



## INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN SANITÀ

### EDITORIALE

Intelligenza  
Artificiale  
in Sanità

### PRIMO PIANO

Con l'autonomia  
differenziata la sanità  
del sud verrà penalizzata

### PROFESSIONE IN AZIONE

I disturbi  
neurocognitivi

### PROMOZIONE SALUTE

La multidisciplinarietà  
del lavoro nei Ser.D



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane - Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari - Anno XXXII - N° 1/2/3 gennaio/febbraio/marzo 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 29 marzo 2024

## Direttore Responsabile

Saverio Andreula

## Vicedirettore

Pasquale Nicola Bianco

## Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

## Comitato di redazione

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

## Comitato di esperti

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

## Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

## Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

## Hanno collaborato

Giovanni Abbatescianni, Giovanni Caito, Emanuela Calderoni, Domenico Maria Carretta, Domenico Cimarusti, Maria Colapinto, Paolo De Girardis, Domenico Dentico, Liana Libera Diana, Michele Fighera, Michele Grieco, Vincenzo Inglese, Ilenia Labarile, Raffaele Manzari, Valentina Masino, Chiara Perniola, Alessia Segala, Stefania Stea, Alessia Labate

## FILODIRETTO NORME EDITORIALI

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

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

# SOMMARIO

## EDITORIALE

- 3 INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN SANITÀ**  
Saverio **ANDREULA**

## PRIMO PIANO

- 5 AUTONOMIA DIFFERENZIATA, SPLENDIDO: "PER LA SANITA' PUGLIESE PEGGIO NON POTRA' ANDARE"**  
Salvatore **PETRAROLO**
- 7 CILIENTO (PD): "CON L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA LA SANITÀ DEL SUD VERRÀ PENALIZZATA"**  
Salvatore **PETRAROLO**
- 9 AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO: FENOMENO CRESCIUTO POST PANDEMIA**  
Salvatore **PETRAROLO**

## PROFESSIONE IN AZIONE

- 11 I DISTURBI NEUROCOGNITIVI**  
Angela **SARDELLA**, Michele **GRIECO**
- 14 METODI DI STIMA E CONFERMA PER IL CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL TUBO ENDOTRACHEALE (TET) NEL NEONATO**  
Domenico **DENTICO**, Raffaele **MANZARI**

## RICERCA INFERMIERISTICA

- 17 ETICA DEL CARING**  
Emanuela **CALDERONI**, Carmela **MARSEGLIA**
- 20 LA SINDROME METABOLICA NEGLI INFERMIERI TURNISTI**  
Valentina **MASINO**, Alessia **SEGALA**
- 23 BASIC LIFE SUPPORT AND DEFIBRILLATION**  
Paolo **DE GIRARDIS**, Giovanni **CAITO**

## PROMOZIONE SALUTE

- 26 LA MULTIDISCIPLINARIETÀ DEL LAVORO NEI SER.D**  
Stefania **STEA**
- 28 DIPENDENZE PATOLOGICHE**  
Maria **COLAPINTO**, Chiara **PERNIOLA**

## SICUREZZA E BENESSERE

- 30 I RISCHI ALLA GUIDA DI AUTOMEZZI**  
Giovanni **ABBATESCIANNI**, Domenico **CIMARUSTI**
- 33 IL "LAVORATORE" STRESSATO**  
Michele **FIGHERA**, Vincenzo **INGLESE**

## IN FORMAZIONE

- 35 TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE**  
Ilenia **LABARILE**, Domenico Maria **CARRETTA**
- 38 ONBOARDING AZIENDALE**  
Alessia **LABATE**, Liana Libera **DIANA**

# INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN SANITÀ

*Con l'IA migliora l'assistenza sanitaria e le attività lavorative sono più sicure*



Saverio  
ANDREULA

**Nel settore sanitario l'Intelligenza Artificiale sta vivendo un momento di grande interesse anche da parte dei professionisti sanitari.**

L'Intelligenza Artificiale è un termine generico e si riferisce a sistemi o macchine che imitano l'intelligenza umana. L'IA è una tecnologia che si basa sull'elaborazione di grandi quantità di dati utilizzando algoritmi complessi per risolvere problemi di difficile soluzione. Gli studi e le applicazioni pratiche degli algoritmi di apprendimento automatico stanno portando a importanti innovazioni e miglioramenti nella sanità. L'IA, quindi appare essere una delle tecnologie più accattivante del nostro tempo e la sua applicazione in campo sanitario rivoluziona il modo in cui vengono effettuate diagnosi, terapie e attività assistenziali. L'IA sta rivoluzionando la pratica sanitaria, viene utilizzata anche nella diagnostica per immagini, nella ricerca farmacologica, negli studi epidemiologici, così come in campo oncologico. Sicuramente, l'utilizzo dell'IA in campo sanitario aiuta ad eliminare i bias cognitivi (sono dei costrutti fondati su ideologie e pregiudizi che consentono di prendere decisioni ma che possono indurre in errore) evitando, in tal modo, rischi di errori umani causati dalla mancanza di tempo o dalla stanchezza degli operatori sanitari, migliorando la qualità delle decisioni.

L'IA, evidentemente pone dei limiti; non deve essere utilizzata in sostituzione delle attività umane ma a loro supporto, infatti la capacità di empatia e di ascolto degli operatori sanitari e la loro esperienza, sono importantissimi per il trattamento e la

cura delle patologie degli utenti/pazienti.

Gli smartphone e le altre tecnologie intelligenti sono già una piattaforma fondamentale per l'adozione della salute e del benessere attraverso le applicazioni mHealth (salute mobile o digitale: secondo l'OMS la m-health è "una pratica di assistenza sanitaria pubblica supportata dai dispositivi mobili e i dispositivi in rete per il monitoraggio del paziente, per l'assistenza digitale personalizzata"). Queste applicazioni e dispositivi (ad esempio, AsthmaMD: controllo dell'asma, è un flussometro portatile che misura le prestazioni polmonari valutando il flusso di picco durante l'espirazione; Kardia Mobile: elettrocardiogramma personale, è un'applicazione per smartphone per registrare un ECG; CloudUPDRS: i tremori del Parkinson, è un'applicazione per smartphone in grado di valutare i sintomi del morbo di Parkinson) supportano tutti, dal cittadino sano al cittadino malato, e raccolgono informazioni di vitale importanza per i pazienti e per l'uso da parte degli operatori sanitari.

