



## GLI INFERMIERI NELLA SANITÀ DI DOMANI

### EDITORIALE

Infermieri  
& dintorni

### PRIMO PIANO

Assunzioni in sanità:  
si rischia il gioco  
delle tre carte

### SICUREZZA & BENESSERE

Il ruolo del R.L.S.:  
quale futuro?

### IN FORMAZIONE

Consenso informato:  
profili di responsabilità



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane - Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXXI - N° 8/12 agosto/settembre/ottobre/novembre/dicembre 2023 - Spedizione in A.P. - Autorizzazione DIR POSTEL - Bari. Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199

**USPI** Questo periodico è associato alla  
Unione Stampa Periodica Italiana

#### Direzione/Redazione/Amministrazione

V.le Salandra 1/L - 70124 Bari  
T. 080 9147070 - e-mail: redazionefilodiretto@libero.it

#### Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I.  
70056 Molfetta (Ba)  
T. 080 337 50 34

www.editricelimmagine.it

Finito di stampare il 15 dicembre 2023

#### Direttore Responsabile

Saverio Andreula

#### Vicedirettore

Pasquale Nicola Bianco

#### Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

#### Comitato di redazione

Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri,  
Elena Guglielmi, Vanessa Manghisi, Angela Sardella

#### Comitato di esperti

Saverio Andreula, Pasquale Nicola Bianco, Maria Caputo,  
Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia

#### Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

#### Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

#### Hanno collaborato

Teresa Argentina, Sabrina Basile, Claudia Carella,  
Domenico Cimarusti, Maria Colapinto, Domenico Dentico,  
Filippo De Falco, Michele Fighera, Cristian Gismondi,  
Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Maria Concetta  
L'Abbate, Alessia Labate, Raffaele Manzari, Vito Mignozzi,  
Enrico Passarelli, Nunzia Pisicchio, Martina Schingaro,  
Angelica Tangari, Roberta Visaggio.

#### FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Le norme editoriali complete sono consultabili sul sito web dell'OPI BARI al seguente link: <https://www.opibari.it/redazione-filodiretto/>

Filodiretto è un periodico dell'OPI di Bari che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ...), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate e con brevi didascalie. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Redazione e del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli.

## SOMMARIO

### EDITORIALE

#### 3 INFERMIERI & DINTORNI

Saverio **ANDREULA**

### PRIMO PIANO

#### 5 ASSUNZIONI IN SANITÀ: SI RISCHIA IL GIOCO DELLE TRE CARTE

Salvatore **PETRAROLO**

#### 7 GALANTE (M5S) SU LISTE D'ATTESA: "SONO UNA PRIORITÀ"

Salvatore **PETRAROLO**

#### 9 LISTE D'ATTESA, IL CONSIGLIERE AMATI RILANCIA LA SUA PROPOSTA DI LEGGE

Salvatore **PETRAROLO**

### PROFESSIONE IN AZIONE

#### 11 LA SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO NEONATALE

Domenico **DENTICO**, Raffaele **MANZARI**

#### 14 CAREGIVER: COLUI CHE SI PRENDE CURA

Sabrina **BASILE**, Carmela **MARSEGLIA**

#### 17 LA CARTELLA VULNOLOGICA

Roberta **VISAGGIO**, Angelica **TANGARI**

#### 19 L'EFFICACIA DEL ROOMING-IN

Martina **SCHINGARO**, Teresa **ARGENTINA**

#### 22 COMPETENZE MANAGERIALI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE IN FASE DI PROGETTUALITÀ PNRR

Claudia **CARELLA**

### PROMOZIONE SALUTE

#### 25 AUTOEFFICACIA E PERFORMANCE

Nunzia **PISICCHIO**, Enrico **PASSARELLI**

### SICUREZZA E BENESSERE

#### 27 BENESSERE ORGANIZZATIVO

Vincenzo **INGLESE**, Michela **LACASELLA**

#### 29 IL RUOLO DEL R.L.S.: QUALE FUTURO?

Maria **COLAPINTO**, Michele **FIGHERA**

#### 31 LA MANCATA SICUREZZA

Domenico **CIMARUSTI**, Filippo **DE FALCO**

#### 33 LA VIOLENZA IN SANITÀ

Maria Concetta **L'ABBATE**, Alessia **LABATE**

### IN FORMAZIONE

#### 35 CONSENSO INFORMATO: PROFILI DI RESPONSABILITÀ

Angela **SARDELLA**

#### 38 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA A LIVELLO TERRITORIALE E DISTRETTUALE

Vito **MIGNOZZI**, Cristian **GISMONDI**

# INFERMIERI & DINTORNI

*... riflessioni in "agorà" sull'anno che verrà*



Saverio  
ANDREULA

**La verità sullo "stato dell'arte" della sanità del bel paese è quella che si legge negli occhi dei cittadini, in particolare residenti nelle regioni del sud, che non riescono ad ottenere risposte ai loro bisogni di salute ed anche del traballante e parcellizzato sistema di cure, incapace di valorizzare il dettato costituzionale sul diritto alla salute.**

Parto da questo ineluttabile assunto per fare il punto della situazione che si prospetta ed esprimere il mio punto di vista sulla situazione professionale infermieristica italiana con focus sulla situazione pugliese.

Il primo argomento che prendo in esame riguarda le divergenze (scontate) tra le professioni sanitarie e il "governo" sulle risorse stanziare per la sanità e poste a bilancio in finanziaria insieme alla riforma del sistema di calcolo delle pensioni per il pubblico impiego. Una recente dichiarazione del Ministro della salute Schillaci appalesava la volontà del "Governo" attraverso manovra finanziaria (in via di definizione), di destinare nuove risorse per il rinnovo dei contratti del pubblico impiego con un distinguo per medici e infermieri cui si ipotizzano risorse specifiche e vincolate pari a 2,3 miliardi di euro. Si consideri che sono circa 280.000 Infermieri del comparto sanità del pubblico impiego (cui sembra si riferiscano gli aumenti ipotizzati dal ministro Schillaci). Ciò posto, è spontaneo interrogarsi non solo sulla tempistica di definizione del rinnovo contrattuale ma anche e soprattutto sulla traduzione in cifre, nella propria busta, dell'aumento prefigurato dalla manovra. Insomma dati i

pochi elementi in mia disponibilità, è difficile ipotizzare gli aumenti che si prospettano considerando che si tratterebbe di risorse dedicate congiuntamente a due professioni distinte tra di loro per aree contrattuali (quanto ai Medici e quanto agli Infermieri?). Il testo bollinato della manovra finanziaria con i suoi successivi addendum ci dirà la verità e qualificherà l'attendibilità della dichiarazione del Ministro della salute Schillaci sulla ipotesi di reale incremento delle retribuzioni per noi Infermieri. Mi auguro che le decisioni governative di valorizzare economicamente la professione sanitaria di Infermiere siano concrete e reali, sufficienti a rendere più equilibrato il livello retributivo rispetto al disagiato rapporto di lavoro e le responsabilità professionali che il profilo dichiara.

Evidentemente, la prospettiva che offrirebbe la manovra finanziaria di un incremento retributivo per gli Infermieri, incrocia negativamente un'altra notizia che attribuisce alla stessa finanziaria la revisione del sistema pensionistico.

Infatti per come anticipato dagli esperti del settore, la revisione del sistema pensionistico modificherebbe in negativo il tetto economico delle pensioni anche degli Infermieri. Insomma, una mano da quanto l'altra toglie. Auguriamoci che le lodevoli iniziative di mobilitazione contro la revisione del sistema pensionistico messo in capo da Infermieri e Medici ottengano risultati. Altro argomento che prendo in esame per alcune riflessioni è sulla carenza di Infermieri in Italia ed in particolar modo in Puglia e sugli effetti che la stessa sta determinando.

Se prendiamo a riferimento l'analisi più aggiornata



e autorevole, al netto degli elementi di calcolo utilizzati da tutti i stakeholder interessati a dimensionare il fenomeno, la Corte dei Conti al 2023 dice che mancano in Italia 65mila infermieri.

Si badi bene che il dato di carenza evidenziato dalla Corte è riferito esclusivamente al dato numerico di infermieri necessari per sostenere l'attuale assetto del SSN. Si aggiunga che le previsioni certificate dalla stessa Corte prevede l'uscita per quiescenza di oltre 180 mila infermieri nei prossimi 8 anni. Ulteriore elemento di riflessione è dato da un significativo calo di domande di accesso ai corsi di laurea di Infermieristica: alcuni atenei, per la prima volta, non raggiungono nemmeno il numero di posti messi a bando.

La riduzione media è del -10% medio rispetto allo scorso anno accademico (con il rapporto minimo domande/posti che il Paese abbia mai registrato): -12,6% al Nord, -15% al Centro e - 5,7% al Sud. Tanto determina la concreta prospettiva di un ulteriore buco di organico e quindi la reale impossibilità del paese di coprire il proprio fabbisogno di risorse infermieristiche.

Evidentemente la carenza di infermieri in Italia riguarda tutte le regioni ma la Puglia è più in difficoltà di tutte non già perché non ci sono Infermieri interessati a colmare i vuoti di organico, calcolati secondo l'ultimo rapporto in 6.000 unità circa, ma perché la Puglia è in costante condizione di insostenibilità economica del proprio SSR.

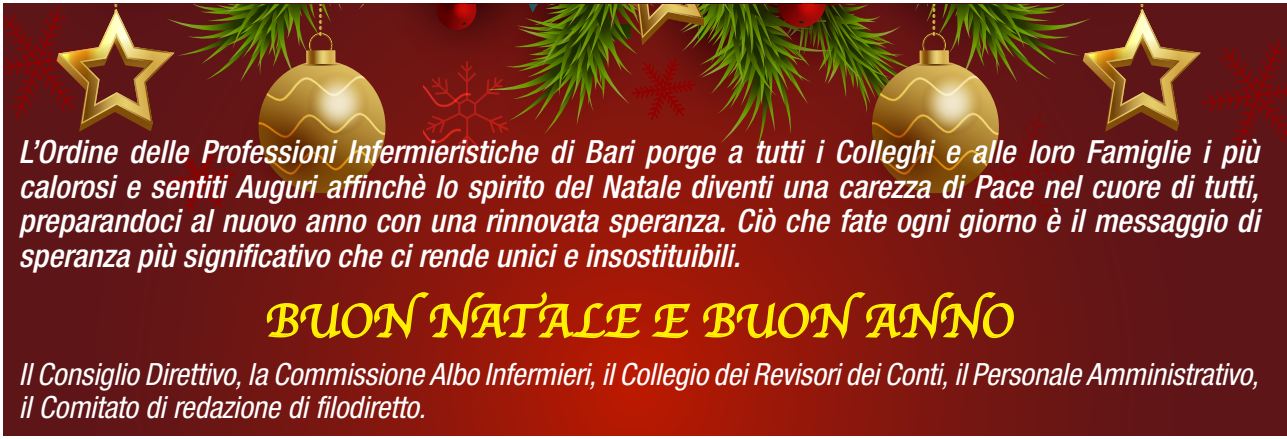
Infatti le ultime delibere di GR di autorizzazione al reclutamento del personale infermieristico ha garantito solo la stabilizzazione del personale a tempo determinato non prevedendo nessun incremento e raggiungimento del piano di fabbisogno che le aziende sanitarie hanno deliberato su calcoli e modelli di fabbisogno minimo. Incomprensibile, inoltre, la decisione della GR Pugliese di non colmare la gravissima carenza nelle attuali dotazioni organiche della figura di Operatori Socio Sa-

nitari. Tanto aggrava la precarietà delle cure ai cittadini pugliesi costringendo i pochi Infermieri a mansioni improprie che distolgono gli stessi dalle prestazioni di competenza. È necessario che la sfida odierna sulla carenza di infermieri sia affrontata, oltre che quantitativamente con l'offerta formativa, anche qualitativamente con l'evoluzione degli attuali percorsi formativi offerti ai giovani futuri infermieri "i veri garanti dell'assistenza".

Per invertire la rotta è necessario e non più rinviabile come afferma la nostra federazione nazionale che:

- il finanziamento delle lauree magistrali abilitanti a indirizzo clinico per avere infermieri specialisti in grado di gestire una filiera assistenziale composta da più professionisti con livelli di competenze diversificate per rispondere ai bisogni sempre più complessi della popolazione;
- il finanziamento dei docenti infermieri (necessari a garantire la qualità formativa e quindi dell'assistenza) che devono rientrare sotto il governo del ministero dell'Università e non più, come indica il D.Lgs 502/1992, sotto quello delle aziende;
- la revisione dei criteri di accesso ai corsi di laurea triennali (test di ammissione separato con nuove modalità; autonomia e specificità della selezione al corso).

La "ricetta" per il governo regionale della Puglia per potenziare la propria offerta sanitaria nelle cure infermieristiche, in aggiunta alle prescrizioni della federazione nazionale, è quella di potenziare significativamente la dotazione organica di Infermieri, oggi possibile utilizzando la graduatoria del concorso unico regionale in scadenza al 17 gennaio del 2024 e di definire, una volta per tutte, l'incremento numerico degli Operatori Socio Sanitari. A riguardo ho sollecitato formalmente tutto il governo regionale... "a darsi una mossa".



*L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari porge a tutti i Colleghi e alle loro Famiglie i più calorosi e sentiti Auguri affinché lo spirito del Natale diventi una carezza di Pace nel cuore di tutti, preparandoci al nuovo anno con una rinnovata speranza. Ciò che fate ogni giorno è il messaggio di speranza più significativo che ci rende unici e insostituibili.*

**BUON NATALE E BUON ANNO**

*Il Consiglio Direttivo, la Commissione Albo Infermieri, il Collegio dei Revisori dei Conti, il Personale Amministrativo, il Comitato di redazione di filodiretto.*

# ASSUNZIONI IN SANITÀ: SI RISCHIA IL GIOCO DELLE TRE CARTE



Salvatore  
PETRAROLO

**Saranno 1287 le unità che verranno assunte nelle strutture sanitarie della Regione Puglia tra la fine del 2023 e nel 2024.**

Di queste 327 sono infermieri come specificato nei piani assunzionali approvati dalla Giunta regionale “dopo un impegnativo lavoro istruttorio svolto da Dipartimento Salute” come si legge nella nota ufficiale del governo pugliese. Lavoro istruttorio svolto anche tenendo conto delle relazioni trasmesse al Dipartimento Salute dalle direzioni delle Asl pugliesi, delle Aziende Policlinico di Bari e Foggia e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) “Giovani Paolo II” di Bari e “De Bellis” di Castellana Grotte.

Il punto di partenza per definire i piani assunzionali, però, è chiarito nella relazione introduttiva che accompagna il voluminoso faldone di delibere: l’insufficiente finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è in cima alle doglianze che in sede di Conferenza delle Regioni, i presidenti hanno evidenziato al Governo nazionale.

Ma ci sono altre voci che riducono i margini di manovra nelle assunzioni nelle sanità regionali e tra queste quella della Puglia: il mancato finanziamento di una quota rilevante delle spese sostenute per l’attuazione delle misure di contrasto alla pandemia da Covid 19 e per l’attuazione della campagna vaccinale di massa; il considerevole incremento dei costi energetici sostenuti dalle strutture sanitarie e socio-assistenziali nonché dei costi connessi al mutato scenario internazionale (con riferimento in particolare alla guerra in Ucraina n.d.r.); l’utilizzo di risorse proprie e straordinarie e, per questo, irripetibili del bilancio della Regione e le difficoltà, del governo pugliese di chiudere in equilibrio il bilancio relativo all’Esercizio 2022 e 2023 nonostante l’impiego di quelle risorse; la necessità di recuperare le presta-

zioni arretrate e le liste d’attesa accumulate dopo la pandemia da Covid 19. A ciò si aggiungano, si legge nella relazione che accompagna i provvedimenti, due altre criticità: il rischio di disavanzo con conseguente necessità di dover ridurre il livello dei servizi da garantire ai cittadini (a causa dei costi per la gestione della pandemia da Covid 19 e dei maggiori costi energetici) e le criticità riguardanti il personale sanitario e la carenza di professionisti.

A ridurre ulteriormente le risorse finanziarie per la Puglia ci pensa il criterio di riparto del Fondo sanitario nazionale sulla base della quota capitaria della popolazione residente: nella nostra regione si è registrata una riduzione di residenti in misura maggiore rispetto alla media nazionale con un decremento negli ultimi dieci anni di 167.325 abitanti. L’equazione, in pratica, è facile: meno popolazione, meno soldi dal Fondo sanitario nazionale.

Soldi che però, si legge ancora nella relazione, sono in misura inferiore rispetto alle effettive esigenze del servizio sanitario regionale della Puglia. Situazione che già nel marzo scorso ha portato la Giunta regionale ad adottare, con la delibera n. 261 del 6 marzo 2023, ad adottare una serie di azioni finalizzate alla razionalizzazione e qualificazione della spesa del personale sanitario. In quel provvedimento si stabilisce che ogni Azienda Sanitaria ed Ente del servizio sanitario regionale, debba predisporre e trasmettere al Dipartimento Promozione della Salute un apposito piano assunzionale trimestrale.

Al termine dell’attività istruttorio di quei piani, la Giunta (come previsto dalla delibera n. 640 del 10 maggio 2023) autorizza in maniera totale o parziale l’attuazione del piano assunzionale che può ottenere anche il diniego della Giunta. In pratica è il governo pugliese a tracciare la linea sui piani assunzionali tenendo conto della copertura finanziaria rivenien-

te esclusivamente dalle cessazioni dei lavoratori dipendenti nel periodo settembre – dicembre 2023 e per tutto il 2024; individuazione delle esigenze assistenziali, dando priorità ai dirigenti medici; garantire una copertura di almeno dodici mensilità per le nuove assunzioni.

Insomma spazi di manovra ridotti e contingentati che, almeno su carta, consentono di prevedere quelle 1.287 assunzioni così dettagliate: 327 riservate agli infermieri, 582 a dirigenti medici, 37 a dirigenti veterinari, 10 a dirigenti tecnico professionali, 47 per personale ostetrico, 43 per personale della prevenzione, 65 per il personale della riabilitazione, 102 tecnici-sanitari, 50 unità per personale tecnico professionale (autisti di ambulanza, assistenti sociali e tecnici informatici).

Con il piano approvato dalla Giunta regionale si prevede anche la stabilizzazione del personale che ha maturato i requisiti ex legge Madia e la legge di Bilancio 2022 (comprensivo di Milleproroghe). Saranno stabilizzate circa 1237 unità che hanno già maturato i requisiti e circa n. 491 che matureranno il requisito. La stabilizzazione riguarda indicativamente: n. 113 dirigenti medici, n. 650 infermieri e la restante parte tecnici sanitari, n. 93 amministrativi, n. 77 tecnici – professionali, n. 39 Dirigenti sanitari non medici, n. 6 veterinari, n. 38 personale della riabilitazione, n. 36 ostetriche e n. 12 personale della prevenzione ed altre figure professionali.

Quindi tra stabilizzazione e nuove assunzioni, i piani approvati dalla Giunta riguardano circa 2.500 unità di personale. Il provvedimento è stato accompagnato dalle dichiarazioni soddisfatte del presidente della Regione, Michele Emiliano e dell'assessore regionale alla sanità, Rocco Palese. “Con queste assunzioni – spiega il presidente della Giunta regionale, Michele Emiliano - diamo un'iniezione di fiducia al sistema sanitario, sapendo che esso si basa essenzialmente sulle competenze del suo capitale umano. Lavoreremo ancora duramente per ridurre il gap con le altre regioni che hanno lo stesso numero di abitanti, ma più personale: si tratta di una delle



vertenze aperte con il Governo per mettere alla pari il Mezzogiorno con regioni storicamente più fortunate, mentre qui dobbiamo affrontare le emergenze solo con più passione e abnegazione, ma con meno lavoratori al fronte”.

