



## MERITIAMO UNA SANITÀ MIGLIORE. SERVE UNA SVOLTA

### EDITORIALE

Combattere  
l'antibiotico  
resistenza

### PRIMO PIANO

Infermieri dall'India  
il progetto di  
Schillaci non piace

### PROMOZIONE SALUTE

L'ergomania ed  
il work-life  
balance

### IN FORMAZIONE

Rinnovo degli organismi  
dell'OPI Bari per il  
quadriennio 2025-2028

Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane - Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXXII - N° 8/9/10/11/12 agosto/ settembre/ottobre/novembre/dicembre 2024 - Spedizione in A.P. - Autorizzazione DIR POSTEL - Bari. Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199



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 13 dicembre 2024

**Direttore Responsabile**

Saverio Andreula

**Vicedirettore**

Pasquale Nicola Bianco

**Direttore Scientifico**

Giuseppe Marangelli

**Comitato di redazione**

Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Giorgia Chetta, Michele Fighera, Elena Guglielmi, Stefania Stea, Maurizio Tarantolo

**Comitato di esperti**

Saverio Andreula, Pasquale Nicola Bianco, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia, Angela Sardella

**Coordinamento di Redazione**

Salvatore Petrarolo

**Segreteria di Redazione**

Angela Sardella

**Hanno collaborato**

Gessica Angelini, Saverio Campanella, Maria Colapinto, Domenico Dentico, Libera Liana Diana, Valentina Di Tullio, Vincenzo Inglese, Adriana Laterza, Raffaele Manzari, Marialessia Monno, Maria Romanazzi, Benedetta Caterina Sabbatelli, Cosimo Giovanni Spinelli, Margherita Zatton

**SOMMARIO****EDITORIALE**

- 3** **COMBATTERE L'ANTIBIOTICO-RESISTENZA**  
Saverio **ANDREULA**

**PRIMO PIANO**

- 5** **INFERMIERI DALL'INDIA, IL PROGETTO DI SCHILLACI NON PIACE**  
Salvatore **PETRAROLO**
- 7** **AGGRESSIONI A PERSONALE SANITARIO: BASTERÀ UNA LEGGE PER FERMARLE?**  
Salvatore **PETRAROLO**

**PROFESSIONE IN AZIONE**

- 9** **PERCORSO FORMATIVO SU INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ**  
Elena **GUGLIELMI**
- 11** **DIAGNOSI PRECOSE DI ATROFIA MUSCOLARE SPINALE (SMA)**  
Margherita **ZATTON**, Gessica **ANGELINI**
- 14** **VOLONTARI ATTUATORI DELLA COSTITUZIONE E PROTAGONISTI DEL SSN**  
Marialessia **MONNO**, Carmela **MARSEGLIA**

**RICERCA INFERMIERISTICA**

- 18** **INTUBAZIONE ENDOTRACHEALE DIFFICILE NEL NEONATO E NEL BAMBINO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA**  
Domenico **DENTICO**, Raffaele **MANZARI**

**PROMOZIONE SALUTE**

- 20** **L'ERGOMANIA ED IL WORK-LIFE BALANCE**  
Maria **COLAPINTO**, Liana Libera **DIANA**
- 22** **DIFFONDERE LA CULTURA DELLA CARDIO-PROTEZIONE**  
Vincenzo **INGLESE**, Alessia **LABATE**
- 24** **IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO E L'ENGAGEMENT NEL SISTEMA SANITARIO**  
Michele **FIGHERA**, Valentina **DI TULLIO**
- 26** **OBIETTIVO 2030: TRASFORMARE IL MONDO**  
Saverio **CAMPANELLA**

**SICUREZZA E BENESSERE**

- 28** **SOSTANZE REPROTOSSICHE: RISCHI, PREVENZIONE E PROTEZIONE DELLA SALUTE RIPRODUTTIVA**  
Angela **SARDELLA**, Pasquale Nicola **BIANCO**
- 31** **SICUREZZA E SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO: LE CRITICITÀ**  
Maria **ROMANAZZI**, Cosimo Giovanni **SPINELLI**
- 33** **ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A SOSTANZE TOSSICHE E BENESSERE ORGANIZZATIVO**  
Adriana **LATERZA**, Benedetta Caterina **SABBATELLI**

**IN FORMAZIONE**

- 35** **I PARTENARIATI TRA ENTI PUBBLICI E PRIVATI NEL SETTORE SOCIOSANITARIO**  
Angela **SARDELLA**
- 38** **RINNOVO DEGLI ORGANISMI DELL'OPI BARI PER IL QUADRIENNIO 2025-2028**  
Giorgia **CHETTA**, Maurizio **TARANTOLO**

**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.

# COMBATTERE L'ANTIBIOTICO RESISTENZA



Saverio  
ANDREULA

*Iniziative dei Professionisti della Salute per la prevenzione, contro l'antibiotico-resistenza. Partnership, innovazione e One Health.*

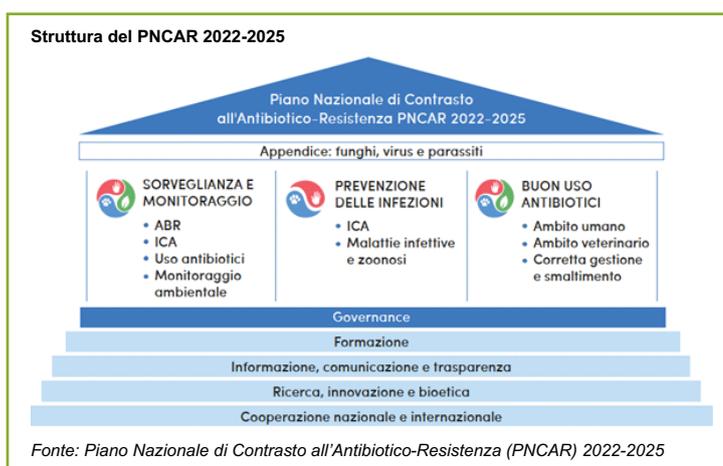
**Il 28 e il 29 novembre 2024 si è tenuto a Bari l'evento conclusivo della Presidenza Italiana del G7 Salute dedicato ad affrontare l'emergenza all'antibiotico-resistenza.**

La FNOPI e l'OPI BARI hanno confermato il loro impegno nel dialogo con le istituzioni per contribuire ad una sanità migliore a tutela dei cittadini. Gli antibiotici sono una classe di farmaci capaci di inibire la crescita dei batteri, esercitando il loro effetto attraverso diversi meccanismi di azione. Sono essenziali per il trattamento delle infezioni batteriche e devono essere utilizzati esclusivamente per il trattamento di queste infezioni, solo su prescrizione dei medici, e assunti per il tempo necessario e alle dosi prescritte. È ampiamente riconosciuto che gli antibiotici hanno avuto un impatto positivo nel migliorare significativamente la salute della popolazione. Però il loro uso eccessivo e inappropriato negli uomini e negli animali sta contribuendo ad accelerare drammaticamente il fenomeno dell'antibiotico-resistenza, il processo naturale per cui i batteri divengono resistenti a quel gruppo di antibiotici che un tempo erano in grado di combatterli con successo. La resistenza dei batteri agli antibiotici e, in particolare, le multi-resistenze (resistenza di un batterio a quattro o più farmaci appartenenti a classi diverse di antibiotici), rappresentano una minaccia significativa per la salute pubblica a livello globale, poiché contribuiscono all'aumento della mortalità, a lunghe degenze ospedaliere e a costi sanitari elevati. Le statistiche mostrano che l'Italia è tra i Paesi europei con i più alti consumi di antibiotici e con i tassi più elevati di resistenza e multi-re-

sistenza. Il contrasto all'incremento delle resistenze può avvenire in modo efficace solo attraverso un approccio integrato e globale, come il modello "One Health", che promuova l'uso responsabile di questi farmaci in tutti i settori. L'Italia attualmente si è dotata del secondo Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PN-CAR 2022-2025) che, in armonia con le indicazioni dell'OMS, include, tra le aree di intervento, il monitoraggio del consumo di antibiotici sia in ambito umano sia veterinario. Gli infermieri, indubbiamente, svolgono un ruolo fondamentale nel contrastare l'antibiotico-resistenza, una delle principali minacce per la salute pubblica a livello globale. Il ruolo dell'infermiere si articola su vari fronti, tra cui la prevenzione, l'educazione del paziente, il monitoraggio e l'uso responsabile degli antibiotici. Tra i tanti compiti che l'infermiere svolge nel contrastare l'antibiotico-resistenza si può evidenziare, in particolar modo, che ha un ruolo fondamentale nell'educare i pazienti riguardo all'uso corretto degli antibiotici; spiegare che gli antibio-



tici sono efficaci solo contro le infezioni batteriche e non contro virus come il raffreddore o l'influenza; informare i pazienti sull'importanza di completare l'intero ciclo di trattamento di antibiotico, anche se i sintomi migliorano prima del termine del trattamento, per evitare lo sviluppo di resistenza; informare i pazienti, altresì, sul rischio di condividere antibiotici con altre persone, poiché ogni tipo di infezione richiede un trattamento specifico. Gli infermieri, inoltre, sono responsabili di applicare e insegnare pratiche igieniche che prevenivano le infezioni e riducano la necessità di antibiotici, promuovendo l'igiene delle mani tra i pazienti, i familiari e il personale sanitario; implementando protocolli di isolamento per prevenire la diffusione di infezioni resistenti agli antibiotici sia in ospedale che in altri contesti sanitari; incentivando le vaccinazioni per prevenire malattie infettive, riducendo così la necessità di trattamenti antibiotici. Essi devono assicurarsi che vengano somministrati solo quando necessario e secondo le indicazioni corrette del medico, verificando le indicazioni per la somministrazione degli antibiotici; monitorando i pazienti per notare eventuali segni e sintomi di effetti collaterali legati agli antibiotici, come reazioni allergiche o sviluppi di infezioni secondarie, come la diarrea associata agli antibiotici. In ambiente ospedaliero, gli infermieri hanno il compito di riconoscere tempestivamente segni di infezioni acquisite in ospedale, come quelle causate da ceppi resistenti, e agire prontamente per contenerle; collaborare con i medici, con i microbiologi e gli specialisti in infezioni per gestire i pazienti con infezioni resistenti agli antibiotici. Gli infermieri applicano le evidenze scientifiche più recenti riguardanti la gestione delle infezioni e l'uso degli antibiotici, seguendo le linee guida cliniche per l'uso degli antibiotici, basandosi su ricerche scientifiche per garantire che siano somministrati solo quando necessario e nella giusta dose; effettuando la valutazione continua dell'efficacia della terapia antibiotica, favorendo il de-escalation terapeutico, ossia la riduzione dell'uso di antibiotici ad ampio spettro a favore di quelli più mirati, se necessario. L'approccio "One Health" è fondamentale per contrastare la diffusione della resistenza agli antibiotici, poiché la resistenza non riguarda solo gli esseri umani, ma coinvolge anche gli animali e l'ambiente, creando un ciclo che può amplificare il problema a livello globale. Infatti, gli antibiotici sono utilizzati sia per trattare le infezioni



negli esseri umani, ma anche negli animali da allevamento e negli animali compagni di vita. L'uso eccessivo o inappropriato di antibiotici in entrambi i settori può favorire lo sviluppo di batteri resistenti che possono trasmettersi tra gli esseri umani, gli animali e l'ambiente. Ad esempio, batteri resistenti agli antibiotici possono essere trasferiti da animali a esseri umani attraverso il consumo di carne contaminata o il contatto diretto con gli animali. Le zoonosi rappresentano una minaccia significativa in questo contesto. Un aspetto fondamentale dell'approccio "One Health" è l'educazione dei professionisti della salute umana, veterinaria e ambientale. È necessario che tutti questi settori collaborino per educare la comunità sull'uso responsabile degli antibiotici, sugli effetti collaterali della loro resistenza e sulle pratiche di prevenzione per ridurre la diffusione della resistenza. L'approccio One Health è essenziale per combattere l'antibiotico-resistenza in modo efficace, poiché riconosce che la salute degli esseri umani, degli animali e dell'ambiente sono strettamente collegate. Affrontare la resistenza agli antibiotici richiede una collaborazione tra i vari settori, politiche sanitarie integrate e un monitoraggio coordinato per prevenire e limitare la diffusione di batteri resistenti a livello globale. In sintesi, il ruolo dell'infermiere nel contrastare l'antibiotico-resistenza è multidimensionale e comprende la prevenzione delle infezioni, l'educazione dei pazienti, la promozione di pratiche cliniche basate su evidenze, il monitoraggio dell'uso degli antibiotici e la partecipazione attiva in programmi di gestione ottimale degli antibiotici.

Grazie alla sua posizione privilegiata nel sistema sanitario, l'infermiere ha un impatto significativo nel ridurre l'abuso e l'uso improprio degli antibiotici, contribuendo così a rallentare la diffusione della resistenza agli antibiotici.

# INFERMIERI DALL'INDIA, IL PROGETTO DI SCHILLACI NON PIACE



Salvatore  
PETRAROLO

**Di quella proposta o provocazione, se si preferisce, fatta dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, in una intervista di un paio di mesi fa sul quotidiano "Repubblica", al momento non c'è traccia.**

I diecimila infermieri indiani che il ministro avrebbe voluto portare in Italia per sopperire alle carenze di organico, restano solo sulla carta e nelle intenzioni, un po' spiazzanti, del ministro Schillaci.

Quelle parole non erano una provocazione, ma un progetto ben preciso: "Al recente G7 della salute – aveva dichiarato Schillaci – ho parlato con la vice ministra indiana. Nel suo Paese ci sono ben 3,3 milioni di infermieri, tantissimi. Vogliamo portare qua, intanto, circa diecimila". Il ministro Schillaci, nell'intervista a "Repubblica" offre anche alcuni dettagli di questa possibile operazione: "L'idea è di farli reclutare direttamente dalle Regioni e qualcuno si sta già muovendo per metterli in corsia, ad esempio la Campania": Non certo la Puglia dove se è vero che le piante organiche delle strutture sanitarie pubbliche sono in sofferenza, è altrettanto vero che gli infermieri non mancherebbero.

Quelle che mancano sono le risorse finanziarie, visto che la Regione Puglia dovrebbe essere fuori dal Piano di rientro sui conti della sanità, entro la fine di questo 2024.

Il problema della poca disponibilità di risorse economiche per assumere nuovi infermieri, lo ha evidenziato anche il presidente dell'Opi Bari, Saverio Andreula, intervenendo nell'approfondimento giornalistico "Mattino Norba" sull'emittente regionale pugliese, TeleNorba.

Ci sono due facce della stessa medaglia: mancano le risorse finanziarie per assumere nuovi infermieri in una regione, la Puglia, che ha università dalle quali vengono licenziati professionisti della sanità in

numero sufficiente per la nostra regione.

Per dirla in maniera ancora più netta, riprendendo il pensiero del presidente Andreula: in Puglia non servirebbe nemmeno uno dei diecimila infermieri indiani che il ministro della Salute, Orazio Schillaci intende portare in Italia.

C'è poi un'altra questione che Andreula ha posto in merito a questo progetto: inserire all'interno degli organici delle strutture sanitarie, infermieri di altra nazionalità, rappresenta un vulnus per la qualità delle prestazioni sanitarie.

Sul punto il ministro Schillaci nell'intervista a "Repubblica" ha chiarito: "Dal punto di vista dei requisiti andrà valutata la conoscenza della lingua, mentre sulla formazione professionale non ci sono problemi, in India è buona".

L'idea, sempre rilanciata dal ministro, è che l'accordo con quel Paese possa prevedere una sorta di equivalenza del titolo di studio tra la laurea italiana e quella indiana.

Il paradosso di questa vicenda la mette in evidenza ancora una volta il presidente dell'Opi Bari: dall'Italia, che avrebbe bisogno di almeno trentamila infermieri, facciamo partire professionisti della sanità verso nazioni più attrattive sul piano del riconoscimento economico, come la Germania, l'Irlanda o l'Inghilterra.

La strada per uscire da questo paradosso è tracciata: basterebbe pagare di più e meglio gli infermieri italiani, così da invogliare i giovani a scegliere quella bella professione.

Adeguare gli stipendi dovrebbe essere la prima parola d'ordine, perché entrare nel mondo della sanità pubblica o privata, per un infermiere significa prendere uno stipendio che di media può arrivare ai 1.600 euro mensili. Cifra tutt'altro che attrattiva, soprattutto se parametrata sulle responsabilità che

la professione infermieristica interpreta nella quotidianità.

Gli infermieri italiani, come evidenziato dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, guadagnano 34mila euro l'anno contro una media di 42mila euro del complesso del settore sanitario.

Ed è una cifra di molto inferiore agli stipendi che gli infermieri ricevono in altri Paesi. Ogni anno all'estero ci vanno almeno 300 infermieri che hanno studiato in Italia.

Così l'idea di far arrivare in Italia diecimila infermieri indiani, sembra sempre più stridente con una situazione che potrebbe risolversi in casa. Come detto al momento quella del ministro Schillaci è una proposta, non definitiva, per risolvere le criticità strutturali di tutto il sistema sanitario.

L'arrivo degli infermieri dall'India (paese nel quale il rapporto infermieri-pazienti è di 1,6 per ogni mille abitanti rispetto al rapporto 6,2 infermieri per mille abitanti che si registra in Italia) potrebbe colmare in parte il rinvio del grande piano di assunzioni di 30mila persone che dovrebbe essere finanziato con i nuovi fondi per la sanità previsti nella legge di bilancio.

Il piano di assunzioni, però, come dichiarato dal ministro nell'intervista a "Repubblica" non partirà nel 2025: "Avevo parlato di piano pluriennale – sono le parole di Schillaci –, ma le Regioni ci devono ancora mandare il loro di piano triennale di assunzioni previsto dal decreto sulle liste d'attesa. Ci devono ancora dire di quante risorse hanno bisogno".

A proposito di risorse: Schillaci non nasconde la delusione del settore sanità per le scarse risorse stanziare in manovra. 17,3 miliardi vengono assorbiti per ridurre il cuneo fiscale, ma tre miliardi quest'anno, quattro nel 2025 e 4,2 miliardi nel 2026 sono destinati a questo comparto. "Dobbiamo prendere nuo-



vi medici e infermieri – dichiara il ministro – e anche pagare meglio. Lo faremo in un piano pluriennale". Intanto si guarda all'India e a quei diecimila infermieri che si vorrebbero portare in Italia per sopperire alle carenze di personale. Se non è una contraddizione in termini questa.

L'attuale situazione degli infermieri italiani è "insostenibile", emerge uno scenario fatto di turni massacranti, straordinari obbligati, ferie negate, una retribuzione ferma da tempo.

La mancanza cronica di personale produce sovraccarichi di lavoro divenuti ormai croniche. Queste condizioni lavorative hanno e continuano ancora adesso a spingere molti professionisti a lasciare il servizio sanitario.

È un quadro desolante e inaccettabile. È fondamentale intraprendere azioni concrete per rendere la professione infermieristica più attrattiva, sia sotto il profilo economico che in termini di opportunità di crescita professionale, valorizzando la qualifica e le prospettive di carriera nel settore.

Vanno attivate strategie anche a lungo termine per affrontare seriamente il fenomeno della "fuga degli infermieri".

È essenziale garantire non solo i diritti degli infermieri, ma anche quelli dei pazienti e dei cittadini, i quali hanno il diritto di essere assistiti da professionisti altamente qualificati, che abbiano una conoscenza approfondita del sistema sanitario locale e una piena competenza nella lingua del paese in cui prestano servizio. Per coprire la carenza locale, sempre più pressante, importare infermieri dall'estero sembra una soluzione rapida delle nazioni ricche, ma necessario interrogarsi sull'etica di questo approccio per risolvere il problema della carenza del personale infermieristico.