Tra le applicazioni più richieste ci sono la chirurgia assistita da robot, i pseudo assistenti infermieri virtuali e l'assistenza per le attività amministrative.

Comunque, l'utilizzo dell'IA in campo sanitario presenta alcune preoccupazioni riguardo alla protezione dei dati personali e alla tutela della privacy dei cittadini, utenti/pazienti, poiché può essere utilizzata per raccogliere, elaborare e analizzare una grande quantità di dati personali, aumentando il rischio di violazioni della privacy e accessi ai dati personali non autorizzati sollevando preoc-

cupazioni riguardo alla trasparenza e all'accountability nonché ai diritti fondamentali dei cittadini. L'IA è dunque una delle tecnologie più promettenti dei nostri tempi che permette di potenziare e accelerare la ricerca in campo sanitario in grado di salvare le vite umane. L'IA può portare beneficio all'intera società, in tutti i settori, sia nella vita quotidiana sia nell'attività lavorativa delle persone. I sistemi di intelligenza artificiale dovrebbero aiutare le persone a fare scelte migliori e più informate in conformità con i loro obiettivi.

Ci sono oggetti, apparecchiature, strumenti, dispositivi medici che diventano negative o positive a seconda dell'uso che l'individuo decide di farne, quindi, è l'uso che si fa e si farà dell'IA a determinare la validità di questo strumento a disposizione degli operatori sanitari.

I sistemi di intelligenza artificiale devono garantire la privacy e la protezione dei dati durante l'intero ciclo di vita di un sistema.

Le organizzazioni devono mantenere un elevato livello sulla sicurezza delle informazioni. Le organizzazioni che gestiscono i dati delle persone, devono mettere in atto protocolli che regolano l'accesso ai dati. Questi protocolli dovrebbero definire chi può accedere ai dati e in quali circostanze. Solo il personale debitamente qualificato con la competenza e la necessità di accedere ai dati personali deve essere autorizzato a farlo.

Molti cittadini non mostrano entusiasmo per questi strumenti tecnologici innovativi, infatti, una buona percentuale di essi preferisce recarsi personalmente nella struttura sanitaria per consultare l'operatore sanitario oppure per ritirare la docu-

mentazione sanitaria o per pagare una prestazione, piuttosto che tramite e-mail, messaggi o WhatsApp. L'IA offre numerosi vantaggi nell'ambito sanitario, come effettuare una diagnosi più rapida e accurata e la personalizzazione dei trattamenti e la gestione efficiente dei dati. Comunque, necessario prendere in considerazione l'ipotesi che potrebbero presentarsi anche alcuni possibili svantaggi. Un uso smisurato dell'IA potrebbe portare a una dipendenza eccessiva dalla tecnologia e conseguentemente a una possibile perdita di competenze cliniche e decisionali da parte degli operatori sanitari. L'implementazione e l'utilizzo dell'IA richiedono risorse finanziarie consistenti, che potrebbero non essere accessibili a tutte le strutture sanitarie e ciò potrebbe portare a disuguaglianze nell'accesso alle tecnologie sanitarie avanzate, escludendo quelle con risorse limitate. Inoltre l'automatizzazione tramite IA potrebbe ridurre la domanda di alcune figure professionali sanitarie, creando incertezza economica e sociale per coloro che dipendono da tali occupazioni.

L'IA potrebbe portare a una diminuzione dell'interazione diretta tra infermieri e pazienti/utenti, specialmente se i compiti clinici vengono delegati principalmente all'IA. Ciò potrebbe influenzare negativamente la qualità della cura emotiva e relazionale fornita ai pazienti/utenti.

Per affrontare questi svantaggi, è essenziale coinvolgere gli infermieri nel processo di implementazione dell'IA, fornire formazione e supporto adeguati, garantire la trasparenza e l'etica nell'uso dell'IA e riconoscere il valore unico delle competenze umane nell'assistenza sanitaria.

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE BARI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari con all'ordine del giorno:

- 1) Relazione annuale del Presidente
- 2) Conto Consuntivo 2023 e Bilancio Preventivo 2024
- 3) Dibattito

L'Assemblea è convocata presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L, in prima convocazione alle ore 17.00 del 12/4/2024 ed in seconda convocazione presso Hotel Parco dei Principi, via Vito Basile 3 alle ore 8,30 del 13/4/2024. Ai sensi dell'art. 24 del DPR 221/50, è possibile delegare ad un altro iscritto, qualora impossibilitato a partecipare personalmente, per un massimo di due deleghe ad iscritto.

Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di massimo due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione.

Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede dell'Ordine.

Il Presidente  
Saverio Andreula

# AUTONOMIA DIFFERENZIATA, SPLENDIDO: “PER LA SANITA’ PUGLIESE PEGGIO NON POTRA’ ANDARE”



Salvatore  
PETRAROLO

**Superato il primo scoglio del Senato con 110 voti favorevoli, 64 contrari e tre astenuti, il disegno di legge sull'autonomia differenziata a firma del leghista Roberto Calderoli, prosegue il suo cammino legislativo alla Camera.**

Ma il dibattito politico si è, inevitabilmente, vivacizzato attorno ad un tema divisivo.

Tra i favorevoli all'autonomia differenziata anche in materia di sanità si schiera il consigliere regionale Joseph Splendido, eletto nelle file della Lega ma non sostenitore per partito preso del disegno di legge Calderoli. Nella lunga chiacchierata con la redazione di Filodiretto, il consigliere Splendido ribadisce in più occasioni che il suo vuole essere un contributo a rendere leggibile la normativa.

“Secondo me si sta creando una grande confusione attorno a questo argomento – esordisce Splendido – e si sta facendo demagogia politica. Rispetto chi è contrario al progetto di autonomia differenziata a condizione che abbia letto cosa prevede la riforma nella sua complessità”.