L'assessore alla Sanità, Rocco Palese esprime “grande soddisfazione per il gran lavoro svolto dal Dipartimento Salute, in stretta collaborazione con le direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del SSR. Si tratta di un provvedimento di assoluta rilevanza per il sistema sanitario, con il quale intendiamo consentire nuove assunzioni, nei limiti dello spazio finanziario derivante dalle cessazioni e stabilizzare il personale che ha dato particolare supporto nella gestione dell'emergenza COVID. La metodologia adottata determina un vero cambiamento virtuoso per il sistema”.

Il direttore del Dipartimento Salute, Vito Montanaro precisa che “è stato effettuato un lavoro di elevato livello tecnico, che ci ha consentito di fotografare in modo puntuale il personale in servizio e le necessità assunzionali prioritarie. Il percorso è stato condiviso con le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. Contiamo per il futuro di avviare un percorso di premialità che tenga conto della produzione e della qualità delle prestazioni rese, anche al fine di ridurre la mobilità passiva”.

Di tono opposto la valutazione di alcuni sindacati a giudizio dei quali “i piani assunzionali consentiranno solo un parziale riequilibrio del fabbisogno del personale a causa del ridotto “spazio finanziario” determinato dall'ennesimo Piano di Rientro cui la Puglia è sottoposta per via del pesante deficit di bilancio del 2022 (oltre 400 milioni di euro).

Le assunzioni autorizzate riguarderanno, infatti, per la gran parte, le stabilizzazioni del personale precario (cioè di operatori già in servizio) e quelle “derivanti dalle cessazioni che si determineranno nell'ultimo trimestre del 2023 e nel 2024”. Pertanto, quando andranno in pensione gli operatori sanitari attualmente in servizio, potranno essere assunti altri”. Il risultato?

Le Aziende sanitarie continueranno a lavorare in emergenza di personale con la difficoltà di garantire l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza con liste d'attesa sempre più lunghe.





# GALANTE (M5S) SU LISTE D'ATTESA: "SONO UNA PRIORITÀ"



Salvatore PETRAROLO

**Consigliere Marco Galante, tra poche settimane comincerà la discussione sul prossimo bilancio della Regione. Quali e quante risorse verranno destinate alla sanità?**

È una domanda a cui non possiamo ancora dare una risposta, anche se come sempre una cospicua parte della manovra vedrà stanziamenti per la sanità. Basti pensare, ad esempio, che lo scorso anno tra assestamento e bilancio di previsione 28 milioni e mezzo di euro sono andati all'abbattimento delle liste d'attesa.

Nella manovra di assestamento e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2023 approvata nei giorni scorsi sono andati alla sanità ben 37 milioni e mezzo di euro per coprire le maggiori spese dovute all'emergenza Covid e ormai diventate strutturali, il caro bollette, la spesa ospedaliera e le assunzioni in sanità.

A questi si devono aggiungere 42 milioni di euro di spese per investimenti fatte dalle Asl e dalle aziende ospedaliere nel 2023. Complessivamente, dunque, al Fondo Sanitario nazionale sono state aggiunte risorse regionali per complessivi 79 milioni di euro.

**Quali saranno le priorità nell'agenda della sanità pugliese?**

Le priorità sono senza dubbio l'abbattimento delle liste d'attesa, uno degli aspetti più sentiti dai cittadini, il potenziamento della sanità territoriale, possibile grazie alle risorse del PNRR e l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera.

La pandemia ci ha fatto capire con ancora più chiarezza l'urgenza di presidi territoriali come Case e Ospedali di Comunità.

Auspico che venga al più presto approvata la nostra legge sull'infermiere di famiglia e comunità, che permetterà di attivare progetti pilota in tutte le Asl pu-

gliesi. La collaborazione dell'infermiere di famiglia e comunità con medici di famiglia, pediatri ed equipe multidisciplinari sarà fondamentale per garantire una presenza continuativa nella propria comunità di riferimento e l'integrazione socio-sanitaria indispensabile per migliorare la qualità della vita di pazienti e caregiver.

Parliamo di un professionista che avrà competenze organizzative oltre che prestazionali, con un ruolo di coordinamento tra ospedale, territorio, assistenza domiciliare e distretti socio-sanitari e lavorerà sia sulla prevenzione che sulla cura delle cronicità.

**Si riuscirà a mettere mano all'annoso problema delle liste d'attesa?**

Il problema delle liste d'attesa è una questione di carattere nazionale, dovuta a una carenza di medici e di infermieri diventata ormai cronica.

Per questo serve intervenire a livello nazionale, modificando la normativa vigente.

La Regione sta cercando di fare la sua parte e lo scorso 13 novembre è stata approvata in Giunta la delibera con cui è stato aggiornato il piano regionale per la gestione delle liste d'attesa.

Tra i punti su cui è posta maggiore attenzione l'attivazione del CUP unico regionale e la possibilità di monitorare agende in tempo reale, l'attivazione dei percorsi di tutela previsti dal PRGLA e il rispetto del rapporto tra attività intramoenia e quella istituzionale sulle prestazioni erogate, calcolato su base mensile e la costituzione di un Comitato di Vigilanza e Sorveglianza Liste d'Attesa.

**Perché il pdl presentato in consiglio da FABIANO AMATI non ha trovato sponda nella maggioranza di governo?**

Quello delle liste d'attesa è uno dei problemi più urgenti che siamo chiamati ad affrontare e ne siamo

tutti consapevoli.

Non penso che la proposta di legge presentata dal consigliere Amati rappresenti una soluzione, così come non lo è stata la legge approvata del 2019, rimasta del tutto inapplicata.

Ci sono questioni strutturali che siamo chiamati ad affrontare, altrimenti qualsiasi provvedimento sarà svuotato di ogni significato.

Va bene responsabilizzare maggiormente i direttori generali delle Asl, ma bloccare l'Alpi non può essere la soluzione. Invece di presentare proposte di legge che di fatto vanno solo a ricalcare altre leggi, bisogna monitorare che le norme vigenti vengano attuate. E questo monitoraggio spetta a noi consiglieri regionali, così come spetta a noi capire quali sono le criticità e risolverle per dare risposte immediate ai cittadini.

#### **Quali soluzioni si metteranno in campo per abbattere le liste d'attesa?**

Serve capire dove sia necessario potenziare l'offerta e se ci sono circolari, determine e delibere, emanate dall'assessorato alla sanità, che non vengono applicate in maniera omogenea da tutte le Asl, bisogna capirne i motivi e intervenire in maniera appropriata.

Così come dobbiamo intervenire per far applicare norme già esistenti, ad esempio quella che vieta di chiudere le agende per le prenotazioni.

Sappiamo invece che spesso i cittadini si sentono dire dal CUP che le prenotazioni sono sospese, con la conseguenza che diventa impossibile fare piani basati sul reale fabbisogno di prestazioni richieste. Il tavolo tecnico - politico che più volte abbiamo richiesto serve a questo: dare seguito alle buone pratiche e intervenire in maniera specifica sulle problematiche diverse in base ai territori.

Siamo chiamati a intervenire sui tetti di spesa, e sulla determinazione delle prestazioni erogate extra



budget dalle strutture private: pubblico e privato accreditato devono essere complementari o non riusciremo ad avere risultati.

#### **Quanto pesa sul bilancio della Regione, l'Alpi (l'attività libero professionale intramuraria) e perché la stessa non è servita ad abbattere le liste d'attesa?**

Per abbattere le liste d'attesa serve la collaborazione tra pubblico e privato accreditato.

È necessario introdurre nuovi modelli organizzativi, magari sperimentali, e incrementare l'offerta di prestazioni sanitarie, anche attraverso l'ampliamento del numero delle prestazioni ambulatoriali che le singole Asl acquisteranno, nel rispetto dei principi sanciti dal D. Lgs. n. 502/92, dalle strutture ambulatoriali private accreditate con il S.S.R., senza aumentare i tetti di spesa ma sfruttando le economie di scala. Bisogna partire dalle prestazioni che presentano i tempi di attesa più lunghi, come le risonanze magnetiche con o senza mezzo di contrasto per cui occorrono in media 710 giorni, le TAC e i percorsi di follow up oncologico.

Serve l'attivazione di un tavolo tecnico permanente in ogni Asl, con il coordinamento di una cabina di regia regionale, in modo da poter dare omogeneità alle buone pratiche già avviate. I dati Agenas hanno certificato il recupero delle prestazioni in lista d'attesa in linea con quanto previsto dal piano di recupero ed è un buon punto di partenza, ma si può lavorare insieme per fare di più.





# LISTE D'ATTESA, IL CONSIGLIERE AMATI RILANCIAM LA SUA PROPOSTA DI LEGGE



Salvatore  
PETRAROLO

**Consigliere regionale Fabiano Amati, tra poche settimane comincerà la discussione sul prossimo bilancio della Regione. Quali devono essere le priorità nell'agenda della sanità pugliese?**

In primo luogo, la prevenzione, perché fare diagnosi precoci consente di ridurre la mortalità, ma anche l'impatto sociale ed economico sul sistema sanitario. La Puglia dovrebbe essere avanguardia in questo settore, basti pensare che il consiglio regionale ha approvato ben due leggi per estendere la popolazione bersaglio per il tumore al seno e al colon. Ma non viene fatto.

Siamo avanguardia legislativamente ma retroguardia nell'attività pratica, e questo merita una battaglia senza quartiere. In secondo luogo, migliorare i percorsi di cura.

Perché lì dove, mediante gli screening, emerge una malattia, dobbiamo permettere alle persone di accedere alle cure. Prendiamo l'esempio dei malati di tumore, malati cronici oppure affetti da malattie rare, le quali hanno diritto ad un'agenda dedicata che in Puglia, però, non esiste, costringendo le persone ad attese infinite. In questi malati se il monitoraggio non è costante, si rischia di perderli.

Infine, la gestione unitaria del personale: così si realizzerebbe l'organizzazione veramente regionale della sanità e si raggiungerebbero notevoli risparmi di spesa, a cominciare dalla non più rinviabile riduzione degli sprechi sulla farmaceutica e sui dispositivi sanitari (protesi).

Tali risparmi, uniti a una gestione centralizzata del personale, impedirebbero ogni ipotesi di blocco nei procedimenti d'assunzione del personale, senza mettere a repentaglio la piena funzionalità delle unità operative.

**Secondo lei, si riuscirà a mettere mano all'annoso problema delle liste d'attesa?**

Noi abbiamo presentato una proposta di legge per ridurre le liste d'attesa perché è un crimine far attendere le persone malate in fila al Cup, violando leggi, piani e il contatto dei medici, usando l'attività a pagamento come espediente per ridurre l'attesa e generando un clamoroso disallineamento con i tempi della attività istituzionale.

La nostra statale dice che in caso di disallineamento tra i tempi, a parità di prestazioni richieste, di ore lavorate e di personale impiegato, si sospende l'attività a pagamento.

La legge vigente, dice inoltre che i malati di tumore, cronici ed affetti da malattie rare, devono avere un'agenda dedicata.

La nostra proposta di legge sancisce che queste norme devono essere rispettate, pena la decadenza del direttore generale.

Questa proposta di legge è stata respinta dal Consiglio Regionale, ma io non mollerò.

Ripresenterò questa proposta di legge e sono certo che la prossima volta i sì saranno di più e la volta dopo ancora di più, fino a quando il tabellone sarà verde. Per me la politica consiste in questo: assumersi la responsabilità delle scelte e stare dalla parte delle persone che soffrono.

**Perché il pdl presentato in consiglio regionale a sua firma non ha trovato sponda nella maggioranza di governo?**

Questo bisognerebbe chiederlo ai colleghi, in fin dei conti la nostra proposta di legge non fa altro che rimarcare norme regionali vigenti, introducendo però una norma particolarmente tignosa: la decadenza. L'articolo 1 della proposta di legge prevede, infatti, la decadenza dei Direttori generali qualora non ese-

guano le attività previste dalla legge vigente e che dopo più di tre anni - purtroppo - non hanno ancora eseguito.

Questa norma, quindi, sancisce la “decadenza automatica” di chi non la rispetta: dunque non ci sono mediazioni, raccomandazioni e occhi chiusi sulla realtà.

Nella vita non fare il proprio dovere comporta delle conseguenze.

Nel privato se un dipendente non fa il proprio dovere subisce delle conseguenze.

Bene, questa legge non fa altro che dire ai direttori generali che se non rispettano la norma, ci sono delle conseguenze,

altrimenti si finisce per dire, come il nipote al Principe nel Gattopardo “occorre che tutto cambi perché non cambi nulla”.

È una norma che mette tutti di fronte alla responsabilità. Bene, il nostro è un incarico di responsabilità: non possiamo restare fermi a coniugare verbi al futuro nell’attesa che qualcosa cambi, perché nel frattempo la gente muore.

Non possiamo restare indifferenti davanti alle lacrime delle persone, è una questione di coscienza.

**Con i piani assunzionali approvati dalla Giunta regionale ritiene si sia messo mano alle carenze di personale nelle strutture sanitarie pugliesi?**

Il problema è proprio la carenza dei medici da assumere, l’utilizzo dell’aggettivo “straordinari” affiancato alla voce “piani assunzionali” non produce medici.

Abbiamo ovviamente la piena consapevolezza che il problema supera i confini regionali e si auspica un maggiore impegno del Parlamento nazionale, del Governo e delle organizzazioni sindacali, fina-



lizzato all’allineamento ai Paesi più avanzati degli stipendi dei medici e a riordinare il sistema universitario, ma c’è una buona parte dei problemi che attengono all’organizzazione, alla qualità dei manager scelti e all’efficienza della spesa nelle singole regioni, di cui noi dobbiamo occuparci.

La causa della chiusura di molte unità operative negli ospedali pugliesi, infatti, non è solo la carenza dei medici. Influisce pesantemente l’assenza di una centralizzazione regionale delle procedure concorsuali, di reclutamento, turnazione e destinazione.

Ogni Asl è purtroppo una pubblica autonoma e indipendente che indice i suoi concorsi, sottraendo medici alle altre Asl della Regione.

La nostra soluzione concreta consiste nell’istituzione dell’Azienda Zero: un organismo regionale in grado di regolare il reclutamento, l’organizzazione e la gestione della dirigenza medica e delle professioni sanitarie, per assicurare la piena funzionalità su scala regionale di tutti i servizi e prestazioni, così da garantire un’equa copertura delle diverse sedi di lavoro, in relazione alle specifiche esigenze di ciascuna ASL o AOU.

Tale innovazione disimpegnerebbe le Asl territoriali da centinaia di adempimenti burocratici in grado di distoglierli dal compito più importante, ossia la cura dei malati.

**Cosa augura alla sanità pugliese per il prossimo anno?**

Auguro di avere il coraggio di intervenire prontamente sui problemi della gente, e di essere avanguardia sia dal punto di vista legislativo che operativo.

## LA PERCEZIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA

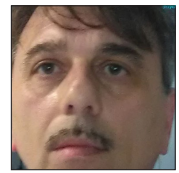
Con l’avvento delle tecnologie innovative basate sull’analisi dei big data e dell’intelligenza artificiale, il mondo sta progredendo rapidamente e conseguentemente anche i modelli di sanità pubblica dovrebbero evolversi di pari passo coi tempi. La maggior parte della popolazione ritiene che la riduzione delle liste d’attesa è la principale priorità per la sanità pubblica, a seguire vi è l’idea di un maggior sostegno per le fasce più deboli della popolazione e un maggior investimento per la prevenzione delle malattie.

Anche la gestione dei pazienti cronici, che inevitabilmente sono destinati ad aumentare visto l’allungamento della vita media, è un altro tema che interessa la sanità pubblica.

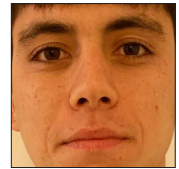
Ancora, i cittadini vorrebbero che la voce dei pazienti trovasse un maggiore spazio di ascolto, in accordo con i modelli più recenti che vedono “il paziente al centro” della rete di cura. Infine i cittadini ritengono che ci siano enormi criticità sulla rete di servizi che risulta fortemente frammentata sul territorio italiano.

# LA SINDROME DA DISTRESS RESPIRATORIO NEONATALE

*NRDS: Tecniche di somministrazione del surfattante e assistenza infermieristica*



Domenico  
DENTICO



Raffaele  
MANZARI

**La Sindrome da Distress Respiratorio Neonatale (NRDS - Neonatal Respiratory Distress Syndrome) è una condizione patologica che può evolvere verso l'insufficienza respiratoria, generalmente, dovuta a carenza di surfattante alveolare.**

Il surfattante è una complessa molecola formata da fosfolipidi, lipidi neutri e proteine specifiche, sintetizzata e secreta dagli pneumociti di tipo II, depositata a livello dell'interfaccia aria-liquido al di sopra dell'epitelio alveolare, la cui funzione è quella di ridurre la tensione superficiale generata dal liquido polmonare, che è così forte che a bassi volumi polmonari determina il collasso alveolare durante la fase espiratoria.

I neonati prematuri sono più a rischio di NRDS perché gli alveociti di tipo II si sviluppano solo all'inizio del III° trimestre di gravidanza. La patologia respiratoria si manifesta nella maggior parte dei casi entro poche ore dalla nascita e la gravità può essere variabile, ma è tanto più severa quanto più prematuro è il neonato.

Attualmente sia la morbilità che la mortalità neonatale, in caso di distress respiratorio, sono notevolmente diminuite grazie al miglioramento nell'assistenza al neonato pretermine e all'adozione di diverse strategie che agendo sinergicamente hanno ridotto notevolmente il ricorso alla ventilazione meccanica anche ad età gestazionali molto basse. Gli interventi che hanno consentito il miglioramento della prognosi di questa grave malattia riguardano l'ottimizzazione dell'assistenza ostetrica, l'utilizzo di glucocorticoidi antenatali somministrati alla gestante nel sospetto di nascita pretermine, l'applicazione precoce al neonato, già in sala parto, di una pressione positiva continua alle vie aeree (CPAP) e

l'instillazione endotracheale di surfattante esogeno (Curosurf).

## **Segni clinici e aspetti fisiopatologici**

La RDS viene sospettata in neonati che presentano segni di distress (difficoltà) respiratorio, come la tachipnea (FR oltre 60/min.), la retrazione toracica (sternale, intercostale e diaframmatica), l'altamento delle pinne nasali, il gemito espiratorio o grunting (causato dalla chiusura della glottide) e la cianosi. La compliance polmonare si riduce da un quinto ad un decimo del normale (polmone rigido).

Si riscontra collasso alveolare diffuso (riduzione del volume polmonare), alterazione del rapporto  $\dot{V} / \dot{Q}$  (grandi aree polmonari sono perfuse ma non ventilate), aumento dello shunt intrapolmonare (che aggrava l'ipossiemia), diminuzione della ventilazione alveolare (che provoca acidosi respiratoria per ipercapnia), aumento del lavoro respiratorio (WOB), acidosi metabolica (accumulo di acido lattico dovuto alla glicolisi anaerobica indotta dall'ipossia).

L'ipossia e l'acidosi, a loro volta, deprimono l'attività miocardica ed impediscono le risposte vascolari periferiche con ipotensione sistemica e diminuita perfusione e/o ossigenazione di altri tessuti (cervello, reni, intestino, ecc...) che vedranno compromesse le loro funzioni.