# AGGRESSIONI A PERSONALE SANITARIO: BASTERA' UNA LEGGE PER FERMARLE?



Salvatore  
PETRAROLO

**Avrebbe colpito un infermiere che lo stava curando nel Pronto soccorso del Policlinico di Bari, colpendolo con un violento pugno al volto.**

E' solo l'ultimo episodio di una escalation che non sembra conoscere fine nelle aggressioni al personale sanitario. Ma è anche uno dei primi eventi avvenuto da quando è in vigore la legge sul contrasto ai fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari. Il presunto responsabile dell'aggressione è stato arrestato dalla Polizia con l'accusa di lesioni personali aggravate dall'aver commesso il fatto contro personale esercente una professione sanitaria nell'esercizio delle sue funzioni.

Sono gli effetti della legge che dovrebbe fungere da deterrente contro un fenomeno, quello delle aggressioni al personale sanitario, che in Puglia, secondo i dati Inail del triennio 2019-2021, fa registrare quattro episodi al giorno contro il personale sanitario e socio-sanitario. L'intento della legge è chiaro: dare risposte concrete e maggiori tutele, per dirla con le parole del ministro della Salute, Orazio Schillaci, al personale sanitario. "Le aggressioni non devono restare impuniti - ha dichiarato il ministro all'indomani dell'approvazione della legge -, ma sappiamo bene che è necessario continuare a lavorare per portare avanti un cambiamento culturale e recuperare il senso dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente". Mettere in campo misure contro le aggressioni a difesa di chi difende la nostra salute era un impegno del Governo Meloni, aveva ricordato il sottosegretario alla Salute, il pugliese Marcello Gemmato. Parole rilanciate da Foggia, in occasione della iniziativa, davanti al Policlinico Riuniti, dove qualche mese fa si era registrato uno degli episodi di violenza in corsia ai danni di medici e infermieri, vittime di aggressione da parte di parenti e amici di una ragazza de-

ceduta a seguito dei danni riportati dopo un incidente stradale. Un mese dopo quella manifestazione nel capoluogo dauno, il Parlamento ha dato il via libera alla nuova normativa anti aggressioni che potrebbe non bastare da sola a riportare serenità e sicurezza nei presidi sanitari e nelle corsie degli ospedali. "C'è necessità di formazione degli operatori - spiega il ministro Schillaci - e di far capire ai cittadini di chi si prende cura di noi".

L'Organizzazione mondiale della sanità informa che tra l'8 e il 38 per cento degli operatori ha subito una forma di violenza fisica nella sua carriera e molte di più sono state le aggressioni verbali. Senza contare le violenze non segnalate per timore o per la convinzione che il rischio faccia parte del mestiere.

La Regione Puglia ha approvato nel luglio del 2024 delle Linee di indirizzo per la prevenzione delle aggressioni degli operatori sanitari e socio-sanitari, presentate durante il Forum Mediterraneo in sanità. Il problema delle aggressioni al personale sanitario è complesso e non ha una sola origine: c'è la perdita di autorevolezza delle istituzioni, la carenza di formazione, il logorio e la carenza di personale sanitario, l'inadeguata comunicazione interna.

La Regione Puglia, nelle Linee guida regionali Hospitality, chiarisce che i luoghi della salute devono essere accoglienti e devono essere organizzati in modo da garantire la sicurezza ed il personale deve essere formato a comunicare in maniera efficace, a gestire il rischio e la de-escalation. "Bisogna rafforzare le misure di sicurezza" rilancia il presidente dell'Opi Bari, Saverio Andreula, commentando l'aggressione al collega infermiere avvenuto nel Pronto soccorso del Policlinico. "Non bastano solo le telecamere, ma servono misure efficaci per garantire migliori condizioni di sicurezza a tutti gli operatori sanitari". Nei primi otto mesi del 2024 al Servi-



zio di prevenzione e protezione aziendale della Asl di Bari sono state segnalate 51 aggressioni a personale sanitario.

Tra le sedi cosiddette “ad alto rischio” aggressioni ci sono i Pronto soccorso che, tra poco tempo, saranno dotati di una nuova figura professionale: l’infermiere di processo dedicato all’accoglienza, grazie al quale è possibile incentivare la presa in cura del paziente e dei suoi familiari, dal triage alla dimissione e/o ricovero, e creare una rete di collegamento tra i diversi professionisti della salute con l’obiet-

tivo di ottimizzare i tempi d’attesa, ridurre le eventuali tensioni e migliorare la gestione del processo.

Come da linee guida, il personale - presente in un’area compresa tra la “sala d’attesa” e le “postazioni di triage” - motivato all’accoglienza e adeguatamente formato, aggiornerà i familiari del congiunto in Pronto Soccorso riguardo l’iter clinico-diagnostico-terapeutico intrapreso, con informazioni puntuali e costanti, rispondendo alle richieste provenienti anche dallo stesso paziente in attesa.

Questa attività sarà garantita per l’intero periodo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso, dall’ingresso fino alla dimissione a domicilio o al ricovero. Il servizio di accoglienza e informazione è presente dalle ore 8 alle ore 20 tutti i giorni.

Il personale infermieristico sarà adeguatamente formato per migliorare il processo informativo e, quindi, prevenire atti di violenza contro gli operatori sanitari e sociosanitari.

Nel progetto saranno coinvolti professionisti sanitari con esperienza maturata in Pronto Soccorso, esperti delle dinamiche, dei percorsi interni e dei flussi clinici-assistenziali tipici di un dipartimento di emergenza-urgenza. Basterà per azzerare le aggressioni e gli episodi di violenza negli ospedali?

## **ECCO COSA PREVEDE NEL DETTAGLIO, ARTICOLO PER ARTICOLO, IL NUOVO DECRETO**

### **Articolo 1 (Modifiche all’articolo 635 del codice penale)**

Viene qui prevista una novella al codice penale. Chiunque, all’interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, con violenza alla persona o con minaccia ovvero in occasione del delitto previsto dall’articolo 583-quater (lesioni a danno di esercenti la professione sanitaria), distrugge, disperde, deteriora o rende, in tutto o in parte, inservibili cose ivi esistenti o comunque destinate al servizio sanitario o socio-sanitario, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa fino a 10.000 euro. Se il fatto è commesso da più persone riunite, la pena è aumentata.

### **Articolo 2 (Modifiche agli articoli 380 e 382-bis del codice di procedura penale)**

Modificato anche l’articolo 380 del codice penale, al comma 2. Previsto l’arresto obbligatorio in flagranza in caso di lesioni personali a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali con reclusione da due a cinque anni; e arresto in flagranza in caso di danneggiamento di materiale destinato al servizio sanitario o socio-sanitario.

Viene poi aggiunto un comma 1 bis all’articolo 382 bis del codice penale introducendo l’arresto in flagranza differita in caso di aggressione a esercenti la professione sanitaria e danneggiamento di attrezzature destinate all’assistenza sanitaria. Questo avverrà “sulla base di documentazione video-fotografica o di altra documentazione legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica, dalla quale emerga inequivocabilmente il fatto, ne risulta autore, sempre che l’arresto sia compiuto non oltre il tempo necessario alla sua identificazione e, comunque, entro le quarantotto ore dal fatto”.

### **Articolo 3 (Clausola di invarianza finanziaria)**

Dalle disposizioni presenti nel decreto non dovranno derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

### **Articolo 4 (Entrata in vigore)**

Il decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

# PERCORSO FORMATIVO SU INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ



Elena  
GUGLIELMI

*Regione Puglia: al via i percorsi formativi e progetti pilota per i futuri infermieri di famiglia e di comunità.*

## **Gli OPI Puglia protagonisti assoluti dello sviluppo dell'infermieristica in ambito familiare e comunitario.**

Allo stato, volendo tracciare una sorta di cronistoria dei fatti accaduti, è plausibile affermare che, finalmente, la professione, in ambito regionale, ha raggiunto traguardi decisamente importanti.

Infatti, grazie all'impegno profuso dagli OPI Puglia, a seguito di una lunga interlocuzione trattenuta nel corso di questi ultimi anni con la Regione Puglia, il 28 maggio 2024, nel corso dell'incontro con il Direttore del Dipartimento Salute Vito Montanaro, il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano si sono venute a determinare le condizioni per dare attuazione, relativamente alla figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, ai principi sanciti dal D.M. 77/2022.

Infatti, grazie agli sforzi profusi dai vertici della nostra professione, la Regione Puglia, con Delibera di giunta n. 940 del 4 luglio 2024, oltre a recepire le "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia e di Comunità" di Agenas, ha dato attuazione alla legge regionale 29 dicembre 2023, n. 37, art. 49, attivando appositi "Percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia e di comunità".

In particolare, la Regione Puglia nel riconoscere le specifiche competenze e la centralità della nostra Professione, ha dato mandato agli Ordini delle Professioni Infermieristiche di progettare un apposito percorso formativo e successivamente di attivare, in via sperimentale, i precitati percorsi formativi e i progetti pilota su Infermiere di Famiglia e di Comunità in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali. Un ulteriore e deciso passo in avanti si è raggiunto il 31 ottobre 2024, nel corso di un ulteriore incontro, nell'occasione tenutosi con l'Assessore regionale alla Sanità e le Direzioni Generale del-

le AA.SS.LL. pugliesi, nel quale sono state recepite le linee di indirizzo per l'implementazione del "Progetto" formativo redatto dagli OPI ed è stato condiviso il cronoprogramma, da parte di tutti i presenti, per l'attivazione dei percorsi formativi e progetti pilota sull'Infermiere di Famiglia e Comunità nella nostra Regione Puglia.

Ora, è tutto pronto per far partire la sperimentazione, attraverso gli appositi percorsi formativi capaci di far acquisire, ai futuri infermieri di famiglia e comunità, strumenti orientati a garantire la continuità assistenziale e l'integrazione sociosanitaria, nonché la corretta gestione delle Centrali Operative Territoriali (COT), affidata esclusivamente al personale infermieristico.

Insomma, una formazione capace di mettere l'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella condizione di esercitare un ruolo centrale, con le sue competenze avanzate, anche da un punto di vista organizzativo e gestionale.

Ora, grazie a tutto questo, si riuscirà a mettere in campo le azioni necessarie per migliorare la sanità territoriale, una sanità territoriale capace di garantire prestazioni più efficienti per i cittadini, un'assistenza territoriale nella quale l'Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresenta il più importante anello del "Sistema".

Il corso di formazione per infermieri di famiglia e di comunità sarà attivato presumibilmente dal mese di gennaio 2025 e prevede una combinazione di lezioni in aula e a distanza, tirocini pratici e un progetto finale per mettere in pratica quanto appreso.

Si prevede che il percorso formativo per infermieri di famiglia e di comunità prenda avvio a partire dal mese di gennaio 2025 e si concluda entro il mese di maggio 2025.

La Formazione, di tipo "Blended", sarà articolata in



moduli e accreditata ECM. La durata del corso è complessivamente di 220 ore. Per la parte teorica prevede 100 ore di lezione frontale (da svolgere, in parte in presenza, e in parte a distanza sincrono e asincrono) articolate in tre moduli (43 ore per il primo, 29 ore per il secondo e 28 ore per il terzo modulo). Per quanto riguarda il tirocinio, lo standard atteso è di 100 ore e sarà svolto sul “campo”, in un setting appropriato a favorire l’apprendimento esperienziale, con la supervisione di un tutor in modalità diretta o anche a distanza. Le restanti 20 ore saranno dedicate al Project work. La commissione relativa all’esame finale si propone sia composta dal Presidente dell’OPI territoriale o suo delegato, dal Direttore Generale della ASL o suo delegato, da un rappresentante designato dal Dipartimento Salute Regionale, da due Dirigenti delle professioni sanitarie infermieristico Ostetriche designati congiunta-

mente dalla ASL e dall’OPI, o in assenza ,un infermiere esperto in ambito territoriale.

L’infermiere di famiglia e di comunità, inserito nella rete territoriale, sarà sempre più chiamato ad agire all’interno di team integrati e multiprofessionali. Collaborerà con i medici di medicina generale, con gli assistenti sociali, con il volontariato e altri colleghi che già sono presenti sul territorio.

Rete e relazioni sono due parole chiave, che permettono di garantire sempre maggior attenzione alla cura, nell’ottica di prevenire e identificare i bisogni di salute prima che diventino più gravi o cronici. Oltre all’assistenza, questa figura è strategica per la promozione della salute e la prevenzione e fornisce ai cittadini gli strumenti assistenziali utili per sostenere il peso di una malattia o di una disabilità cronica direttamente sul territorio e nello specifico all’interno dell’ambiente familiare.

### POSITION STATEMENT L’INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Il Position Statement della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche sul ruolo dell’Infermiere di famiglia e di comunità è un documento che espone e definisce il ruolo e le competenze degli infermieri che operano in contesti familiari e comunitari, promuovendo l’assistenza sanitaria a livello territoriale. Questo ruolo si inserisce nel contesto di una sanità orientata alla cura domiciliare, alla prevenzione e alla gestione delle cronicità in un’ottica di presa in carico globale del paziente. In sintesi, il Position Statement della FNOPI sottolinea l’importanza dell’infermiere di famiglia e di comunità come figura professionale essenziale per la cura proattiva e continua nel territorio, con un forte impegno nella prevenzione e nella gestione delle cronicità, in un sistema sanitario più inclusivo e a misura di paziente.

Il Position Statement della FNOPI evidenzia i seguenti aspetti principali:

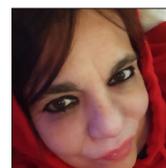
- **Riorientamento dei servizi sanitari:** Gli infermieri di famiglia e di comunità sono figure centrali nell’attuazione di un sistema sanitario più territoriale, che privilegia l’assistenza nelle case e nelle comunità, riducendo il ricorso a strutture ospedaliere per patologie che potrebbero essere gestite a livello locale.
- **Assistenza personalizzata e continuativa:** L’infermiere di famiglia e di comunità fornisce un’assistenza continuativa e personalizzata, seguendo il paziente nel suo contesto di vita quotidiana, monitorando la sua salute e fornendo supporto per la gestione di malattie croniche e la promozione della salute.
- **Competenze:** Gli infermieri in questo ruolo devono possedere competenze avanzate, non solo cliniche ma anche educative e relazionali, per instaurare un rapporto di fiducia con i pazienti e le loro famiglie, promuovendo stili di vita sani e intervenendo tempestivamente in caso di bisogno.
- **Prevenzione e promozione della salute:** L’infermiere di famiglia e di comunità ha un ruolo chiave nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute, grazie alla sua presenza costante sul territorio e alla sua capacità di adattarsi alle esigenze specifiche delle singole persone e delle comunità.
- **Collaborazione interprofessionale:** L’infermiere di famiglia e di comunità lavora in stretto contatto con altri professionisti sanitari e con i servizi sociali, creando una rete di supporto integrata per garantire il miglior risultato per il paziente.
- **Centralità del paziente:** L’approccio è centrato sulla persona, con un focus sulla sua dignità, sui suoi bisogni e sulle sue preferenze, con l’obiettivo di migliorare la qualità della vita e l’accesso alle cure.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. D.M. 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
2. Delibera di Giunta Regionale n. 1729 del 30 novembre 2023;
3. L.R. 29 dicembre 2023, n. 37 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2024 e bilancio pluriennale 2024-2026 della Regione Puglia -legge di stabilità regionale 2024-”, in particolare l’art. 49 “Percorsi formativi e progetti pilota su infermiere di famiglia e di comunità”;
4. Delibera di Giunta Regionale n. 940 del 4 luglio 2024;
5. Position Statement della FNOPI sul ruolo dell’Infermiere di famiglia e di comunità.

# DIAGNOSI PRECOCE DI ATROFIA MUSCOLARE SPINALE (SMA)

*Diagnosi precoce di atrofia muscolare spinale (SMA) attraverso lo screening neonatale allargato e l'esempio virtuoso della Regione Puglia.*



Margherita  
ZATTON



Gessica  
ANGELINI

## **Diagnosi precoce di atrofia muscolare spinale (SMA) attraverso lo screening neonatale allargato e l'esempio virtuoso della Regione Puglia.**

La forma più comune di SMA è causata dalla perdita della funzione del gene SMN1 (Survival of Motor Neuron 1) localizzato sul braccio lungo del cromosoma 5 (SMA 5q), con conseguente deficit di produzione della proteina SMN, essenziale per la funzione dei motoneuroni. L'incidenza complessiva di tutte le forme di SMA è attualmente stimata in 1 su 6.000-10.000 nati vivi. I pazienti richiedono un approccio multidisciplinare a causa della complessità del quadro clinico. Sulla base dell'età d'esordio della malattia e della gravità dei sintomi si distinguono quattro diverse varianti di atrofia muscolare spinale:

**SMA di tipo 1 (SMA1):** è la forma più grave di SMA, in cui si produce pochissima proteina SMN. In questo caso, la patologia esordisce prima dei 6 mesi d'età, compromettendo l'acquisizione delle capacità motorie, la respirazione e la deglutizione, e i bambini che ne sono affetti non riescono a vivere oltre i 2 anni senza supporto respiratorio.

**SMA di tipo 2 e di tipo 3:** in questa condizione sono presenti un maggior numero di copie del gene SMN che producono maggiori quantità di proteina e quindi si hanno varianti meno severe. L'esordio della SMA2 avviene, indicativamente, tra i 6 e i 18 mesi di vita, mentre la **SMA3** compare dopo i 12 mesi di vita, solitamente tra l'infanzia e l'adolescenza.

La **SMA di tipo 4 (SMA4)**, infine, esordisce in età adulta e rappresenta, in assoluto, la forma meno grave di atrofia muscolare spinale.

La diagnosi di SMA si basa sulla storia e sull'esame clinico dei pazienti e viene confermata da apposi-

ti test genetici, dall'elettromiografia e la biopsia muscolare. La diagnosi prenatale può essere ottenuta con l'analisi molecolare sugli amniociti o sui villi coriali.

### **Trattamento**

Fino a poco tempo fa, il trattamento della SMA era esclusivamente sintomatico, basato su approcci multidisciplinari e finalizzato a migliorare la qualità di vita dei pazienti. Oggi, invece, sono state approvate tre terapie specifiche per questa malattia:

- Nusinersen (Spinraza): La proteina SMN è prodotta da due geni, SMN1 e SMN2. I pazienti con SMA sono privi del gene SMN1 ma hanno il gene SMN2 che produce, però, una proteina SMN più corta che non funziona come una proteina a lunghezza completa. Questo farmaco consente al gene SMN2 di produrre la proteina a lunghezza completa, in grado di funzionare normalmente. Viene somministrato mediante iniezione intratecale (nella zona lombare, direttamente nella spina dorsale) da un medico esperto.
- Risdiplam (Evrysdi): è un farmaco orale per stimolare la produzione della proteina SMN funzionale. La dose da somministrare è prescritta in base ad età e peso.
- Terapia genica - Onasemnogene (abeparvovec). Questa terapia è concepita per fornire all'organismo una versione sana del gene SMN1 ed è l'unico trattamento per la SMA che affronta direttamente la causa genetica della malattia, sostituendo la funzione del gene SMN1 mancante o non funzionante, così da fermare la progressione della malattia utilizzando una singola somministrazione endovenosa una tantum.



### Lo screening neonatale

In Italia lo screening neonatale è gratuito ed obbligatorio dal 1992, grazie alla Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, per tre patologie: fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito e fibrosi cistica. La Legge n. 167 del 19 agosto 2016 ha esteso lo screening a circa 40 malattie metaboliche ereditarie (screening neonatale esteso - SNE). Nel 2019 in Lazio e in Toscana è stato avviato un progetto pilota per lo screening neonatale della SMA mediante test genetico. In Puglia l'adesione allo screening, inizialmente su base volontaria, ha permesso di individuare circa 15 bambini e bambine con la malattia prima che questa si manifestasse su oltre 92 mila test eseguiti. Partendo da questi dati confortanti la commissione regionale pugliese ha avviato l'iter legislativo che ha condotto all'approvazione unanime dell'obbligatorietà dello screening per la SMA in Puglia con la Legge n. 4 del 19 aprile 2021. I dati scientifici disponibili dimostrano che la terapia è tanto più efficace quanto più è precoce la diagnosi e questa Legge regionale pugliese può rappresentare una importante apripista per altre regioni italiane. In attesa, però, di una legge nazionale sullo screening esteso, attualmente ogni regione procede secondo la propria sensibilità e disponibilità economica.