Bisogna fare un salto all'indietro, a giudizio del consigliere regionale leghista, per ricordare che la riforma del Titolo V della Costituzione (“di questo stiamo parlando” aggiunge) è stata avviata nel 2001 dai governi di centro sinistra. “Sono le forze politiche di sinistra ad aver deciso di riformare il titolo quinto non certo il centro destra, non certo la Lega.

Quindi era un piano avviato dalla sinistra ma non concluso. La sinistra parlava della necessità di realizzare questo tipo di riforma, ma siccome l'ha presentata il ministro Calderoli e la Lega, sembrerebbe essere una riforma che tuteli il Nord anziché il Sud, ma spiegherò perché non è così”.

C'è un punto dal quale non si può prescindere, spiega il consigliere Splendido, ed è quello dei cosiddetti

LEP (i livelli essenziali di prestazione). Sono quattordici le materie (tra queste anche la tutela della Salute) definite dai Lep ovvero i criteri che determinano il livello di servizio minimo che deve essere garantito in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

La determinazione dei costi e dei fabbisogni standard, e quindi dei Lep, avverrà a partire da una ricognizione della spesa storica dello Stato in ogni Regione nell'ultimo triennio.

Ed è prendendo spunto dai livelli di prestazione che il consigliere Splendido evidenzia come oggi, in sanità, ci sia una disparità percepita dai pazienti: “E' inutile nasconderci: chi deve curare un tumore o un problema neurologico spesso si rivolge alle strutture del Nord Italia perché c'è, evidentemente la percezione che la sanità pugliese non sia pronta anche se, a mio modo di vedere la nostra sanità è in grado di farlo grazie al sacrificio dei tanti operatori sanitari”.

Resta il dato di fatto che in tanti preferiscono andare al Nord per curarsi, un pendolarismo in sanità che è figlio proprio anche della percezione di un sistema che non sia all'altezza.

“Questo accade – spiega Splendido – perché le lunghe liste d'attesa, la mancanza di medici e la carenza di infermieri, spingono i pazienti ad emigrare per curarsi”.

Una migrazione che, ricorda l'esponente della Lega “crea tantissimo dispendio economico della Regione Puglia. Basti pensare che la provincia di Foggia è quella che sconta una maggiore migrazione sanitaria, soprattutto nelle regioni limitrofe come il Molise”. Un problema che potrebbe trovare soluzione proprio con il progetto di autonomia differenziata, aggiunge Splendido, che torna al punto centrale della riforma: i livelli essenziali di prestazione: >>



“Quindi è un falso problema quello della disparità, come vuol far credere la sinistra, perché se ci sono i livelli essenziali di prestazione partiamo tutti alla stessa maniera”.

Ma c'è un altro punto importante del disegno di legge sull'autonomia differenziata: deve essere richiesta dalla Regione, sentiti anche gli Enti Locali. Autonomia differenziata che può essere anche chiesta solo parzialmente (per alcune delle 23 materie inserite nel disegno di legge) o anche non essere richiesta del tutto.

Passaggio importante per provare a leggere anche gli scenari possibili in Puglia dove la sanità deve fare i conti con il piano di rientro, con le lunghe liste d'attesa e una carenza di organici quotidianamente denunciata dai professionisti della salute.

Ma proprio l'attuale situazione pugliese spinge il consigliere regionale Splendido a porre una domanda retorica: “In questo momento la Regione Puglia è allo stesso livello delle altre regioni del nord?”.

“In questo momento - spiega ancora l'esponente leghista - la situazione della sanità in Puglia è quella che conosciamo tutti, ma non dipende certo dall'autonomia differenziata.

Probabilmente è figlia dell'emergenza covid o della mala gestione, ma non voglio fare un ragionamento politico di appartenenza”.

La preoccupazione, però, che lo squilibrio tra Nord e Sud in sanità possa ampliarsi, resta e anche su questo Splendido prova a rassicurare: “La Regione che sceglie l'autonomia differenziata non viene lasciata da sola.

Oggi com'è la situazione in Puglia? La percezione dei cittadini è pessima. Peggio di così possiamo andare? Non credo. Non si potrà che migliorare.

Non dobbiamo spaventarci sul discorso dell'autonomia differenziata, ma dobbiamo approfittare di questa autonomia per aderire e migliorare la sanità pugliese”.

Quindi anche il rischio che la sanità pugliese possa depauperarsi è scongiurato a giudizio di Splendido. “Lo dice la norma - ribadisce -.

La situazione di preoccupazione esiste già e non la sta creando l'autonomia differenziata”.

Riforma alla quale il consigliere regionale Splendido lega strettamente anche il progetto che prevede l'eliminazione del numero chiuso per l'accesso alle lauree delle professioni sanitarie in università.

“Vorremmo introdurre il modello francese - spiega l'esponente leghista -: io ti faccio accedere alla professione dopodiché tu mi dimostri di aver superato un certo numero di esami, quindi meriti e ti faccio andare avanti.

Quanti futuri infermieri non superano i test d'accesso? Eppure abbiamo bisogno di infermieri. Purtroppo sono le università a non essere pronte ad accogliere le iscrizioni che crescerebbero in maniera esponenziale di studenti in medicina o in scienze infermieristiche.

La sanità l'ha rendiamo più forte nel giro di tre - quattro anni” promette Splendido allargando il discorso all'azione del governo centrale.

“L'autonomia differenziata non rappresenta un problema.

Poi la Regione Puglia può anche scegliere di non aderire, ma per la sanità peggio di così potrà andare?” conclude Splendido.