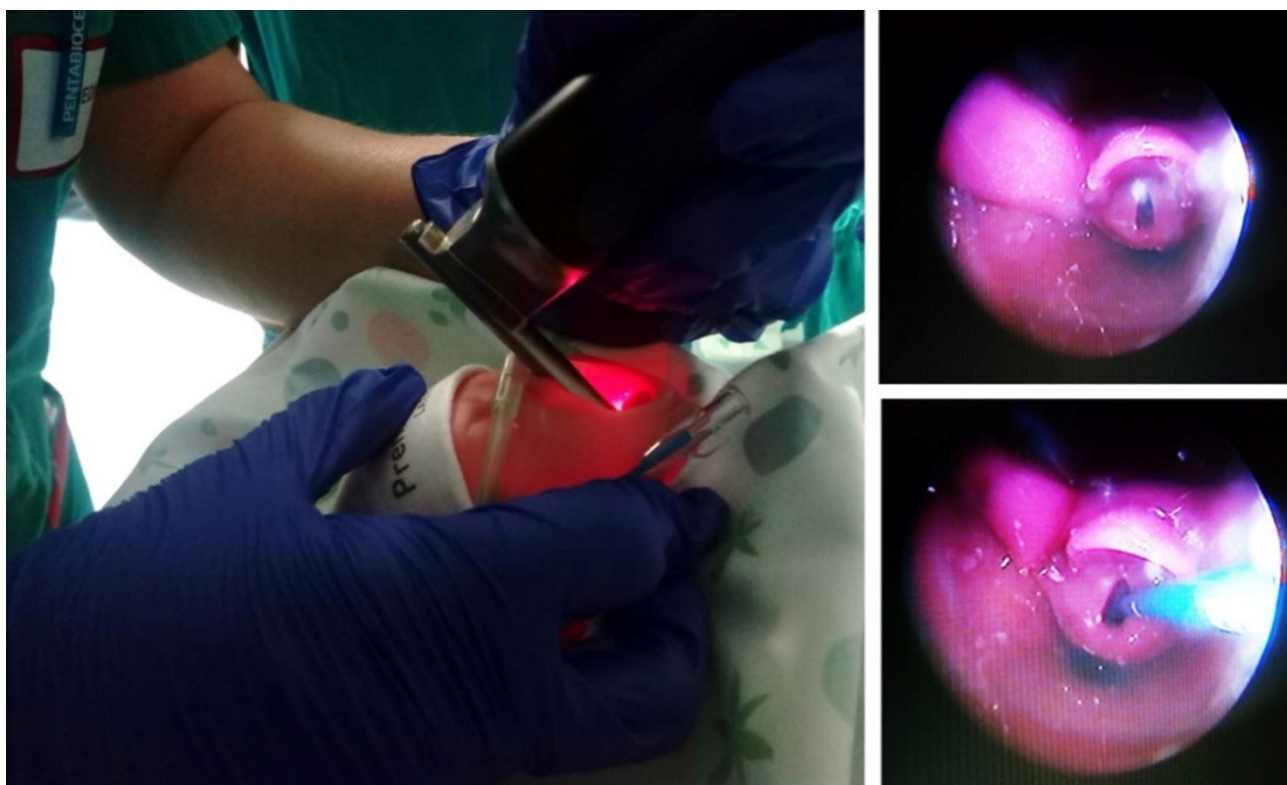
Alla radiografia del torace i polmoni presentano un aspetto a vetro smerigliato (ground glass) con broncogramma aereo e all'ecografia si evidenzia una ridotta presenza di aria nel polmone.

## **Terapia**

Prevede l'utilizzo di ossigeno, misure di assistenza ventilatoria e, in modo particolare, la somministrazione di surfattante endotracheale, che riveste un ruolo essenziale nella terapia della RDS.

I ricercatori, in passato, tentarono di somministra-





In figura è rappresentata la tecnica LISA, che è considerata una procedura minimamente invasiva (MIST - Minimally Invasive Surfactant Therapy).

re fosfolipidi artificiali tramite aerosol, riportando, però, scadenti risultati terapeutici.

La somministrazione di composti tensioattivi naturali in modelli animali, invece, consentì di ottenere risultati più promettenti, tanto che Fujiwara et al. (1980) utilizzarono nel loro studio una miscela di tensioattivi sia naturali che sintetici.

Negli anni '90, dopo la dimostrazione di efficacia, il surfattante venne introdotto nei prontuari terapeutici e, nonostante il costo elevatissimo, viene oggi ampiamente utilizzato in terapia come farmaco 'salvavita'.

#### **Tecniche di somministrazione del tensioattivo**

Diversi studi hanno dimostrato che è fondamentale, per trattare efficacemente la RDS, considerare anche la tecnica attraverso cui si somministra il surfattante, soprattutto nei neonati estremamente prematuri. Le principali modalità utilizzate sono:

1. SOMMINISTRAZIONE IN CORSO DI VENTILAZIONE MECCANICA possibilmente attraverso un sistema a circuito chiuso che eviterebbe di disconnettere la linea ventilatoria.
2. IN-SUR-E (INtubate-SURfactant-Extubate), che consiste nell'intubare il neonato, somministrare il surfattante ed estubare.
3. IN-REC-SUR-E (INtubate-RECruiT-SUR-

factant-Extubate), è simile all'IN-SUR-E con la differenza che dopo l'intubazione e prima di somministrare il surfattante si recluta il maggior numero di alveoli polmonari sottoponendo il neonato a ventilazione non convenzionale (HFO - High-Frequency Oscillation).

4. LISA (Less Invasive Surfactant Administration). Questa tecnica prevede l'introduzione, al posto del tubo endotracheale, di un sondino sottile sotto laringoscopia diretta o video-laringoscopia, mentre il bambino respira spontaneamente con il supporto della CPAP, evitando così di esporlo a ventilazione meccanica invasiva.
5. ALTRE TECNICHE:
  - Somministrazione di surfattante attraverso una maschera laringea. Rappresenta una metodica incoraggiante nei neonati al di sopra delle 32-33 settimane e/o con peso tra 1400-1.500 gr.
  - Deposizione faringea del tensioattivo alla nascita, prima del primo respiro, attualmente in fase di studio.
  - Aerosolizzazione, attraverso nebulizzatori in grado di aerosolizzare il tensioattivo, ma ad oggi gli studi non hanno mostrato in modo convincente alcun miglioramento significativo nei neonati più piccoli che dovrebbero, invece, trarne i maggiori benefici.

***“Attualmente sia la morbilità che la mortalità neonatale, in caso di distress respiratorio, sono notevolmente diminuite grazie al miglioramento nell’assistenza al neonato pretermine e all’adozione di diverse strategie che agendo sinergicamente hanno ridotto notevolmente il ricorso alla ventilazione meccanica anche ad età gestazionali molto basse”***

### **Assistenza infermieristica**

Le azioni infermieristiche richieste sono:

- Monitorare e valutare i parametri vitali (FR, FC, monitoraggio elettrocardiografico, PA, temperatura corporea, ecc...).
- Impostare il condizionamento (temperatura e umidità) dei gas ventilatori.
- Controllare i parametri di ventilazione meccanica e l’interazione pz-macchina (sincronia).
- Osservare la presenza di secrezioni orofaringee e nel tubo endotracheale (TET) ed eventualmente aspirarle per eliminare l’ingombro.
- Garantire il confort e valutare la sedazione.
- Predisporre il materiale per l’esecuzione della tecnica di somministrazione del surfattante.
- Portare il flaconcino del farmaco (che è conservato in frigo), al momento dell’uso, a temperatura ambiente tenendolo in mano per qualche minuto e capovolgendolo delicatamente alcune volte, senza agitare, per rendere omogenea la sospensione.
- Rispettare tecnica asettica.
- Evitare, dopo l’instillazione, alti picchi di PaO<sub>2</sub> regolando la FiO<sub>2</sub> immediatamente. Ricordiamo che l’uso prolungato di alte concentrazioni di ossigeno e di ventilazione meccanica sono associate allo sviluppo di displasia broncopolmonare e retinopatia della prematurità.
- Non aspirare in trachea, dopo la somministrazione del medicinale, per almeno 6 ore a meno che si verificano condizioni tali da mettere a rischio la vita del neonato.
- Documentare la procedura sulla cartella infer-

mieristica.

Per assicurare che tutti i neonati possano ricevere un necessario sollievo dallo stress e dal dolore tutte le Terapie Intensive Neonatali (TIN) dovrebbero sviluppare un protocollo di gestione del dolore e del confort.

Un approccio sistematico integra la valutazione di routine del dolore, attraverso opportune scale come per esempio la NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), e la riduzione degli stimoli nocivi con interventi farmacologici e non farmacologici.

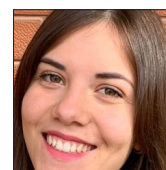
L’International Evidence-Based Group for Neonatal Pain raccomanda, per garantire il confort e ridurre lo stress e il dolore, le seguenti tecniche non farmacologiche (TNF):

1. Contenimento e confort termico.
2. Baby wrapping e facilitazione di una posizione flessa.
3. Gentle handling attraverso una delicata manipolazione.
4. Saturazione sensoriale, che consiste nel distrarre il neonato con stimoli sensoriali positivi così da ridurre/escludere la percezione dello stimolo doloroso. Tra questi stimoli ricordiamo tocco dolce e massaggio delicato (es. massaggio sul capo), stimolazioni uditive (parole rassicuranti), contatto visivo, stimolazioni olfattive (profumi adeguati per il neonato), stimolazioni gustative (latte materno), utilizzo di saccarosio al 24% per via orale 0,2 - 0,5 ml /Kg entro 2’ dalla procedura e suzione non nutritiva.
5. Cura del micro- e macro-ambiente eliminando luci dirette e attenuando i rumori

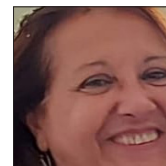
### **BIBLIOGRAFIA**

1. Anand K.J. Anand International Evidence-Based Group for Neonatal Pain (2021) ‘Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn’ Arch Pediatr Adolesc Med:155(2):173-80. doi: 10.1001/archpedi.155.2.173.
2. Fujiwara T., Maeta H., Chida S., Morita T., Watabe Y., Abe T. (1980) ‘Artificial surfactant therapy in hyaline-membrane disease’ The Lancet: 1:55-59.
3. Gregory G.A., Kitterman J.A., Phibbs R.H., Tooley W.H., Hamilton W.K. (1971) ‘Treatment of the idiopathic respiratory distress syndrome with continuous positive airway pressure’ N Engl J Med 284(24):1333-40. doi: 10.1056/NEJM197106172842401.
4. Liggins G.C., Howie R.N. (1972) ‘A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infant’ Pediatrics: 50: 515-525.
5. Cloerty e Stark’s ‘Manuale di Neonatologia’ 8ª edizione Antonio Delfino Editore 2017.
6. Klaus-Fanaroff’s ‘Cure del neonato ad alto rischio’ 7ª edizione; Antonio Delfino Editore 2020.

# CAREGIVER: COLUI CHE SI PRENDE CURA



Sabrina  
BASILE



Carmela  
MARSEGLIA

**Il caregiver, termine anglosassone entrato nell'uso comune, è la persona che assiste e si prende cura di un malato o disabile. Si prende cura di familiari e congiunti anziani, malati o disabili, li aiuta nelle incombenze quotidiane e nella gestione dell'assistenza di salute.**

Il recente periodo di emergenza e il conseguente lockdown hanno fatto emergere le loro problematiche, evidenziando la fragilità dei nuclei familiari in cui operano.

In Italia, a differenza di altri Paesi europei, il Caregiver non ha ancora una connotazione specifica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, anche se la sua presenza, costituisce un importante elemento di sostenibilità economica nella gestione della cronicità e della disabilità. Tuttavia, a sostenere ed aiutare l'attività di un caregiver interviene a livello nazionale la legge 104 del 1992, la normativa che fa da riferimento per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità. Il suo compito è quello di garantire l'adeguato sostegno alle famiglie con una persona con disabilità. Il testo fornisce delle agevolazioni in ambito lavorativo. Infatti, per il familiare che assiste con continuità un parente con problemi "riconosciuti", è previsto il diritto ai permessi retribuiti.

Ciò nonostante è atteso un testo unico che di fatto dovrebbe istituire un apposito fondo per sostenere chi svolge questa delicata figura in famiglia.

Il caregiver è sottoposto a uno stress intenso e prolungato, che incide sulla sua qualità di vita e sulla sua salute, sia fisica sia mentale. Molti sono costretti a rinunciare ad avere una vita sociale, agli interessi del tempo libero e spesso devono assentarsi dal lavoro; si scontrano con l'assenza di un supporto adeguato da parte dei servizi socio-sanitari e con

una mancanza di conoscenze relative alla malattia e ai trattamenti disponibili. Sotto l'aspetto emotivo, il carico maggiore è costituito dall'imprevedibilità dei sintomi e dalla difficoltà a gestire comportamenti problematici e/o aggressivi.

Inoltre, la consapevolezza della cronicità può dare la sensazione che non vi sia una via di uscita, un futuro migliore. Il costante impegno nella cura dell'assistito (igiene personale, visite ed esami, somministrazione dei farmaci), sottrae molta energia fisica. Chi affianca persone care che soffrono di patologie croniche importanti, disabilità e/o altre patologie neurologiche, potrebbe trovarsi ad avvertire il così detto "Burden Caregiver", cioè il 'peso dell'assistenza'.

Secondo i dati ISTAT (2015) in Italia i caregivers sono 8 milioni e mezzo, di questi circa 7 milioni sono costituiti da "carer" familiari che si occupano dei propri cari, mentre circa 1 milione è rappresentato da figure esterne di tipo professionale.

Questo ruolo svolto dal familiare è accomunabile alle professioni di aiuto in sostanza, ma solo negli ultimi anni l'attenzione, anche a livello scientifico ed istituzionale, si è centrata sullo stress in cui incorre il familiare nello svolgimento di questa funzione.

Ne è dimostrazione il fatto che sempre più frequentemente i percorsi di cura ed assistenza sanitaria e sociosanitaria del paziente, includano il coaching ed il supporto psicologico dedicato al caregiver, variabile da non trascurarsi in ordine all'efficacia ed all'adesione ai piani terapeutici da parte del malato. Di prassi oggi la valutazione del malato è completata da quella del livello di stress e del carico assistenziale del suo familiare attraverso l'adozione di strumenti standardizzati (Humanitas, 2019).

## MATERIALI E METODI

Una certa dose di stress e sofferenza è attesa e



connaturata nella scelta di prendersi cura di un altro e il caregiver può trovarsi senza rendersene conto a fare sforzi e rinunce, a negarsi occasioni di svago e socialità. In relazione a situazioni croniche e degenerative, come nel caso di pazienti affetti da demenza, questo insieme di responsabilità può trasformarsi in un fardello che affatica e mette a dura prova il benessere psicofisico del caregiver. Si parla proprio di Burden del caregiver, dall'inglese "fardello" o "peso", per definire un insieme di condizioni che incombono sul caregiver e che creano disagio e sofferenza.

In letteratura ci sono due scale di misurazione: il Caregiver Burden Inventory (CBI - letteralmente "Inventario del carico del caregiver") di Mark Novak e Carol Guest del 1989, e il Zarit Burden Inventory (ZBI - "Inventario del carico di Zarit"), elaborato da Steven H. Zarit, Karen E. Reeve, Julie Bach-Peterson nel 1980.

Il Caregiver Burden Inventory è un questionario self-report utile alla valutazione dello stress assistenziale specifico per il caregiver principale di persone colpite da malattia di Alzheimer e altri disturbi neurocognitivi maggiori o minori. Il CBI valuta 5 dimensioni dello stress: carico o burden oggettivo, carico o burden psicologico, carico o burden fisico, carico o burden sociale, carico o burden emotivo.

La scala si compone di 24 affermazioni suddivise in 5 sezioni, una per ogni aspetto dello stress:

1. Il burden dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver. Gli item sono i seguenti: Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane; Il mio familiare è dipendente da me; Devo vigilarlo costantemente; Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici); Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza.
2. Il burden evolutivo inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei. Gli item sono i seguenti: Sento che mi sto perdendo vita; Desidererei poter fuggire da questa situazione; La mia vita sociale ne ha risentito; Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente; Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita.
3. Il burden fisico che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica. Gli item sono i seguenti: Non riesco a dormire a sufficienza; La mia salute ne ha risentito; Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute; Sono fisicamente stanca.
4. Il burden sociale che descrive la percezione di

un conflitto di ruolo. Gli item sono i seguenti: Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto; I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari; Ho avuto problemi con il coniuge; Sul lavoro non rendo come di consueto; Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno.

5. Il burden emotivo che descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri. Gli item sono i seguenti: Mi vergogno di lui/lei; Provo del risentimento nei suoi confronti; Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa; Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi.

Il Zarit Burden Inventory è un'intervista, utilizzata per la valutazione delle conseguenze che il carico assistenziale di un familiare con patologie croniche o degenerative ha sul caregiver. Si tratta di uno strumento che può essere utilizzato sia in forma self-report sia sotto forma di intervista strutturata ed è composto da 22 item.

La sua brevità consente quindi una facile somministrazione e prevede che il caregiver risponda attraverso una scala likert da 0 (mai) a 4 (quasi sempre) in base al grado di accordo che ha con i singoli item. Gli item indagano come la disabilità del paziente impatti sulla qualità di vita, la sofferenza psicologica, il senso di colpa, le difficoltà finanziarie, la vergogna e le difficoltà sociali e famigliari del caregiver.

Lo strumento ha un'ottima coerenza interna ed è stato validato in relazione a tre strumenti che valutano aspetti diversi della vita, e della situazione psicologica e relazionale della persona:

1. General Health Questionnaire (GHQ-12), questionario che esplora la presenza di quattro elementi di disagio: depressione, ansia, disagio sociale deterioramento e sintomi somatici.
2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), strumento per la misurazione di ansia e depressione in popolazioni non psichiatriche.
3. Symptom Checklist-90-Revised (SCL90-R) che misura l'attuale situazione psicologica del soggetto.

La sua trasversalità ha permesso l'applicazione ai caregiver di diverse popolazioni di pazienti (demenza, cancro, malattie psichiatriche, sclerosi multipla, ictus, morbo di Parkinson, malattia polmonare ostruttiva cronica...) e con livelli di autosufficienza differenti, ricavati tramite le scale ADL e IADL. Questo ha consentito quindi di somministrare lo strumento all'interno di studi con finalità diverse come, ad esempio, la possibilità di misurare gli outcomes di interventi di supporto rivolti al paziente e/o al caregiver di tipo psicologico, sociale, assistenziale, farmacologico osservandone gli effetti sulla condizione del caregiver.

Per il lavoro di tesi abbiamo preferito l'utilizzo del questionario "Zarit Burden Inventory" somministrato nel DSS BA. Sono stati intervistati 22 caregivers del distretto ASL BA, che hanno compilato il questionario somministrato. Al questionario abbiamo aggiunto le caratteristiche socio-demografiche, se attualmente vivono con un loro familiare, se attualmente lavorano.

### RISULTATI

Il campione essendo ridotto non può essere rappresentativo ma può fornire un primo dato. In questo elaborato non è possibile fornire un quadro completo dell'indagine ma di seguito si evidenziano i dati più significativi: il gruppo è composto da 18 donne (81,8%) e 4 uomini (18,2%).

La fascia di età di cui fanno parte in maggioranza è >65 anni. Il 72,7% di loro vivono attualmente con il proprio familiare.

