteristics, and the NWSQ.

The Spearman correlation test showed a positive correlation between: the age, working hours/ day, the average spending/ month, the years of experience and the nurses' job satisfaction levels.

However, no correlation was found between the working days/ week, with the nurses' job satisfaction levels, the salary average before the economic crisis and the nurses' job satisfaction levels, and the salary average during the economic crisis and the nurses' job satisfaction levels.

Correlation analysis	Spearman's rho (p-value)
Age / Job Satisfaction Levels	0.157** (p-value =0.009)
Years of experience / Job Satisfaction Levels	0.140* (p-value=0.019)
Working days-week / Job Satisfaction Levels	0.012 (p-value=0.85)
Working hours-day / Job Satisfaction Levels	0.164** (p-value=0.006)
Salary per month before the economic crisis (in USD) / Job Satisfaction Levels	0.004 (p-value =0.95)
Salary per month during the economic crisis (in USD) / Job Satisfaction Levels	-0.112 (p-value =0.063)
Average spending /month (in USD) / Job Satisfaction Levels	0.447** (p-value<0.0001)
* = Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed);	
** = Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	

**Table 3.** Spearman correlation table between numerical sociodemographic and professional characteristics and the NWSQ.

The chi-square test and Fisher's exact test showed a correlation between the hospital location, the hospital category, the working schedule, whether working in another job or not and the nurse's anxiety levels, and no correlation between the job position, the gender, whether working or not in a closed unit, the marital status and the nurses' anxiety level.

variables	Anxiety Levels n (%)			p-value (test)
	Mild anxiety	Moderate anxiety	Severe anxiety	
<i>Hospital location</i>				
Beirut	7 (5.8)	54 (45.0)	59 (49.2)	0.016* (C)
South of Lebanon	7 (4.5)	46 (29.3)	104 (66.2)	
<i>Hospital category</i>				
Public university hospital	3 (3.0)	14 (14.1)	82 (82.8)	<0.0001* (C)
Private university hospital	11 (6.2)	86 (48.3)	81 (45.5)	
<i>Job position</i>				
Head nurse	1 (3.6)	10 (35.7)	17 (60.7)	0.54 (F)
Practical nurse	2 (7.4)	6 (22.2)	19 (70.4)	

Registered nurse	11 (5.0)	84 (37.8)	127 (57.2)	
<i>Gender</i>				
Male	3 (3.1)	36 (37.1)	58 (59.8)	0.62 (F)
Female	11 (6.1)	64 (35.6)	105 (58.3)	
<i>Working in closed units</i>				
No	9 (6.0)	58 (38.4)	84 (55.6)	0.45 (C)
Yes	5 (4.0)	42 (33.3)	79 (62.7)	
<i>Working schedule</i>				
Alternate shifts	3 (2.3)	57 (44.5)	68 (53.1)	0.012* (F)
Day duty	9 (10.5)	25 (29.1)	52 (60.5)	
Night duty	2 (3.2)	18 (28.6)	43 (68.3)	
<i>Working in another job</i>				
No	11 (5.6)	83 (42.6)	101 (51.8)	0.0005* (F)
Yes	3 (3.7)	17 (20.7)	62 (75.6)	
<i>Marital status</i>				
Divorced	0 (0.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	0.89 (F)
Married	11 (5.0)	83 (37.9)	125 (57.1)	
Single	2 (5.7)	11 (31.4)	22 (62.9)	
Widowed	1 (5.6)	5 (27.8)	12 (66.7)	
*= <i>sign</i> ificant test, C= <i>chi</i> -square test; F= Fisher's exact test				

**Table 4.** Relationships between categorical sociodemographic and professional characteristics and the GAD-7.

The Spearman Correlation Coefficient showed no correlation between the years on experience, the working days/week, the working hours/day and the average salary per month before the economic crisis with the anxiety levels. It also showed a negative correlation between the average salary per month during the economic crisis and the nurses' anxiety level, and a significant positive correlation between the average spending per month and the nurses' anxiety levels.