# CILIENTO (PD): “CON L’AUTONOMIA DIFFERENZIATA LA SANITÀ DEL SUD VERRÀ PENALIZZATA”



Salvatore  
PETRAROLO

**Debora Ciliento, vice presidente della commissione sanità in Regione Puglia e consigliere del Partito Democratico, cosa ne pensa del disegno di legge sull’autonomia differenziata, già approvato dal Senato e approdato alla Camera?**

Personalmente sono totalmente contraria perché è una legge che mi preoccupa molto per quelle che possono essere le conseguenze dell’applicazione. Se ragioniamo di una Italia che vuole essere sempre più europea, più federata all’Europa, più legata ad un discorso di veduta ampia e all’interno stesso del nostro Paese ci andiamo a frazionare, stiamo parlando di due modi di vedere la politica del tutto differenti. Se penso all’autonomia nell’ambito sanitario, qualcuno potrebbe dire che la sanità è già decentralizzata, ma è decentralizzata dal punto della gestione non dal punto di vista delle scelte. Queste sono quelle che dipendono dal Governo e sono uguali in tutta Italia. I livelli essenziali di assistenza ce li ho in Puglia e in Lombardia alla stessa identica maniera. L’idea di dover frazionare e di dover dire che ogni regione può decidere, anche sui Lea, su cosa investire e su cosa no, in che maniera fare la mobilità passiva e quella attiva, questo andrà a creare uno squilibrio maggiore che non è solo legato alle risorse ma proprio alle scelte politiche.

Mi preoccupa l’idea di pensare che in Puglia si possano fare determinati protocolli che magari al Nord ne prevedono altri perché non ci sarà più una centralità di scelta e di linea guida da dare che siano quelle. C’è una veduta che è di frazionamento, invece quanto più c’è una idea condivisa che ci vede sotto lo stesso Stato, tanto più l’Italia ha un percorso di un cammino equo. In questo momento una disparità c’è nel numero dei posti letto e delle risorse che arrivano rispetto alle regioni del nord.

Se a questo ci aggiungiamo anche la possibilità di

scegliere su quali Lea applicare in alcune regioni e in altre no, allora ripeto non la vedo come un discorso di equità.

**In che cosa pagherebbe, ulteriormente, la sanità pugliese in caso di autonomia differenziata?**

Il dover decidere se abbiamo le risorse per soddisfare tutte le richieste di diagnostica, di interventi diretti, di quelle che possono essere le necessità che i territori mettono sul tavolo, certo la Puglia ti garantisce delle cose ma magari al nord te ne garantiscono delle altre, mi chiedo per quale motivo ci deve essere questa disparità.

**Cosa risponde a chi sostiene che la disparità tra la Puglia e le altre regioni del nord è già in atto, adesso, perché la Puglia paga il piano di rientro, le lunghe liste d’attesa e le carenze di organico del personale sanitario?**

Se pensiamo alle liste d’attesa le dico che questo è un problema che riguarda tutta l’Italia anzi dagli ultimi report in nostro possesso, la Puglia non è tra le regioni messe peggio. Bisogna fare una riflessione a tal proposito: quando si parla di prolungamento delle liste d’attesa molto spesso facciamo riferimento alla diagnostica perché è lì che ci sono i seri problemi o anche per la piccola chirurgia. Però chiediamoci: quando vado a prenotare una risonanza ed è fissata nel 2025, quante persone vengono chiamate prima perché nel frattempo qualcuno ha rinunciato? Che le liste d’attesa si sono allungate lo sapevamo perché dopo il covid era normale che avessimo questa situazione, però dovremmo leggere in profondità i dati perché non sono così convinta che tutti vadano a fare quegli esami dopo un anno. C’è chi dice che ci sono pazienti che si rivolgono alle strutture private o hanno trovato un’altra soluzione ma, in realtà, mi chiedo: quante sono che aspettano effettivamente un anno per fare quegli esami?



**Perché il disegno di legge sull'autonomia differenziata diventi realtà, si dovranno definire i Lep (livelli essenziali di prestazione), ma le regioni possono scegliere o meno se aderire, in tutto o in parte, all'autonomia dif-**

**ferenziata. La Puglia potrebbe pensare di non aderire all'autonomia differenziata in sanità?**

Io spero che non si arrivi a questa scelta perché arrivare a dover scegliere su cosa essere autonomi la vedo una discriminazione in partenza. Noi dobbiamo stabilire quelli che sono i criteri necessari per garantire a tutti pari diritti. L'autonomia differenziata va a tagliare quello che è il principio di solidarietà perché mettere di fronte ad una scelta le regioni dove ognuno decide su cosa chiedere l'autonomia differenziata, significa non tutelare più quello che è il diritto ad essere solidali tra le regioni. E' vero: la Puglia potrà decidere se incentivare la sanità o il sociale anche se non ci sono ancora i Lep, ma bisogna capire che cosa succede perché se tu non mi dai più risorse per poter garantire quei livelli essenziali di prestazione, le Regioni da sole non ce la fanno.

**Nel disegno di legge sull'autonomia differenziata, però, si dice che ci devono essere i livelli essenziali di prestazione e questo dovrebbe significare che tra Valle d'Aosta e Puglia, per esempio, non ci saranno differenze. Non è motivo di rassicurazione?**

No, perché la Valle d'Aosta non potrà essere uguale alla Puglia. I sistemi economici delle regioni sono diversi e quindi, per assurdo, la Valle d'Aosta potrebbe avere più risorse economiche rispetto alla Puglia perché, ad esempio, c'è un discorso di inserimento lavorativo più vantaggioso e ci sono tanti criteri da prendere in considerazione. Invece attual-

mente sappiamo che la distribuzione delle risorse dal Governo centrale alle regioni avviene alla stessa maniera per tutti. Laddove ognuno si deve trattenerne le proprie tasse e gestirle per la propria regione non mettendole a disposizione degli altri, fa cadere il principio di solidarietà. Così la disparità tra le regioni crescerà ancora di più e questo va tutto a svantaggio del Sud. Se oggi dobbiamo partire da questa differenza con la Puglia che non ha lo stesso fatturato della Lombardia, significa non partire dallo stesso piano.

**Che azioni pensate di mettere in campo per opporvi al progetto dell'autonomia differenziata?**

E' importante quello che si sta facendo in Puglia per lo studio della legge con esperti che si sono resi disponibili e stanno facendo conoscere quelle che sono le fragilità. Ma sarà importante indire un referendum perché è necessario interpellare i cittadini. La cosa che mi preoccupa, però, è che la gente non ha capito la gravità di questa legge. Tocca a noi sensibilizzare i cittadini e dire che l'autonomia differenziata ci sta spaccando e stiamo tornando, probabilmente, a prima dell'Unità d'Italia.