Le domande: "Si sente arrabbiato quando è con il suo familiare?" e "Ritiene che il suo familiare influisca attualmente in maniera negativa sul suo rapporto con gli altri membri della famiglia e con gli amici?" sono interessanti in quanto, in entrambe le domande, la metà del campione ha risposto "mai" (Grafico 1 e Grafico 2). Dall'indagine è emerso che nel DSS BA il carico assistenziale è moderato.

Questo risultato ovviamente va ad indicare come stanchezza e carico emotivo, vadano a superare la soglia limite della tolleranza; molte volte, infatti, ci si ritrova a dover affrontare un percorso di cura, chi invece esclude questa possibilità sfocia in uno stress

Ritiene che il suo familiare influisca attualmente in maniera negativa sul suo rapporto con gli altri membri della famiglia e con gli amici?

22 risposte

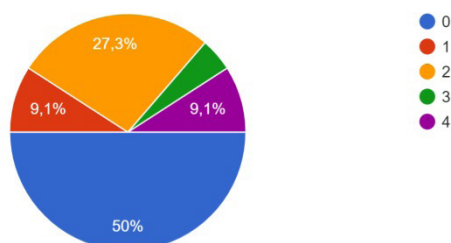


Grafico 1

Ritiene che il suo familiare influisca attualmente in maniera negativa sul suo rapporto con gli altri membri della famiglia e con gli amici?

22 risposte

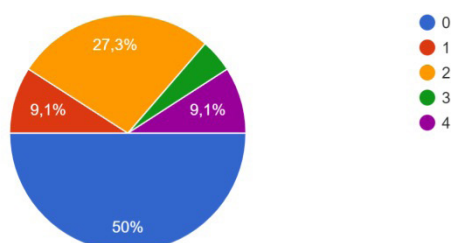


Grafico 2

da grave carico assistenziale.

Attraverso i risultati dello studio è stato anche possibile vedere come una gran parte del campione ritiene di non avere abbastanza tempo per sé stesso, e che ha difficoltà a far fronte ad altre responsabilità.

### CONCLUSIONI

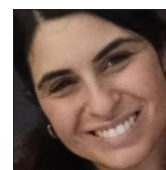
Sarebbe molto importante dare una legittima rilevanza all'assistenza domiciliare, la quale, attraverso la presenza di professionisti, riuscirebbe a migliorare comportamento e pratiche assunte dai caregiver, per fare questo però sarebbe necessario un grande aiuto da parte dello stato e delle associazioni. Con il passar degli anni possiamo solo sperare che venga data la giusta importanza a queste tematiche, e che la sanità riesca sempre ad evolversi nel tempo.

### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

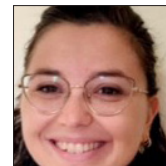
1. VALIDAZIONE ITALIANA: Chattat, R., Cortesi, V., Izzicupo, F., Del Re, M.L., Sgarbi, C., Fabbo, A. and Borgonzini, E. (2011).
2. Allovisio Morena (2018). "Il ruolo del caregiver nella gestione assistenziale". Nurse Times, visitato il 22 settembre 2023.
3. <https://nursetimes.org/il-ruolo-del-caregiver-nella-gestione-assistenziale/49829>.
4. Castagnaro Cinzia & Meli Eleonora (2022) "Famiglie, reti familiari, percorsi lavorativi e di vita". ISTAT, visitato il 30 settembre 2023. [https://www.istat.it/it/files/2022/10/Ebook\\_Famiglie-reti-familiari-percorsi-lavorativi-e-di-vita.pdf](https://www.istat.it/it/files/2022/10/Ebook_Famiglie-reti-familiari-percorsi-lavorativi-e-di-vita.pdf).
5. Cavallo Marco (2016). "Assistenza Domiciliare: Infermiere custode dell'assistenza". Nurse 24.it, visitato il 20 settembre 2023. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermiere-assistenza-domiciliare-integrata.html>.
6. Family Caregiver Alliance (2016). "Statistiche sul caregiver: risorse sanitarie, tecnologiche e di assistenza". Family Caregiver Alliance, visitato il 1 ottobre 2023. <https://www.caregiver.org/caregiver-statistics-health-technology-and-caregiving-resources>.

# LA CARTELLA VULNOLOGICA

*Uno strumento per la prevenzione e il monitoraggio delle lesioni da pressione*



Roberta  
VISAGGIO



Angelica  
TANGARI

**Le lesioni cutanee, di cui fanno parte le lesioni da pressione, costituiscono una sfida che i professionisti sanitari devono affrontare quotidianamente.**

A causa dell'allungamento della vita media e della riduzione della mortalità precoce, si è assistito a un incremento delle patologie croniche, tra cui le ulcere da pressione.

È noto che la riduzione del tempo di guarigione delle lesioni da pressione è strettamente correlata alla preparazione dell'operatore sanitario in ambito vulnologico e dalla capacità di quest'ultimo di inquadrare precocemente il paziente nella sua complessità, prevenendo le possibili lesioni, o attuando le strategie appropriate per il loro trattamento; tuttavia non tutte le realtà possono vantare la presenza di operatori sanitari che possiedono una formazione specifica in tale ambito.

Pertanto l'approccio a questo tipo di problema non è sempre sostenuto da comportamenti uniformi e scientificamente rigorosi ed anche la comunicazione tra i diversi attori del trattamento spesso risulta carente.

Per far fronte a questa problematica si è reso necessario creare uno strumento, la cartella vulnologica, in grado di guidare tutti gli infermieri nell'approccio ai pazienti fragili, a rischio o già affetti da lesioni da pressione, mirando innanzitutto alla standardizzazione dei trattamenti preventivi e/o terapeutici. Questa cartella è stata ideata e successivamente introdotta nella U.O.C. di Medicina Interna dell'Ospedale San Paolo di Bari, da un gruppo di lavoro formato dal Direttore dell'Unità Operativa, dal Coordinatore Infermieristico, da quattro CPS Infermie-

ri e da un Operatore Socio Sanitario, nell'ambito del progetto formativo: "La gestione multidisciplinare delle lesioni da pressione".

La cartella vulnologica è un'integrazione della cartella infermieristica, di cui costituisce un allegato.

È uno strumento poliedrico che permette, agli infermieri che la compilano, di valutare precocemente il rischio di insorgenza di lesioni da pressione (LDP) nei pazienti che al momento del ricovero in ospedale non presentano alcuna lesione.

Inoltre, è anche un documento che consente al professionista di descrivere in maniera accurata e dettagliata la lesione sia al momento del ricovero sia ad ogni cambio di medicazione ed il trattamento praticato.

Grazie a questa cartella è possibile monitorare lo status della lesione per tutta la durata della degenza e possedere un documento tracciabile anche dopo la dimissione del paziente, quindi uno strumento utile per eventuali ricerche postume sia a scopo scientifico che medico legale.

La cartella vulnologica è stata introdotta il 24 luglio 2023 e ad oggi è stata testata su 70 pazienti, di cui 45 donne e 25 uomini, di età compresa tra 54 e 97 anni.

Per completare il progetto è stato creato anche un archivio digitale, ovvero una raccolta di immagini che documentano l'evoluzione della lesione a seguito dei trattamenti attuati.

L'archivio permette al professionista di avere un riferimento chiaro e diretto dell'andamento della lesione nel tempo, in modo tale che quest'ultimo possa avere la possibilità di modificare l'approccio terapeutico, qualora fosse necessario.



La cartella vulnologica è composta da sei pagine:

- Il frontespizio, in cui vengono inseriti i dati anagrafici del paziente;
- La scheda del rischio di LDP, dedicata ai pazienti che presentano un elevato rischio di sviluppare delle lesioni durante il ricovero (parametri valutati sono: punteggio di Norton, stato nutrizionale, idratazione, sepsi);
- La scheda di monitoraggio delle LDP, in cui sono descritte le caratteristiche della lesione, fondo e cute perilesionale e lo stadio evolutivo;
- La scheda di trattamento LDP, ovvero un algoritmo decisionale che permette di scegliere il trattamento più opportuno in base alle caratteristiche della lesione;
- La scheda VAC Therapy, dedicata a quei casi in cui si sceglie di ricorrere alla terapia a pressio-

da un uso appropriato delle medicazioni avanzate e dei dispositivi;

- Riduzione delle complicità infettive;
- Attivazione più rapida dei processi di guarigione delle ulcere.

Nel corso di questi primi mesi di utilizzo della cartella vulnologica si sono manifestate anche delle criticità.

La difficoltà maggiore per l'inserimento della cartella all'interno del reparto è costituita dal fattore tempo. Infatti, a causa del cospicuo numero di degen- ti con elevata dipendenza assistenziale, è stato problematico dedicare ulteriore tempo alla descrizione della lesione, al trattamento secondo le linee guida e alla compilazione della cartella in tutte le sue parti. Inoltre alcuni professionisti non hanno subito con- diviso tale strumento in quanto erano dell'idea che

---

***“Per far fronte a questa problematica si è reso necessario creare uno strumento, la cartella vulnologica, in grado di guidare tutti gli infermieri nell’approccio ai pazienti fragili, a rischio o già affetti da lesioni da pressione, mirando innanzitutto alla standardizzazione dei trattamenti preventivi e/o terapeutici”***

---

ne negativa per favorire la granulazione del fon- do della lesione;

- Il diario, in cui è possibile annotare tutte le os- servazioni circa la lesione, un’eventuale rista- diazione e le date del cambio della medicazio- ne.

I risultati attesi dall’utilizzo di questo strumento sono:

- Acquisizione diffusa di competenze nell’indi- viduazione del rischio di lesioni da decubito e nell’attuazione dei provvedimenti conseguenti;
- Riduzione del numero di nuove lesioni in corso di degenza;
- Approccio omogeneo e standardizzato secon- do i principi della Wound Hygiene alle lesioni cutanee da pressione;
- Ottimizzazione delle risorse e dei costi derivanti

costituisse un aumento dell’attività burocratica.

Il progetto formativo della gestione multidisciplinare delle lesioni da pressione, di cui la cartella vulnol- ogica costituisce il primo step, è tuttora in via di svi- luppo. Le prossime tappe sono rappresentate dalla costituzione di un team multidisciplinare di “esperi- ti” con la partecipazione attiva di infermieri prove- nienti da altre UU.OO. del presidio ospedaliero, che avranno il compito, da un lato di implementare la cartella vulnologica creando delle pagine da inte- grare a quelle attuali, in modo tale che possa di- ventare uno strumento unico, valido per tutte le uni- tà operative del P.O., e dall’altro di avviare un’intera- zione con la realtà territoriale per costruire insieme una rete vulnologica che garantisca la continuità te- rapeutica anche sperimentando nuovi sistemi assi- stenziali come per esempio la telemedicina.

*Hanno collaborato:*

*Rossella Lupone\*, Donato Monte\*, Ottavio De Canio\*\*, Antonio Chiappinelli\*\*\*, Maurizio Calvani\*\*\*\**

*\*CPS Infermiere U.O.C. Medicina Interna, P.O. San Paolo ASL Bari*

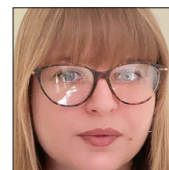
*\*\*O.S.S. U.O.C. Medicina Interna P.O. San paolo ASL Bari*

*\*\*\*Coordinatore infermieristico U.O.C. Medicina Interna P.O. San paolo ASL Bari*

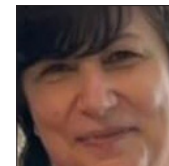
*\*\*\*\*Direttore U.O.C. Medicina Interna P.O. San paolo ASL Bari*

# L'EFFICACIA DEL ROOMING-IN

*Indagine nelle madri post-partum presso L'A.O.U. del Policlinico di Bari*



Martina  
SCHINGARO



Teresa  
ARGENTINA

**Il Rooming-in è una pratica in evoluzione nell'assistenza materno/infantile, originariamente concepita per favorire il legame madre-neonato e l'allattamento al seno.**

La sua origine risale agli anni '60 e '70, quando è emersa l'importanza del contatto immediato tra madre e neonato per lo sviluppo del bambino. Negli anni successivi, numerosi studi hanno evidenziato i benefici del Rooming-in, tra cui un aumento dell'allattamento al seno e un legame madre-neonato più forte. Il termine "Rooming-in" si riferisce alla pratica che permette al neonato di condividere la stessa stanza con la madre nelle prime ore o nei primi giorni dopo il parto, anziché essere posto in nursery neonatale. Questo approccio sottolinea l'importanza della continuità della cura madre-figlio e favorisce l'allattamento al seno, l'instaurazione di un legame affettivo sicuro e il coinvolgimento precoce del padre o di un altro membro della famiglia. Tuttavia, esistono complessità legate al Rooming-in, come preoccupazioni sulla sicurezza del neonato. Nonostante i potenziali benefici del Rooming-in, una delle questioni più dibattute riguarda l'impatto di questa pratica sul sonno delle madri. Durante il periodo post-partum, il sonno può essere notevolmente disturbato a causa delle necessità del neonato, del disagio fisico, dell'ansia e dell'adattamento a un nuovo ruolo genitoriale. Le preoccupazioni riguardanti l'effetto del Rooming-in sui disturbi del sonno post-partum sono emerse e hanno generato domande fondamentali per i professionisti della salute materna, le famiglie e le stesse neomamme.

Un aspetto critico da considerare nel contesto del Rooming-in è la pratica del bed sharing o condivisione del letto, in cui il neonato dorme nello stesso letto dei genitori. Il bed sharing è una componente intrinseca del Rooming-in poiché entrambi implica-

no la presenza fisica del neonato nella stanza o nello stesso letto dei genitori. Tuttavia, è fondamentale riconoscere che il bed sharing comporta alcune controversie in termini di sicurezza, soprattutto quando si tratta di ridurre il rischio di SIDS (Sudden Infant Death Syndrome).

Il seguente progetto di indagine, si propone di esplorare il Rooming-in in modo completo, esaminando la conoscenza sul Rooming-in, i benefici, le sfide e le opportunità, al fine di promuovere una pratica centrata sul paziente e orientata al benessere materno e neonatale ma anche esaminare le conoscenze esistenti sul Rooming-in, i suoi potenziali impatti sui disturbi del sonno delle madri nel periodo post-partum e interroga le neomamme chiedendo loro come migliorare la pratica del Rooming-in.

## **MATERIALI E METODI**

Inizialmente, abbiamo esaminato la letteratura scientifica e condotto una ricerca bibliografica esaustiva al fine di identificare questionari precedentemente validati e ampiamente utilizzati in contesti simili. Tuttavia, è emerso un dato rilevante: non è stato possibile trovare alcun questionario esistente che soddisfacesse appieno le specifiche esigenze di questa indagine.

Questo sottolinea la natura unica e complessa dell'argomento in esame. Il Rooming-in, essendo un argomento multidimensionale che coinvolge la conoscenza delle neomamme, le loro posizioni personali e i disturbi del sonno post-partum, richiede un approccio personalizzato e uno strumento di raccolta dati appositamente sviluppato per affrontare queste specifiche dimensioni.

Pertanto, sulla base della mancanza di un questionario preesistente in grado di affrontare in modo esaustivo il quesito di indagine, è stato necessario procedere con la creazione di un questiona-

rio ad hoc, semistrutturato costituito da 21 quesiti. Le interviste sono state condotte individualmente per raccogliere informazioni sul Rooming-in, la conoscenza delle madri sulla pratica, le loro opinioni personali e i disturbi del sonno post-partum. Questo approccio ha permesso di ottenere dati quantitativi e qualitativi e di esplorare in modo completo le percezioni e le esperienze delle neomamme in merito al Rooming-in.

I dati raccolti dal mese di agosto 2023 ad ottobre 2023, sono stati analizzati per identificare tendenze e fornire una base solida per le conclusioni della ricerca.

La popolazione target comprende le neomamme di età compresa tra 25 e 42 anni, con almeno un neonato. Questi criteri di inclusione sono stati stabiliti per garantire che le partecipanti abbiano esperienza diretta nel periodo post-partum e siano potenzialmente influenzate dal Rooming-in. Le partecipanti sono state selezionate all'interno del U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico di Bari.

La prima parte, dedicata alla "Conoscenza sul Rooming-in", mira a esaminare quanto le neomamme siano informate riguardo al concetto di Rooming-in. Comprende anche quesiti riguardo l'età della mamma, la nazionalità, tipo di parto, se la mamma è primipara o multipara e il tempo trascorso dalla nascita. Domande in questa parte includono:

- Durante la gravidanza ha mai sentito parlare del termine Rooming-in?
- È a conoscenza dei benefici del Rooming-in per la madre e il neonato?
- Ha mai avuto esperienze o informazioni riguardanti il Rooming-in da parte di altre mamme o professionisti sanitari?

La seconda parte, denominata "Opinioni sul Rooming-in", è incentrata sul parere personale delle neomamme riguardo al Rooming-in come pratica e sul supporto da parte del personale infermieristico sia per quanto riguarda il Rooming-in, sia durante l'allattamento materno. Le domande includono:

- Cosa pensa dell'idea di tenere il suo neonato con lei nella stessa stanza durante il periodo di degenza in ospedale?
- Come pensa che il Rooming-in possa influenzare l'esperienza di allattamento al seno, se ha intenzione di allattare?
- Quali aspetti del Rooming-in le interessano di più?
- Ha delle preoccupazioni riguardo al Rooming-in?
- Quanto si è sentita supportata dal personale infermieristico della neonatologia nel Rooming-in e nel supporto all'allattamento materno?

Questo segmento del questionario è fondamentale perché esplorerà le percezioni e le ragioni alla base della scelta di adottare il Rooming-in, nonché even-

tuali preoccupazioni o considerazioni personali delle partecipanti. Aiuterà a valutare anche la disponibilità e il supporto da parte del personale infermieristico.

La terza parte, chiamata "Disturbi legati al sonno", è progettata per esaminare il sonno delle neomamme durante il periodo post-partum. Saranno indagati aspetti quali la qualità del sonno, la durata del sonno notturno e l'eventuale presenza di disturbi del sonno come l'insonnia. Le domande includono:

- In questi giorni ha avuto difficoltà a dormire a causa di rumori o interruzioni?
- Quante ore è riuscita a riposare durante la notte?
- Se ha avuto difficoltà a dormire, quali fattori pensa abbiano influenzato la sua qualità del sonno?
- Ha avuto l'opportunità di ricevere supporto dal personale ospedaliero per la gestione del sonno del neonato durante la notte?
- In questi giorni, ha avuto la possibilità di riposare e dormire quando ne aveva bisogno?
- Ha sperimentato problemi di sonno post-parto, come insonnia o difficoltà a dormire durante la notte?
- Qual è il suo livello di comfort nel condividere lo spazio della sua camera con il neonato durante il Rooming-in?

L'ultima parte del questionario comprende la domanda aperta:

- In base alla sua esperienza, come migliorerebbe la pratica del Rooming-in?