#### Aspetti organizzativi ed operativi in Puglia

La procedura prevede che lo spot ematico per lo

utilizzo della piattaforma già esistente, aggiungendo solo l'apposita casella della SMA e un codice a barre dedicato. A distanza di circa sei mesi dall'approvazione della legge sono state acquistate le attrezzature, è stato formato il personale già presente e organizzato l'intero servizio in maniera rapida.

#### Procedura dello screening neonatale

Lo screening per la SMA avviene contestualmente a quelli obbligatori ma con un cartoncino di colore diverso e un codice a barre dedicato. La procedura è formata dalle seguenti fasi:

- Prelievo di poche gocce di sangue dal tallone del neonato entro e non oltre l'arco temporale di 48-72 ore di vita sull'apposito spot del cartoncino dedicato.
- Compilazione da parte del personale sanitario del cartoncino che contiene il codice identificativo del punto nascita, il nome e cognome del neonato, la data e l'ora di nascita e la data e l'ora del prelievo e altre informazioni.
- Inserimento dei dati sulla piattaforma.
- Invio dei campioni raccolti al laboratorio di genomica del Presidio Ospedaliero 'Di Venere' per l'analisi di tipo genetico, che è un test di biologia molecolare che sfrutta l'estrazione del DNA e la successiva amplificazione con tecnica PCR Real time. Questo test richiede 3-4 ore per ottenere il risultato.

***“La gestione dell’Atrofia Muscolare Spinale prevede un approccio multidisciplinare, un rapporto collaborativo tra professionisti - paziente - genitori che si instaura nel momento della diagnosi per l’intero percorso. Nello specifico l’infermiere deve essere in grado di riconoscere segni e sintomi, trattare eventuali complicanze ma anche formare ed educare le famiglie per la gestione domiciliare dell’assistito. Un percorso assistenziale, specifico e qualificato, è fondamentale per migliorare la qualità della vita non solo dell’assistito ma anche della famiglia”***

screening sia prelevato al neonato dal punto nascita interessato contestualmente a quello dello screening neonatale esteso e raccolto su un cartoncino dedicato Dried Blood Spot (DBS), entro e non oltre l'arco temporale di 48-72 ore di vita del neonato. Le procedure organizzative sono state velocizzate grazie all'esperienza della dottoressa Simonetta Simonetti e di tutto il laboratorio regionale di riferimento per lo screening delle malattie metaboliche ereditarie dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII°. Si è sfruttata, inoltre, l'esperienza acquisita nei 26 punti nascita in Puglia riguardo l'esecuzione del prelievo, la compilazione dell'anagrafica e l'u-

Attualmente la strumentazione a disposizione consente di analizzare circa 200 campioni in maniera quasi simultanea. In caso di test positivo il protocollo prevede il tempestivo richiamo della famiglia per eseguire un prelievo finalizzato a confermare l'eventuale diagnosi e determinare le copie del gene SMN2, perché sulla base del numero di copie si procederà, poi, con la terapia adatta. A differenza dello screening per le malattie metaboliche che necessita in alcuni casi di conferme per evitare l'esistenza di falsi positivi, il test per la SMA, che è di tipo molecolare, ha delle caratteristiche specifiche che lo rendono molto affidabile. La famiglia del bambino o



della bambina che ha come risultato un test positivo viene indirizzata nel reparto di Genetica Medica del P.O. 'Di Venere' Bari, che dopo la conferma della diagnosi allerta il gruppo di Neurologia del Giovanni XXIII° per la somministrazione del farmaco.

#### **La prima diagnosi di SMA in Puglia**

È di aprile 2022 la prima diagnosi di SMA ottenuta in Puglia su di una neonata di appena sette giorni. L'identificazione è arrivata dopo quasi 8 mila test genetici dall'avvio dello screening obbligatorio per la SMA su tutto il territorio regionale avvenuto il 6 dicembre 2021. In quell'occasione, i laboratori della Genetica Medica della ASL Bari hanno individuato, attraverso l'esame del DNA, la prima neonata affetta da SMA, poi trattata con terapia genica somministrata dopo solo 23 giorni dalla nascita e che adesso cammina. Da allora le diagnosi tempestive di SMA sono arrivate a 8, di cui l'ultima nel mese di aprile 2024. Un traguardo importantissimo, che va oltre la 'semplice' diagnosi, avendo una ricaduta fondamentale sulla famiglia e la società. La possibilità di prendere in carico in maniera tempestiva

i piccolissimi pazienti significa intervenire con le terapie a disposizione prima dell'insorgenza dei sintomi. Tutti i bambini trattati in Puglia non presentano ad oggi alcun segno di malattia.

#### **Conclusioni**

Abbiamo ben compreso che ottenere rapidamente la diagnosi significa anche eseguire rapidamente la terapia, prima che i sintomi si manifestino, e quindi ridurre le conseguenze di questa temibile malattia. In questa ottica è necessario che tutte le Regioni Italiane adottino nel più breve tempo possibile le misure adeguate atte ad organizzare un programma di screening allargato. La Puglia è la prima regione italiana ad adottare lo screening neonatale esteso a 10 malattie aggiuntive rispetto al pannello tradizionale (composto attualmente da 49 malattie metaboliche) rappresentate dalla SMA, Fabry, malattia di pompe,  $\beta$ -Gaucher, mucopolisaccaridosi I, leucodistrofia metacromatica, immunodeficienza severa combinata, X-Linked agammaglobulinemia, deficit di decarbossilasi degli L-aminoacidi aromatici, distrofia muscolare di Duchenne.

#### **BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. 'Problematiche assistenziali, emotive e di comunicazione' - Incontro di aggiornamento infermieristico Neonatale-Pediatrico 11 Giugno 2024 The Nicolaus Hotel Bari;
2. 'Diagnosi di atrofia muscolare spinale (SMA) attraverso lo screening neonatale allargato: L'impatto della diagnosi precoce sulla malattia', Zatton Margherita (Bari);
3. <https://www.osservatoriomalattie.it/malattie-rare/sma-atrofia-muscolare-spinale>;
4. <https://www.osservatoriomalattie.it/news/screening-neonatale/21125-screening-neonatale-sma-la-puglia-e-un-esempio-di-eccellenza-italiana>;
5. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/atrofia-muscolare-spinale-sma>;
6. <https://www.sanita.puglia.it/web/rete-delle-malattie-rare/malattie-rare/screening-neonatale/atrofia-muscolare-spinale-sma->;
7. [https://www.quotidianodipuglia.it/regione/amati\\_diagnosi\\_precoce\\_sma\\_bimba\\_sta\\_bene\\_e\\_cammina\\_puglia-7741145.html](https://www.quotidianodipuglia.it/regione/amati_diagnosi_precoce_sma_bimba_sta_bene_e_cammina_puglia-7741145.html);
8. [https://it.wikipedia.org/wiki/Atrofia\\_muscolare\\_spinale](https://it.wikipedia.org/wiki/Atrofia_muscolare_spinale).

# VOLONTARI ATTUATORI DELLA COSTITUZIONE E PROTAGONISTI DEL SSN



Marialessia  
MONNO



Carmela  
MARSEGLIA

**In un periodo storico che si vede protagonista di profondi mutamenti sociali, ambientali e culturali e che, quindi, richiama l'attenzione sulla necessità di un'assistenza incentrata sulla persona, il volontariato si identifica come un elemento di unione e pilastro portante nella presa in carico globale del paziente..**

La prima normativa per la regolamentazione del volontariato risale al 1991, con la Legge n. 266, meglio conosciuta come legge quadro del volontariato, attraverso cui, per la prima volta, lo Stato riconosce il valore pubblico e sociale dell'attività di volontariato, definita nell'art.1 come "...espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo", promuovendone lo sviluppo. Viene chiarito cosa si intende per "volontariato", descrivendone le caratteristiche che lo contraddistinguono: assenza di qualsiasi forma di retribuzione, assenza di lucro, spontaneità e solidarietà; tali principi saranno, a distanza di anni, riconfermati anche dalla riforma del Terzo Settore. Il Codice del Terzo Settore è un complesso di 104 articoli che disciplina, sia dal punto di vista civilistico, che fiscale gli enti del Terzo Settore, dal volontariato, all'associazionismo, rivelandosi il perno intorno a cui ruota il riordino. Secondo quanto decretato dalla legge Delega, si definisce Terzo Settore "il complesso degli enti privati costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche o di utilità sociale e che, in attuazione del principio di sussidiarietà e in coerenza con i rispettivi statuti o atti costitutivi, promuovono e realizzano attività di interesse generale mediante forme di azione volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi". In base alla precedente affermazione possono riconoscersi come enti del Terzo Settore:

- Le organizzazioni di volontariato (ODV);
- Le associazioni di promozione sociale;
- Imprese e cooperative sociali;
- Enti filantropici;
- Società di mutuo soccorso;
- Reti associative;
- Enti di carattere privato con finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, senza scopo di lucro, che svolgono una o più attività di interesse generale.

Le attività di interesse generale a cui si fa riferimento nella definizione di Terzo Settore, sono individuate nell'art. 5 del Codice, ed includono: interventi per l'assistenza, l'integrazione e i diritti sociali dei disabili, interventi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, formazione, salvaguardia dell'ambiente, protezione civile, accoglienza umanitaria tutela dei diritti umani e civili, beneficenza a sostegno di persone svantaggiate e attività di carattere residenziale per bisogni sociali, sanitari o culturali. La prima sostanziale differenza che emerge, rispetto al passato, è che non tutte le organizzazioni non profit possono essere considerate enti del 9 Terzo settore, infatti ne restano escluse formazioni e associazioni politiche, associazioni professionali e di categorie economiche.

Secondo l'ultimo censimento Istat, relativo all'anno 2021, sono circa 4,661 milioni i cittadini italiani attivi nel ruolo di volontari all'interno di istituzioni non profit (Fig. 1). Per quello che concerne la composizione della popolazione di volontari, per genere e fascia di età, è possibile rilevare come, in generale ci sia una maggiore propensione da parte degli uomini a donare il proprio contributo a favore della collettività (57,5%) (Fig. 2). Questo divario di genere è molto marcato in alcuni settori di attività, ma sono presenti poche eccezioni, tra cui la sanità, in cui la differen-

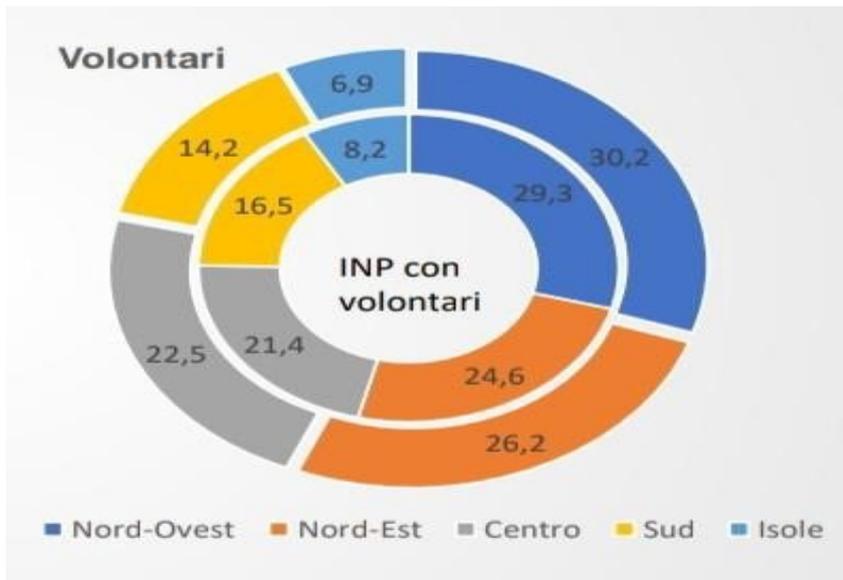


Figura 1, Istat, cittadini italiani attivi nel ruolo di volontari all'interno di istituzioni non profit

za è quasi completamente annullata, perché l'incidenza di volontarie aumenta eguagliando la percentuale delle figure maschili.

Associazioni in sanità: riconoscimento e accreditamento

Per poter collaborare con gli enti pubblici e quindi con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le ODV devono necessariamente essere riconosciute ufficialmente da parte della Regione di appartenenza e dall'Azienda stessa con cui esse intendono interfacciarsi; questo si rende possibile intraprendendo il percorso di accreditamento. Per accreditamento si intende il processo attraverso il quale si riconosce e concede, previa verifica di determinati requisiti, l'opportunità alle stesse di poter svolgere le attività previste dal progetto di attività presentato. Secondo una ricerca condotta da ALTEMS (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari) istituita presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, le motivazioni che sottendono la nascita delle associazioni di pazienti e cittadini, possono essere riassunte in cinque macro aree (Tab.1) in ordine di frequenza: tutela e supporto del paziente, azione di sensibilizzazione, interventi migliorativi, diffusione della conoscenza ed infine per garantire supporto a livello di sistema.

La cura centrata sulla persona prevede, appunto, la realizzazione di piani di cura ed assistenza individualizzati, facendo emergere la necessità di un nuovo modello di organizzazione del sistema sanitario che prevede l'utilizzo di tutte le risorse disponibili, anche esterne al SSN, instaurando una fitta rete di collaborazioni, in grado di far fronte ai bisogni della popolazione, garantendo interventi appropriati, assicurando equità e pari possibilità di benessere. L'attività di volontariato prevede la presenza presta-

ta in modo personale e spontaneo tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, in modalità esclusivamente gratuita e senza scopo di lucro, con l'obiettivo di offrire sostegno, conforto e aiuto concreto, operando in disparati settori. La solidarietà, dovere inderogabile del cittadino, così come enunciato dall'articolo 2 della Costituzione, è ciò che governa l'agire del volontario, il quale si dimostra parte attiva della comunità. Si fa chiaro, dunque, come ci sia un nesso imprescindibile tra volontariato e umanizzazione delle cure, in quanto entrambi si fondano sugli stessi principi di solidarietà, integrità, dignità, accoglienza e soprattutto sull'importanza della relazione umana come essenza della vita e della cura. Gli ambiti assistenziali in cui le

associazioni di volontariato sono maggiormente integrate e svolgono un ruolo determinante per ottenere miglioramenti significativi in termini di qualità dell'assistenza, comprendono:

- Oncologia e cure palliative: il volontariato in oncologia è un fenomeno che, subentrando in ogni fase del soggettivo percorso di malattia, può manifestarsi in diverse sfaccettature, attraverso determinate strategie basate sull'ascolto, l'informazione e il prendersi cura.
- Pediatria: la malattia e l'ospedalizzazione, tendono ad essere fonte di un'importante destabilizzazione della quotidianità e della routine dei più piccoli; le associazioni intervengono attivamente per rendere i luoghi di assistenza più confortevoli e familiari, interventi correlati positivamente ad un miglior adattamento alle cure.
- Prevenzione e promozione della salute: le associazioni si occupano di sensibilizzazione alla malattia, rendendo le persone consapevoli ed informate attraverso la promozione di programmi di screening e diagnosi precoce. Tutto ciò è fondamentale per permettere un maggior controllo sulla propria salute e poter decisioni appropriate.
- Malattie croniche e assistenza domiciliare: l'assistenza domiciliare favorisce la continuità assistenziale per i soggetti fragili, non autosufficienti e malati cronici, dimostrandosi lo standard più efficace per questi pazienti; per il concetto di intersettorialità, l'ADI può avvalersi e contare sul contributo di volontari, oltre che sul lavoro di figure professionali.

**Qual è la relazione che intercorre tra nursing e attività di volontariato?**



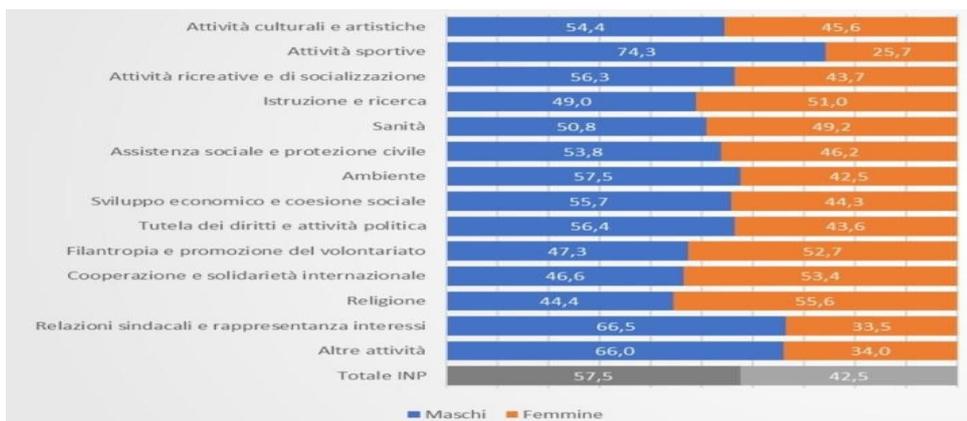


Figura 2, Istat, volontari per settore di attività prevalente e genere

Le modalità attraverso cui il volontariato si inserisce nei contesti di cura variano a seconda che si tratti di circostanze ospedaliere o territoriali, ma nel complesso la tipologia di attività in cui i volontari impiegano le proprie risorse ruotano prevalentemente attorno all’ascolto e al supporto psicologico e morale, all’intrattenimento ed organizzazione di attività socio-culturali, ma anche adoperandosi sul versante pratico a sostegno diretto della persona, ad esempio supportandola nello svolgimento di attività quotidiane o nella risoluzione di questioni burocratiche; non è detto, però, che anche il caregiver o le famiglie non possano trarre vantaggi, nella dimensione umana e relazionale, dal rapporto con il volontario, che può rappresentare per loro un momento di confronto e di conforto. Il tempo è alla base di tutto ciò che un volontario ha da offrire e questo lo pone, spesso, in una posizione di vantaggio rispetto al resto del personale sanitario, che in molte realtà lavorative, a causa dei ritmi e dell’elevata mole di lavoro è posto nelle condizioni di dover tralasciare l’aspetto umano della relazione con il paziente. Il volontario si configura, quindi, come una risorsa importante all’interno dell’equipe multidisciplinare, sia nell’ambito dell’assistenza ospedaliera che territoriale, perché trascorrendo il suo tempo al fian-

co del soggetto, dialogandoci e coinvolgendolo in attività è in grado di instaurarci una relazione così profonda, tale da riuscire a cogliere dettagli relativi all’andamento di salute, non solo fisica, all’aderenza alle terapie (nel caso dell’ADI), alle relazioni e alle condizioni socioeconomiche; si manifesta, infatti, anche in questo modo una stretta collaborazione con gli operatori sanitari, per-

ché tali informazioni risulteranno preziose integrazioni alle valutazioni di infermieri e medici e quindi per eventuali cambiamenti nella pianificazione delle cure o diventare spunto di attività di educazione alla salute. Un ulteriore campo di azione delle associazioni di volontariato è rappresentato dalla protezione civile e dall’area dell’emergenza sanitaria: la presenza dei volontari si dimostra una risorsa in grado di rispondere in maniera efficiente alle necessità di interventi di soccorso e salvataggio, agendo in coordinamento con gli organi istituzionali deputati alle attività di protezione civile; essa nasce con la funzione di gestire gli stati di emergenza e salvaguardare la sicurezza della popolazione da pericoli naturali o artificiali.