**Le chiedo l'ultima riflessione sullo stato di salute della sanità pugliese.**

Io credo che in questi anni sono stati fatti dei passaggi molto importanti. Dal punto di vista degli operatori sanitari ci sono state delle grosse stabilizzazioni, l'ultima in ordine di tempo, l'internalizzazione del 118. C'è un intervento sul mondo lavorativo sanitario per cui la Regione Puglia ha investito tanto. Poi c'è la questione medica ed è inutile nascondersi: non abbiamo medici. Questa è la conseguenza anche dell'Università a numero chiuso che paghiamo oggi dopo vent'anni. Poi c'è la parte dei servizi che devono essere uguali in tutte le Asl: è importante che l'offerta sanitaria sia diffusa su tutto il territorio ma non vada a scompensare le situazioni. In tutto questo c'è l'utente che deve essere posto al centro di tutti gli attori della sanità. Dobbiamo umanizzare la sanità ma per far funzionare la sanità c'è bisogno della collaborazione di tutti.

### **IL DDL SU AUTONOMIA DIFFERENZIATA: 11 ARTICOLI PER L'AUTONOMIA SU 23 MATERIE**

Il Ddl Calderoli che detta disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione è un testo composto di 11 articoli e riguarda l'attuazione della riforma del titolo V della Costituzione, con la definizione dei principi generali per l'attribuzione alle Regioni di forme ulteriori e condizioni particolari di autonomia in 23 materie (come indicate dall'articolo 116 e 117 della Costituzione) e le modalità procedurali per l'approvazione delle relative intese tra Stato e singole Regioni. Uno dei punti su cui si è maggiormente dibattuto, anche nella maggioranza, e su cui sono intervenute modifiche è quello dei Lep (i livelli essenziali delle prestazioni). All'articolo 1 si prevede che per le materie riferibili ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti equamente su tutto il territorio nazionale, l'attribuzione potrà avvenire solo dopo la determinazione dei Lep. L'articolo 3 stabilisce che sarà il Governo, entro 24 mesi, a determinare con decreti legislativi i Lep sulla base di principi e criteri direttivi che sono contenuti nella legge di Bilancio 2023 e indica le 14 materie specifiche in cui sono determinati. Il trasferimento delle funzioni in questi ambiti potrà avvenire soltanto dopo la determinazione dei Lep e dei relativi costi e fabbisogni standard, nei limiti delle risorse rese disponibili in legge di bilancio.

# AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO: FENOMENO CRESCIUTO POST PANDEMIA



Salvatore  
PETRAROLO

**I numeri non mentono e raccontano di un fenomeno purtroppo in crescita. Nel corso del 2023, in Italia, sono cresciuti in maniera esponenziale gli episodi di aggressione e violenza nei confronti dei professionisti sanitari e sociosanitari.**

Un fenomeno in drammatico aumento a livello globale, si legge nell'introduzione al rapporto realizzato dall'ONSEPS (Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie). C'è un prima e un dopo, probabilmente, per spiegare la crescita delle aggressioni e delle violenze nei confronti degli operatori sanitari e va individuato nell'emergenza covid. "La pandemia – si legge nell'introduzione al lavoro svolto dall'Osservatorio – ha acuito il livello del fenomeno. La prevalenza infatti rilevata da questi studi tra gli operatori sanitari è stata del 78,9% e ha identificato gli infermieri che lavorano nei reparti psichiatrici i professionisti sanitari più interessati dal fenomeno". Il fenomeno, però, andrebbe indagato in profondità come evidenzia l'Osservatorio: "C'è la necessità di strutturare strumenti progettati e validati per esaminare più approfonditamente la violenza contro gli operatori sanitari e sociosanitari, in particolare per misurare correttamente eventuali diversità di genere, considerati i risultati contrastanti dei diversi studi su questo argomento sulla violenza sia fisica che non fisica".

In alcuni paesi, si legge nella introduzione del lavoro di indagine, esistono fattori che determinano una maggiore prevalenza degli atti di aggressione e violenza come ad esempio una mancanza di sicurezza nei servizi sanitari, una formazione e risorse inadeguate dello staff e particolari fattori sociali e culturali. L'OMS, in collaborazione con altre agenzie inter-

nazionali, ha sviluppato linee guida e un questionario per indagare gli effetti della violenza in tali contesti. Tuttavia, non è stata adottata alcuna iniziativa per identificare regolamenti e norme condivisi a livello sovranazionale. Negli Stati Uniti, solo tre stati (Alaska, Idaho e Washington) hanno una legislazione contro il fenomeno, e in Europa, la Convenzione dell'Organizzazione internazionale del lavoro sulla violenza e le molestie (n. 190, 2019) ha fornito una strategia di genere per prevenire e porre fine alla violenza e alle molestie sul posto di lavoro ratificata solo da Grecia e Italia.

Nonostante l'impegno della Commissione Europea e nonostante l'aumento degli eventi di violenza connesso alla pandemia, finora non c'è stata una risposta unitaria da parte di tutti gli Stati per affrontare questo fenomeno allarmante. "Un approccio transettoriale e multisettoriale può aiutare a comprendere meglio le diverse forme di violenza e i fattori che possono determinare episodi più gravi" si legge nell'introduzione dell'Osservatorio.

"A tale proposito sono suggerite alcune raccomandazioni di carattere strategico e politico per: a) preparare gli operatori sanitari: integrare la prevenzione della violenza nell'istruzione e nella formazione in materia di autodifesa contro gli attacchi violenti; promuovere strategie efficaci per la salute mentale e il benessere; promuovere strategie di comunicazione per ridurre la violenza; prevedere modelli di formazione multiprofessionale basati sul team per migliorare l'azione coordinata, a livello micro, incentrata sull'attore; b) proteggere gli operatori sanitari: migliorare la portata e l'applicazione delle leggi esistenti e definire la prevenzione della violenza come un compito di gestione; implementare linee guida di tolleranza zero, strategie di prevenzione e protezio-



ne; istituire linee di informazione, assistenza telefonica e supporto per la salute mentale; c) istituire sistemi di monitoraggio e di comunicazione, migliorare i programmi di finanziamento a livello di politica sanitaria, d) coinvolgere il pubblico, i media e le comunità, compresa la polizia. migliorare la sensibilità; lanciare una campagna coordinata a livello pubblico locale e politico; e) rafforzare la società civile e la leadership delle organizzazioni sanitarie a rispondere con un'azione coordinata, a livello globale/politica dell'UE in materia di sanità pubblica; f) agire contro la violenza sugli operatori sanitari a tutti i livelli di governo, anche affrontando le sue forme connesse al genere ed alla razza".