### ANALISI

Sulla conoscenza del Rooming-in, i dati raccolti fanno emergere una familiarità significativa con il termine, infatti, la maggior parte delle neomamme risulta essere ben informata sui benefici del Rooming-in. Il 46% delle osservazioni rilevate mostra come le intervistate siano venute a conoscenza della pratica ricevendo informazioni derivanti da altre mamme. Dalle opinioni delle neomamme è stato possibile constatare che il 93% di esse sia favorevole all'idea di tenere il proprio neonato vicino durante la degenza nella struttura ospedaliera. L'86% delle intervistate crede che il Rooming-in migliori l'esperienza di allattamento al seno (Grafico 1). Sugli aspetti che suscitano maggior interesse tra le neomamme, la percentuale maggiore l'ha registrata il rafforzamento del legame con il neonato. Inoltre, è stata registrata una percentuale significativa rispetto alle preoccupazioni che le neomamme hanno riguardo la pratica del Rooming-in. È stata valutata la percezione di supporto ricevuto dalle neomamme da parte del personale infermieristico della neonatologia e dai dati ottenuti si evince come il 53% dichiara di aver ricevuto molto supporto da parte del personale in



contrasto con un 44% che sostiene di aver ricevuto meno supporto (Grafico 2). In aggiunta a ciò, dai dati raccolti è emerso che il 70% delle neomamme ha avuto difficoltà a dormire per diversi rumori ma ha dimostrato abilità di adattamento durante l'esperienza. Le statistiche calcolate relative alle ore di sonno registrate dimostrano che la quasi totalità di esse ha riposato un tempo inferiore a 4 ore. I fattori principali che hanno contribuito nella riduzione del sonno sono stati in particolare l'ansia da parto e le preoccupazioni riguardanti il neonato. Dai risultati ottenuti è emerso che l'80% delle neomamme ha avuto difficoltà a dormire con costanza e ha avuto problemi occasionali legati al sonno. L'analisi delle risposte riguardo il quesito relativo al livello di comfort nel condividere lo spazio della camera con il neonato rivela una tendenza significativa. Le risposte riguardanti il quesito aperto su come le neomamme migliorarebbero la pratica del Rooming-in rappresentano una testimonianza basata su diversi aspetti quali più assistenza da parte del personale sanitario, maggiore conoscenza sulla pratica del Rooming-in, miglioramenti del comfort ambientale, promuovere il legame madre-neonato sin dalla nascita e fornire consigli utili e pratici per le mamme.

**CONCLUSIONI**

Le conclusioni tratte dall'analisi dei dati evidenziano la variazione nelle conoscenze e nelle opinioni delle neomamme riguardo al Rooming-in, sottolineando la necessità di migliorare la diffusione delle informazioni. Inoltre, è emerso che i disturbi del sonno post-partum rappresentano una sfida comune, con conseguenze significative per l'esperienza delle madri. Le risposte fornite alla domanda aperta offrono suggerimenti preziosi che mettono in evidenza l'importanza di migliorare il supporto offerto alle neomamme e di creare un ambiente di Rooming-in più confortevole. L'analisi comparativa rivela relazioni interessanti tra la conoscenza delle neomamme, le loro opinioni personali e i disturbi del sonno post-partum, suggerendo opportunità per futuri in-

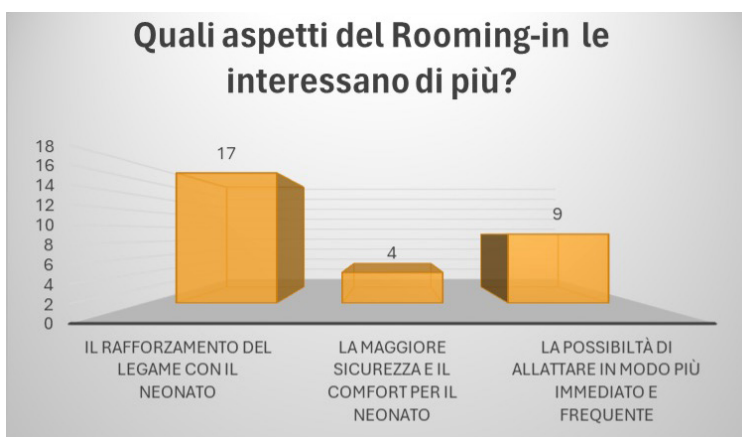


Grafico 1



Grafico 2

terventi mirati.

Le sfide e le opportunità emerse dallo studio sperimentale indicano la necessità di esplorare ulteriormente il Rooming-in attraverso studi longitudinali. Un approccio a lungo termine potrebbe consentire di valutare gli effetti a lungo termine del Rooming-in sulla salute materno-infantile e sullo sviluppo del neonato. Questi studi potrebbero fornire dati preziosi sulla durata e l'estensione dei benefici derivanti dal Rooming-in. Inoltre, la ricerca futura potrebbe esaminare le influenze culturali sul Rooming-in. Considerando che le pratiche possono variare notevolmente tra culture e comunità, un'indagine accurata delle differenze culturali potrebbe contribuire a plasmare le linee guida e le raccomandazioni che rispondono a contesti specifici.

**BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. Davies, A. (2019) 'Rooming in With Baby Vs Hospital Nursery: the Pros and Cons'. Visitato il 12 Agosto (2023) &lt; https://www.thebump.com/a/rooming-in-vs-nursery-care&gt;
2. Barrera, C. M., Nelson, J. M., Boundy, E. O. & Perrine, C. G. (2018). 'Trends in rooming-in practices among hospitals in the United States'. HHS Public Access, vol. 45, no. 4, pp. 432-439.
3. Ministero della Salute (2011) 'Gravidanza fisiologica'. &lt; https://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_pubblicazioni\_1436\_allegato.pdf&gt;
4. Dichiarazione Congiunta OMS/UNICEF (1989) 'L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità' &lt; https://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_pubblicazioni\_1619\_allegato.pdf&gt;
5. Società Italiana di Neonatologia (2023) 'Indicazioni sulla prevenzione e gestione del collasso postnatale (SUPC)'.

# COMPETENZE MANAGERIALI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE IN FASE DI PROGETTUALITÀ PNRR



Claudia  
CARELLA

**Il Decreto del Ministero della Salute 02/04/2015, n. 70, è un'importante provvedimento con il quale si è dato finalmente corso nel nostro paese, ad una regolamentazione organica e di valenza nazionale in tema di standard dell'assistenza ospedaliera, che recita appunto "la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".**

Si tratta di un'intervento normativo scaturente da una delega legislativa, posto con il chiaro intento di razionalizzare e riorganizzare il sistema sanitario, molto più che solo a livelli di assistenza ospedaliera, ponendo standard omogenei sul territorio nazionale e quindi le premesse per poter dare corso a una serie di misure volte alla riduzione della spesa, in esito alla legge 135/2012, meglio nota come Spending Review, quindi alla legge 189/2012 e alle intese della Conferenza Stato-Regioni nel coacervo di interventi tendenti, sul piano economico generale, al generale possibile contenimento dell'ammontare del Fondo Sanitario Nazionale, con impatti, quindi, anche sulla dotazione dei parametri relativi ai posti letto.

Sul piano di macrosistema il decreto individua una tipologia di modello preferenziale per la migliore integrazione fra ospedali e fra ospedale e territorio, mediante il ricorso alle reti per patologia da organizzare secondo il modello definito "Hub & Spoke". Altro importante elemento è quello del rapporto di continuità ospedale territorio che presuppone un potenziamento forte delle strutture territoriali, anticipando poi linee riprese dal decreto 77/2022.

Appunto, venendo al D.M. 77/2022, esso, si propone di delineare in maniera chiara il nuovo scenario, ponendo una serie di innovazioni organizzative e di coordinamento e gestione. Il decreto individua quin-

di strutture, servizi territoriali, standard, parametri, modalità organizzative e funzionali, obiettivi strategici e tipologie di governance del sistema sanitario a livello del territorio, ma si vedrà che tutto il disegno del modello organizzativo continua ad essere polarizzato sulla realtà del distretto sanitario delle ASL. A livello di primo approccio, si coglie come nel contesto del distretto vada ad operare la realtà della Casa di Comunità, vero e proprio luogo nuovo della rete territoriale, nel quale l'utenza può trovare un'assistenza continuativa, 24 ore al giorno, ogni giorno della settimana, secondo un modello di setting organizzativo e assistenziale di tipo integrato e multidisciplinare, con team di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e altri professionisti, tutti chiamati a cooperare. Si prevede di realizzare, entro il 2026, 1350 Case di Comunità, idoneamente allestite e dotate delle più moderne tecnologie, da articolarsi secondo il modello "Hub e Spoke" di cui già al D.M. 70/2015, in rapporto alle tipologie ed esigenze dei diversi territori. È poi prevista la realtà degli Ospedali di Comunità, come diaframma di presidio tra territorio e l'ospedalità per acuti, per gestire interventi che portati in ospedale risulterebbero inappropriati, sia per assumere in carico l'ambito delle dimissioni protette e della stabilizzazione clinica post ricovero, ovvero per il recupero funzionale e dell'autonomia in dimensione non gestibile in ambito domestico. Si prevede di realizzare 400 ospedali di comunità, dotati di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Nel senso poi di dare un supporto forte in chiave di coordinamento del nuovo assetto, viene prevista la realizzazione di Centrali Operative Territoriali (COT), che si interfacciano con la Centrale Operativa Regionale specificamente istituita con il numero 116117.

A livello del distretto restano le Unità di Continuità Assistenziale, nella logica del modello USCA di pandemica memoria, confermate nella loro utilità strategica dopo l'esperienza della pandemia, con le loro equipe mobili dotate di professionisti medici e infermieri, per la gestione della presa in carico di soggetti in condizioni di particolare complessità e quindi di necessità assistenziali. Oltre alla centralità della figura medica, è prevista l'importante figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, secondo un modello concepito di integrazione interdisciplinare di servizi tutti orientati alla migliore e tempestiva gestione delle domande di assistenza dell'utenza.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), viene resa oggetto di finanziamenti volti al potenziamento; lo sguardo alle nuove tecnologie, pone una particolare attenzione al potenziamento della telemedicina, telediagnostica e teleassistenza, per poter erogare servizi e prestazioni sanitarie in modalità da remoto resi possibili dai dispositivi digitali.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza costituisce quindi la via di attuazione nazionale alle strategie di politica comunitaria proposte per superare sia la crisi di sistema portata come effetto sul sistema economico produttivo e istituzionale da parte della pandemia da covid-19, sia come opportunità connessa di superare criticità di assestamento delle dimensioni economico sociali interne dei paesi membri. L'Italia ha metabolizzato a suo modo le strategie e le politiche di fondo del NGEU-PNRR, assumendo come propri i principi fondamentali, poi elaborati e contestualizzati nel Piano di Ripresa e Resilienza, cui sono assegnate risorse per 191,5 miliardi di euro, cui si aggiungono 30,6 miliardi dal Fondo Complementare e altri 13 miliardi di euro rivenienti da fondi europei, per un totale di 235,14 miliardi di euro.

I tre assi strategici italiani riguardano strategia e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale a valere per il periodo 2021-2026.

Il regolamento UE del RRF si articola su 6 pilastri:

1. Transizione verde.
2. Trasformazione digitale.
3. Crescita intelligente, sostenibile e inclusiva.
4. Coesione sociale e territoriale.
5. Salute e resilienza economica sociale e istituzionale al fine di aumentare la capacità di reazione e la preparazione alle crisi.
6. Politiche per la prossima generazione, infanzia e gioventù incluse istruzione e competenze.

Venendo alla struttura del PNRR, in linea generale il piano si sviluppa intorno a 3 direttrici strategiche:

1. Digitalizzazione e innovazione.
2. Transizione ecologica.
3. Inclusione sociale.

Sul piano operativo invece esso si articola su un raggruppamento di 6 MISSIONI:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività cultura e turismo.
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica.
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile.
4. Istruzione e ricerca.
5. Inclusione e coesione.
6. Salute.

La missione 6 denominata salute, con l'obiettivo di rafforzare la sanità del territorio e dare una struttura globale più efficiente e sinergica a tutti i livelli assistenziali sanitari, muovendo proprio dalle criticità evidenziate dalla pandemia.

Come si vedrà nel dettaglio, l'impatto della missione 6 avrà effetti molto rilevanti da molti punti di vista, in special modo per quanto relativo alla saldatura tra le riforme tentate nel 2015 con il d.m.70/2015, per la riorganizzazione dell'ambito ospedaliero e delle reti di emergenza e urgenza e un timido approccio alle cure primarie, nonché poi con i provvedimenti posti per il potenziamento e la riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali, nell'atmosfera di piena emergenza della pandemia da covid-19, quindi con la decretazione sulla sanità del territorio, che ha visto la formulazione specifica con il decreto 77/2022 attuativo proprio delle riforme di settore previsto a livello di PNRR. Le Case della Comunità (CdC) sono le nuove strutture socio-sanitarie che entreranno a far parte del Servizio Sanitario Nazionale. Le Case della Comunità, previste già dal PNRR del 2021, sono descritte nel DM 77 del 23 maggio 2022.

Il progetto del Ministero della Salute si pone l'obiettivo di potenziare e sviluppare l'assistenza sanitaria territoriale nel SSN implementando nuovi modelli organizzativi e ridefinendo le funzioni e il coordinamento delle realtà già presenti nel territorio.

Tra i vari strumenti introdotti dal Ministero troviamo le Case della Comunità, che dovranno essere attivate nella misura di 1.350 entro la metà del 2026, e per le quali si potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia strutture di nuova gestione.

Il Decreto distingue due modelli organizzativi per le Case della Comunità (la Casa della Comunità è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito): le Case della Comunità hub e le Case della Comunità spoke. Le prime sono le strutture di riferimento, dovranno essere presenti ogni 40.000-50.000 abitanti, e articoleranno la loro azione in modo capillare nel territorio attraverso le Case della Comunità spoke e gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

La Casa della Comunità prevede un modello di intervento multidisciplinare e al suo interno si trove-



ranno équipe multiprofessionali composte da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri e Psicologi. L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari. L'OdC non è ricompreso nelle strutture residenziali facenti parte dei livelli essenziali di assistenza approvati nel 2017 (DPCM 12/01/2017). Ad introdurre formalmente le centrali operative territoriali (COT) nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale è stato l'art. 1 comma 8 del D.L. 19/05/2020, n. 342 che testualmente recita: "Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina". All'epoca si era nella fase più intensa della pandemia da Covid-19 e le Centrali operative, finanziate dallo stesso art. 1, dovevano servire a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del COVID-19 con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circola-

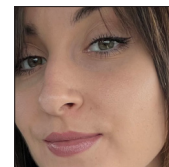
zione del COVID-19, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario. In seguito all'approvazione del D.L. 34/2020, alcune regioni (Calabria, Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento), durante l'emergenza epidemiologica, hanno attivato un modello organizzativo di COT per lo più dedicato alla gestione dell'assistenza dei casi Covid 19 (Enrichens, 2022) che comunque si è diffuso solo in alcune aziende sanitarie. Successivamente, nel 2021, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell'ambito degli investimenti previsti per il potenziamento delle cure domiciliare prevede l'attivazione di 600 Centrali COT, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Per la creazione delle COT viene prevista una spesa di 280 milioni di euro soprattutto per l'interconnessione tecnologica. Le Centrali Operative Territoriali saranno dotate dei mezzi tecnologici per garantire il controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti, sosterrà lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituirà un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione, e fungerà da punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali del paziente. Per quel che concerne il PNRR, ed in particolar modo quello Pugliese si potrebbe concludere con la concettualizzazione di un piano che in ogni modo si sta instrandando sempre più verso la realizzazione degli obiettivi prefissati dall'unione europea, in un'ottica di realismo e ottemperanza di quelli che sono gli obblighi economici da supervisionare e rispettare.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

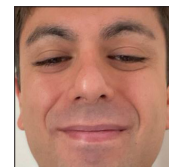
1. Materiale didattico UNITELMA SAPIENZA Master in Management Organizzazione Sanitaria e PNRR: Dr.ssa Laura Farella, A.L. Del Favero.
2. Il Dirigente delle professioni sanitarie: ruolo e prospettive nel contesto della Pubblica Amministrazione; Rosaria Alvaro, Giovanni Antonetti, Massimo Guerrieri Wolf, Mauro Petrangeli, EDISEs;
3. Scenari e modelli di governo, organizzazione e management del sistema sanitario italiano tra pandemia e PNRR, Giuseppe Melone, Maggioli Editore.
4. <https://press.regione.puglia.it/-/medicina-di-prossimit%C3%A0-la-giunta-regionale-approva-il-documento-programmatico-missione-6-pnrr-salute>.
5. <http://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/AS0001.pdf>.
6. <https://www.bariviva.it/notizie/cinque-case-di-comunita-e-un-ospedale-i-progetti-di-asl-bari-realizzati-con-il-pnrr/>.
7. <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermiere-di-famiglia-e-comunita-position-statement-fnopi-regioni.html>.
8. Materiale didattico UNITELMA SAPIENZA Dr. Remo Bonichi.
9. Di Quattro G, Il ruolo dei dirigenti nei processi di cambiamento, in Le istituzioni del federalismo, Maggioli Editore 2002, numero 5, pag 877.
10. <http://www.healthcareleadershipalliance.org/>.
11. Gestire la salute. Materiali per la formazione manageriale" Alessandro Colombo, Giovanna Beretta, Fulvio Matone, Domenico Mantoan, Polis Lombardia. Guerini e associati. Pag 69-75.
12. D.M. 23 maggio 2022 n.77.
13. La Gazzetta del Mezzogiorno: PNRR, Il policlinico di Bari è il primo ospedale d'Italia con Internet ultraveloce.

# AUTOEFFICACIA E PERFORMANCE

*Promuovere innovazione e sicurezza nelle organizzazioni*



Nunzia  
PISICCHIO



Enrico  
PASSARELLI

## **L'atteggiamento proattivo è uno dei pensieri più richiesti nel mondo del lavoro al giorno d'oggi.**

La relazione tra i comportamenti proattivi e la qualità della vita lavorativa è un tema di interesse crescente nella ricerca sul lavoro e nelle organizzazioni. I comportamenti proattivi, che comprendono azioni volontarie e autonome volte a migliorare il proprio lavoro e l'organizzazione, possono influenzare positivamente la qualità della vita lavorativa.

Fare parte di un'azienda, o di un team in generale, vuol dire fare parte di una collettività dove ognuno ricopre uno specifico ruolo e assume determinate responsabilità.

La proattività può favorire una maggiore soddisfazione lavorativa, in quanto i comportamenti proattivi consentono ai lavoratori di assumere il controllo delle proprie attività, di essere coinvolti e di contribuire attivamente al successo dell'organizzazione. L'assunzione di iniziative proattive può portare a un senso di realizzazione e di autorealizzazione, aumentando la motivazione e il coinvolgimento nel lavoro, inoltre, possono favorire un ambiente lavorativo più stimolante e innovativo, incoraggiando il cambiamento e la crescita organizzativa.

L'introduzione di nuove idee e pratiche può migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività lavorative, creando un ambiente di lavoro più appagante e gratificante. Tuttavia, è importante sottolineare che la qualità della vita lavorativa è influenzata da una serie di fattori complessi e multidimensionali, che vanno oltre i soli comportamenti proattivi. Fattori come l'autonomia decisionale, il supporto sociale, l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata e l'adeguatezza delle risorse organizzative possono influire sulla percezione complessiva della qualità della vita lavorativa. Pertanto, per una comprensione completa

della relazione tra comportamenti proattivi e qualità della vita lavorativa, è necessario considerare anche i fattori contestuali e individuali. Le organizzazioni possono promuovere la proattività fornendo opportunità di sviluppo e crescita, incoraggiando la partecipazione attiva dei dipendenti e creando un clima di supporto e fiducia.

I comportamenti proattivi possono svolgere un ruolo significativo nel miglioramento della qualità della vita lavorativa e possono essere considerati uno strumento di gestione efficace. Quando i dipendenti si impegnano in comportamenti proattivi, come prendere iniziative, cercare soluzioni innovative e anticipare i problemi, possono influenzare positivamente diversi aspetti della loro esperienza lavorativa. Innanzitutto, i comportamenti proattivi possono contribuire a migliorare la soddisfazione lavorativa dei dipendenti. Prendendo l'iniziativa e lavorando attivamente per migliorare le condizioni di lavoro, i dipendenti possono sperimentare un senso di controllo e di realizzazione personale. Ciò può portare a una maggiore soddisfazione nel loro lavoro e un senso di gratificazione derivante dall'aver preso in mano la propria carriera.