Proprio in questo contesto, gli infermieri apportano il loro contributo operando in protezione civile, organizzati attraverso il Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria (CIVES), un’Associazione di Volontariato dislocata su tutto il territorio nazionale, composta unicamente da infermieri volontari. CIVES nasce al fine di dimostrare e valorizzare la solidarietà e le competenze degli infermieri, che scendono in campo come professionisti della salute, esperti nella gestione di emergenze

di massa, situazioni di estrema crisi e disastri naturali, sia all’interno del Paese che all’Estero (Fig. 3) garantendo ottimi standard di cura nelle prime fasi dell’emergenza e nelle fasi successive, in tutte le aree di competenza infermieristica. Per quanto riguarda le associazioni, si rende necessaria una scissione tra il concetto di organizzazioni di volontariato (normate dal Codice del Terzo Settore) e associazioni di pazienti. Secondo la definizione fornita da Age.na.s

<b>Tutela e supporto del paziente</b>	1. tutela pazienti 2. supporto materiale e morale 3. tutela interessi dei pazienti 4. supporto terapeutico ai pazienti
<b>Azione di sensibilizzazione</b>	5. sensibilizzazione sulla malattia 6. sensibilizzazione istituzioni 7. ruolo attivo nel cambiamento
<b>Interventi migliorativi</b>	8. miglioramento assistenza 9. miglioramento qualità vita dei pazienti 10. aumento consapevolezza pazienti
<b>Diffusione della conoscenza</b>	11. condivisione informazioni sulla malattia 12. creazione di network tra pazienti
<b>Garantire supporto a livello di sistema</b>	13. solidarietà e impegno sociale 14. rappresentanza 15. volontariato

Tabella 1

(Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), sono associazioni che rappresentano e sostengono i pazienti ed i caregiver, in riferimento ad una specifica patologia e in cui gli organi di amministrazione sono costituiti in maggioranza da malati, ex malati o lungo sopravvissuti, mantenendo assoluta assenza di fini di lucro, democraticità, elettività; se questi requisiti sono presenti nello statuto, allora esse possono essere accreditate dalla Rete oncologica, quindi un'associazione di pazienti può qualificarsi come organizzazione di volontariato (se presenta requisiti sopra elencati) o come semplice ente di Terzo Settore. Le Associazioni di malati, hanno un importante ruolo di sensibilizzazione, sia nei confronti dei cittadini che delle istituzioni e degli operatori sanitari, permettendo loro di comprendere effettivamente quali siano i disagi, le criticità, le esigenze e i bisogni psico-fisici dei pazienti, attraverso il confronto diretto con coloro che hanno sperimentato sulla propria pelle o addirittura ancora convivono con la malattia, al fine di determinare il miglioramento e l'appropriatezza degli interventi sanitari; presenza di rilievo, lo sono anche in ambito legislativo, con la partecipazione ai tavoli Tecnici per la definizione delle leggi che riguardano i diritti dei pazienti oncologici, esempio lampante è stato l'istituzione della Legge sull'oblio oncologico. Secondo i risultati di un censimento effettuato dalla Rete Oncologica Pazienti Italia (ROPI), relativo all'anno 2023, l'Italia detiene il primato europeo tra i principali Paesi, in proporzione al numero di abitanti, di associazioni oncologiche di pazienti e caregiver; si contano, infatti, circa 1740 associazioni distribuite su tutto il territo-



Figura 3, Infermieri CIVES in campo durante l'emergenza sismica in Albania nel 2019

rio. L'attività dei volontari si configura come un patrimonio da valorizzare e proteggere, in quanto, ormai, presente come una realtà ben radicata e punto di riferimento all'interno dei vari contesti di cura ospedalieri, extra-ospedalieri e sul territorio; grazie ai valori su cui si fonda e di cui si fa portatore il volontariato, cioè giustizia, uguaglianza, accoglienza e pace e soprattutto solidarietà, riesce ad amalgamarsi bene in diversi settori dell'assistenza, dalla prevenzione e all'educazione sanitaria, all'intervento in contesti terminali e di cronicità, all'assistenza domiciliare e alla protezione civile. Emerge come, il volontario, adempiendo ai doveri costituzionali di cittadino, contribuisca attivamente al bene della comunità. Il volontariato rappresenta il frutto della solidarietà, che si manifesta in duplice forma: un investimento a lungo termine per il bene degli altri e per il proprio. Numerosi studi hanno dimostrato come dedicarsi agli altri e prendersi cura del prossimo porti vantaggio in primis alla propria salute fisica e mentale, diventando, inoltre, per i professionisti sanitari che ci si dedicano, un'ottima circostanza per migliorare l'arte dell'empatia, alla base della professione infermieristica. Emerge come i principi di giustizia, uguaglianza, accoglienza e pace, illustrati dalla Carta dei valori del volontariato, si sposino in maniera perfetta con il bisogno crescente di umanizzazione delle cure in risposta alla sofferenza umana ed è come le associazioni di volontariato siano diventate parte integrante nel processo di cura della persona, anche in collaborazione con il SSN, e parte integrante dei servizi messi a disposizione delle singole Regioni e a livello nazionale, contribuendo a garantire una buona qualità di assistenza. È, quindi, fondamentale valorizzare l'attività di volontariato come patrimonio da difendere ed incentivare, da parte delle Istituzioni, in quanto inestimabile risorsa umana e non come mezzo per sopperire alle carenze del Sistema.

laborazione con il SSN, e parte integrante dei servizi messi a disposizione delle singole Regioni e a livello nazionale, contribuendo a garantire una buona qualità di assistenza. È, quindi, fondamentale valorizzare l'attività di volontariato come patrimonio da difendere ed incentivare, da parte delle Istituzioni, in quanto inestimabile risorsa umana e non come mezzo per sopperire alle carenze del Sistema.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. CIVES - Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria. (2023). Chi Siamo;
2. CIVES - Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria <https://www.cives-odv.org/web/chi-siamo/>;
3. Lavoro.gov.it. (2016). Volontariato | Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. [online] Available at: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/terzo-settore-e-responsabilita-sociale-impres/focus-on/volontariato/pagine/default>;
4. A., Petrangolini, T., Morandi, F., Monache, L., Moro, M., Brino, E. and Cicchetti, (2021). La storia delle associazioni dei pazienti e dei cittadini impegnate in sanità in Italia: conquiste, ostacoli e trasformazioni; <https://altems.unicatt.it/altems-report.pdf>;
5. AGENAS (2022). Cure primarie e territorio: la riorganizzazione - AGENAS. [online] Agenas.gov.it. < <https://www.agenas.gov.it/?view=article&id=293:cureprimarie-territorio-riorganizzazione&catid=116>>.

# INTUBAZIONE ENDOTRACHEALE DIFFICILE NEL NEONATO E NEL BAMBINO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA



Domenico  
DENTICO



Raffaele  
MANZARI

**Si definisce intubazione endotracheale difficile e/o impossibile, secondo le raccomandazioni della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), la manovra eseguita correttamente, secondo procedura raccomandata, ma caratterizzata da:**

- Laringoscopia difficile.
- Necessità di eseguire più di un tentativo.
- Necessità d'impiego di presidi e/o procedure diverse da quelli standard.
- Rinuncia e differimento.

La letteratura riporta una incidenza di intubazioni difficili del 9% nelle unità di terapia intensiva pediatrica (UTIP) e del 14% nelle unità di terapia intensiva neonatale (UTIN). I risultati di uno studio recente del 2021 (Disma et al.) dimostrano una incidenza molto elevata di intubazioni tracheali difficili in bambini di età inferiore a 60 settimane, che solitamente causano grave ipossiemia, mentre la morbilità e la mortalità a 30 e 90 giorni, correlate all'intubazione difficile, non risultano essere aumentate. Le intubazioni difficili, quindi, sono più frequenti nei neonati, specialmente prematuri e di basso peso, durante le quali si possono verificare eventi avversi e gravi desaturazioni di ossigeno, situazione sicuramente dovuta anche ai peculiari aspetti anatomici e fisiologici in questa fascia di età.

## L'ambito neonatale

L'intubazione tracheale nei pazienti critici neonatali è una procedura ad alto rischio e tentativi ripetuti o prolungati aumentano l'eventualità di complicanze, rendendo vano il successo tempestivo al primo tentativo. La difficoltà nell'intubare, con laringoscopia diretta, la trachea di neonati è normalmente superiore che in altre popolazioni di pazienti e diventa maggiore in bambini prematuri e/o con anoma-

lie congenite come stenosi tracheale, sindrome di Pierre-Robin e altre situazioni patologiche. Nei neonati è consigliabile utilizzare la video-laringoscopia e nei casi di vie aeree difficili, in emergenza, la maschera laringea (LMA). Alcuni dispositivi attualmente disponibili per il controllo delle vie aeree non sono specificamente progettati o testati per l'uso in neonati pretermine o di basso peso alla nascita.

## L'ambito pediatrico

Per il bambino con vie aeree difficili le linee guida raccomandano di valutare la possibilità, prima di tutto, di riuscire a ventilare con maschera facciale e nel caso in cui la manovra risultasse inefficace di utilizzare una maschera laringea di dimensioni adeguate. Nella necessità di trovarsi, poi, nella situazione di dover intubare la trachea è ammissibile impiegare il video-laringoscopio e l'introduttore (BOUGIE) per il tubo tracheale, che avrebbe il vantaggio, anche, di consentire la somministrazione di ossigeno durante tutto il tempo della procedura.

## Presidi indispensabili per gestire una intubazione difficile

I dispositivi per la gestione delle vie aeree sono rappresentati da:

- Tubi endotracheali di varie misure.
- Laringoscopio, meglio un video-laringoscopio.
- Fonte di ossigeno e tubo per l'erogazione.
- Aspiratore e tubi di varie misure.
- Introduttori/BOUGIE adatti per pazienti pediatrici.
- Presidi sovraglottici o extraglottici (PEG) e maschere laringee.
- Farmaci per l'induzione e mantenimento dell'anestesia e per l'analgesia.

## L'importanza della maschera laringea

La maschera laringea ha il vantaggio di non richiedere né la visualizzazione diretta della laringe né l'u-

so di uno strumento per l'inserzione (laringoscopia o video-laringoscopia) ma rappresenta, comunque, un dispositivo temporaneo, che dovrà essere sostituito in tempi brevi per lasciar posto al tubo endotracheale (TET). Il suo uso nei neonati pretermine è limitato considerando che la misura più piccola disponibile può essere troppo grande per quei neonati, sebbene attualmente si stanno diffondendo sul mercato maschere di misura 0 e 0,5 inferiore alla misura classica n° 1.



(2023), con una nota inviata all'Editore, riguardante la procedura utilizzata da Thomas et al. affermando che non sarebbe stato necessario utilizzare lo stabilizzatore, tra l'altro non approvato dalla Food and Drug Administration, in quanto i 2-3 cm in più dell'estremità del tubo, rispetto all'apertura della maschera, permetterebbero tranquillamente il posizionamento del TET oltre la glottide. Nel

contempo si sarebbe evitato anche di arrestare la ventilazione meccanica durante il periodo temporale necessario per la rimozione del fibroscopio e della LMA e il collegamento del TET al sistema di ventilazione. Nei pazienti sedati con vie aeree difficili questo lasso di tempo, seppur breve, potrebbe comportare ipossia, desaturazione e bradicardia e inoltre la rimozione frettolosa della maschera aumenterebbe il rischio di estubazione tracheale involontaria. Abbiamo anche noi simulato in reparto una intubazione attraverso la maschera laringea (vedi Fig.), giungendo alle stesse conclusioni del dr. Takashi.

#### Conclusioni

In ambito neonatale i presidi a disposizione, per far fronte ad una intubazione difficile, sono veramente scarsi. Il video-laringoscopia potrebbe essere di aiuto perché fornisce una eccellente visualizzazione laringea, ma il dispositivo raccomandato in questi casi è la maschera laringea, perché è un presidio sovraglottico di facile utilizzo, con cui poter intubare alla cieca, in attesa, poi, che mani più esperte possano riuscire nell'intubazione tracheale eventualmente anche con l'aiuto, se disponibile, di un broncoscopio flessibile di piccolo calibro. Nel bambino abbiamo la possibilità di utilizzare, inoltre, introduttori attraverso cui erogare ossigeno tramite apposita via.

#### Lo studio di Thomas et al. (2023)

Nello studio in questione, in caso di intubazione difficile, sono state utilizzate maschere laringee Unique o Classic taglia 1 attraverso cui è stato introdotto un tubo endotracheale da 2.5 o 3 mm. Gli AA. hanno utilizzato un video-broncoscopio flessibile facendolo attraversare prima un TET tagliato ad entrambe le estremità, che è servito come mezzo di spinta ('pusher' o 'stabilizzatore'), e poi un secondo tubo (privo del suo connettore) posto davanti, affermando che la maschera utilizzata, essendo più corta di 2-3 cm rispetto al tubo endotracheale, non consentiva la progressione del TET oltre la glottide fino in trachea media, rendendo necessario, così, l'utilizzo del 'pusher'. L'estremità, quindi, del fibroscopio, inserito all'interno dei due tubi, veniva fatto progredire nella maschera laringea e in corrispondenza della glottide il tubo endotracheale posto anteriormente veniva spinto fino a 1-2 cm oltre la carena e quindi in trachea media, e mantenuto fermamente in quella posizione venivano rimossi il broncoscopio e il tubo 'pusher'.

Takashi Asai dell'University Saitama in Giappone, ha posto una considerazione, in Anesthesiology

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Asai T., Nagata A., Shingu K. (2008) 'Awake tracheal intubation through the laryngeal mask in neonates with upper airway obstruction' *Paediatr Anaesth*, 18:77-80;
2. Berisha, Gazmend, et al. (2021) 'Management of the unexpected difficult airway in neonatal resuscitation.' *Front Pediatr*, 28:9:699159. doi: 10.3389/fped.2021.699159;
3. Disma N. et al. (2024) 'Airway management in neonates and infants: European Society of Anaesthesiology and Intensive Care and British: Journal of Anaesthesia: joint guidelines.' *European Journal of Anaesthesiology* EJA, 41.1: 3-23;
4. Disma N. et al. (2021) 'Difficult tracheal intubation in neonates and infants. NEonate and Children audit of Anaesthesia pRactice IN Europe (NECTARINE): a prospective European multicentre observational study' *Paediatric Anaesthesia* 126 (6), 1173-1181;
5. Gruppo di Studio SIAARTI (2013). Raccomandazioni per l'intubazione difficile e la difficoltà di controllo delle vie aeree in età pediatrica;
6. Sawyer T. et al. (2019) for the National Emergency Airway Registry for Neonates (NEAR4NEOS) investigators, et al. 'Incidence, impact and indicators of difficult intubations in the neonatal intensive care unit: a report from the National Emergency Airway Registry for Neonates' *Archives of Disease in Childhood* Fetal and Neonatal, 104:F461-F466;
7. Thomas J.J., Lingruen M., Reddy A., Chan K.H. (2023) 'Difficult Airway Management in Neonates: Fiberoptic Intubation via Laryngeal Mask Airway' *Anesthesiology* 1;138(3):316. doi: 10.1097/ALN.0000000000004431.PMID: 36459113;
8. <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/139/5/711/138705/Difficult-Airway-Management-in-Neonates-Comment>;
9. Corrado Moretti 'Disturbi respiratori del neonato: Dalla patogenesi alla terapia. Masson Editore 2015.

## L'ERGOMANIA ED IL WORK-LIFE BALANCE

*Lavorare nel settore sanitario è un percorso professionale impegnativo, anche in termini di equilibrio tra lavoro e vita privata. Gli operatori sanitari devono stabilire quotidianamente dei limiti per garantire che la loro vita privata, sociale e familiare, non venga compromessa.*



Maria  
COLAPINTO



Liana Libera  
DIANA

**Negli ultimi anni, l'espressione work life balance (equilibrio tra vita lavorativa e vita privata) è diventata sempre più diffusa ed è cresciuta molto la sensibilità verso questo tema.**

La pandemia da COVID-19 ha sicuramente contribuito ad aumentare ulteriormente la consapevolezza e l'interesse verso questo equilibrio, soprattutto perché all'improvviso, molti lavoratori si sono ritrovati ad effettuare turni di lavoro eccessivi e molti a lavorare anche da remoto, ovverosia una modalità lavorativa in cui le proprie attività lavorative vengono svolte dalla propria abitazione, utilizzando strumenti digitali adeguati, come PC e smartphone, per attuare e portare a termine i vari compiti lavorativi, e costretti, quindi, a ritagliarsi del tempo per occuparsi per esempio dei propri figli, anche loro, alle prese con la didattica a distanza.

Le aziende hanno compreso che solo un lavoratore motivato, sereno, equilibrato è un lavoratore valido e produttivo, è fondamentale per la produttività e il successo complessivo dell'organizzazione.

Quindi, proporre e favorire un equilibrio, tra vita professionale e vita privata dei singoli lavoratori è diventato e sta diventando, sempre più, un approccio necessario al fine di favorire un equilibrio tra questi due momenti dell'esistenza di una persona. Con il termine "work" si fa riferimento alle attività e agli obiettivi connessi alla carriera e al lavoro di una persona, mentre con il termine "life" si fa riferimento agli aspetti relativi ai rapporti sociali e familiari, nonché alla propria salute e al tempo libero.

Questo concetto implica la necessità di fissare un limite al numero di ore o alla quantità di lavoro, al fine di raggiungere un equilibrio adeguato tra il tempo dedicato alla vita professionale e quello riservato ai bisogni personali.

Tra le varie definizioni di Work-Life Balance vi è quella di uguale distribuzione delle risorse, in termini di tempo, tra vita privata e vita professionale come "misura in cui un individuo è coinvolto e ugualmente soddisfatto del proprio ruolo lavorativo e familiare" e quella che esalta "lavoro-vita personale" come "il senso di controllo riguardo alla capacità di bilanciare le esigenze relative a tutti gli aspetti della vita in modo tale da promuovere il benessere ed evitare malattie".

Alcune aziende, quindi, hanno iniziato a prestare sempre maggiore attenzione alla valorizzazione dei propri lavoratori e a vederli come persone che hanno delle proprie esigenze, caratteristiche e con una propria vita che continua al di fuori degli ambienti dell'azienda.

Motivare un lavoratore non significa solo offrirgli vantaggi economici, ma anche consentirgli di vivere esaurientemente la sua vita, di usufruire del tempo con la famiglia, di non aver paura di essere sostituito e di bilanciare le responsabilità lavorative con i propri impegni e ritmi personali.

La valorizzazione dei lavoratori porta indubbiamente dei vantaggi e dei benefici anche all'azienda stessa, il lavoratore che si sente preso in considerazione e valorizzato lavora meglio, con maggiore attenzione e produttività.

Il WLB ha l'obiettivo di far raggiungere il controllo di come bilanciare le varie esigenze di tutti gli aspetti della propria vita per supportare e consentire il benessere che non deve riguardare solo il tentativo di evitare di ammalarsi, ma che deve comprendere anche sentimenti di felicità e di soddisfazione lavorativa per raggiungere un completo benessere fisico, mentale e sociale. Il work life balance si pone l'obiettivo di dare una risposta a tutte queste esigenze creando un ambiente di lavoro a misura d'uomo e

che rispetti le esigenze sia dei lavoratori che dell'azienda.

Con "work life balance" si intendono tutti quegli atteggiamenti, comportamenti e iniziative che sono promosse dalle aziende nei confronti dei propri lavoratori per promuovere un corretto e funzionale bilanciamento tra lavoro e vita privata.

Questo approccio è sempre più diffuso perché si è notato che ci sono tanti motivi positivi, tra cui:

- Vi è una riduzione del turnover, infatti, quando i lavoratori si sentono sostenuti e apprezzati, non hanno interesse a cambiare ambiente di lavoro.
- Vi è anche un clima lavorativo migliore: di sicuro un ambiente di lavoro che promuove il benessere organizzativo favorisce relazioni più positive tra tutti i lavoratori, migliorando la collaborazione e la comunicazione.
- Sostenere, valorizzare, favorire la salute e il benessere dei lavoratori porta, indubbiamente, ad una riduzione dell'assenteismo con conseguenti risparmi per l'azienda.

Negli ultimi anni, il tema della conciliazione tra vita lavorativa e vita privata è stato oggetto di particolare attenzione anche da un punto di vista sociale, infatti, diverse sono le normative rilevanti che incoraggiano e, in alcuni casi, obbligano i datori di lavoro a promuovere il work-life balance:

- La Legge 104/1992 riconosce diritti specifici ai lavoratori con familiari disabili, garantendo permessi retribuiti per assistere le persone con disabilità.
- La Legge 53/2000 introduce disposizioni in materia di conciliazione tra vita professionale e vita familiare, fornendo il quadro per i congedi parentali e le ferie per i genitori.
- Il Decreto Legislativo 151/2001 disciplina le politiche di congedo parentale, malattia e altri permessi, promuovendo l'equilibrio tra responsabilità lavorative e familiari.
- La Legge 81/2017, conosciuta come "Jobs Act", promuove il lavoro agile (smart working), che consente maggiore flessibilità e favorisce il bilanciamento tra vita professionale e vita privata.
- La Direttiva Europea 2019/1158 promuove il

congedo parentale e i diritti dei lavoratori, mira a migliorare l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata in tutta l'Unione Europea.