L'iniziativa del Parlamento italiano nel 2020 ha approvato una legge per imporre pene più severe per gli atti di violenza contro gli operatori sanitari, in particolare in caso di lesioni personali che sono direttamente perseguibile d'ufficio.

Viene infine sottolineata da alcuni studi, oltre all'importante emanazione in Italia della legge 113/2020, anche l'istituzione di una giornata nazionale dedicata al contrasto del fenomeno. In alcuni studi sono ribadite e ampliate le evidenze in merito alle conseguenze degli atti di aggressione e violenza nei confronti del personale sanitario e sociosanitario.

Alcuni studi hanno definito la prevalenza, anche del 76% di sintomi depressivi soprattutto tra le infermiere dei dipartimenti psichiatrici e la predittività connessa agli episodi di violenza di sindromi di burnout e stress conseguente al trauma nonché l'impatto negativo che tali condizioni hanno sulla qualità di vita e il benessere degli operatori vittime delle violenze e sulle cure che i pazienti ricevono.

Ma qual è la fotografia del fenomeno in Puglia?

Nel 2023 sono pervenute al Centro Regionale 116 segnalazioni inerenti aggressioni al personale sanitario nell'esercizio delle loro funzioni. Le aggressioni hanno coinvolto 137 operatori sanitari di cui 77 di sesso maschile e 60 di sesso femminile. Le figure professionali maggiormente coinvolte sono state infermieri (81 infermieri, 2 infermieri pediatrici), medici (53 aggressioni), operatori socio-sanitari (20 soggetti coinvolti), tecnici sanitari di radiologia medica (due aggressioni).

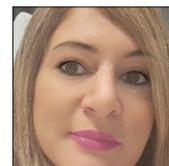
Nel corso degli episodi vi è stato il coinvolgimento anche di operatori delle forze dell'ordine (4 soggetti) e di altri pazienti (due soggetti). Vi è prevalenza delle aggressioni nei giorni feriali (101 episodi) rispetto ai festivi (15 episodi). Per quanto attiene l'arco temporale, maggiormente rappresentato appare la fascia 8-14 (43 episodi) seguita da quella notturna (37 episodi) e dalla pomeridiana (34 episodi). L'interpretazione di questa rilevazione porta a supporre che una delle determinanti del fenomeno dell'aggressione possa in qualche modo essere posta in relazione con la maggior affluenza di utenti e, di conseguenza, maggior complessità dei percorsi di cura. Per quanto attiene le aree funzionali in cui si verificano le aggressioni vi è prevalenza delle aree ospedaliere rispetto a quelle territoriali. Le Aree ospedaliere sono rappresentate dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (37 aggressioni), dalle Unità di Pronto Soccorso (31 episodi), dalle aree di degenza ospedaliera (20 episodi), ambulatori (4 episodi) aree comuni (2 episodi).

Le Aree Territoriali coinvolte sono: Servizi Psichiatrici Territoriali (5 episodi), Servizi relativi alle Dipendenze (due episodi), MMG-PLS e CA (4 episodi), Istituti penitenziari (un episodio). Nel 50% dei casi vi è stata violenza fisica ed in due terzi dei casi violenza verbale, in dodici casi vi è stata violenza contro la proprietà. Nella maggior parte degli episodi (72% pari ad 86 casi) l'autore della aggressione è il paziente; il parente/caregiver o conoscente è stato autore della aggressione nel 22% dei casi. Le criticità attuali sono rappresentate dal fatto che, pur in presenza di un aumento del numero assoluto di segnalazioni rispetto agli anni precedenti, il numero di strutture che alimenta il flusso informativo è inferiore rispetto al totale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private del SSR.

L'auspicio è che nei prossimi mesi venga attivata una piattaforma applicativa regionale dedicata alla gestione del Rischio Clinico che dovrebbe determinare un aumento delle segnalazioni e facilitare, sia a livello locale che a livello centrale, l'elaborazione di report utili per verificare la presenza di aree critiche meritevoli di intervento da parte delle organizzazioni.

# I DISTURBI NEUROCOGNITIVI

*La Demenza è una sindrome caratterizzata dalla compromissione di più funzioni cognitive*



Angela  
SARDELLA



Michele  
GRIECO\*

**In Italia si osserva, grazie ad un continuo progresso della medicina e ad una maggiore attenzione agli stili di vita, un costante aumento del numero di anziani ed un aumento dell'aspettativa di vita.**

Tra le diverse conseguenze di questa modifica sociodemografica, inesorabilmente, vi è l'aumento dell'incidenza di malattie cronico-degenerative come le demenze che sono considerate la prima causa di disabilità in età senile. Con il termine demenza si indicano un insieme di sintomi che comportano l'alterazione progressiva di alcune funzioni, tra cui memoria, ragionamento, linguaggio, capacità di orientarsi, di svolgere compiti motori complessi nonché alterazioni della personalità e del comportamento. Trattasi di una sindrome caratterizzata da una degenerazione progressiva delle funzioni cognitive in grado di interferire e compromettere le normali attività e relazioni di vita quotidiana.

Il Committee of Geriatrics del Royal College of Physicians britannico nel 1982 definisce afferma che "La demenza consiste nella compromissione globale delle funzioni cosiddette corticali (o nervose) superiori, ivi compresa la memoria, la capacità di far fronte alle richieste del quotidiano e di svolgere le prestazioni percettive e motorie già acquisite in precedenza, di mantenere un comportamento sociale adeguato alle circostanze e di controllare le proprie reazioni emotive: tutto ciò in assenza di compromissione dello stato di vigilanza. La condizione è spesso irreversibile e progressiva". La demenza può essere causata da diverse malattie come la Malattia di Parkinson, la Corea di Huntington, la Sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker, la Malattia di Binswanger, l'Aids. Altre condizioni che possono causare la demenza come la depressione, le disfunzioni della tiroide, le intossicazioni da farmaci, le infezioni,

alcune deficienze vitaminiche, ematoma subdurale, potenzialmente sono reversibili e trattabili.