Inoltre, i comportamenti proattivi possono favorire un clima di lavoro positivo e una cultura organizzativa orientata al cambiamento e all'innovazione. Quando i dipendenti si impegnano in comportamenti proattivi, possono stimolare e ispirare i loro colleghi e creare un ambiente di lavoro dinamico e stimolante. Ciò può influenzare positivamente l'engagement dei dipendenti e la percezione di un lavoro significativo e appagante. Inoltre, i comportamenti proattivi possono aiutare a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività lavorative. Prendere l'iniziativa per risolvere problemi o introdurre miglioramenti può portare a una maggiore produttività e



a una migliore gestione delle risorse. Questo può ridurre lo stress lavorativo e migliorare l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata, contribuendo così alla qualità della vita lavorativa complessiva.

Per sfruttare appieno il potenziale dei comportamenti proattivi, per migliorare la qualità della vita lavorativa, i manager possono adottare diverse strategie di gestione. Ad esempio, possono creare un ambiente di lavoro che incoraggi e supporti l'iniziativa e l'innovazione, fornendo risorse e opportunità di sviluppo per i dipendenti. Inoltre, possono riconoscere e premiare i comportamenti proattivi, creando un sistema di incentivazione che valorizzi il contributo individuale.

I comportamenti proattivi possono rappresentare uno strumento di gestione efficace per migliorare la qualità della vita lavorativa. Favorire e incoraggiare l'iniziativa e l'innovazione può portare a una maggiore soddisfazione lavorativa, un clima di lavoro positivo e un migliore equilibrio tra vita lavorativa e vita privata. L'adozione di una prospettiva manageriale che valorizzi e supporti i comportamen-

stante le limitazioni delle risorse umane e finanziarie. Questa sfida di adottare comportamenti proattivi e innovativi riguarda tutte le organizzazioni sanitarie. La proattività riguarda l'insieme di azioni o comportamenti che un individuo intraprende per introdurre cambiamenti nel proprio lavoro, nel gruppo e nell'organizzazione. I lavoratori proattivi sono considerati più efficaci nel raggiungimento dei loro obiettivi, si impegnano attivamente per migliorare le cose e contribuiscono al successo dell'organizzazione. I comportamenti proattivi sono volontari, anticipatori e autonomi, non dipendono da istruzioni di superiori. Essi includono l'anticipazione e la risoluzione dei problemi, l'introduzione di nuovi metodi di lavoro, il miglioramento delle procedure, la proposta di soluzioni e la ricerca di feedback.

Gli antecedenti della proattività possono essere individuali o organizzativi. A livello individuale, l'età, il sesso, le conoscenze, le attitudini, le capacità individuali, la personalità e gli stati emotivi influenzano la proattività. A livello organizzativo, le caratteristiche del lavoro come l'autonomia e la varietà dei

---

***“In un mercato dinamico e in continua evoluzione, saper intervenire in anticipo sulle situazioni lavorative potrebbe garantire molteplici benefici sia all’azienda che alla propria posizione”***

---

ti proattivi può contribuire a creare un ambiente di lavoro più gratificante e stimolante per i dipendenti. Le organizzazioni sanitarie affrontano continue trasformazioni a causa di nuove normative, di procedure, di finanziamenti, di gestione delle risorse umane e finanziarie, di infrastrutture e di introduzione di nuove tecnologie, annoverare anche l'esperienza della recente pandemia. Questo richiede un'elevata capacità di cambiamento e innovazione al fine di migliorare le performance e fornire cure di qualità ai pazienti. Per garantire la qualità assistenziale, è fondamentale affidarsi a personale sanitario competente e impegnato, promuovendo strategie efficaci di gestione delle risorse umane. La leadership, in particolare la leadership trasformativa, gioca un ruolo cruciale nell'apportare innovazione, creatività e cambiamento organizzativo. I Coordinatori infermieristici, grazie alle loro competenze avanzate, rappresentano una risorsa importante per soddisfare la crescente domanda di cure di qualità. Sono incoraggiati ad essere proattivi, veloci nell'innovazione e nella ricerca di soluzioni sofisticate, nono-

compiti, il clima per l'innovazione, le relazioni con il superiore e la fiducia reciproca tra colleghi stimolano i comportamenti proattivi.

I comportamenti proattivi al lavoro portano a risultati positivi per l'individuo, per i gruppi di lavoro e per le organizzazioni. Essi sono associati alla soddisfazione lavorativa, all'impegno per l'organizzazione, alla riduzione dell'intenzione di lasciare l'organizzazione, alla performance individuale, all'innovazione e al successo professionale.

I comportamenti proattivi possono anche contribuire a ridurre lo stress lavorativo e migliorare la qualità della vita lavorativa.

Studiare e promuovere la proattività dei coordinatori infermieristici può contribuire a migliorare gli esiti per i pazienti e la soddisfazione lavorativa.

Per essere proattivi importante è evitare le critiche verso i colleghi e dare il buon esempio, non accusare di debolezza gli altri, evitare di accusare in maniera non costruttiva, prendere iniziativa e pensare con la propria testa.

#### **BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2022/09/LInfermiere-59-4-2022-pages-e68-81.pdf>.
2. <https://web.s.ebscohost.com/>.
3. <https://lamenteemeravigliosa.it/essere-proattivi-sul-lavoro/>.
4. <https://www.soluzionidimpresa.it/2019/07/11/i-5-segreti-per-un-atteggimento-proattivo-al-lavoro/>.



# BENESSERE ORGANIZZATIVO

*Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, un clima che stimoli la creatività e l'apprendimento sono determinanti per l'efficienza delle aziende*



Vincenzo  
INGLESE



Michela  
LACASELLA

**Il “benessere organizzativo” nelle aziende indica le condizioni culturali e organizzative che determinano la qualità della convivenza in ambito lavorativo ed è, ormai da tempo, argomento di attenzione, anche normativa.**

Negli ultimi 15 anni, si sono verificati cambiamenti significativi nel panorama lavorativo, focalizzati sulla qualità della vita professionale. Tali trasformazioni hanno spinto l'Organizzazione Mondiale della Sanità a indagare i “rischi psicosociali”, definiti come fattori lavorativi non legati a pericoli fisici, chimici o biologici, ma piuttosto al modo in cui il lavoro è concepito, organizzato e gestito, con potenziali impatti stressogeni per i lavoratori. I cambiamenti nella professione infermieristica e nel sistema sanitario nazionale, iniziati con il processo di aziendalizzazione negli anni '90 attraverso i decreti legislativi 502/92 e 517/93, i cambiamenti normativi nella professione infermieristica (Profilo professionale del 1994, nuovo Codice Deontologico, leggi 42/99, 251/00, Decreto del Ministero dell'Università del 2 aprile 2001) hanno generato nuove esigenze organizzative e gestionali nelle Aziende sanitarie. Nel 2004, il Ministero per la Pubblica Amministrazione ha emanato una direttiva sul miglioramento del benessere organizzativo, mirata a valorizzare le risorse umane, aumentare la motivazione, migliorare i rapporti tra dirigenti e operatori, accrescere il senso di appartenenza e soddisfazione dei lavoratori, migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi, promuovere la cultura della partecipazione e prevenire i rischi psicosociali. Il Decreto Legislativo n. 150/2009 ha successivamente ribadito l'importanza del benessere organizzativo per migliorare la produttività. Il benessere organizzativo è considerato un elemento cruciale nella vita lavorativa e, un'organizzazione è sana se offre un

ambiente di lavoro salubre, pone obiettivi chiari, riconosce e valorizza le competenze dei dipendenti, ascolta le loro istanze, favorisce la negoziazione tra dirigenti e dipendenti, fornisce accesso alle informazioni e adotta misure preventive per rischi professionali. Inoltre, la letteratura scientifica suggerisce che variabili come la qualità delle relazioni interprofessionali, il riconoscimento dell'autonomia decisionale e le opportunità di crescita professionale sono correlate positivamente alla soddisfazione lavorativa. Al contrario, uno stile manageriale autoritario, la mancanza di programmazione delle attività assistenziali e una gerarchia marcata nei rapporti professionali sono associati all'insoddisfazione lavorativa. In questo contesto, la leadership del coordinatore infermieristico e della dirigenza infermieristica emerge come un elemento cruciale, influenzando la percezione degli infermieri sulla propria organizzazione. In alcuni contesti lavorativi, possono verificarsi condizioni sfavorevoli a causa di modalità inadeguate di progettazione, organizzazione e gestione del lavoro, unite a un ambiente lavorativo socialmente arido. Queste circostanze possono generare disagio e, nei casi più gravi, provocare danni fisici e psicologici ai lavoratori. Ciò è comunemente noto come “rischi psicosociali” (Cox e Griffiths, 1995), che possono manifestarsi attraverso fenomeni quali lo stress lavoro-correlato, il burnout, il workaholism, lo straining, il mobbing, le molestie e lo stalking occupazionale. Il D.Lgs 81/2008 (Testo Unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro) mira a promuovere la rilevazione del disagio lavorativo, stabilendo all'articolo 28 che “la valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavo-

ro-correlato. Pertanto, l'obiettivo è individuare per intervenire, se necessario, e allo stesso tempo promuovere una cultura della prevenzione. Purtroppo, molte organizzazioni tendono ancora a concentrarsi sulla prevenzione terziaria, cioè l'intervento in situazioni già degenerate. Sarebbe invece cruciale orientarsi verso la prevenzione primaria, agendo sui molteplici fattori di contenuto e di contesto del lavoro alla base dei rischi psicosociali, e sulla prevenzione secondaria che, attraverso la formazione, consente di acquisire metodi e strumenti per affrontare in modo adattivo le situazioni difficili e stressanti. Il fenomeno dello stress correlato al lavoro costituisce una problematica non solo consolidata, come attestato dalla ricca letteratura scientifica in materia, ma anche in costante crescita, evidenziata dalla sua sempre più diffusa presenza nell'ambito europeo. Gli studi condotti hanno, altresì, indagato l'impatto economico connesso su imprese ed economie nazionali.

L'Accordo europeo relativo allo stress sul lavoro, stipulato in data 8 ottobre 2004 e richiamato dal D.Lgs 81/2008, fornisce una definizione di stress come "uno stato associato a disagio e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali derivanti dal fatto che le persone si trovano nell'incapacità di superare il divario tra le richieste o le aspettative a loro rivolte. L'individuo è in grado di reagire alle pressioni a breve termine, percepite anche come positive, ma in caso di prolungata esposizione a forti pressioni, si riscontrano notevoli difficoltà di reazione". Il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) nel 1999 definisce lo stress come "reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste lavorative non sono proporzionate alle capacità, risorse o necessità dei lavoratori". Analogamente, l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) nel 2000 concepisce lo stress come risultante dalla percezione di uno squilibrio tra le richieste avanzate e le risorse disponibili per farvi fronte nell'ambito dell'attività lavorativa. Lo stress correlato al lavoro emerge come uno dei principali nodi problematici con cui il datore di lavoro e tutti gli attori aziendali devono confrontarsi nell'ambito della gestione della salute e della sicurezza sul lavoro. Indubbiamente, la focalizzazione sui disturbi psicofisici derivanti da un ambiente lavorativo non salutare rappresenta una rivoluzione positiva e in-

dispensabile. Tuttavia, è imperativo prestare particolare attenzione alle possibili sanzioni cui il datore di lavoro potrebbe essere soggetto nel caso in cui non adotti le adeguate misure per affrontare questa problematica. Secondo gli studi di Maslach e Leiter (2000), è praticabile identificare tre dimensioni concernenti gli impatti del cosiddetto stress lavoro-correlato:

1. Declino dell'entusiasmo nei confronti delle responsabilità lavorative;
2. Degradazione delle reazioni emotive originariamente associate alle mansioni professionali;
3. Mancanza di congruenza tra l'individuo e le richieste del contesto lavorativo.

In Italia, la vigente cornice normativa, delineata dal D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii., impone al datore di lavoro l'obbligo di valutare e gestire il rischio da sostanze pericolose per la salute al pari di tutti gli altri rischi connessi alla salute e sicurezza sul lavoro, conformemente agli accordi quadro europei. A tal fine, nel novembre 2010, la Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro ha formulato le direttive essenziali per la valutazione del rischio SLC, delineando una metodologia che rappresenta il livello minimo di attuazione di tale obbligo. Nel 2011, il Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale ha pubblicato una Metodologia per la valutazione e gestione del rischio SLC, successivamente aggiornata nel 2017, al fine di fornire alle aziende un supporto nella valutazione di questo rischio, in conformità al D.Lgs 81/2008 e ss.mm. Tale metodologia si basa su un percorso scientificamente fondato e su strumenti di valutazione validi e affidabili. Parallelamente, è stata sviluppata una piattaforma online volta ad assistere le aziende nell'utilizzo degli strumenti di valutazione e gestione del rischio SLC. Questa sezione del portale consente l'accesso a tutti i documenti e le risorse disponibili sul tema delle sostanze pericolose per la salute, inclusi il manuale della metodologia Inail, documenti di supporto e strumenti, nonché l'accesso diretto alla piattaforma online.

Un ruolo fondamentale nella realizzazione e nel mantenimento del benessere organizzativo all'interno delle aziende è dovuto al personale dirigenziale che hanno il compito di essere promotori di benessere diffuso per sé stessi, i propri collaboratori e l'intero sistema organizzativo nel quale sono inseriti.

## BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/dipartimento/24-03-2004/direttiva-benessere-organizzativo-nella-pa>.
2. Accordo Europeo sullo Stress Lavoro-Correlato, firmata a Bruxelles nel 2004.
3. Direttiva Ministero della Funzione Pubblica, del 2004 "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle P.A."
4. D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii. "Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
5. D. Lgs 150/2009 "Attuazione della Legge 15/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".
6. D. Lgs 33/2013 "Testo Unico in materia di trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

# IL RUOLO DEL R.L.S.: QUALE FUTURO?

*Anche il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza è stato ritenuto responsabile di omicidio colposo per un infortunio mortale*



Maria  
COLAPINTO



Michele  
FIGHERA

**La Corte di appello di Bari ha confermato la sentenza pronunciata dal Tribunale di Trani nei confronti del Datore di Lavoro e del R.L.S., ritenuti colpevoli del reato di omicidio colposo, conseguente alla violazione delle norme in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro: violazione di quanto previsto dall'art. 50 comma 1 del D. Lgs. 81/2008**

Trattasi del primo caso di condanna di un R.L.S. che mira ad evidenziare il ruolo di questa figura come soggetto fondamentale che partecipa al processo di gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro, fungendo da raccordo tra Datore di Lavoro e Lavoratori.

La Corte di Cassazione con la sentenza del 25/09/2023 (Cassazione Penale, Sez.4, 25 settembre 2023, n.38914) ha, per la prima volta nella storia della salute e sicurezza in Italia, attribuito anche al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.) la responsabilità di omicidio colposo di un lavoratore per aver omesso di promuovere l'elaborazione, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, di sollecitare il Datore di Lavoro ad effettuare la formazione dei dipendenti ... e di informare i responsabili dell'azienda dei rischi connessi all'utilizzo, da parte dell'infortunato, del carrello elevatore.

Il giudice afferma che il RLS, in violazione di quanto previsto dall'art. 50 comma 1 del D. Lgs. 81/2008, avrebbe "concorso a cagionare l'infortunio mortale di un Lavoratore (investito da tubi d'acciaio), attraverso una serie di contegni omissivi, consistiti nell'aver omesso di promuovere l'elaborazione, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica

dei lavoratori, di sollecitare il datore di lavoro ad effettuare la formazione (comprendendo anche l'addestramento di macchinari) dei dipendenti per l'uso dei mezzi di sollevamento e di informare i responsabili dell'azienda dei rischi connessi all'utilizzo del carrello elevatore.

La Cassazione Penale ha confermato che il R.L.S. Con la sua condotta, ha contribuito causalmente all'accadimento dell'evento sostenendo la cooperazione colposa.

Si tratta di una sentenza che capovolge la logica dell'attribuzione della responsabilità dell'elaborazione e dell'applicazione dei sistemi di sicurezza che, finora, com'è risaputo, gravava sul datore di lavoro e sui suoi collaboratori.

Pertanto si evince che al giudice competerebbe l'obbligo di valutare non solo il comportamento dei soggetti (datori di lavoro e i collaboratori - Dirigenti, Preposti, RSPP, ...) obbligati alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro previsti dal Testo Unico (D. Lgs 81/2008) ad organizzare ed applicare i necessari sistemi di sicurezza sul lavoro, ma anche i comportamenti di chi è stato eletto o designato come rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

La Suprema Corte mostra, nella motivazione, di ritenere che l'art. 50 del D. Lgs. n. 81/2008 attribuisca al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza un ruolo di primaria importanza.

Per la Corte non è importante stabilire se l'imputato ricoprisse o meno una posizione di garanzia come titolare di un dovere giuridico di garantire condizioni di sicurezza, quanto piuttosto se egli abbia, con la sua condotta, contribuito, causalmente con il suo comportamento, all'evento infortunistico.

Secondo la Corte il R.L.S. non ha ottemperato ai compiti che gli erano stati attribuiti per legge, consentendo che l'operaio fosse adibito a mansioni di



verse rispetto a quelle contrattuali, senza aver ricevuto alcuna adeguata formazione e non sollecitando in alcun modo l'adozione, da parte del responsabile dell'azienda, di modelli organizzativi in grado di preservare la sicurezza dei lavoratori.

La funzione del R.L.S. all'interno dei luoghi di lavoro non consiste nell'esercizio di obblighi di alcun genere, ma solo nella facoltà di intervenire, in rappresentanza dei lavoratori, nel procedimento di adozione delle misure di sicurezza a garanzia dell'incolumità dei lavoratori. L'esercizio di questa facoltà del RLS è del tutto discrezionale. Della sua opera il R.L.S. rende conto solo ai lavoratori che lo hanno eletto o designato. L'art. 50 stabilisce che il R.L.S. è titolare di diritti di consultazione, di informazione, di accesso e di formulazione di proposte. Non ha compiti o obblighi che lo vincolino a fare qualcosa.

La sentenza, riconosce che il R.L.S. non ha alcuna posizione di garante della sicurezza, ma sceglie la via della «cooperazione colposa» del R.L.S. nell'omicidio.

Il R.L.S. avrebbe dovuto far presente al datore di lavoro i rischi che una certa operazione di lavoro comportava per l'operatore. Cioè informare il datore di lavoro dei rischi lavorativi, quando la legge impone al datore di lavoro ad effettuare la valutazione dei rischi e ad adottare le misure precauzionali relative. Sono tempi duri per i lavoratori e per i loro rappresentanti. Non solo da molti lustri continuano a morire al ritmo di almeno mille ogni anno a causa delle precarie condizioni di sicurezza. Ora si trova il modo di attribuire loro la colpa, perché non hanno informato i datori di lavoro che di lavoro si può anche morire. Molto probabilmente vedremo la fuga degli R.L.S.: fino ad oggi tutti erano convinti (lavoratori e non solo loro) che il R.L.S. fosse una figura protetta dal legislatore e dai giudici e che poteva svolgere la sua funzione, con serenità e con la consapevolezza di avere un solo ma fondamentale potere, conseguente alla sua intoccabilità.