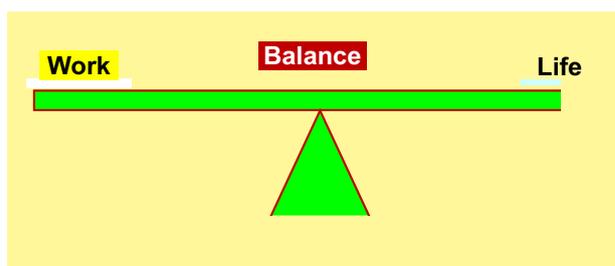
- I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro prevedono disposizioni specifiche per il congedo, la flessibilità lavorativa e altre misure di conciliazione dei tempi di vita con i tempi di lavoro.

Per i responsabili delle risorse umane, è fondamentale riconoscere l'importanza di un bilancio vita-lavoro sano per mantenere un ambiente di lavoro produttivo e positivo.

Senza una chiara distinzione tra spazio lavorativo e personale, i lavoratori possono facilmente sentirsi oppressi e stressati.

Questo influisce negativamente sulla loro salute mentale e fisica, ma potrebbe anche ridurre la loro efficienza e motivazione.

Chi è preposto alla gestione dell'organizzazione dei lavoratori può fare la differenza nel creare un ambiente dove il benessere dei lavoratori è prioritario, promuovendo così una cultura aziendale più sosten-



nibile e produttiva che valorizzi i momenti di disconnessione. Creare un ambiente di lavoro che promuova un equilibrio sano tra vita e lavoro è fondamentale per garantire il benessere e la produttività a lungo termine. Importante, quindi, promuovere una comunicazione aperta dove i lavoratori devono sentirsi liberi di esprimere le loro esigenze e difficoltà. Organizzare incontri regolari per discutere del benessere lavorativo e raccogliere feedback. Utilizzare queste occasioni per identificare aree di miglioramento e implementare nuove iniziative che possano facilitare il bilancio tra vita personale e lavorativa. Incoraggiare i lavoratori a impostare limiti personali e rispettare questi confini.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Circolare INPS numero 122 del 27-10-2022;
2. Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la direttiva 2010/18/UE del Consiglio";
3. Legge 22 maggio 2017, n. 81 "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato";
4. Decreto Legislativo 15 giugno 2015, n. 81 "Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183";
5. Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53";
6. Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

# DIFFONDERE LA CULTURA DELLA CARDIO-PROTEZIONE

*Promuovere la cultura della cardioprotezione e della defibrillazione precoce sul territorio rappresenta la strategia più efficace per salvare vite umane e prevenire i danni cerebrali derivanti dall'arresto cardiaco.*



Vincenzo  
INGLESE



Alessia  
LABATE

**La prima causa di morte nei Paesi occidentali è l'arresto cardiaco. In Italia, ogni anno muoiono più di 60.000 persone per arresto cardiaco, una interruzione brusca dell'attività meccanica del cuore, che causa la perdita di coscienza e la cessazione delle altre funzioni vitali, inclusa la respirazione.**

L'arresto cardiaco non va confuso con l'infarto, infatti, una persona che ha un infarto del miocardio può rimanere perfettamente cosciente con funzioni vitali mantenute. A volte l'infarto si può complicare con un arresto cardiaco. Nella maggior parte dei casi, circa l'80%, l'arresto cardiaco è dovuto ad un'aritmia "fibrillazione ventricolare", evento potenzialmente mortale se non viene fermato subito, quindi è reversibile se si interviene il prima possibile utilizzando una apparecchiatura elettromedicale il defibrillatore, semiautomatico o automatico esterno, detto DAE, dispositivo medico che, erogando una scarica elettrica, è in grado di interrompere la fibrillazione ventricolare e quindi far ripartire il ritmo del cuore. Ogni minuto che passa si riducono le probabilità di sopravvivere, dopo 6 minuti si verifica la morte cerebrale e dopo 10 minuti si hanno pochissime probabilità di sopravvivere senza danni neurologici. Quindi è evidente che per salvare una persona in arresto cardiaco non è sufficiente rimanere in attesa dell'arrivo di un'ambulanza e del soccorso sanitario, perché le prime manovre di rianimazione cardio respiratorie devono iniziare già entro pochissimi minuti. La sopravvivenza dipende dalla rapidità degli interventi di soccorso, massaggio cardiaco e la disponibilità di un DAE sono gli elementi che possono aumentare significativamente la probabilità che una persona sopravviva senza presentare danni neurologici.

I DAE sono apparecchiature che ogni persona può

utilizzare, effettuano automaticamente la diagnosi di arresto cardiaco e guidano il soccorritore, passo dopo passo, al suo utilizzo, indicando dove posizionare gli elettrodi. E se necessario si predispongono all'erogazione della scarica elettrica ordinando al soccorritore l'ordine verbale di premere l'apposito tasto per erogare la scarica elettrica.

Nell'attesa dell'arrivo del personale sanitario, è fondamentale che chiunque si trovi sulla scena dell'evento deve attivarsi ad effettuare innanzitutto la chiamata al numero di emergenza 112 ed iniziare ad effettuare le prime manovre di rianimazione cardio-polmonare e/o l'uso del DAE se a portata di mano. Per tali ragioni, è fondamentale realizzare ambienti come condomini, quartieri e città cardio-protette, dove i cittadini possono accedere facilmente ad un DAE, in caso di emergenza, e utilizzarlo senza esitazioni per salvare una vita.

Quindi è evidente che per ottenere dei risultati ottimali è necessario diffondere la cultura della defibrillazione precoce nel tessuto urbano.

Al fine di divulgare questa importantissima tematica, il 4 e il 5 ottobre 2024, a Molfetta, si è tenuto un evento formativo nazionale "disostruzione pediatrica e manovre salvavita" promosso dalla Cooperativa sociale "Progetto Assistenza", ente di formazione allineato all'ITC Squicciarini Rescue con didattica American Heart Association e in collaborazione, tra gli altri, con Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari. Il Progetto Assistenza ha previsto una organizzazione su due giorni, per 1.000 partecipanti, suddivisa in più sessioni, con un corso informativo sulla prevenzione primaria, un corso sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare e manovre di disostruzione pediatriche, ed ha visto impegnati circa 40 istruttori professionisti di BLS, tra medici, infermieri di area critica e operatori del settore prove-

***“Considerando che l’arresto cardiaco può verificarsi in strada o comunque in un contesto in cui non è presente nessuna persona formata al primo soccorso, è importante sottolineare che, ai sensi della legge 116 del 2021 anche chi non ha ricevuto una formazione specifica è legittimato all’uso del DAE. La norma prevede l’impunibilità per chiunque abbia usato un DAE o messo in atto una rianimazione cardiopolmonare nel tentativo di prestare soccorso a una vittima con arresto cardiaco”***

nienti anche da altre regioni d’Italia. Ogni sessione ha previsto prove pratiche su manichini eseguite da istruttori professionisti. Maggiore sarà la diffusione della conoscenza delle manovre di rianimazione cardiopolmonare e dell’uso del DAE, maggiore sarà la possibilità che le persone si sentano in grado di intervenire. Direttore sanitario dell’evento, il dottor Marco Squicciarini, medico coordinatore di attività di formazione BLS del Ministero della Salute. Direttore organizzativo dell’evento, il dottor Ignazio de Iudicibus, infermiere 118, direttore ente di formazione Progetto Assistenza, direttore di diversi corsi di formazione BLS, locali e interregionali, improntati su manovre salvavita e certificativi in linea alla metodica didattica American Heart Association (A.H.A.) e le normative vigenti all’utilizzo del DAE. Implementare sempre più la diffusione della cultura della defibrillazione precoce sul territorio, multi-

brillazione; c) defibrillazione precoce per ripristinare il ritmo cardiaco; d) supporto avanzato precoce delle funzioni vitali e cure post rianimatorie standardizzate, per ripristinare la qualità della vita. I benefici della defibrillazione precoce sulla sopravvivenza e sull’esito funzionale, ottenuti attraverso i progetti di Public Access Defibrillation, che promuovono una maggiore accessibilità e disponibilità di defibrillatori automatici esterni (DAE) nella comunità, sono ampiamente riconosciuti. Questi benefici derivano dalla riduzione del tempo che intercorre tra l’arresto cardiaco e la defibrillazione, effettuata da un testimone dell’evento, rispetto all’intervento dei servizi di emergenza territoriale. La sopravvivenza in caso di arresto cardiaco extra-ospedaliero con un ritmo defibrillabile diminuisce significativamente con ogni minuto di ritardo nella defibrillazione. La defibrillazione entro i primi 3-5 minuti dall’ar-

***“La città di Molfetta già dal 2019 (anno in cui ha iniziato il progetto di cardioprotezione) ha visto il posizionamento di defibrillatori di pubblico accesso nei punti cardini della città e la formazione di numerosi cittadini alle manovre di rianimazione cardio polmonare”***

plicando anche le iniziative di formazione sulla rianimazione cardio-polmonare e sull’uso del DAE, collocando dei defibrillatori, oltre che nei luoghi pubblici, anche nei condomini e nelle aziende è il modo più efficace per salvare vite umane e per prevenire i danni cerebrali provocati dall’arresto cardiaco. Le rappresentazioni grafiche della catena della sopravvivenza sono state riviste e aggiornate nel tempo, ma i principi fondamentali di ciascun anello sono rimasti invariati: a) riconoscimento precoce e richiesta di aiuto per attivare il servizio di emergenza territoriale; b) RCP precoce iniziata dagli astanti per rallentare il deterioramento del cervello e del cuore, e per guadagnare tempo per permettere la defi-

resto cardiaco può aumentare il tasso di sopravvivenza fino al 50-70%. Questo obiettivo è raggiungibile solo mediante l’implementazione di progetti di Public Access Defibrillation che favoriscano la defibrillazione precoce e la disponibilità di DAE sul luogo dell’incidente. Ogni minuto di ritardo nella defibrillazione comporta una riduzione della sopravvivenza del 10-12%.

Di sicuro, il funzionamento ottimale degli anelli della catena della sopravvivenza è importante, l’inizio tempestivo della RCP da parte di un testimone dell’evento riduce il tasso di declino della sopravvivenza, con una diminuzione media del 3-5% per ogni minuto di ritardo nella defibrillazione.

#### **BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. [https://www.progettoassistenza.com/;](https://www.progettoassistenza.com/)
2. [https://www.progettoassistenza.com/molffetta-citta-cardioprotetta-nuova-progettualita-con-uso-della-tecnologia-avanzata/.](https://www.progettoassistenza.com/molffetta-citta-cardioprotetta-nuova-progettualita-con-uso-della-tecnologia-avanzata/)

# IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO E L'ENGAGEMENT NEL SISTEMA SANITARIO

*La valutazione del livello di coinvolgimento delle persone affette da una patologia cronica e dei loro caregiver informali o familiari nel percorso clinico-assistenziale deve essere considerata una prassi consolidata e routinaria all'interno del processo clinico.*



Michele  
FIGHERA



Valentina  
DI TULLIO

**Alla luce della recente approvazione della norma sulla riduzione delle liste d'attesa, della riforma della disabilità appena avviata, delle innovazioni previste sulla telemedicina e sull'assistenza territoriale è indispensabile dare voce agli utenti dei servizi socio sanitari.**

Importante è misurare il livello di percezione degli utenti-pazienti del loro reale coinvolgimento nei percorsi di cura e prevenzione, dei servizi offerti dal SSN, delle difficoltà a prenotare le visite, dell'approccio del medico curante, delle informazioni sulle terapie e della comunicazione sanitaria. Necessario sapere quanto le persone nella nostra realtà italiana si sentono engaged. Parlare di engagement in ambito sanitario significa assumere una visione sistemica e multi-stakeholders, multi-attore del percorso sanitario della persona con patologia cronica e fare riferimento alla partecipazione attiva dell'utente-paziente nel suo percorso di cura. Questo concetto è particolarmente rilevante per le persone con patologie croniche, che necessitano di una gestione continua e integrata delle loro condizioni. L'engagement implica che l'utente-paziente non sia più un mero recettore passivo di cure, ma un attore centrale nel proprio processo di salute, collaborando con i professionisti sanitari e partecipando attivamente alle decisioni che riguardano il suo trattamento. Inoltre implica un cambiamento organizzativo a livello micro-meso-macro e politiche sanitarie che indichino tale concetto come una priorità del sistema. L'engagement nella gestione delle patologie croniche richiede una visione sistemica, che tenga conto della complessità e delle interconnessioni tra i vari "attori" ed i livelli del sistema sanitario. Non si tratta solo di coinvolgere il paziente, ma anche di promuovere una collaborazione attiva tra i vari stakeholder (professionisti sanitari, organizzazioni sanitarie, ammi-

nistratori pubblici, politiche sanitarie, società civili, familiari). In questo contesto, il percorso di cura deve essere concepito come un viaggio condiviso, in cui ogni "attore" porta il proprio contributo in modo sinergico. Questa visione multi-stakeholder implica che il sistema sanitario non deve limitarsi ad una relazione unidirezionale tra medico e paziente, ma deve essere aperto ad un'interazione complessa che coinvolge anche il supporto sociale, l'educazione sanitaria e la partecipazione della comunità. Le politiche sanitarie devono quindi essere progettate per incoraggiare e facilitare la partecipazione attiva di tutti questi soggetti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'empowerment come "un processo attraverso il quale le persone acquisiscono maggiore controllo sulle decisioni e azioni che ne influenzano la salute", sottolineando l'importanza di considerare questo processo sia a livello individuale che comunitario. Il coinvolgimento del paziente e dei caregiver è riconosciuto dalla letteratura scientifica come una via promettente verso un miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, una cura più efficiente e una migliore salute della popolazione. La partecipazione attiva del paziente nella gestione della propria salute può attivare un circolo virtuoso a vantaggio della salute di tutti. Per questo è fondamentale sostenere e favorire l'impegno duraturo di ogni persona come protagonista del proprio percorso di cura. A tal fine viene individuata la capacità di pazienti, famiglie e operatori sanitari di lavorare attivamente in partnership su 3 livelli, come previsto dal modello di Patient Engagement di Kristin Carman: 1) a livello di assistenza sanitaria diretta; 2) a livello organizzativo e di governance; 3) a livello di elaborazione delle politiche, al fine di contribuire a migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria. È uno degli approcci più noti nel campo della sanità per promuovere una partecipa-

zione attiva dei pazienti nel loro percorso di cura. Il concetto di patient engagement (coinvolgimento del paziente) si basa sull'idea che il paziente non deve essere visto come un semplice destinatario di cure, ma come un partner attivo e centrale nel processo di cura, collaborando con i professionisti sanitari per raggiungere migliori esiti di salute. Un aspetto cruciale dell'engagement è l'accesso e la comprensione delle informazioni sanitarie da parte del paziente. I pazienti devono essere ben informati riguardo alla loro condizione, alle opzioni terapeutiche disponibili e alle implicazioni di ciascun trattamento, in modo da poter prendere decisioni consapevoli e partecipare attivamente al loro percorso di cura. Un altro punto fondamentale del modello è la relazione di partnership tra pazienti e professionisti sanitari. L'engagement non significa solo che il paziente riceve informazioni, ma che si impegna in una comunicazione reciproca con il team sanitario. Ciò implica un cambiamento nel ruolo tradizionale del medico, che diventa un consulente e un alleato del paziente, piuttosto che un'autorità unilaterale. Altro elemento chiave dell'engagement è l'autogestione delle malattie, in particolare nelle persone con patologie croniche.

Viene evidenziato che, per avere successo, il coinvolgimento del paziente deve comprendere la responsabilizzazione dello stesso nella gestione della propria salute. Ciò richiede l'adozione di comportamenti proattivi, come il monitoraggio dei sintomi, la gestione del trattamento e l'adozione di stili di vita sani, in modo che il paziente diventi il principale protagonista della propria salute. Inoltre assume valore anche il riconoscimento dell'importanza del supporto sociale nel percorso di engagement. Infatti, l'inclusione di familiari, amici e gruppi di supporto rafforza di sicuro l'impegno del paziente e favorisce un ambiente favorevole alla sua partecipazione attiva. Infine, le politiche sanitarie devono sostenere l'engagement, creando un sistema che supporti il paziente a livello individuale, ma anche collettivo. Le politiche devono incoraggiare strutture sanitarie che promuovano l'inclusione del paziente nelle decisioni, e devono favorire l'adozione di pratiche e tecnologie che facilitano la comunicazione tra pazienti e professionisti.

Per rendere l'engagement una realtà, è necessario un cambiamento organizzativo che operi su tre livelli: micro, meso e macro.

- A livello micro, il cambiamento deve riguardare le pratiche quotidiane dei professionisti sanita-

ri e dei pazienti. Medici e infermieri devono essere formati per adottare approcci centrati sul paziente, utilizzando tecniche di comunicazione efficaci che promuovano la partecipazione attiva. Al contempo, i pazienti devono essere educati riguardo alla gestione della loro condizione e ai benefici di un coinvolgimento attivo.

- A livello meso, le strutture sanitarie devono adattarsi a questo cambiamento, promuovendo un'organizzazione del lavoro che favorisca l'integrazione tra i vari specialisti e il coordinamento dei percorsi di cura. L'introduzione di team multidisciplinari e la condivisione delle informazioni sanitarie tramite cartelle cliniche elettroniche sono strumenti che facilitano una gestione più efficace e condivisa della salute del paziente.
- A livello macro, le politiche sanitarie devono incentivare il cambiamento organizzativo e strutturale, orientando i sistemi sanitari verso modelli più inclusivi e partecipativi. Questo implica investimenti in infrastrutture, politiche di formazione per il personale sanitario, e la creazione di linee guida che promuovano un approccio orientato all'engagement. Inoltre, le politiche pubbliche devono promuovere la salute come un bene comune, incoraggiando l'accesso equo alle cure e favorendo l'autonomia dei pazienti nelle decisioni riguardanti la loro salute.

Le politiche sanitarie che pongono l'engagement come priorità devono sostenere un cambiamento culturale profondo, in cui il concetto di empowerment del paziente diventa centrale. Ciò implica l'introduzione di politiche che non solo incentivano la partecipazione, ma che costruiscono anche un ambiente favorevole alla collaborazione. Esempi di politiche che potrebbero supportare questo cambiamento includono:

- Educazione sanitaria: programmi che informano i pazienti sulle loro patologie e li formano sulle modalità per gestirle autonomamente.
- Tecnologie a supporto del paziente: sviluppo di applicazioni digitali e piattaforme online che permettano al paziente di monitorare la propria salute, comunicare facilmente con il medico e accedere a risorse educative.
- Modelli di cura centrati sul paziente: sviluppo di percorsi di cura che tengano conto delle preferenze, dei valori e delle esigenze del paziente, favorendo decisioni condivise e un'assistenza personalizzata.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://www.apirenetwork.it/2018/01/13/conferenza-di-consenso-italiana-sul-patient-engagement>;
2. <https://forward.recentiprogressi.it/it/rivista/numero-3-pazienti/articoli/paziente-esperto-da-passeggero-a-copilota-della-ricerca-terapeutica>;
3. Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana.

# OBIETTIVO 2030: TRASFORMARE IL MONDO



Saverio  
CAMPANELLA

*L'Agenda 2030 costituisce il nuovo quadro di riferimento globale per gli impegni nazionali e internazionali volti a trovare soluzioni condivise alle principali sfide globali, come l'estrema povertà, i cambiamenti climatici, il degrado ambientale e le emergenze sanitarie*

**L'Agenda 2030 delle Nazioni Unite la possiamo definire come un elenco dettagliato di ciò che occorre fare entro un limite temporale ben definito: il 2030. Di un piano d'azione per le persone, il Pianeta e la prosperità.**

Il contenuto dell'Agenda 2030 è quello dei 17 obiettivi articolati in 169 traguardi, e gli oltre 240 relativi indicatori, scritti in modo molto chiaro e determinato, adottati nel 2015 da 193 Paesi delle Nazioni Unite, tra cui l'Italia, come parte dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, cioè per condividere l'impegno a garantire un presente e un futuro migliore al nostro Pianeta e alle persone che lo abitano. Ognuno degli obiettivi ha specifici traguardi e indicatori per misurare i progressi.