Oltre a queste tipologie la demenza è causata anche da malattie neurodegenerative come:

1. *La malattia di Pick o demenza frontotemporale:* trattasi di una demenza progressiva che colpisce aree specifiche: i lobi frontali e temporali. Le cellule del cervello, in alcuni casi, si restringono o muoiono, mentre, in altri casi, si ingrossano e contengono i "corpi di Pick". In entrambe le situazioni questi cambiamenti influiscono sul comportamento del malato. I pazienti affetti da demenza frontotemporale normalmente non hanno coscienza della malattia, pensano di essere in buona salute. È facile confondere la malattia con altri disturbi psicologici o problemi relazionali come ad esempio quando il comportamento aggressivo è rivolto contro la persona convivente (marito, moglie). Poiché la lesione avviene nelle aree frontali e temporali del cervello, i primi sintomi coinvolgono sia il comportamento che il linguaggio. Nella personalità dell'individuo si possono notare rilevanti cambiamenti, infatti può diventare arrogante, sgarbato, può comportarsi in modo sconvolgente non rispettando le convenzioni sociali, può ripetere continuamente la stessa azione, può perdere interesse nella propria igiene personale, e, nei primi stadi della malattia, potrebbe diventare anche incontinente. I problemi più comuni che riguardano il linguaggio sono la balbuzie, la ripetizione delle parole degli altri, difficoltà a seguire una conversazione. Quando la malattia progredisce i problemi del comportamento e quelli del linguaggio si sovrappongono. La malattia di Pick colpisce sia uomini che donne; ha generalmente inizio tra i 50 e i 60 anni di età,

e ha una durata media di 6-8 anni.

2. *La malattia di Creutzfeldt-Jacob*: trattasi di una forma di demenza progressiva caratterizzata da perdita di cellule nervose e degenerazione delle loro membrane che provoca piccoli buchi nel cervello. Può essere ereditaria o infettiva, colpisce uomini e donne e l'esordio è normalmente tra i 45 e i 75 anni. L'esordio e il decorso sono rapidi. I primi sintomi comportano alterazioni del comportamento, mancanza di interesse, perdita di memoria. In seguito possono sorgere problemi di vista, spasmi muscolari e rigidità degli arti.
3. *La malattia a corpi di Lewy*: è una forma di demenza progressiva caratterizzata dalla presenza di strutture anormali nelle cellule del cervello chiamate "corpi di Lewy" strutture distribuite in varie aree del cervello. Può svilupparsi sola o insieme alla malattia di Alzheimer o di Parkinson. È la seconda causa di demenza negli anziani. Il quadro clinico è simile a quello della malattia di Alzheimer cioè si ha progressiva perdita di memoria, di linguaggio, di ragionamento e di altre funzioni mentali come il calcolo. Il paziente può sperimentare difficoltà con la memoria a breve termine, a trovare la parola giusta e a seguire il filo del pensiero. Talvolta può essere depresso e ansioso. Le allucinazioni visive possono peggiorare nei momenti di maggiore confusione. La malattia colpisce sia uomini che donne. Alcune caratteristiche, come rigidità muscolare, tremori, movimenti scoordinati, della malattia a corpi di Lewy sono simili alla malattia di Parkinson e alcuni farmaci, come i sedativi, potrebbero peggiorare questi sintomi.
4. *La malattia di Alzheimer*: è il tipo di demenza più diffuso e rappresenta il 50-60% dei casi. L'età di esordio può raggiungere i 45 anni. La prevalenza riguarda la popolazione al di sopra dei 65 anni di età con un'incidenza maggior nelle donne. Il peggioramento cognitivo cronico e progressivo è una conseguenza comportamentale di una patologia acquisita con l'andamento della situazione patologica che progressivamente diventa più grave, e conseguenzialmente l'aggravamento delle funzioni cognitive interferisce con le attività di vita quotidiana. Il decorso della malattia di Alzheimer è graduale e progressivo con declino delle facoltà cognitive, con effetti negativi sullo stile di vita, sull'autonomia e sulla sfera sociale della persona colpita.

Le fasi degenerative del morbo di Alzheimer sono inevitabili e sono caratterizzate da sette fasi: funzionalità normale; declino cognitivo molto lieve; declino cognitivo lieve; declino cognitivo moderato; declino cognitivo moderatamente grave; declino cognitivo grave; declino cognitivo molto grave.

Circa un terzo dei casi di Alzheimer è attribuibile a fattori biopsicosociali potenzialmente modificabili come la ipertensione arteriosa, l'obesità, l'inattività fisica, la depressione, il fumo e la bassa scolarità. Tra i fattori di protezione più accreditati possiamo inserire l'impegno sociale, l'attività fisica, la stimolazione cognitiva e una dieta sana oltre agli interventi di prevenzione e promozione della salute.

Le malattie legate alla demenza sono tuttora incurabili e, in quanto croniche, hanno un andamento graduale. Per questo la prevenzione ha un ruolo importantissimo e si pone diversi obiettivi tra cui far adottare uno stile di vita sano ed il trattamento dei problemi di salute che possono ridurre il rischio di demenza ed altre misure che influiscono sulla progressione della malattia o che impediscono complicazioni, come la malnutrizione. Nei pazienti colpiti da una malattia degenerativa il training cognitivo per le demenze aiuta tantissimo a rallentare il deterioramento cognitivo. Necessario, quindi, costruire una alleanza terapeutica, sostenuta specialmente da atteggiamenti come empatia, coerenza e disponibilità. È compito degli operatori sanitari e sociali facilitare l'alleanza terapeutica che insieme ad una modalità di coinvolgimento attiva, influisce sicuramente sull'aderenza al trattamento.