Correlation analysis	Spearman's rho (p-value)
Age/ Nurses' Anxiety Levels	0.001 (p-value= 0.99)
Years of experience/ Nurses' Anxiety Levels	0.022 (p-value= 0.71)
Working days-week/ Nurses' Anxiety Levels	-0.040 (p-value= 0.51)
Working hours - day/ Nurses' Anxiety Levels	0.006 (p-value= 0.92)
Salary per month before the economic crisis (in USD)/ Nurses' Anxiety Levels	0.004 (p-value= 0.94)
Salary per month during the economic crisis (in USD)/ Nurses' Anxiety Levels	-0.352** (p-value <0.0001)
Average spending /month (in USD)/ Nurses' Anxiety Levels	0.493** (p-value <0.0001)
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).	

**Table 5.** Spearman correlation table between numerical sociodemographic and professional characteristics and the GAD-7.

In addition to the above results, the Spearman correlation test shows a high statistical significance between the hospital nurses' salaries during the economic crisis and job satisfaction, and a high statistical significance between the job satisfaction and the anxiety level. These correlations are identified by a negative relation between salary per month during the economic crisis and total job satisfaction score: decreased salary per month during the economic crisis leads to a higher job satisfaction score (high score means low job satisfaction), and a positive relation between total job satisfaction score and the total anxiety score: increased total job satisfaction score leads to a higher anxiety score (high score means high anxiety level).

Spearman's correlations		Total job satisfaction score	Total anxiety score
Salary per month during the economic crisis (in USD)	Spearman's correlation	-0.157**	
	p-value	0.009	
Total job satisfaction score	Spearman's correlation		0.367**
	p-value		<0.0001
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

**Table 6.** Correlation between the nurses' salaries during the economic crisis and the nurses' job satisfaction, and between the nurses' job satisfaction and the nurses' anxiety levels.

## DISCUSSION

Our results show that there is a correlation between the hospital nurse's job satisfaction and the increased level of anxiety during economic crisis in Lebanon, this result matches what already found in similar study performed in 2016 and showed that a significant proportion of nurses suffered from stress, as well as their satisfaction with job is very low with severe anxiety [9].

Our results also show that there is a cause-effect relation between the salary range and the job

dissatisfaction and the level of anxiety, similar result confirmed by a study in Saudi Arabia, that assessed how dissatisfaction with salary, workload and teamwork, individually and in combination, was associated with those conditions, concluded that the dissatisfaction with workload were significantly associated with both anxiety and stress [10]. Furthermore, our results confirmed that scores for job satisfaction are higher, with lower scores for anxiety, among nurses practicing in private university hospitals compared to those practicing in public university hospitals. This comparison was not found in the literature in our available knowledge. These results are comparable to a cross-sectional study in China in 2019 that focused on the associations between the sub dimensions of occupational stress and psychosomatic wellbeing among nurses, and identified that workload and time pressure were correlated with anxiety. The study also identified that professional and career issues were associated with depression, and that interpersonal relationships and management problems were associated with anxiety, depression, and somatic symptoms [11]. Finally, the results confirm that scores for job dissatisfaction and anxiety are higher among nurses with low salaries compared to their colleagues with high ones, which goes along with what already have been showed in a study conducted in Lebanon and investigated the reasons for the migration of Lebanese nurses and incentives that would attract them back to their home country and showed that the top reasons for nurses to leave Lebanon included unsatisfactory salary or benefits [12].

## **CONCLUSION**

In conclusion the results show the correlation between the decreased nurses job satisfaction with the increased level of anxiety among the hospital nurses in Beirut and South of Lebanon hospitals.

The results of our study also show the high negative correlation between salaries after economic crisis in parallel with the average spending per month and the total job satisfaction in addition to a high positive correlation between the total job satisfaction and the anxiety levels. In addition to the mentioned above, the results showed that both anxiety level and job satisfaction among hospital



nurses are subjective to the hospital locations and categories, and to the variables in the sociodemographic and professional characteristics. It also shows how the economic crisis has a significant impact on the nursing physiological status in both job satisfaction and anxiety levels.

### **Limitations**

The study limitation was to have the approval of the of the hospitals in Beirut and South of Lebanon do fill the questionnaire by their staff. We had to shift to other hospitals of the same categories and restart the approval process which compromised our study time.