Questi obiettivi mirano ad affrontare le sfide globali, come la povertà, le disuguaglianze, il cambiamento climatico, la salute e l'istruzione, promuovendo un mondo più equo e sostenibile entro il 2030. I 17 obiettivi sono strutturalmente indivisibili e interconnessi, vanno portati avanti insieme e si rinforzano l'uno con l'altro.

Certamente, questo programma non risolve tutti i problemi ma rappresenta una buona base comune da cui partire per costruire un mondo diverso e dare a tutti la possibilità di vivere in un mondo sostenibile dal punto di vista sociale, economico ed ambientale (ecologico), con l'obiettivo di eliminare la povertà, combattere l'ineguaglianza, affrontare i cambiamenti climatici e promuovere società pacifiche che tutelino i diritti umani.

Tutti i Paesi devono impegnarsi a elaborare una propria strategia di sviluppo sostenibile al fine di raggiungere gli obiettivi fissati, comunicando i risultati raggiunti all'interno di un processo coordinato dall'ONU.

Anche l'Unione europea è impegnata nel recepimento e definizione dei principi dell'Agenda 2030 di sviluppo sostenibile.

Per quanto concerne l'Italia si è proceduto ad istituire la Cabina di regia "Benessere Italia", organo della Presidenza del Consiglio cui spetta il compito di "coordinare, monitorare, misurare e migliorare le politiche di tutti i Ministeri nel segno del benessere dei cittadini". Lo strumento di coordinamento dell'attuazione dell'Agenda 2030 è rappresentato dalla Strategia Nazionale di Sviluppo Sostenibile, approvata dal CIPE con Delibera n. 108/2017.

L'Agenda 2030 si basa su cinque concetti chiave, rappresentati da cinque "P":

1. **Persone:** Eliminare fame e povertà in tutte le forme, garantire dignità e uguaglianza;
2. **Prosperità:** Garantire vite prospere e piene in armonia con la natura;
3. **Pace:** Promuovere società pacifiche, giuste e inclusive;
4. **Partnership:** Implementare l'Agenda attraverso solide partnership;
5. **Pianeta:** Proteggere le risorse naturali e il clima del pianeta per le generazioni future.

Tutti siamo protagonisti del cambiamento verso un futuro migliore, e ognuno di noi ha un ruolo importante. Le nostre azioni quotidiane, grandi o piccole che siano, hanno il potere di modellare il mondo che lasceremo ai nostri figli e alle generazioni future. Adottare stili di vita più sostenibili e responsabili è il primo passo per fare davvero la differenza.

Le piccole azioni, sommate a quelle di molti altri, sicuramente possono produrre cambiamenti significativi a livello globale. Rilevante è adottare idonei comportamenti individuali, ma anche di influenzare la cultura, la politica e l'economia per un futuro più equo e sostenibile, attraverso scelte quotidiane

consapevoli e un impegno attivo.

L'Agenda 2030 è un piano d'azione globale che si concentra sul miglioramento delle condizioni di vita per le persone, la protezione del pianeta e la promozione della prosperità.

È costituita da Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che mirano a risolvere sfide globali come la povertà, la disuguaglianza, la giustizia sociale, il cambiamento climatico e la conservazione delle risorse naturali.

Benché l'Agenda 2030 sia vista come un impegno positivo per la creazione di un futuro più giusto e sostenibile, sono emerse alcune critiche su diversi punti come interessi economici, in particolare delle grandi multinazionali, grandi progetti di sviluppo che potrebbero danneggiare l'ambiente o le popolazioni locali, alcuni obiettivi dell'Agenda 2030 sono percepiti come vaghi o difficili da monitorare e realizzare, mancanza di un quadro giuridico vincolante, che insieme a un sistema di monitoraggio che dipende molto dalla buona volontà dei governi, potrebbe significare che gli impegni presi dai paesi non vengano sempre rispettati o che vengano adattati per soddisfare interessi particolari.

Infine, l'Agenda 2030 è vista da molti come un'opportunità per affrontare in modo sistemico problemi globali come la povertà, la disuguaglianza e il cambiamento climatico, ma per altri solleva domande su

come queste sfide vengono affrontate, chi ne trarrà benefici, e se le politiche attuate siano effettivamente in grado di realizzare i cambiamenti promessi.

Ci sono, quindi, preoccupazioni legate a come le potenze economiche e politiche globali possano manipolare o distorcere gli obiettivi dell'Agenda per favorire i propri interessi.

L'Agenda 2030 a livello regionale è cruciale perché consente di adattare gli obiettivi globali alle speci-

## OBIETTIVI PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE



ficità locali, promuovendo un approccio più mirato ed efficace per il raggiungimento dello sviluppo sostenibile.

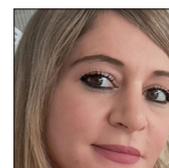
Essa permette anche di monitorare i progressi, affrontare le sfide in tempo reale e apportare modifiche o miglioramenti nelle politiche regionali. In sintesi, la Strategia Regionale Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile rappresenta un quadro di riferimento per le politiche regionali che mira a garantire che i territori possano contribuire al raggiungimento degli obiettivi globali in modo che lo sviluppo economico sia sostenibile, inclusivo e rispettoso dell'ambiente.

### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. SANTA CHIARA LAB – Università di Siena 1240, ASVIS -Agenzia Italiana per lo Sviluppo Sostenibile- AGENDA 2030 “Un viaggio attraverso gli Obiettivi di sviluppo sostenibile”, a cura di Enrico Giovannini e Angelo Riccaboni;
2. L'Agenda 2030 in Italia a cinque anni dalla sua adozione: una review quantitativa, FEEM -FONDAZIONE ENI ENRICO MATTEI-SDSN Italia, Dicembre 2020 Report, Laura Cavalli, Fondazione Eni Enrico Mattei, SDSN Italia, Giulia Lizzi, Fondazione Eni Enrico Mattei, Stefania Toraldo, SDSN Italia, Santa Chiara Lab - Università di Siena;
3. REGIONE EMILIA ROMAGNA, STRATEGIA REGIONALE AGENDA 2030 PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE;
4. L'Agenda 2030 dell'Onu per lo sviluppo sostenibile - Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile;
5. <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/it/home/agenda-2030/globaler-kompass-fuer-nachhaltige-Entwicklung.html#:~:text=L'Agenda%202030%20rappresenta%20il,ambiente%20e%20le%20crisi%20sanitarie;>
6. <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/it/home/agenda-2030.html>.

# SOSTANZE REPROTOSSICHE: RISCHI, PREVENZIONE E PROTEZIONE DELLA SALUTE RIPRODUTTIVA

*Promuovere una cultura della prevenzione nei luoghi di lavoro per la protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti dall'esposizione a sostanze chimiche pericolose sul posto di lavoro, comprese le sostanze reprotossiche.*



Angela  
SARDELLA



Pasquale Nicola  
BIANCO

## **Negli ultimi anni, l'uso di farmaci chemioterapici e antitumorali ha registrato un notevole aumento.**

Tanti sono i nuovi principi attivi introdotti sul mercato e l'ambito di utilizzo degli antitumorali si è ampliato, estendendosi anche al trattamento di patologie non oncologiche, come le malattie autoimmuni e degenerative. I chemioterapici e gli antitumorali esercitano la loro azione inibendo la crescita delle cellule tumorali, provocando alterazioni nel loro DNA oppure interferendo con la fase di divisione cellulare. Comunque, questi farmaci non agiscono in modo selettivo solo sulle cellule tumorali, ma la loro azione ricade su tutte le cellule in divisione. Di conseguenza, possono manifestare un certo grado di mutagenicità, cancerogenicità e/o teratogenicità.

Dunque, le sostanze reprotossiche sono quelle sostanze chimiche che hanno il potenziale effetto di alterare la funzione riproduttiva negli esseri umani, sia a livello maschile che femminile, nonché hanno il potenziale effetto di causare danni ai gameti, ai feti in via di sviluppo e a tutte le fasi della gravidanza. Infatti, gli effetti avversi, che queste sostanze possono causare, sono diversi, tra cui:

- Alterano la capacità di concepire, influenzando la produzione di spermatozoi negli uomini o la qualità degli ovociti nelle donne (danno alla fertilità).
- Danneggiano gli embrioni durante le prime fasi dello sviluppo, portando a malformazioni o interruzioni della gravidanza (embriotossicità).
- Causano malformazioni congenite nel feto (teratogenicità).
- Alterano il DNA, con il rischio di malformazioni genetiche o altre anomalie a livello cellulare (genotossicità).

Gli infermieri, quali professionisti sanitari in prima linea, sono coinvolti nella cura, nella gestione e nel-

la protezione della salute riproduttiva dei pazienti e devono essere adeguatamente informati sui rischi e sulle modalità di prevenzione dell'esposizione a tali agenti chimici, pericolosi per la salute riproduttiva e quindi devono essere maneggiati con precauzione, negli ambienti professionali.

Nelle strutture sanitarie, le sostanze reprotossiche (tra cui farmaci, disinfettanti, solventi e materiali utilizzati in laboratorio) possono essere presenti in varie unità operative o servizi o ambulatori:

- Molti chemioterapici utilizzati nel trattamento di patologie oncologiche, farmaci ormonali per il trattamento di tumori ormono-dipendenti sono reprotossici ed hanno il potenziale potere di alterare la fertilità e causare danni al feto durante la gravidanza. Possono essere pericolosi anche per il personale sanitario che li maneggia senza le necessarie precauzioni.
- Alcuni farmaci, agenti immunosoppressori, utilizzati per sopprimere il sistema immunitario, rientrano nel gruppo delle sostanze reprotossiche, poiché influenzano la fertilità e lo sviluppo fetale.
- Alcuni anestetici generali, se esposti a lungo termine, potrebbero avere effetti reprotossici. L'esposizione professionale a questi gas potrebbe influire sulla salute riproduttiva di medici, infermieri e altro personale sanitario.
- Alcuni prodotti disinfettanti e detergenti, prodotti di pulizia contenenti alcol, ammoniaca o cloro, possono essere considerati potenzialmente reprotossici se maneggiati frequentemente o senza adeguata protezione.
- Solventi chimici usati in laboratorio o per la pulizia, possono avere effetti dannosi sul sistema riproduttivo, causando malformazioni o riducendo la fertilità.

Gli infermieri, in particolar modo quelli che lavorano

in ambienti ospedalieri o clinici dove sono frequenti l'uso di farmaci chemioterapici, anestetici, o altre sostanze chimiche pericolose, possono essere a rischio di esposizione. Inoltre, il personale sanitario che assiste pazienti con esposizione a sostanze reprotossiche può essere indirettamente esposto. I rischi specifici per gli infermieri derivano dall'esposizione a farmaci chemioterapici durante la preparazione, somministrazione, manipolazione e dal contatto con sostanze chimiche utilizzate in laboratorio o in ambito ospedaliero, dall'inalazione di vapori o aerosol di sostanze chimiche pericolose.

Per eliminare o quantomeno ridurre il rischio di esposizione alle sostanze reprotossiche, è necessario seguire alcune linee guida e pratiche di prevenzione e protezione. Gli infermieri devono avere a disposizione ed indossare idonei e adeguati Dispositivi di Protezione Individuale per evitare il contatto diretto con sostanze pericolose. È fondamentale che gli infermieri siano informati, formati e addestrati sui rischi legati alla presenza e uso di sostanze reprotossiche, sulla gestione sicura di dette sostanze pericolose e sulle procedure per una loro corretta manipolazione. Devono utilizzare tecniche appropriate per la somministrazione dei farmaci che-

vono identificare le sostanze reprotossiche presenti nei luoghi di lavoro e valutarne il rischio, devono effettuare una valutazione dei rischi per la salute dei lavoratori in relazione all'esposizione a sostanze chimiche pericolose, comprese le sostanze reprotossiche.

La valutazione deve riguardare l'entità dell'esposizione, le modalità di utilizzo delle sostanze chimiche e gli effetti sulla salute riproduttiva. Per le lavoratrici in gravidanza o che pianificano una gravidanza, devono essere adottate misure precauzionali per eliminare o quantomeno ridurre l'esposizione alle sostanze pericolose. È obbligatorio fornire formazione specifica adeguata ai lavoratori sui rischi delle sostanze chimiche, nonché informazioni sulle misure di protezione da adottare. La formazione deve riguardare le modalità di esposizione, le tecniche di protezione, e le procedure in caso di emergenza e deve essere continua e periodica, con aggiornamenti regolari sui rischi emergenti e le nuove normative. Il datore di lavoro ha il dovere di informare i lavoratori (attraverso la messa a disposizione delle schede di dati di sicurezza di ogni sostanza e preparato chimico) riguardo la presenza di sostanze chimiche pericolose sul luogo di lavoro, nonché sui

***“Il rischio chimico e il rischio biologico sono da sempre aspetti cruciali della sicurezza sul lavoro, e nell’attuale contesto di nuove tecnologie e nuove normative sono sempre più necessarie competenze approfondite e aggiornate per la tutela efficace di lavoratori e aziende”***

mioterapici, in un ambiente dove i parametri microclimatici siano rispettati, e seguire le linee guida per lo smaltimento sicuro dei rifiuti contenenti sostanze pericolose. Devono provvedere anche ad attuare momenti di educazione alla salute degli utenti-pazienti, quindi, informarli, in particolare le donne in gravidanza o in età fertile, sui rischi legati a determinate sostanze e incoraggiarli ad adottare comportamenti preventivi.

Recentemente su tale problematica è stata emanata un'importante normativa la “Direttiva UE 2022/431 “Protezione dei Lavoratori dalle Sostanze Reprotossiche” che affronta i rischi legati all'esposizione a sostanze chimiche pericolose, inclusi gli agenti reprotossici, sul posto di lavoro, introducendo misure specifiche per proteggere la salute dei lavoratori, con particolare attenzione alla protezione delle donne in gravidanza e delle lavoratrici in età fertile, che sono particolarmente vulnerabili agli effetti di tali sostanze.

La direttiva stabilisce limiti di esposizione professionale per le sostanze reprotossiche e impone agli Stati membri di garantire che i datori di lavoro adottino misure preventive adeguate al fine di ridurre al minimo i rischi occupazionali. I datori di lavoro de-

rischi associati alla loro esposizione. Inoltre devono provvedere, quando possibile, ad eliminare o sostituire le sostanze chimiche pericolose con alternative meno rischiose.

Devono, altresì, adottare misure tecniche e organizzative per ridurre al minimo l'esposizione. Il datore di lavoro deve garantire che i limiti di esposizione professionale per le sostanze reprotossiche siano sempre rispettati. In particolare, occorre controllare e mantenere l'esposizione dei lavoratori a livelli sotto i limiti di sicurezza definiti dalla legislazione europea. Il datore di lavoro al fine di monitorare lo stato di salute dei lavoratori esposti a sostanze chimiche, in particolare quelle reprotossiche deve garantire la sorveglianza sanitaria regolare. I medici competenti devono essere coinvolti per valutare i rischi specifici e per fornire misure di sorveglianza sanitaria mirate. La consapevolezza delle sostanze reprotossiche e dei loro effetti sulla salute riproduttiva è fondamentale per gli infermieri, non solo per la protezione della propria salute, ma anche per garantire la sicurezza dei pazienti. Il datore di lavoro ha una responsabilità fondamentale nella protezione dei lavoratori dalle sostanze reprotossiche, e il rispetto delle normative europee, in particolare la Di-

rettiva UE 2022/431, è essenziale per prevenire danni alla salute riproduttiva dei dipendenti. Nel caso di mancato rispetto degli obblighi stabiliti dalla normativa europea e nazionale, i datori di lavoro possono incorrere in sanzioni amministrative e penali, che variano a seconda della gravità delle infrazioni. Il preposto, secondo la normativa in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.), è una figura chiave nella gestione della sicurezza e salute sul posto di lavoro. Il suo ruolo è di vigilare sull'osservanza delle normative di sicurezza e di garantire che i lavoratori rispettino le misure di protezione stabilite dal datore di lavoro.

In particolare, quando si parla di esposizione a sostanze reprotossiche e rischi chimici, il preposto deve assicurarsi che vengano rispettate le disposizioni per tutelare la salute dei lavoratori, prevenendo l'esposizione e i danni derivanti da tali sostanze. Di seguito si riportano i principali e specifici obblighi del preposto, per la protezione dalle sostanze reprotossiche:

- Vigilare affinché i lavoratori osservino tutte le misure di sicurezza e protezione stabilite dal datore di lavoro, ed in particolar modo assicurarsi che i lavoratori utilizzino correttamente i DPI prescritti, verificare che le procedure di manipolazione delle sostanze pericolose vengano seguite correttamente e che i rifiuti pericolosi vengano smaltiti in modo sicuro.
- Monitorare che le norme di sicurezza relative all'uso di sostanze chimiche vengano rispettate durante le attività quotidiane.
- Collaborare con il datore di lavoro per implementare le misure preventive indicate nella valutazione dei rischi, garantendo che tutte le azioni previste siano effettivamente attuate.
- Segnalare tempestivamente al datore di lavoro eventuali situazioni di rischio che potrebbero mettere a rischio la salute riproduttiva dei lavoratori, in particolare se le sostanze chimiche utilizzate sono reprotossiche.
- Informare, formare e sensibilizzare i lavoratori sui rischi legati all'esposizione a sostanze reprotossiche, nonché sulle pratiche di lavoro sicure da adottare. In particolare verificare che i

lavoratori abbiano ricevuto una formazione adeguata sui rischi derivanti da sostanze reprotossiche, sui comportamenti da adottare per ridurre l'esposizione e sull'uso corretto dei DPI; garantire che i lavoratori siano informati sui segnali di allarme legati a una possibile esposizione (ad esempio, sintomi di avvelenamento o irritazione) e che sappiano come comportarsi in caso di emergenza.

- Monitorare regolarmente le condizioni di lavoro per assicurarsi che i rischi legati alle sostanze reprotossiche vengano continuamente controllati. A tal fine verifica la corretta ventilazione degli ambienti di lavoro in cui sono utilizzate sostanze chimiche, controlla l'adeguatezza dei dispositivi di protezione collettiva e la corretta manutenzione degli stessi.
- Segnalare tempestivamente al datore di lavoro, e se necessario alle autorità competenti, ogni condizione di pericolo grave e imminente relativa all'esposizione a sostanze reprotossiche che potrebbe compromettere la salute dei lavoratori.
- Promuovere una cultura della sicurezza all'interno dell'ambiente di lavoro.
- Collaborare con il medico competente e con i responsabili della sorveglianza sanitaria per garantire che i lavoratori esposti a sostanze reprotossiche vengano monitorati regolarmente, assicurandosi che vengano effettuati gli esami di controllo periodici per monitorare lo stato di salute dei lavoratori esposti a rischi chimici; segnalare tempestivamente eventuali anomalie o patologie sospette ai medici competenti, in modo che possano adottare misure preventive adeguate.
- Essere preparato a gestire situazioni di emergenza in caso di esposizione accidentale a sostanze chimiche pericolose. In particolare, deve garantire che i lavoratori sappiano come reagire correttamente in caso di esposizione acuta a sostanze reprotossiche, seguendo le procedure di primo soccorso, coordinare le azioni di emergenza, assicurandosi che i lavoratori possano essere prontamente assistiti in caso di esposizione a sostanze pericolose.

## BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Direttiva (UE) 2022/431 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 febbraio 2022, che modifica la Direttiva 2004/37/CE per quanto riguarda i limiti di esposizione professionale ad alcune sostanze chimiche pericolose;
2. Direttiva 2004/37/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, riguardante la protezione dei lavoratori dai rischi derivanti dall'esposizione a sostanze chimiche pericolose sul posto di lavoro;
3. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "Reproductive health and the environment", WHO, 2021;
4. Istituto Superiore di Sanità, "Rischi professionali e salute riproduttiva", ISS, 2020;
5. D. Lgs 81/2008, Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro e s.m.i.;NIOSH List of Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Healthcare Settings, 2016;
6. D. Lgs. n. 135 del 04/09/2024 "Attuazione della direttiva (UE) 2022/431 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2022, che modifica la direttiva 2004/37/CE sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni durante il lavoro.

# SICUREZZA E SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO: LE CRITICITÀ

*L'evoluzione tecnologica, l'emergere di nuove forme di lavoro e i cambiamenti demografici richiedono un adattamento continuo delle normative e delle pratiche di prevenzione. Solo attraverso un impegno costante e una visione proattiva sarà possibile garantire la protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori in un ambiente sempre più complesso e dinamico.*



Maria  
ROMANAZZI



Cosimo Giovanni  
SPINELLI

**L'incessante aumento degli eventi infortunistici sul lavoro e l'incremento della loro gravità, evidenzia la necessità di una valutazione approfondita sull'intero sistema di prevenzione e sulla sua efficacia, soprattutto in relazione alle situazioni più complesse e pericolose.**

La sensazione che i lavoratori avvertono è quella di un crescente distacco tra chi ha la responsabilità di garantire, a vario titolo e costantemente, la sicurezza sul lavoro e chi elabora strategie e approcci prevenzionistici più o meno complicati, che pur essendo giuridicamente e tecnicamente impeccabili, risultano spesso di difficile applicazione nelle situazioni quotidiane. La conseguenza di tali situazioni è che nelle fasi lavorative, finalizzate ad erogare prestazioni lavorative, prevalgono spesso motivazioni di carattere economico e sociale, talvolta di una rilevanza da fare relegare in secondo piano ogni altro aspetto, portando, consapevolmente o meno, ad accettare i rischi derivanti da omissioni e/o sottovalutazioni, vista anche la carenza di adeguati controlli. Il D. Lgs 81/2008 ha rafforzato e valorizzato il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti della sicurezza previsti dal Testo Unico, dai lavoratori ai preposti, ai dirigenti della sicurezza ed al Datore di Lavoro. Questo aspetto è particolarmente evidente anche nelle più recenti modifiche normative, come il ruolo rinnovato e potenziato dei preposti e le necessarie attività di formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro a carico del Datore di Lavoro. Il sistema di prevenzione trasformato con il D. Lgs 81/2008 conserva ancora oggi caratteristiche di grande innovazione, sia sul piano culturale che giuridico, rappresentando un cambiamento significativo nella gestione della sicurezza sul lavoro. La sua originalità è evidente nell'ampiezza e nella varietà degli spunti forniti, che spaziano dalle nuove

modalità di coinvolgimento dei lavoratori e dei preposti, fino alle evoluzioni nelle responsabilità e nelle pratiche di formazione e aggiornamento. Questo impianto normativo ha prodotto un ampio corpus di strumenti tecnici e giuridici, tra cui Indicazioni Tecniche, Circolari, Interpelli, Fact Sheets e altre normative, che, pur essendo di grande valore per l'orientamento delle pratiche di sicurezza, impongono agli operatori del settore un impegno notevole per la loro interpretazione, applicazione e aggiornamento continuo, a causa della complessità e della frequente evoluzione di queste disposizioni e innovazioni. È indiscutibile, tuttavia, che in questi ultimi anni la società ha subito un'evoluzione radicale, che ha comportato l'introduzione, nel mondo del lavoro, di una grande varietà di contratti atipici e di nuove tipologie di lavoratori, per i quali risulta spesso difficile individuare le figure di garanzia previste dal T.U. sulla Sicurezza ed i relativi obblighi. Questa difficoltà si riflette principalmente sui Datori di Lavoro, che si trovano ad operare in contesti professionali sempre più complessi, frammentati e talvolta pericolosi, ma riguarda anche i lavoratori stessi, che spesso non hanno dei punti di riferimento chiari all'interno della propria realtà lavorativa. Detta problematica, inerente alle difficoltà operative derivanti dall'evoluzione del mondo del lavoro, si estende anche agli organi di vigilanza, all'Autorità Giudiziaria e agli inquirenti, che si trovano a dover districarsi tra le molteplici responsabilità contrattuali assegnate ai vari soggetti, il sistema delle deleghe e la difficoltà di individuarle in caso di un evento infortunistico. Su questa tematica entra in gioco anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che ha dato avvio ad una serie di attività connesse alla realizzazione di numerosi e vari progetti previsti dalla Missione Salute da raggiungere entro il 2026, come ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con pro-

fessionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina alle persone e innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile, e che le scadenze sono spesso inconciliabili con i tempi propri del sistema di prevenzione. L'impressione è che per rispettare le scadenze e non perdere i finanziamenti si preferisce omettere degli adempimenti in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro in grado di tutelare la sicurezza dei lavoratori. Per quanto sopra espresso è importante mettere in evidenza che il dato che emerge dalle continue revisioni e integrazioni del T.U., spesso motivate dagli eventi infortunistici più gravi, è quello dell'inasprimento delle sanzioni, dell'incremento degli adempimenti a carico dei datori di lavoro e dei preposti, dell'incremento di dispositivi e di procedure di sicurezza a carico di tutte le attività lavorative. Per diminuire la gravità degli incidenti si ritiene opportuno intervenire sulla graduazione delle responsabilità e degli adempimenti in funzione della pericolosità delle attività lavorative, sull'incremento delle competenze di chi espleta funzioni di garanzia e funzioni consulenziali in attività complesse e pericolose e sul bilanciamento dei poteri tra gli organi decisionali e quelli consultivi. Effettivamente, la confusione non solo aumenta i rischi per tutti gli operatori presenti, ma comporta anche una perdita di tempo e ostacola l'efficienza del servizio. Questo accade perché non si conoscono i luoghi di lavoro, non si conoscono i riferimenti per le diverse necessità, né tantomeno le procedure, sia quelle ordinarie che quelle da seguire in caso di emergenza. Il risparmio di tempo e di risorse che si ottiene ignorando le normative in materia di salute e sicurezza sul lavoro può sembrare inizialmente vantaggioso, ma si tratta di un vantaggio solo apparente. Infatti, la mancata osservanza delle norme espone i lavoratori a rischi gravi, che, a lungo termine, possono portare a conseguenze più costose, sia in termini di danni fisici che di sanzioni legali, compromettere la produttività e compromettere la reputazione dell'azienda. Gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro sono spesso visti con diffidenza da tutte le parti coinvolte, dal Datore di lavoro agli "attori" della sicurezza, che li considerano come un onere da rimandare il più possibile, approfittando delle eventuali lacune negli interventi degli organi di vigilanza e controllo. A questa visione contribuisce in modo significativo la carenza di una solida cultura della sicu-

rezza, che dovrebbe invece essere parte integrante della gestione lavorativa. È quindi fondamentale non solo continuare a sviluppare il sistema tecnico, normativo e giuridico su cui si basa la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, già ampiamente definito e condiviso, ma anche comprendere e affrontare le ragioni che ostacolano la sua attuazione, al fine di migliorarne l'efficacia e garantire un reale cambiamento. Anche i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza devono diventare delle risorse nel sistema di gestione, individuando delle misure di coinvolgimento e dei percorsi formativi idonei. La rilevanza dell'argomento, così come la scarsa efficacia delle misure di prevenzione, emerge chiaramente dalle numerose sentenze della Corte di Cassazione emesse negli ultimi anni e dalle numerose iniziative degli organi legislativi e giudiziari. Purtroppo, la sensazione che si ha è che l'elenco degli eventi infortunistici sul lavoro sia destinato a prolungarsi, poiché non si nota un reale cambiamento nel modo di individuare le criticità e nel mettere in atto soluzioni efficaci per superarle. Il mondo del lavoro sta cambiando rapidamente, portando con sé nuove sfide legate all'uso delle nuove tecnologie, alla digitalizzazione, all'automazione, al lavoro da remoto, alla crescente interconnessione globale e ai cambiamenti demografici. Il quadro strategico 2021-2027, quindi, cerca di garantire che la legislazione europea e le politiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro siano aggiornate e capaci di affrontare le sfide emergenti in un ambiente lavorativo in continuo cambiamento. Il mondo del lavoro sta cambiando rapidamente, con nuove sfide legate alla digitalizzazione, al lavoro agile, alla robotizzazione, alla globalizzazione e ai cambiamenti demografici.

Questo quadro strategico si propone di rispondere a queste sfide, mirando a promuovere la cultura della prevenzione, sensibilizzando i datori di lavoro e i lavoratori sull'importanza di adottare misure di prevenzione efficaci, di adattare la sicurezza alle nuove forme di lavoro, garantendo che le normative e le politiche sulla sicurezza siano adeguate alle nuove modalità di lavoro, come il telelavoro, il lavoro temporaneo e le piattaforme digitali, di migliorare la salute mentale e il benessere dei lavoratori affrontando temi come lo stress lavorativo, il burnout e altre problematiche legate alla salute mentale dei lavoratori, nonché prevenire gli infortuni e le malattie professionali riducendo significativamente i casi di infortuni sul lavoro e le malattie legate alle attività lavorative.

## BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Quadro strategico dell'UE in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro 2021-2027, "Sicurezza e salute sul lavoro in un mondo del lavoro in evoluzione";
2. D. Lgs. N. 81 del 2008, revisione novembre 2023, "Testo Unico della sicurezza sul Lavoro";
3. Rivista dell'Osservatorio Olympus "DIRITTO della SICUREZZA sul LAVORO" n° 1 del 2024;
4. Decreto-Legge n. 146 del 21/10/2021 - Decreto convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 215 del 17/12/2021.

# ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A SOSTANZE TOSSICHE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

*Rafforzare la protezione dei lavoratori contro i rischi occupazionali derivanti dall'esposizione agli agenti cancerogeni, mutageni e tossici per la riproduzione.*



Adriana  
LATERZA



Benedetta Caterina  
SABBATELLI

**La Direttiva Cancerogeni mira alla protezione dei lavoratori contro i rischi occupazionali che derivano dall'esposizione ad agenti chimici (cancerogeni o mutageni o reprotossici) durante le attività lavorative ed è stata recepita nel Testo Unico di Sicurezza e pertanto qualunque suo aggiornamento europeo, implica l'emanazione di un apposito Decreto nazionale di modifica diretta sul D. Lgs. n. 81/2008 (Testo Unico in materia di Sicurezza e salute sui luoghi di lavoro).**

Tale modifica tiene conto delle indicazioni del Piano europeo contro i Tumori che ha portato a ricomprendere le sostanze tossiche per la riproduzione tra quelle a rischio per la salute dei lavoratori.

La Direttiva UE 2022/431 riguarda la protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti dall'esposizione professionale a sostanze chimiche pericolose, in particolare quelle che possono danneggiare la salute riproduttiva, ed ha aggiornato la Direttiva 2004/37/CE. Questa nuova direttiva evidenzia diversi aspetti innovativi e modifiche significative per migliorare la protezione dei lavoratori e allinearsi agli sviluppi scientifici e alle esigenze emergenti di salute pubblica.

La Direttiva 2022/431 introduce nuovi limiti di esposizione professionale per una serie di sostanze chimiche che sono state identificate come reprotossiche. Questi limiti sono stati aggiornati alla luce delle evidenze scientifiche più recenti. In particolare, sono stati inclusi nuovi valori limite per sostanze chimiche che possono causare danni al sistema riproduttivo e alla fertilità, come le sostanze cancerogene, mutagene e tossiche per la riproduzione. Inoltre esplicita un approccio più ampio riguardo ai rischi per la salute riproduttiva. La precedente Direttiva (Direttiva 2004/37/CE) si concentrava principal-

mente sui rischi cancerogeni, mentre adesso si evidenziano anche i rischi per la fertilità e per altre funzioni riproduttive.

Questo aggiornamento risponde a una crescente consapevolezza scientifica riguardo ai danni a lungo termine provocati da esposizioni professionali a sostanze chimiche che alterano la salute riproduttiva. Sono stati aggiunti nuovi composti chimici alla lista delle sostanze che presentano rischi professionali per la salute riproduttiva dei lavoratori.

L'aggiornamento della lista è stato fatto in base a nuovi studi e ad una maggiore conoscenza dei rischi chimici che possono danneggiare la fertilità o causare malformazioni congenite.

La Direttiva introduce misure per migliorare la protezione di categorie di lavoratori particolarmente vulnerabili, come donne in gravidanza, lattanti e giovani lavoratori. Questi gruppi di lavoratori sono più sensibili agli effetti delle sostanze reprotossiche e, quindi, necessitano di un livello di protezione superiore. Ad esempio, vengono proposte restrizioni o misure preventive più rigorose in ambienti di lavoro ad alto rischio per queste categorie di lavoratori. La Direttiva rafforza l'obbligo di sorveglianza sanitaria e di monitoraggio per i lavoratori esposti a sostanze chimiche pericolose. I datori di lavoro sono chiamati a garantire esami di salute periodici per i lavoratori a rischio, al fine di identificare precocemente eventuali danni alla salute riproduttiva o altre patologie legate all'esposizione chimica.

La Direttiva 2022/431 sottolinea anche l'importanza di informare e formare i lavoratori sui rischi associati alle sostanze chimiche pericolose, in particolare per quanto riguarda gli effetti sulle capacità riproduttive. I lavoratori devono essere formati adeguatamente sui rischi, sulle misure di protezione e su come gestire correttamente le sostanze chimi-



### **BARI, IL PREMIO “NICOLINO D'ORO” E “NICOLINO D'ARGENTO”**

Il 6 Dicembre 2024 si è tenuta a Bari la cerimonia del Premio “Nicolino d'Oro” e “Nicolino d'Argento”, promosso dal circolo Acli - Dalfino, giunto quest'anno alla XXVI edizione. Tra i premiati per la loro attività, la loro passione e le loro idee che hanno dato lustro alla città di Bari, alla sua storia e alla sua cultura c'è stato anche il collega Dott. Vincenzo Cuccovillo.

che sul posto di lavoro. Viene enfatizzata la necessità di applicare misure di prevenzione e protezione collettiva più stringenti, come sistemi di aerazione ambientale, per ridurre il rischio di esposizione alle sostanze chimiche.

La Direttiva incoraggia l'adozione di tecnologie meno pericolose e processi di lavoro più sicuri, al fine di limitare il ricorso a sostanze chimiche pericolose e favorire un ambiente di lavoro più sicuro. Un altro aspetto innovativo riguarda l'obbligo per i datori di lavoro di comunicare chiaramente i rischi di esposizione alle sostanze chimiche ai lavoratori e di adottare misure per garantire che tutti i lavoratori siano informati e consapevoli dei pericoli derivanti da tali sostanze. La comunicazione deve essere continua e basata su prove scientifiche aggiornate.

La Direttiva UE 2022/431 segna un importante passo avanti nella protezione della salute dei lavoratori

a sostanze pericolose, estendendo il campo d'applicazione della legislazione preesistente.

Detto Decreto rappresenta quindi un'importante evoluzione nella tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

L'inclusione delle sostanze tossiche per la riproduzione nelle normative di protezione, insieme ai nuovi obblighi per i datori di lavoro e all'introduzione di valori limite di esposizione e biologici, evidenzia l'importanza di assicurare ambienti di lavoro più sicuri e sani. Il decreto oltre a proteggere i lavoratori, contribuisce altresì ad una crescita socialmente sostenibile. Il decreto, in vigore dal 11/10/2024, modifica alcuni articoli del Testo Unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

In particolare, amplia la protezione ai lavoratori esposti a sostanze tossiche per la riproduzione umana, e non solo ai lavoratori esposti alle sostanze

***“I lavoratori, prima di essere adibiti alle attività lavorative, devono essere adeguatamente formati e informati sui rischi connessi all'uso di sostanze cancerogene, mutagene e tossiche per la riproduzione, con aggiornamenti almeno quinquennali”***

ri contro i rischi derivanti dall'esposizione a sostanze chimiche pericolose, con particolare attenzione alla salute riproduttiva. L'aggiornamento dei limiti di esposizione, l'introduzione di nuove sostanze nella lista dei rischi e l'enfasi sulla protezione dei lavoratori più vulnerabili sono misure significative che contribuiscono a rendere gli ambienti di lavoro più sicuri e a tutelare la salute a lungo termine dei lavoratori. Su detta problematica il decreto n. 135 del 04/09/2024, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti dall'esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni durante il lavoro, recepisce la Direttiva (UE) 2022/431 con l'obiettivo principale di rafforzare la tutela dei lavoratori che sono esposti

cancerogene e mutagene, definisce, altresì, i valori limite di esposizione professionale e biologici per queste sostanze, sia con soglia che prive di soglia e rafforza le misure di sicurezza, introducendo obblighi per i datori di lavoro sulla valutazione dei rischi, sulla formazione e sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti.

L'obiettivo è quello di ridurre al minimo i rischi per la salute dei lavoratori esposti a sostanze cancerogene, mutagene e reprotossiche, assicurare ambienti di lavoro salubri e sicuri ed un benessere organizzativo al lavoratore, indispensabile per migliorare la salute mentale e fisica dei lavoratori e la soddisfazione degli utenti.

#### **BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. Direttiva (UE) 2022/431 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 febbraio 2022, che modifica la Direttiva 2004/37/CE per quanto riguarda i limiti di esposizione professionale ad alcune sostanze chimiche pericolose;
2. D. Lgs 81/2008, Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro e s.m.i.;
3. D. Lgs. n. 135 del 04/09/2024 “Attuazione della direttiva (UE) 2022/431 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2022, che modifica la direttiva 2004/37/CE sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni durante il lavoro.

# I PARTENARIATI TRA ENTI PUBBLICI E PRIVATI NEL SETTORE SOCIO SANITARIO



Angela SARDELLA

*Il partenariato pubblico-privato (PPP) è una forma di cooperazione tra soggetti pubblici e privati, con l'obiettivo di finanziare, costruire e gestire infrastrutture o fornire servizi di interesse pubblico.*

**Quando la crisi economica e sociale sfida i modelli tradizionali basati sulle dinamiche di mercato o sul ruolo esclusivo dello Stato, si creano opportunità significative per lo sviluppo di nuove forme di collaborazione.**

Queste nuove strategie non solo offrono un'opportunità per stimolare le economie locali, ma anche per rispondere in modo più efficace ai bisogni di una comunità in continua evoluzione. Negli ultimi anni, i Partenariati tra Pubblico e Privato (PPP) si sono rapidamente estesi in vari settori ed in particolare nel settore sanitario, dove tali collaborazioni, dopo una fase iniziale di prova, stanno entrando in una fase di maggiore consolidamento e diffusione. Secondo il diritto europeo, i partenariati pubblico-privati identificano diverse modalità giuridiche di cooperazione strutturata e duratura tra pubbliche amministrazioni e soggetti privati, non profit e for profit.

Il PPP in ambito sanitario costituisce un'opportunità per affrontare questioni cruciali, come l'individuazione degli approcci più efficaci per l'acquisto, l'erogazione e la gestione dei servizi sanitari da parte delle organizzazioni pubbliche. Offre, inoltre, la possibilità di scoprire nuove prospettive e soluzioni per la riorganizzazione della sanità pubblica.

In linea di massima è possibile distinguere i PPP in due categorie: contrattuali e istituzionalizzate.

Nel PPP contrattuale l'ente pubblico e il soggetto privato sottoscrivono un contratto per l'esecuzione di un'opera o la prestazione di un servizio.

Nel PPP istituzionalizzato la P.A. e il soggetto privato convengono sulla necessità, opportunità, e utilità di creare una entità giuridica terza e distinta, finalizzata all'esecuzione di un'opera, all'organizzazione ed erogazione di un servizio ovvero alla gestione di un progetto o di interventi.

I partenariati in sanità sono stati per la prima volta disciplinati dalla Riforma della Sanità-ter (D. Lgs. n. 229/1999) ed oggi nel Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs 36/2023) e nel Testo Unico (Testo Unico approvato con il D. Lgs n. 175/2016) sulle società a partecipazione pubblica.