Sarà molto più difficile, a livello aziendale, trovare lavoratori disponibili ad assumere un ruolo impor-

---

***“Secondo le disposizioni dell’art. 20 comma 2 lettera “e” del D. Lgs 81/2008, il R.L.S. ha, come tutti i lavoratori, l’obbligo, di segnalare immediatamente al datore di lavoro al dirigente, al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi..., nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente in caso di urgenza nell’ambito delle proprie competenze e possibilità...per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente dandone notizia al RLS”***

---

Il R.L.S. avrebbe contribuito a causare la morte del lavoratore, consentendo che il datore di lavoro adibisse l'operaio a mansioni pericolose senza aver proceduto alla sua formazione e non informando il datore di lavoro dei rischi che quella mansione comportava. Questa sarebbe dunque la colpa su cui si fonda la pronuncia di condanna.

Il rappresentante dei lavoratori (un lavoratore), dunque, avrebbe dovuto ricordare al datore di lavoro di provvedere alla formazione dei dipendenti. Cioè stimolare ad ottemperare ad un obbligo tipico del datore di lavoro, già previsto dalla legge e sanzionato penalmente.

tantissimo e delicato nel sistema della prevenzione dei rischi. Il concetto di rappresentanza non è mai stato confuso con un concetto di sorveglianza circa il rispetto delle norme riguardo ad un ruolo senza potere di spesa. Motivo per cui il D. Lgs. 81/2008 non pone sanzioni penali a carico del R.L.S., anche per evitare di non scoraggiare i lavoratori ad assumere tale incarico. In conclusione ricordiamo la definizione di R.L.S. così come previsto dall'art.2 punto "i" del D. Lgs. 81/2008 che recita: persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro.

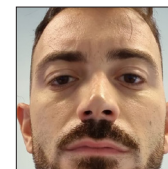
#### **BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. Cassazione Penale, Sez. 4, 25 settembre 2023, n. 38914 - Lavoratore investito mortalmente da un carico di tubolari di acciaio: responsabile di omicidio colposo anche il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.
2. <https://www.diario-prevenzione.it/lassurda-sentenza-che-condanna-il-rappresentante-dei-lavoratori-per-la-morte-del-collega/>.
3. <https://olympus.uniurb.it/>.
4. D. Lgs. 81/2008 “Testo Unico Salute e Sicurezza Lavoro”.
5. <https://www.vegaengineering.com/news/condannato-il-rls-corresponsabile-di-un-infortunio-mortale/#:~:text=La%20Cassazione%20Penale%2C%20con%20la,mortale%20di%20un%20lavoratore%20dipendente.>

# LA MANCATA SICUREZZA



Domenico  
CIMARUSTI



Filippo  
DE FALCO

**La maggior parte delle aziende, in linea di massima, conoscono quali sono i costi da sostenere per la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, ma, non conoscono altrettanto bene quelli derivanti dalla mancata sicurezza. I costi della mancata sicurezza sono quelli derivanti dalla normativa (sanzioni), quelli invisibili e quelli sociali.**

Dalla relazione annuale da parte dell'INAIL, i dati concernenti l'andamento infortunistico e tecnopatologico nazionale delineano un quadro preoccupante, le analisi sull'andamento infortunistico suscitano sempre preoccupazione. Il numero degli infortuni riconosciuti sul lavoro e degli eventi occorsi "fuori dell'azienda", cioè con un mezzo di trasporto e/o comunque in itinere, e le malattie professionali denunciate sono sempre tante. La mancanza di sensibilità, di lungimiranza o anche la carente cultura della sicurezza necessarie ad instaurare un comportamento virtuoso all'interno dell'azienda, la prospettiva di possibili conseguenze penali e pecuniarie, per mancanze ed omissioni di adempimenti prescritti dalle numerose normative, possono contribuire a raggiungere il traguardo di un'osservanza dei principi a salvaguardia della salute dei lavoratori. L'attuale schema sanzionatorio e la sua applicazione, approccio repressivo, si pone come il principale strumento di intervento, sia per efficacia che per utilità sociale. L'impianto sanzionatorio del D. Lgs 81/2008 (Testo Unico) si basa principalmente su ammende pecuniarie e su conseguenze penali che vanno ad interessare i diversi "attori" della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro dell'azienda in funzione del loro ruolo e del loro coinvolgimento all'interno del Sistema di Prevenzione e Protezione, secondo un essenziale e logico criterio di competenza che vede nel Datore di Lavoro il fulcro dell'intera catena di possibili deleghe, obbli-

ghi personali e generiche incombenze operative. Al Datore di Lavoro viene attribuita la maggior responsabilità in caso di mancata tutela della salute dei lavoratori poiché trattasi di colui che ha maggiore influenza sui processi aziendali e che dispone di tutte le risorse finanziarie, organizzative, informative.

Il Testo Unico prevede sanzioni per il Datore di Lavoro e per la dirigenza con l'arresto nonché con consistenti ammende:

- per non aver effettuato la valutazione dei rischi, oppure per averla attuata in modo errato e/o parziale, ovvero per aver commesso errori nella sua gestione e conservazione;
- per non aver nominato un Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- per non aver garantito ad ogni lavoratore, dirigente e preposto una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- per non aver preso i provvedimenti necessari in materia di primo soccorso, di assistenza medica di emergenza e/o di eventuale sorveglianza sanitaria;
- per aver omesso di organizzare un efficace sistema per la gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori, oppure per averlo mal approntato e mal diretto, eventualmente trascurando le proprie funzioni di controllo e di comunicazione, delegate indebitamente ad altri senza averne prima accertato la competenza e/o senza aver fornito loro le indispensabili risorse;
- per non aver debitamente valutato l'idoneità tecnico professionale delle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in relazione ai lavori, ai servizi e alle forniture da affidare in appalto o mediante contratto d'opera o di somministrazione.

Altre e pesanti sanzioni coinvolgono, ovviamente, le figure del sistema di prevenzione e protezione che dal Datore di Lavoro traggono legittimazione, sino ad arrivare ai lavoratori stessi che si fanno garanti di conservare il proprio diritto-dovere alla sicurezza impegnandosi a non porre a repentaglio se stessi, i propri colleghi e le risorse dell'impresa. Ai costi di natura puramente sanzionatoria legati alla mancata sicurezza, è possibile associare tutta una serie di conseguenze che sono caratterizzate da un impatto sul bilancio dell'azienda, seppur in modo più o meno indiretto, e praticamente trattasi dei costi invisibili poiché si possono manifestare in tempi differenti rispetto al singolo evento infortunistico e alle sue eventuali ripercussioni giuridiche, ma pesano comunque sulla gestione.

A tal proposito si evidenziano alcuni dei costi invisibili come ad esempio:

- costi per le richieste di sostituzione (temporanea o definitiva) dei lavoratori infortunati e/o in malattia (es. mancato passaggio di competenze, difficoltà nel trovare nuove risorse con profili idonei, spese di formazione, straordinari, ...);
- costi legati ad un ambiente di lavoro sempre più teso (assenteismo, turnover elevato, personale esperto che ambisce ad un nuovo impiego o al pre-pensionamento, burnout delle risorse soggette a maggior pressione emotiva, conflittualità interna, danneggiamento di strumentazione, ...);
- costi connessi all'iter giuridico (es. spese legali per contenziosi, permessi a beneficio delle parti coinvolte nelle istruttorie, ...);

Per quanto concerne i costi della non sicurezza, è necessario valutare accuratamente i costi diretti e indiretti. I costi diretti comprendono le spese mediche, le indennità di invalidità, le sanzioni e le cause legali, mentre i costi indiretti includono la perdita di produttività, le assenze per malattia, e l'impatto negativo sull'immagine dell'azienda in seguito a incidenti o violazioni della sicurezza. Necessario identificare questi costi e valutare il rapporto costi/benefici, in modo da sviluppare una strategia di investimento sulla sicurezza sul lavoro che deve comprendere necessariamente corsi di formazione sulla sicurezza sul lavoro generali e specifici per tutti i lavoratori, l'acquisizione di attrezzature e dispositivi di sicurezza adeguati, l'implementazione di procedure e politiche aziendali per promuovere una efficace cultura della sicurezza nei propri ambienti di lavoro. La formazione sulla sicurezza sul lavoro deve coinvolgere tutti i livelli dell'organizzazione, dai dirigenti ai lavoratori. È fondamentale sensibilizzare i la-

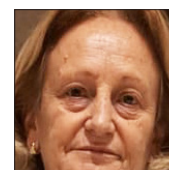
voratori sui rischi e fornire loro le competenze necessarie per prevenirli e gestirli in modo adeguato. Questa formazione deve includere conoscenze sulle normative di sicurezza, l'uso corretto degli strumenti e delle attrezzature, le procedure di emergenza e il coinvolgimento attivo dei lavoratori nella segnalazione di potenziali pericoli. La formazione è disciplinata all'interno dell'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011, che richiede che siano effettuati innanzitutto i corsi di Formazione Generale e Formazione Specifica rivolti a tutti i lavoratori. Nello specifico, la Formazione Generale (punto 4 dell'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011) dei Lavoratori non può essere inferiore alle 4 ore e deve vertere sui concetti generali in materia di salute e sicurezza sul lavoro, propedeutici alla comprensione di quanto verrà trattato nella successiva Formazione Specifica. La Formazione Specifica (punto 4 dell'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011) dei Lavoratori, invece, deve trattare tutti rischi riferiti alle specifiche mansioni del lavoratore e al settore o comparto di appartenenza dell'azienda ed avere una durata minima (12 ore per la classe di rischio alto) in funzione dell'attività svolta dal collaboratore e del settore ATECO dell'azienda. Le predette tipologie di "Formazione" nonché le attività di "Addestramento" devono essere effettuate a tutti i Lavoratori come intesi dal comma 1 lettera "a" dell'art. 2 del D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.. Il ruolo del Datore di Lavoro nella gestione della sicurezza sul lavoro è fondamentale. Il Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro lo individua come massimo responsabile della tutela dei suoi dipendenti. A lui competono svariati compiti e nomine che non può sottovalutare. In caso di inadempimento, non solo verrebbe sanzionato (addirittura arrestato) ma metterebbe anche a rischio l'incolumità dei lavoratori e l'immagine dell'azienda. Gli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro non sono dunque semplici procedure burocratiche. Si tratta di vere e proprie iniziative volte a migliorare un luogo di lavoro e a tutelare la salute dei Lavoratori. Egli è il primo responsabile della sicurezza sul lavoro. È colui che conosce al meglio l'ambiente in cui opera e sa riconoscere più di altri i rischi presenti al suo interno, effettuando la valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

## BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

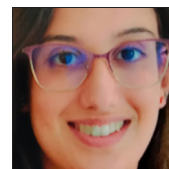
1. <https://www.ingenio-web.it/articoli/i-costi-della-mancata-sicurezza/>.
2. D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii. "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".
3. EU-OSHA, "Il valore della sicurezza e della salute sul lavoro e i costi sociali degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali", 2019.
4. INAIL, "Dati INAIL. Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali". ISSN 2035-5645. Roma: 2020.

# LA VIOLENZA IN SANITÀ

*Strumenti utili agli operatori sanitari e sociosanitari per alleviare la “Fatica della Cura”*



Maria Concetta  
L'ABBATE



Alessia  
LABATE

**Gli operatori dei servizi sanitari presentano un rischio significativo di subire atti di violenza durante la propria attività lavorativa e gli stessi sono così rilevanti che nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione sull'argomento inserendo, altresì, fra gli Eventi Sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), gli “atti di violenza a danno di operatore”.**

Il sistema delle raccomandazioni ministeriali e il flusso SIMES sono stati pensati nell'ottica del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Con la legge n. 113 del 14/08/2020, avente ad oggetto “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni”, all'art. 2, si istituisce l'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie, con specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti. Il tema dell'aggressività e della violenza contro gli operatori sanitari e socio-sanitari ha acquisito negli ultimi tempi un'importanza crescente per i ripetuti episodi di aggressione fisica e verbale diventati un problema di rilevanza sociale ed un indicatore di trasformazioni culturali, nella percezione che le persone hanno dei diritti e doveri sanciti dal Sistema Sanitario Nazionale. È dal rispetto reciproco tra le parti (operatore socio sanitario e paziente/utente/cliente) che nasce una relazione che è alla base del percorso di cura e di un vivere civile. Denunciare la Violenza in Sanità non è sufficiente, è necessario offrire agli operatori sanitari e sociosanitari strumenti utili per alleviare la Fatica della Cura. Gestire l'aggressività e la violenza da parte di pa-

zienti, clienti e assistiti rappresenta una delle principali sfide in particolar modo per il personale medico, infermieristico e per gli assistenti sociali.

Dalle indagini effettuate emerge che medici, infermieri e assistenti sociali si trovano costantemente con pazienti aggressivi e scontroso e che sono state vittime di violenze verbali e/o di violenze fisiche.

Le strutture sanitarie e socio sanitarie ed i loro dipendenti non sono sempre sufficientemente preparati o qualificati per far fronte a situazioni di questo genere. È necessario lavorare in sicurezza e far conoscere a tutti gli operatori sanitari e sociosanitari gli aspetti del lavoro in sicurezza, per affermare la cultura dell'etica nella relazione di cura e la cultura della Promozione della sicurezza del paziente (Patient Safety) cioè evitare l'insorgere e il prevenire i danni derivanti dai processi di cura sanitaria, e a migliorarne gli esiti e sicurezza dei Lavoratori (Worker Safety). È necessario apprendere le metodologie idonee a saper comunicare e recuperare quelle conoscenze di base della psicologia medica nei percorsi formativi Universitari e post-Universitari, disciplina fondamentale nei percorsi di cura e diagnostici per l'Umanizzazione della Cura e il raggiungimento dell'Empowerment.

Di fondamentale importanza è la comunicazione efficace e terapeutica tra professionista e paziente.

Il tema della violenza sul posto di lavoro, tuttavia, è alquanto vario. Le aggressioni verbali o fisiche da parte dei pazienti nei confronti degli operatori sanitari e socio sanitari sono una delle tante forme di violenza. Infatti, a queste tipologie si possono aggiungere i maltrattamenti dei lavoratori nei confronti dei colleghi (episodi di tirannia nei confronti di colleghi sullo stesso piano gerarchico), oppure dei superiori nei confronti dei collaboratori subordinati (il cosiddetto «bossing» o «mobbing verticale») o ancora



dei subordinati nei confronti dei superiori (il cosiddetto «staffing»), situazioni che possono trasformare il luogo di lavoro in un ambiente ostile. Causando conseguentemente elevato tasso di assenteismo tra i lavoratori; elevato ricambio dei dipendenti; pessimo clima di lavoro; scarso rendimento.

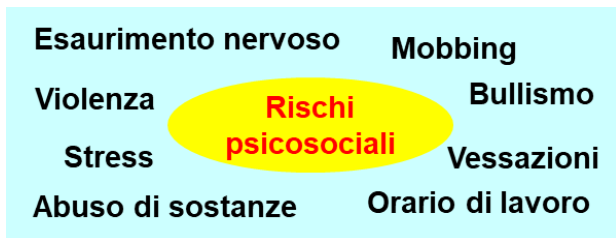
Il mobbing è una forma specifica di violenza sul lavoro. Heinz Leymann ha definito il terrore psicosociale o mobbing sul lavoro come un «comportamen-

può essere utilizzato come strumento per umiliare, minacciare o annichilire una persona; per «rischio per la salute e la sicurezza» si intende un rischio per la salute fisica o psichica di un lavoratore. Il bullismo spesso implica un abuso di potere, se la vittima ha difficoltà a difendersi.

Nel concetto di «vessazioni» sono inclusi gli atti ostili o i comportamenti offensivi indesiderati. Possono anche essere comprese le molestie sessuali. Ogni

***“Gli strumenti di salute e sicurezza professionale, particolarmente utili per promuovere la collaborazione all’interno dell’azienda, si fondano sull’analisi. A tal fine si possono adottare le procedure di analisi dei dati relativi alla diminuzione della capacità lavorativa; di valutazione dei rischi; dell’analisi della situazione di lavoro; di indagini tra i lavoratori e consultazioni con i lavoratori”***

to ostile e poco etico adottato in maniera sistematica da uno o più lavoratori nei confronti di un collega, che viene in tal modo costretto in una posizione priva di difese e tutele, mediante atti continui di violenza». Questi episodi si verificano molto frequentemente (statisticamente, almeno una volta alla settimana) e si protraggono a lungo (statisticamente, per almeno sei mesi). Solitamente, il mobbing è associato alla percezione di uno stress importante, dovuto a fattori di carattere organizzativo come una leadership inadeguata. Per quanto attiene alle misure organizzative, il mobbing può manifestarsi con assegnazione di compiti umilianti; isolamento sociale; attacchi alla persona e alla sua sfera intima; aggressioni verbali e fisiche; circolazione di pettegolezzi. Il bullismo sul lavoro è un comportamento ripetuto e irragionevole diretto nei confronti di un dipendente o di un gruppo di dipendenti, che rappresenta un rischio per la salute e la sicurezza. Nell’ambito di tale definizione, per «comportamento irragionevole» si intende il comportamento che una persona ragionevole, considerando tutte le circostanze, percepirebbe come umiliante, oppressivo o minaccioso; per «comportamento» si intende un insieme di azioni da parte di individui o di un gruppo. Anche un sistema di lavoro



episodio di vessazione sul lavoro è una forma di discriminazione esplicitamente vietata dalla legge.

Gli atti di aggressività assumono forme di comportamento incivile, cioè mancanza di rispetto per il prossimo; di violenza fisica o verbale intesa a danneggiare o ferire qualcuno; di atti di violenza intesi a danneggiare un’altra persona.

In genere gli atti di violenza esercitati dai pazienti nei confronti degli operatori sanitari sono del tutto immotivati, ma nella maggior parte dei casi è possibile individuare un filo conduttore che ha dato origine a una spirale di aggressioni. Non è infrequente

che delle carenze a livello comunicativo portino a malintesi.

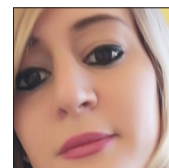
Tra le cause di queste violenze riconducibili ai pazienti si sono i disturbi di salute mentale, disturbi neurologici o una tossicodipendenza. A volte i pa-

zienti percepiscono come violente alcune misure adottate dal personale e pertanto reagiscono con aggressività. L’arroganza o l’inflessibilità sono sicuramente comportamenti degli operatori sanitari che possono scatenare reazioni violente da parte dei pazienti. Anche un’eccessiva burocrazia o la scarsità di personale o restrizioni alla libertà di movimento o regolamenti interni rigidi possono causare episodi di violenza.

**BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. Italian Journal of Primary Care | August 2023 | Vol 10 | No 2.
2. <https://www.ospedalesicuro.eu/attachments/article/334/Report-comm-europea-rischi-sanita.pdf>.
3. Commissione europea: Rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nel settore sanitario. Guida alla prevenzione e alle buone prassi.
4. <http://ec.europa.eu/progress>.

# CONSENSO INFORMATO: PROFILI DI RESPONSABILITÀ



Angela  
SARDELLA

*Rapporto medico-paziente e corretta acquisizione del consenso informato alla luce della giurisprudenza e dei Codici Deontologici*

**Il “Consenso Informato” trasforma la relazione clinica da un atto di fiducia ad un atto partecipato e la caratterizza come un processo decisionale, di scelte informate e consapevoli, dove gli “attori” coinvolti, il professionista della salute, il paziente/utente e l’istituzione si riconoscono come interlocutori. In questo processo di interazione e di coproduzione di conoscenza continuo, la parola e l’ascolto reciproco facilitano la costruzione di una proposta, di un percorso di cura e di tutela della salute su misura e, quindi, di qualità.**

Una buona pratica di informazione al consenso è un processo articolato, all’interno del quale ogni fase gioca un ruolo importante.