**Local Ethics Committee approval:** Approval from three Institutional Review Boards with letters references: “2023-1105” on December 12, 2023, “3/2024” on February 5, 2024, and “IRB23RP26” on December 12, 2023, were obtained for the study.

### **Conflict of interest and source of funding statement**

The authors report no conflict of interest, and the research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not for profit sectors.

### **Authors' contribution**

All authors contributed to the final manuscript.

## REFEREICES

1. Jelena Culibrk, M. D., *Job Satisfaction, Organizational Commitment and Job Involvement: The Mediating Role of Job Involvement*, *Frontiers*, (2018). DOI: [10.3389/fpsyg.2018.00132](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00132).
2. Siti Nurjanah, V. P., *The influence of transformational leadership, job satisfaction, and organizational commitments on Organizational Citizenship Behavior (OCB) in the inspectorate general of the Ministry of Education and Culture*, *Research Gate*, (2020). DOI: [10.1080/23311975.2020.1793521](https://doi.org/10.1080/23311975.2020.1793521).
3. Sajed Faisal Ghawadra, K. L., *Psychological distress and its association with job satisfaction among nurses in a teaching hospital*, *Journal of Clinical Nursing*, (2019). DOI: [10.1111/jocn.14993](https://doi.org/10.1111/jocn.14993)
4. Greg Fairbrother, A. C., *Evidence Based Clinical Nursing Practice in a Regional Australian Healthcare Setting: Predictors of Skills and Behaviours*. *Collegian*, (2015). DOI: [10.1016/j.colegn.2015.03.005](https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.03.005).
5. . Shamona Maharaj, T. L., *Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (2018). DOI: [10.3390/ijerph16010061](https://doi.org/10.3390/ijerph16010061).
6. Suzan Al Kadi, A. R., *Nurses' Emotional Intelligence, Satisfaction in Lebanon: The Mediating Role of Job Stress*. *International Review of Management and Marketing*. (2023). DOI: <https://doi.org/10.54729/2789-8296.1131>.
7. Nerys Williams, *GAD-7 questionnaire*, *Occupational Medicine*, (2014). DOI: [10.1093/occmed/kqt161](https://doi.org/10.1093/occmed/kqt161).
8. Greg Fairbrother, A. J., *Development and validation of the Nursing Workplace Satisfaction Questionnaire (NWSQ)*, *Contemporary Nurse*, (2014). DOI: [10.5172/conu.2009.34.1.010](https://doi.org/10.5172/conu.2009.34.1.010).
9. Mohsen Poursadeghiyan, M. A., *Relationship Between Job Stress and Anxiety, Depression and Job Satisfaction in Nurses in Iran*. *Medwell Journals*, (2016)..

[https://www.researchgate.net/publication/311351564\\_Relationship\\_Between\\_Job\\_Stress\\_and\\_Anxiety\\_Depression\\_and\\_Job\\_Satisfaction\\_in\\_Nurses\\_in\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/311351564_Relationship_Between_Job_Stress_and_Anxiety_Depression_and_Job_Satisfaction_in_Nurses_in_Iran).

10. Nazmus Saquib, M. S.-M.-M., *Association of Cumulative Job Dissatisfaction with Depression, Anxiety and Stress among Expatriate Nurses in Saudi Arabia*. *Journal of Nursing Management*, (2019). DOI: [10.1111/jonm.12762](https://doi.org/10.1111/jonm.12762).
11. Bo Gu, Q. T., *The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey*. *Medicine*, (2019). DOI: [10.1097/MD.00000000000015836](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015836).
12. Mohamad Alameddine, S. A.-E.-H., *What Made Lebanese Emigrant Nurses Leave and What Would Bring Them Back? A Cross-Sectional Survey*. *International Journal of Nursing Studies*, (2020). DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2019.103497](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103497).

# 14 GIUGNO

Giornata Mondiale del  
**donatore di sangue**



**OPINAPOLI**

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE



NUTRIAMO <sup>la</sup> salute



**12 MAGGIO  
GIORNATA  
INTERNAZIONALE  
DELL'INFERMIERE**