Alcune delle principali caratteristiche che contraddistinguono il PPP sono:

- Durata relativamente lunga della collaborazione pubblico-privata;
- Modalità di finanziamento prevalentemente privato;
- Ruolo strategico del privato e rilevante in ogni fase del progetto (il partner pubblico si concentra invece, principalmente, sulla definizione degli obiettivi da raggiungere in termini di interesse pubblico, di qualità dei servizi offerti);
- Ripartizione del rischio dell'attività tra soggetto pubblico e privato.

L'interesse per questo tema è cresciuto in risposta a due sfide principali: da un lato, l'inadeguatezza delle competenze manageriali disponibili nelle aziende pubbliche rispetto alla complessità della gestione sanitaria, e dall'altro, la scarsità di risorse finanziarie per affrontare l'obsolescenza delle strutture e delle tecnologie sanitarie e l'aumento della necessità di servizi adeguati.

La pandemia da COVID-19, d'altronde, ha ulteriormente evidenziato e amplificato queste criticità, aumentando la pressione sulle strutture sanitarie e sottolineando l'importanza di approcci di collaborazione più flessibili ed efficienti.

La crisi sanitaria globale ha messo a dura prova i sistemi sanitari, evidenziando la vulnerabilità delle risorse e la necessità di una risposta rapida e coordinata.

I PPP si sono rivelati una risposta efficace per af-



frontare le sfide poste dalla pandemia, consentendo l'accesso rapido a risorse, tecnologie e competenze, e migliorando, altresì, la capacità di risposta del sistema sanitario.

Pur con un interesse crescente sia nella pratica che nella letteratura, il fenomeno dei PPP non è stato ancora completamente esplorato. In modo specifico, la letteratura manca di approfondimenti riguardanti le caratteristiche e le forme di tali strutture organizzative, specialmente quando coinvolgono aziende pubbliche e private non profit, e di una valutazione approfondita dei benefici dei PPP.

La centralità del settore non profit è sempre più evidente, non solo per il suo apporto produttivo, ma anche per la sua capacità di prevedere e rispondere ai bisogni della collettività con strutture organizzative agili e servizi che lo Stato non può sempre fornire. In un contesto di problematiche complesse come quello sanitario, il settore privato sociale ha dimostrato di essere un importante generatore di valore aggiunto economico, finanziario e sociale.

nei processi operativi e gestionali, e la scarsità di risorse finanziarie necessarie per affrontare l'obsolescenza delle strutture e delle tecnologie delle aziende sanitarie e per rispondere all'evoluzione qualitativa della domanda di servizi. In questo contesto, i PPP nel settore sanitario rappresentano un'opportunità significativa per ottimizzare l'acquisto, l'erogazione e la gestione dei servizi sanitari attraverso forme più efficaci di collaborazione tra il settore pubblico e privato, oltre a esplorare nuove strategie di intervento volte a supportare il processo di riorganizzazione della sanità pubblica. Il ruolo dei PPP in ambito sanitario sta evolvendo: da semplice strumento per la realizzazione di investimenti infrastrutturali, come la costruzione di ospedali, a fattore abilitante nell'acquisto di servizi essenziali per l'erogazione delle attività da parte delle aziende sanitarie. Per sfruttare al meglio le potenzialità del PPP in ambito sanitario, è necessario adottare un nuovo modello decisionale che includa una comprensione approfondita del rischio tecnologico. Questo compor-

***“I Partenariati Pubblico Privati, secondo il diritto europeo, identificano diverse modalità giuridiche di cooperazione strutturata e duratura tra pubbliche amministrazioni e soggetti privati, non profit e for profit. In Italia, esistono esempi di Partenariato Pubblico Privato nel comparto sanitario costituiti e gestiti sotto forma di Società a responsabilità limitata miste ovvero sotto forma di project financing”***

Le evoluzioni demografiche, come l'invecchiamento della popolazione, e le pressioni finanziarie sui bilanci pubblici, soprattutto sulle strutture sanitarie, possono mettere a rischio il soddisfacimento della domanda di servizi assistenziali pubblici. Ciò ha creato un crescente divario tra domanda e offerta di servizi sanitari, creando uno spazio nel quale il sistema delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato si è inserito con successo, offrendo risposte ai bisogni inespressi e progettando percorsi assistenziali alternativi.

I Partenariati Pubblico-Privati (PPP) sono accordi di collaborazione tra enti pubblici e privati per la realizzazione, gestione o finanziamento di progetti e servizi di interesse pubblico. Questi partenariati sono utilizzati in vari settori, tra cui infrastrutture, energia, trasporti, e, sempre più frequentemente, in sanità e istruzione. L'obiettivo principale dei PPP è combinare le risorse e le competenze del settore pubblico e privato per raggiungere obiettivi comuni in modo più efficiente e innovativo. Il settore pubblico ha avviato il coinvolgimento degli operatori privati nella gestione dei servizi sanitari in risposta a due sfide principali: la complessità della gestione sanitaria, caratterizzata da un'innovazione continua

ta l'impegno del partner privato a garantire l'ammodernamento continuo delle tecnologie, tenendo conto della vita utile delle infrastrutture tecnologiche. Inoltre, l'adozione di meccanismi di remunerazione basati sulla performance del progetto permette di responsabilizzare maggiormente il partner privato, migliorando così la qualità dei servizi offerti. Un esempio concreto di questo approccio è rappresentato dalla condizione per cui il soggetto privato riceve il pagamento solo dopo aver raggiunto obiettivi specifici, come l'abbattimento delle liste d'attesa. I vantaggi dei Partenariati Pubblico-Privati (PPP) in sanità sono molteplici e significativi, ciascuno con un impatto rilevante sull'efficienza e sulla qualità del sistema sanitario.

La collaborazione tra pubblico e privato consente, sicuramente, una gestione più efficiente delle risorse finanziarie. Grazie a un coordinamento efficace, i budget destinati alle strutture private possono essere ottimizzati, massimizzando il rendimento degli investimenti e migliorando la qualità dei servizi offerti. I PPP possono contribuire a ridurre i costi operativi per le ASL, grazie all'efficienza e all'innovazione introdotte dal partner privato. Questi partenariati permettono alle ASL di accedere a tecnologie avan-

zate e competenze senza dover sostenere l'intero investimento, liberando così risorse per altri servizi sanitari. Attraverso i PPP, è possibile aumentare la capacità operativa delle strutture sanitarie e migliorare l'efficienza dei processi, contribuendo in modo significativo alla riduzione delle liste di attesa. Il partner privato può essere incentivato a ottimizzare il flusso di pazienti e ad adottare tecnologie che accelerano i tempi di risposta, garantendo un servizio più rapido e accessibile ai cittadini.

La collaborazione con strutture private di elevata qualità riduce la necessità per i pazienti di spostarsi fuori regione o all'estero per ricevere cure specialistiche. Questo non solo migliora l'accesso ai servizi sanitari per i pazienti locali, ma diminuisce anche i costi associati alla mobilità sanitaria passiva.

La centralizzazione del monitoraggio, resa possibile da sistemi gestiti in partnership, consente di integrare e automatizzare i processi di prescrizione, prenotazione e accettazione. Questo migliora la coerenza e l'accuratezza dei dati, riducendo gli errori e garantendo un percorso di cura più lineare e trasparente per i pazienti. I PPP facilitano l'introduzione di tecnologie avanzate, come l'intelligenza artificiale e i sistemi predittivi, nelle strutture sanitarie. Questi strumenti migliorano la diagnosi, ottimizzano le cure personalizzate e anticipano le esigenze future, rendendo il sistema sanitario più proattivo ed efficiente. Nei PPP, il partner privato spesso si assume i costi di progettazione e realizzazione delle nuove tecnologie, alleviando il settore pubblico dall'onere finanziario iniziale. Ciò consente di beneficiare delle tecnologie avanzate senza dover mobilitare risorse significative fin da subito, migliorando così la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Di sicuro, la maggior parte dei sistemi di welfare sanitario europeo sono già ad erogazione mista. La struttura mista comporta due grandi vantaggi: una parziale libertà di scelta del cittadino, elemento fondamentale nella cultura europea, che può esistere solo laddove vi sia una pluralità di offerta, e una competizione virtuosa fra le parti che porta sicuramente ad un miglioramento.

La componente privata, nella realtà italiana, eroga circa il 25% delle prestazioni ospedaliere, circa



il 40% delle prestazioni ambulatoriali e circa il 70% delle prestazioni specialistiche. Certamente questo dato cambia a seconda delle Regioni, infatti, in alcune, il Privato ha un peso maggiore.

Comunque, indipendentemente dalla scelta e dall'evoluzione della sanità italiana, è possibile affermare che non è pensabile un futuro senza anche i professionisti dell'assistenza, gli Infermieri.

Il ruolo dei medici e degli infermieri all'interno dei partenariati pubblico-privato nei servizi sociosanitari è fondamentale per garantire che le collaborazioni, tra il settore pubblico e quello privato, siano orientate alla qualità, all'efficienza e all'umanizzazione dei servizi. Medici e infermieri sono professionisti chiave in un partenariato pubblico-privato nei servizi sociosanitari, in quanto contribuiscono ad assicurare che l'integrazione tra i settori pubblico e privato si traduca in cure di alta qualità per i pazienti/utenti. La loro esperienza clinica, la capacità di lavorare in team multidisciplinari e il loro impegno nella tutela dei diritti dei pazienti sono essenziali per il successo di queste collaborazioni.

Medici e infermieri, quali professionisti della salute, sono parte integrante di un'équipe, lavorano in sinergia con altre figure professionali sia nel settore pubblico che privato per garantire un servizio integrato e centrato sulla persona.

Medici e gli infermieri hanno un ruolo nell'implementazione di soluzioni innovative per rendere più sostenibili i servizi sociosanitari. Sono coinvolti anche nell'organizzazione e nella partecipazione a programmi di formazione e aggiornamento, sia per i colleghi che per i pazienti. Sono, altresì, coinvolti nella gestione delle risorse, contribuendo alla pianificazione e alla distribuzione delle risorse sanitarie in modo efficiente.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://www.welforum.it/il-punto/integrazione-e-sviluppo-dei-servizi-sociosanitari/i-partenariati-pubblico-privati-ppps-nei-servizi-sociosanitari-opportunita-o-minaccia/>;
2. <https://www.coinanews.it/una-sanita-europea-sempre-piu-a-integrazione-pubblico-privato-aumenta-la-qualita-delle-cure-potrebbe-essere-vero-ma-dove-andiamo-senza-infermieri/>;
3. Giuseppe Cassano, Nicola Posteraro "Le responsabilità della pubblica amministrazione. Profili sostanziali e processuali", Maggioli Editore, 2019;
4. Legge 9 gennaio 2019, n. 3 "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici";
5. D. Lgs n. 36 del 31/03/2023, "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici";
6. D. Lgs n. 175 del 19/08/2016, "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica";
7. D. Lgs n. 50 del 18/04/2016, n. 50 "Codice dei contratti pubblici".

# RINNOVO DEGLI ORGANISMI DELL'OPI BARI PER IL QUADRIENNIO 2025-2028

*Un nuovo inizio per OPI Bari: la professione infermieristica al centro del cambiamento.*



Giorgia  
CHETTA



Maurizio  
TARANTOLO

**Con entusiasmo e spirito di rinnovamento, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari inaugura un nuovo quadriennio, affidando il futuro della professione infermieristica a una squadra determinata e ricca di competenze.**

L'elezione dei nuovi organi rappresenta un momento di grande significato, in cui la partecipazione degli iscritti ha dimostrato quanto sia forte il senso di appartenenza alla nostra comunità professionale.

L'OPI Bari si distingue tra gli Ordini provinciali in Italia per un'alta percentuale di partecipazione dei votanti, nonostante la presenza di una sola lista candidata. Questo dato è indicativo dell'impegno e della fiducia degli iscritti, che vedono nell'Ordine un punto di riferimento. Un risultato che testimonia quanto la comunità infermieristica di Bari sia attiva e determinata nel contribuire al futuro della propria professione. Il Consiglio Direttivo, guidato dal confermato Presidente Saverio Andreula, porta con sé una visione chiara: consolidare la figura dell'infermiere come perno essenziale del sistema sanitario, lavorando con impegno e professionalità. Maria Scalzo nel ruolo di Vice Presidente, Francesco Molinari come Segretario e Roberto Greco Tesoriere, completano una leadership che guarda al futuro con determinazione. La squadra dei consiglieri, componenti noti per dedizione e competenza come Francesco Barione, Loredana Cappelli, Giorgia Chetta, Domenico Cimarusti, Francesco Ferri, Ciro Genchi, Vittorio Guglielmi, Mauro Carmine Martucci, Francesca Marziliano, Donatella Raffaele e Silvio Zupa, rappresenta un caleidoscopio di esperienze pronto a dare voce ad ogni iscritto e rappresentare al meglio lo spirito dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche.

Il Collegio dei Revisori composto da Giardino Giacomo, Fighera Michele e Danza Antonella sono i custodi del buon governo, garanti di un equilibrio tra risorse e azioni. Il loro operato è il battito che dà ritmo alla vita amministrativa dell'Ordine, a beneficio della comunità infermieristica e del suo costante progresso. La Commissione d'Albo Infermieri, rinnovata nella sua composizione, vede alla guida la grande esperienza del Presidente Agostino Inglese, il Vice Presidente Antonietta Flace e il Segretario Elena Guglielmi, affiancati da membri qualificati e determinati come Giuseppe Arcieri, Giuseppe Calabrese, Giuseppe Capurso, Francesco Falco, Lidia Scabaraggio e Maurizio Tarantolo. Una squadra pronta a lavorare fianco a fianco con il Consiglio Direttivo, garantendo supporto e formazione continua agli infermieri, con l'obiettivo di rafforzare l'identità professionale e promuovere le migliori pratiche. Come valore aggiunto di questo gruppo c'è una composizione equilibrata e strategica del nuovo Consiglio Direttivo e della Commissione d'Albo, che unisce un

Composizione  
Organi  
Quadriennio  
2024/2028

OPI  BARI  
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE



## I NOMI DEI NUOVI ELETTI ALLA GUIDA DELL'ORDINE PROFESSIONALE

### CONSIGLIO DIRETTIVO:

**Andreula Saverio**  
**Barione Francesco**  
**Cappelli Loredana**  
**Chetta Giorgia**  
**Cimarusti Domenico**  
**Ferri Francesco**  
**Genchi Ciro**  
**Greco Roberto**  
**Guglielmi Vittorio**  
**Martucci Mauro Carmine**  
**Marziliano Franca**  
**Molinari Francesco**  
**Raffaele Donata**  
**Scalzo Maria**  
**Zupa Silvio**

### COLLEGIO DEI REVISORI:

**Giardino Giacomo**  
**Fighera Michele**  
**Danza Antonella (supplente)**

### COMMISSIONE D'ALBO INFERMIERI:

**Arcieri Giuseppe**  
**Calabrese Giuseppe**  
**Capurso Giuseppe**  
**Flace Antonietta**  
**Falco Francesco**  
**Guglielmi Elena**  
**Inglese Agostino**  
**Scarabaggio Lidia**  
**Tarantolo Maurizio**

mix di competenze, innovazione, esperienza e voglia di fare. Giovani professionisti portano energia, visione moderna e sensibilità verso le nuove esigenze della professione, mentre i membri con maggiore esperienza offrono una guida solida, radicata nella conoscenza delle dinamiche del sistema sanitario e nell'affrontare le sfide del futuro, soft skills che si in-

crociano e si completano in una sinergia che consente di costruire basi solide per affrontare le trasformazioni future della professione infermieristica, garantendo continuità ed innovazione. L'OPI Bari si pone ancora una volta come stakeholder strategico, impegnato a dialogare con le Istituzioni e Policy Maker per valorizzare la Professione Infermieristica e migliorare il sistema sanitario, rendendolo più efficiente e sicuro per i cittadini e professionisti Infermieri. Una delle priorità del nuovo mandato sarà continuare l'impegno per la sicurezza degli Operatori Sanitari, in particolare contro le aggressioni che troppo spesso colpiscono i lavoratori. L'Ordine proporrà modelli organizzativi innovativi e strategie utili a garantire la tutela degli Infermieri e dei pazienti, collaborando con le istituzioni sanitarie per promuovere ambienti di lavoro sicuri e protetti.

Verso un sistema sanitario più equo ed umano  
 Il nuovo mandato si propone di trasformare le sfide in opportunità, con percorsi formativi innovativi, strategie di valorizzazione e reti collaborative che rafforzino il ruolo dell'Infermiere nella società e sul territorio, dando il giusto valore ad un'assistenza fondata sulla relazione di cura e fiducia tra paziente professionista e rete familiare. L'obiettivo è costruire una professione più forte, capace di affrontare i bisogni emergenti della popolazione e di rispondere alle sfide di un sistema sanitario in continua evoluzione. Ma questo non è solo un momento di passaggio. È l'inizio di un viaggio che si propone di ridefinire il ruolo dell'Infermiere come guida, educatore e figura imprescindibile nel garantire la salute delle persone. È un impegno che si concretizza ogni giorno, nella dedizione verso chi soffre e nella volontà di migliorare non solo le condizioni lavorative, ma anche la qualità dell'assistenza erogata.

Un sogno condiviso

L'Ordine continuerà a lavorare per costruire un futuro in cui ogni infermiere trovi il proprio posto e veda riconosciuto il proprio valore. Perché ogni cambiamento inizia da un piccolo passo, e oggi, con questo nuovo inizio, scegliamo di camminare insieme verso un orizzonte fatto di crescita, innovazione ed umanità. "Il futuro appartiene a coloro che credono nella bellezza dei propri sogni." A tutti gli infermieri diciamo: sognate in grande, perché è nei sogni condivisi che si costruisce la realtà. OPI Bari sarà sempre al vostro fianco, per sostenervi, per ascoltarvi e per costruire insieme una professione che sia fonte di orgoglio e di speranza per le generazioni future. OPI Bari – il cuore della professione infermieristica, il faro del cambiamento.



# TERZO CONGRESSO NAZIONALE FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Dal 20 al 22 marzo 2025, dopo gli anni della pandemia, si terrà un appuntamento molto importante per la professione infermieristica.

Presso il Palacongressi di Rimini, si terrà il terzo Congresso Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Tre, innovazione, sfide, soluzioni, sono le parole chiave attorno alle quali si svilupperanno i lavori del Congresso che, proprio nel 2025, vivrà la sua terza edizione in quanto FNOPI.

**INFERMIERE<sup>3</sup>**

*Innovazione, Sfide e Soluzioni  
La giusta **combinazione**  
per governare la **complessità***

**RIMINI 20-22 MARZO 2025**

**TERZO CONGRESSO NAZIONALE**  
Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

Considerata l'importanza dell'evento, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari invita tutti gli iscritti a partecipare al Congresso Nazionale FNOPI 2025, evento cardine per il confronto, la crescita e la rappresentanza della nostra professione.

Questo congresso rappresenta una grande opportunità per approfondire i temi più attuali della sanità, condividere esperienze e contribuire attivamente alle decisioni che influenzeranno il futuro del sistema sanitario nazionale.

Per favorire la partecipazione, l'OPI Bari ha destinato una quota del proprio budget al trasporto degli iscritti interessati, così da rendere l'evento accessibile al maggior numero di professionisti. Gli interessati potranno manifestare il proprio interesse seguendo le istruzioni che verranno pubblicate sul sito internet e sui canali social dell'Ordine.

Partecipare al Congresso FNOPI 2025 è un'occasione per affermare il ruolo centrale degli infermieri nel panorama sanitario e contribuire al rafforzamento della nostra comunità professionale ed essere parte del cambiamento.

Informazioni utili:

- Iscrizioni al Congresso Nazionale: <https://bit.ly/4eXtiK9>
- Programma preliminare del Congresso: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/10/PROGRAMMA-PRELIMINARE-CONGRESSO-FNOPI-2025.pdf>
- Approfondimenti sul sito FNOPI: <https://www.fnopi.it/2024/10/15/iscrizioni-congresso-nazionale/>