Il primo incontro e i successivi eventuali colloqui, la lettura di un testo informativo, la firma del modulo, lo scambio di domande e risposte fra professionista e paziente/utente/cliente, il contesto orientativo e capace di venire incontro ai bisogni di chi intraprende un percorso di cura o si sottopone ad un atto sanitario, sono tutte componenti che concorrono alla buona pratica quando interagiscono efficacemente fra loro. In questo senso anche l’ideazione, la stesura e l’utilizzo della documentazione scritta per il “Consenso Informato” non deve essere ridotta ad un mero adempimento burocratico.

Il “Consenso Informato” è una “condicio sine qua non” per poter proseguire in molte pratiche assistenziali (ad esempio un intervento chirurgico, trasfusioni, diagnostiche invasive, ...).

Il “Consenso Informato” è la manifestazione di volontà che il paziente esprime liberamente in ordine ad un trattamento sanitario.

L’obbligo per il medico di munirsi del valido consenso della persona assistita trova riscontro nell’Art.

13 (sancisce l’invulnerabilità della libertà personale) e nell’Art. 32 (nessuno può essere obbligato a determinati trattamenti sanitari se non per disposizione di legge) della Costituzione della Repubblica Italiana e nell’art. 50 del Codice Penale (consenso dell’avente diritto).

Il “consenso informato valido” deve essere:

- Personale: espresso direttamente dal soggetto per il quale è previsto l’accertamento, salvo i casi di incapacità, riguardanti i minori e gli infermi di mente;
- Libero: non condizionato da pressioni psicologiche da parte di altri soggetti;
- Esplicito: manifestato in maniera chiara e non equivocabile;
- Consapevole: formato solo dopo che il paziente ha ricevuto tutte le informazioni necessarie per maturare una decisione;
- Specifico: in caso di trattamento particolarmente complesso, l’accettazione del paziente deve essere indirizzata verso tali procedure, mentre non avrebbe alcun valore giuridico un consenso del tutto generico al trattamento;
- Preventivo e attuale: il consenso deve essere prestato prima dell’atto proposto, deve avere cioè concomitanza temporale con l’atto medico cui è riferito;
- Revocabile in ogni momento.

Il “Consenso Informato” è sempre obbligatorio, tranne alcune eccezioni.

Dal punto di vista giuridico, l’informazione relativa all’atto medico e la raccolta del consenso spetta al medico.

Il “Consenso Informato” è un atto Medico quindi acquisibile solo da personale medico.

L’infermiere supporta il paziente nella presa delle decisioni, aiutandolo a comprendere la propria si-

***“Oggi il diritto ad acconsentire in modo informato al trattamento sanitario costituisce il fulcro del rapporto medico-paziente e su di esso si fonda la legittimazione del professionista a prestare la sua attività terapeutica”***

tuazione, instaurando un rapporto d'aiuto basato sulla reciproca fiducia (DM 739/1994).

Nel terzo comma del DM 739/1994, altresì, l'infermiere viene individuato quale garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, funzione che sottolinea l'importanza della cooperazione tra la professione infermieristica e quella medica, evidenziando ancora una volta il ruolo dell'infermiere all'interno dell'équipe multidisciplinare.

Il “Consenso Informato”, quindi, postula il diritto del paziente di scegliere, accettare o anche rifiutare i trattamenti (diagnostici, terapeutici, ...), dopo esser stato pienamente informato sulla diagnosi, il decorso previsto dalla malattia, tutti i possibili rischi ad essa correlati e sulle alternative terapeutiche e le loro conseguenze. Il “Consenso Informato” rappresenta certamente un momento particolare e delicato dell'evento comunicativo, ponendosi come strumento che contribuisce allo stabilirsi dell'alleanza terapeutica, in tal modo il paziente condivide attivamente con il curante il suo percorso diagnostico e terapeutico.

Il Codice di Deontologia Medica del 2014 all'Art. 20 “Relazione di cura” recita: La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando

o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Dal punto di vista giuridico il “Consenso Informato” serve ad autorizzare la prestazione medica.

Senza consenso il medico non può operare una modificazione biologica o organica di un essere umano. Nel nostro ordinamento l'istituto giuridico del “Consenso Informato” afferma il principio di autodeterminazione del paziente.

La mancanza di “Consenso Informato”, infatti, lede il diritto inviolabile personale ad autodeterminarsi.

Il “Consenso Informato” sancisce il principio secondo cui è la scienza medica che deve essere asservita alla volontà della persona e non viceversa.

Alla base dell'informazione resa per ottenere il consenso alla prestazione non c'è l'informazione che il medico rende al paziente bensì l'informazione che il paziente offre al medico sulle sue aspettative di guarigione, sulle aspettative che egli vorrebbe realizzare attraverso la prestazione medica. Solo dopo il medico racconta al paziente le possibilità terapeutiche che la scienza e la sua personale prestazione possono garantire e alla fine il paziente sceglie consapevolmente se accettare o meno la prestazione medica.

La mancanza di informazioni genera sfiducia, preoccupazione, paura e la percezione che qualcosa

***“L'atto del consenso, quale consapevole adesione al trattamento proposto dal medico, è considerato espressione dei diritti inviolabili della persona alla salute e ad autodeterminarsi, diritti che trovano un punto di convergenza nel più ampio e fondamentale diritto alla libertà personale”***

il tempo della comunicazione quale tempo di cura. Il Codice di Deontologia Medica (FNOMCEO 2014) recita all'Art. 35 “Consenso e dissenso informato”: l'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del “Consenso Informato” o in presenza di “dissenso informato”.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta

non è andato come avrebbe dovuto.

Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura (art. 1 comma 8 della Legge 22/12/2017, n. 219; mentre al comma 1 stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge; mentre al comma 9 recita che ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei princi-

pi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale).

I tempi del consenso informato sanitario, cioè quanto tempo deve trascorrere tra la raccolta del consenso sanitario e l'atto sanitario stesso, la legge prevede che sia dato al paziente un congruo tempo per riflettere sull'intervento sanitario a cui essere sottoposto, ed eventualmente di formulare un ri-

Il "Consenso Informato" costituisce un momento imprescindibile nel rapporto medico/paziente e l'acquisizione dello stesso è indispensabile al fine di rendere legittimo l'atto sanitario.

Il "Consenso Informato" e l'informazione che lo precede e di cui è parte integrante non è un atto burocratico ma è parte di una alleanza terapeutica fondamentale tra medico e paziente.

È quindi necessaria una gestione ottimale del pro-

---

***“Oggi il diritto ad acconsentire in modo informato al trattamento sanitario costituisce il fulcro del rapporto medico-paziente e su di esso si fonda la legittimazione del professionista a prestare la sua attività terapeutica. Tale rapporto si sostanzia in una alleanza terapeutica e tutti gli sviluppi del percorso di cura devono, di norma, essere condivisi tra chi pratica il trattamento e chi lo subisce. L'atto del consenso, quale consapevole adesione al trattamento, proposto dal medico, è considerato espressione dei diritti inviolabili della persona alla salute e ad autodeterminarsi, diritti che trovano un punto di convergenza nel più ampio e fondamentale diritto alla libertà personale”***

---

pensamento con una revoca.

È evidente che ciò non può accadere nell'immediatezza dell'intervento da svolgere.

Di norma si considerano 24 ore come un tempo adeguato per la raccolta del consenso. Perciò la pratica di far firmare il consenso all'atto operatorio o anestesiológico poco prima dell'intervento, già in camera operatoria, è assolutamente vietata dalla legge e pone il professionista a serio rischio di conseguenze.

cesso di acquisizione del consenso informato che altrimenti gestito si può configurare come una grave negligenza della quale il medico risponde in concorso con la struttura sanitaria sul piano della responsabilità civile.

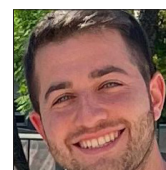
Sarebbe opportuno elaborare e adottare una procedura per la corretta acquisizione del Consenso Informato con la relativa matrice di responsabilità nonché la responsabilità della diffusione della procedura stessa.

#### **BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

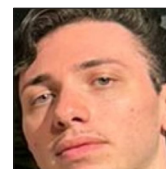
1. [https://www.questionegiustizia.it/rivista/articolo/il-consenso-informato\\_la-violazione-del-diritto-all-autodeterminazione-del-paziente-e-la-tutela-risarcitoria\\_360.php#:~:text=Nell'ordinamento%20giuridico%20italiano%20il,non%20per%20disposizione%20di%20legge.](https://www.questionegiustizia.it/rivista/articolo/il-consenso-informato_la-violazione-del-diritto-all-autodeterminazione-del-paziente-e-la-tutela-risarcitoria_360.php#:~:text=Nell'ordinamento%20giuridico%20italiano%20il,non%20per%20disposizione%20di%20legge.)
2. Costituzione della Repubblica Italiana.
3. Codice Penale.
4. Codice Civile.
5. [www.dirittocivilecontemporaneo.com](http://www.dirittocivilecontemporaneo.com).
6. [www.leggiditalia.it](http://www.leggiditalia.it).
7. <https://www.avvocato.it/>.
8. [www.personaedanno.it](http://www.personaedanno.it).
9. Cassazione n.15698/2010.
10. Cassazione n. 24791/2008.
11. Cassazione n. 3847/2011.
12. Corte Suprema di Cassazione - Sezione terza civile - Sentenza del 09/02/2010 N. 2847.
13. Convenzione di Oviedo (Consiglio europeo-1997).
14. DM 739/1994.
15. Codice di Deontologia Medica - FNOMCEO 2014.
16. Codice Deontologico dell'Infermiere FNOPI.
17. Legge 219/2017.
18. Legge Gelli Bianco 8 marzo 2017.
19. Legge 833/78 Istituzione del SSN e ss.mm.ii.



# INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA A LIVELLO TERRITORIALE E DISTRETTUALE



Vito  
MIGNOZZI



Cristian  
GISMONDI

*Miglioramento dei servizi delle cure primarie attraverso soluzioni organizzative in grado di superare i modelli assistenziali di tipo gerarchico e prestazionale*

**La tendenza verso la de-istituzionalizzazione della persona e il suo reinserimento nel proprio contesto di vita ha contribuito, da una parte, a ricercare nuove soluzioni di cura al di fuori della logica distaccante delle istituzioni, dall'altra, ha portato a rivalutare quel lavoro sommerso che da sempre ha contraddistinto la cura dell'anziano, del paziente cronico, del disabile, del paziente con disturbi di salute mentale nell'ambito della famiglia e della comunità di appartenenza.**

Quindi, come conseguenza emerge proprio il concetto di Community care quale approccio fondato sul lavoro di cura da parte di soggetti sia del settore informale (servizi, organizzazioni di advocacy, gruppi di self-help, associazioni e gruppi del Terzo Settore), sia del settore formale (settore pubblico e privato fondati sulla logica del profitto). Tutto ciò porta a una riconsiderazione di ruoli, funzioni e responsabilità delle varie professionalità sociali e sanitarie coinvolte, quali attivatori dei diversi tipi di reti sociali.

## Community care

Il concetto di community care indica un nuovo approccio alla salute ed è centrato sulla comunità anziché sulle istituzioni totali. Tale approccio si fonda su presupposti fondamentali, innanzitutto, una ridefinizione in senso più comprensivo del concetto di cura (care) inteso nel modo non più esclusivamente specialistico di terapia medica (cure). Ciò implica una concezione del lavoro di cura non di tipo esclusivamente terapeutico, ma inclusiva anche delle attività di promozione della salute, di prevenzione, di riabilitazione, di assistenza di tipo palliativo.

Self care

Il concetto di self-care (Cura di Sé o autocura) è volto al mantenimento della salute personale, si fonda su di una concezione della persona malata non come semplice ricevente passivo (utente o cliente) delle prestazioni dei servizi sanitari ma, al contrario, come primo e fondamentale "operatore" del lavoro di cura nei confronti della propria salute. Lo spazio sociale in cui essa si esplica coincide con "la gestione domestica della salute", intesa come ambito di vita familiare del malato nel quale questi affronta l'insorgere del malessere.

Dal punto di vista delle azioni curative intraprese e delle concezioni di malattia su cui esse si fondano, è possibile distinguere all'interno del self-care diverse tipologie, spesso tra loro sovrapposte o aggiunte:

- Self-care popolare, che fa ricorso principalmente alle conoscenze e alle pratiche della tradizione e della cultura popolare di appartenenza.
- Self-care non convenzionale quando la persona fa ricorso a pratiche (come l'utilizzo di farmaci omeopatici) basate su forme di medicina diverse da quelle dominanti nella medicina ufficiale.
- Self-care convenzionale che fa ricorso a farmaci autoprescritti (specie analgesici e antipiretici) e strumenti (termometro, misuratore di pressione, ...) derivanti dalla biomedicina ufficiale.

## Home care

Al di là del lavoro di self-care in senso stretto, la famiglia eroga un lavoro di cura anche in senso più ampio, sia di tipo preventivo che riabilitativo, che comprende diverse componenti:

- il prendersi cura materiale, che implica un contatto fisico col corpo del malato ed un aiuto alle sue attività di vita quotidiana (tali attività comprendono la cura personale, la gestione dell'incontinenza, la cura medica e infermieristica, le

- attività domestiche);
- diverse forme di supporto psicologico e di sostegno emotivo (consigli, conforto, conversazione, ...);
- sostegno economico e interesse più generale per il benessere della persona malata.
- La home care si fonda sul ruolo del caregiver e su di un forte elemento di coinvolgimento emotivo nel lavoro di cura da parte sua nei confronti del malato, rispetto al quale ha solitamente un legame matrimoniale (coniuge), di convivenza (compagno/a), di parentela (figlio/a, sorella/fratello, ...) o di affinità (nuora/genero, cognata/cognato, ...).

#### **Problematiche attuali della family care**

L'esiguità del numero dei componenti è tale da non consentire forme adeguate di home care, se non al prezzo di un impoverimento economico, dovuto alla rinuncia all'attività lavorativa per seguire il familiare ammalato.

Il processo di invecchiamento della popolazione fa

Esistono tre possibili approcci per affrontare la sfida che i caregiver devono affrontare nel loro ruolo:

- Nel primo caso (l'inghiottimento), il caregiver subordina la propria vita a quella della persona della quale si prende cura, che assume la precedenza su ogni altra cosa. Il caregiver è così immerso nel proprio ruolo da farlo divenire una caratteristica fondamentale della propria identità personale. Questa modalità è tipica di persone con un notevole carico materiale di cura e legate al malato da un forte legame emotivo (moglie, figlia).
- Nel secondo caso (stabilire un equilibrio), il caregiver esplica le responsabilità del proprio ruolo curativo mantenendo simultaneamente un certo livello di autonomia e di distacco emotivo. Questa seconda modalità appare, al contrario della prima, più tipicamente maschile o comunque possibile per coloro che mantengono interessi ed attività (di lavoro o tempo libero) extra-domestiche.

***“È fondamentale che l'integrazione professionale diventi un processo organico nel quale i diversi operatori mettono in campo la propria individualità e specificità, dando vita a quell'intreccio di pluricompetenze che è la base del lavoro di gruppo”***

sì che il numero di potenziali caregiver sia in diminuzione e la loro età sempre più avanzata rispetto ad una popolazione sempre più anziana, i cui bisogni di assistenza aumentano considerevolmente. Il fenomeno delle badanti, ovvero di caregiver immigrate dai paesi più giovani e più poveri (Est Europeo, America Latina, Sud est asiatico, ...) ha costituito la principale risposta a questo problema a livello di settore informale, in assenza di interventi da parte del settore formale.

Al di là dei fattori di natura strutturale, la possibilità che la famiglia continui a svolgere una funzione di home care appare oggi problematica anche in virtù di una serie di fattori attitudinali di natura sociale e culturale (minor disponibilità da parte delle donne; eccessivo sovraccarico emotivo e pratico; peggioramento della situazione economica; separazioni e divorzi, ...).

#### **Tipologie di caregiver**

- Nella strategia simbiotica, infine, il caregiver trae benefici positivi del proprio ruolo, per cui non ha alcun reale desiderio che esso cessi (come nel caso di un genitore con figlio malato o disabile). La sfida del Community care consiste proprio nella capacità di realizzare reti di assistenza per i componenti più deboli di una comunità capaci di coinvolgere una pluralità di soggetti (istituzionali e non) in grado di operare all'interno della comunità locale, cioè nell'ambiente umano e socioculturale in cui la persona vive. L'OMS in numerosi documenti sollecita gli stati membri ad attuare riforme sanitarie che mettano al centro un'assistenza sanitaria di base incentrata su famiglia e comunità (Community care) e finalizzata a pratiche di self care, family-care, tutela e promozione della salute nella prospettiva di un potenziamento delle risorse individuali e della comunità stessa (Empowerment).

#### **BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. L. Ridolfi, Co-evoluzioni in sanità: forme di interazione e prospettive di sviluppo tra organizzazioni, cittadini e reti tecnologiche, ISIG, Trim. di Sociologia Internazionale, Gorizia, 2006/2007.
2. L. Ridolfi, Il Community care quale possibile modello di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale.
3. [www.amm.unibs.it/content/dam/unibs/eco/gibravo/Pub/SOCECO/disp09-Welfare.pdf](http://www.amm.unibs.it/content/dam/unibs/eco/gibravo/Pub/SOCECO/disp09-Welfare.pdf).
4. Le medicine non convenzionali in Italia: storia, problemi e prospettive di integrazione, Franco Angeli, Milano, 2007.

# NOVITÀ PER IL SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

*Scadenza proroga ECM: “l’Infermiere è tenuto eticamente al continuo aggiornamento”*

Il Decreto Legge 29 dicembre 2022, n. 198 (art. 4, co. 5) modifica quanto previsto dall’art. 5-bis della legge 17 luglio 2020, n. 77 in materia di formazione continua in medicina e precisamente: “Disposizioni in materia di formazione continua in medicina”.

I crediti formativi del quadriennio 2020-2023, da acquisire, ai sensi dell’articolo 16-bis del D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, e dell’articolo 2, commi da 357 a 360, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, attraverso l’attività di formazione continua in medicina, si intendono già maturati in ragione di un terzo per tutti i professionisti sanitari di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, che hanno continuato a svolgere la propria attività professionale nel periodo dell’emergenza derivante dal COVID-19.

Tale variazione presuppone la proroga di un anno per l’acquisizione dei crediti formativi dell’ultimo periodo, che si chiuderà il 31 dicembre 2023.

Il tempo a disposizione degli operatori sanitari per completare il fabbisogno di crediti formativi ECM relativo al triennio 2020-2022 sta scadendo. In seguito alla proroga di un anno di questa scadenza, il 31 dicembre prossimo sarà infatti l’ultimo giorno che i professionisti inadempienti avranno a disposizione per mettersi in regola ed evitare di incappare in sanzioni, tra cui la sospensione dall’Ordine Professionale di riferimento.

Dal 1° gennaio 2023 ha avuto così inizio il nuovo triennio formativo 2023-2025. Per i professionisti sanitari che hanno raggiunto i crediti necessari nello scorso triennio 2020-2022 sarà quindi possibile iniziare il nuovo triennio formativo, in cui l’obbligo è di raggiungere nuovamente 150 crediti nel corso dei 3 anni.

Per chi non ha assolto l’obbligo ECM per il triennio passato, fino al 31 dicembre 2023 è possibile recuperare eventuali debiti formativi pregressi. Il recupero di crediti si estende anche per i due trienni precedenti, ovvero 2014-2016 e 2017-2019.

**E**ducazione

**C**ontinua

**M**edicina