Per diagnosticare, trattare e supportare gli individui affetti da disturbi neurocognitivi, e patologie croniche progressive in generale, è necessario un team multidisciplinare che include medici, infermieri, psicologi, psicoterapeuti e operatori socio sanitari. Importante, inoltre, supportare i caregiver coinvolgendoli nel processo decisionale della terapia con interventi capaci di aumentare la resilienza e ridurre il distress psicologico. Il caregiver, qualunque sia la natura del disturbo neurocognitivo, è inevitabile che provi emozioni come rabbia, tristezza e frustrazione. Necessario incoraggiare il caregiver a ritagliarsi del tempo per svolgere le proprie attività, informandolo sui servizi disponibili a riguardo (ad esempio, centro diurno o gruppo di supporto). Le persone affette da demenza, generalmente, trovano nella gestione domiciliare la soluzione ideale per l'ottimizzazione della loro assistenza, anche se ci sono numerose e complesse problematiche assistenziali come l'inversione ritmo sonno-veglia, aggressività fisica e verbale, disfagia, insufficiente compliance alimentare ed igienica, wandering (una deambulazione casuale e senza scopo, caratterizzata da movimenti in avanti e indietro, privi di senso logico).

L'attenzione alla persona ed il supporto psicologico alla relazione paziente-caregiver contribuiscono a migliorare la qualità di vita e soddisfazione del paziente e della famiglia, nonché il risultato di rallentare il declino funzionale del paziente e nel ritardare l'eventuale istituzionalizzazione. Inoltre, necessario tutelare lo stato di salute delle persone che,

prendendosi cura di familiari anziani affetti da demenza e non autosufficienti, si responsabilizzano per l'assistenza a domicilio; sostenere il caregiver nei momenti critici e nei bisogni specifici; sostenere il caregiver attraverso ricoveri di sollievo del familiare affetto da demenza e non autosufficiente, presso strutture residenziali convenzionate; attivare la formazione mirata al caregiver presso le aree distrettuali, a cura delle equipe di formatori-formati; valutare la qualità della vita del caregiver di persone anziane affette da demenza, tramite questionari che analizzano il disagio psicologico delle situazioni della vita quotidiana, le limitazioni, la percezione del sostegno ricevuto; migliorare la qualità delle condizioni abitative delle persone anziane non autosufficienti. È dimostrato che l'aumento dell'età del caregiver influisce negativamente sugli outcome sanitari (maggiori ricoveri ospedalieri, maggiori cadute) del paziente affetto da malattie croniche invalidanti ed inseriti in assistenza domiciliare integrata, praticamente l'assistenza fornita dal coniuge anziano (caregiver al coniuge malato), nonostante sia affettuosa e generosa, risente negativamente della minore performance psico-fisica dovuta non solo all'età ma spesso alla presenza nel caregiver anziano di una o più malattie croniche anche se non invalidanti.

Il caregiver che assiste il familiare in media nove ore al giorno presenta maggiori livelli di ansia e depressione di stress, di problemi di salute mentale, riduzione del tempo da trascorrere con gli altri membri della famiglia e si trova costretto ad assentarsi dal lavoro o a ridurre le ore di lavoro per assistere il familiare subendo ricadute finanziarie e psicologiche. Il burden provoca ansia, depressione, malessere fisico, irritabilità e fatigue nel caregiver informale.

Purtroppo, spesso, accade che coloro che si pro-

pongono o sono chiamati a determinare la realizzazione di adeguate strutture, di organizzazione, di percorsi e supporti alle famiglie che nel loro nucleo familiare, non per colpa loro, hanno un congiunto affetto da demenza e/o disabilità, non sono in grado di occupare quel "posto" o "incarico" in quanto non sono in possesso di competenze e/o pensano solo al consenso elettorale ed a sperperare risorse. L'eccessiva istituzionalizzazione di persone con disabilità incide sulla finanza pubblica e ha ripercussioni sulla qualità dei servizi di cura. Le pubbliche amministrazioni devono interessarsi delle fasce più deboli di cittadini che si trovano nelle condizioni sociali ed economiche più svantaggiate. Le competenze dei professionisti socio sanitari sono fondamentali per aiutare gli "utenti" a definire e articolare in modo completo le preferenze su base individuale. I programmi di abitare supportato con grande soddisfazione e stabilità degli utenti sono quelli proposti da personale empatico e competente che supportano l'autonomia nelle scelte dell'utente e l'inclusione sociale. I professionisti devono essere formati su tale tematica per incentivare l'autonomia e il livello di sostegno secondo le esigenze individuali degli utenti. Se il sostegno fornito dal personale non si basa sui principi della recovery e sul rispetto dei diritti umani, allora il rischio è di ritornare alle opzioni di custodia che non promuovono l'autonomia, ma mantengono le persone in una posizione di dipendenza come "pazienti" da gestire invece di valorizzarne le loro potenzialità come cittadini in grado di dare il loro contributo alla comunità. La consueta organizzazione standardizzata tipo ospedaliero non è consigliabile. Necessario fare ricorso al modello di organizzazione personalizzata ed essere flessibili con gli utenti con i quali si approccia.

**Michele Grieco\***

**M.M.G. specializzato in Medicina Sofrologica e Medicina Estetica**

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Hepburn, Lewis, Tornatore, Sherman, Dollof, Manuale del caregiver, Edizione italiana a cura di Luisa Bartorelli, Carocci Faber.
2. <https://www.stateofmind.it/2023/05/caregiver-burden/>.
3. <https://www.stateofmind.it/demenza/>.
4. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/it/articolo/demenza-frontotemporale#:~:text=La%20demenza%20frontotemporale%2C%20in%20passato,i%2045%20e%20i%2060%20anni.>
5. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/it/pubblicazioni-e-prodotti/prodotto/help-card-mascherina-per-accompagnatori.>
6. <https://www.93900.it/2022/06/05/il-medico-polignanese-michele-grieco-e-cavaliere-della-repubblica/>.
7. Legge 227/2021 "Delega al Governo in materia di disabilità".
8. Legge 77/2020 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".
9. Legge 112/2016 ("Dopo di noi") "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".
10. Artt. 3, 32 e 38 della Costituzione della Repubblica Italiana.
11. Norma UNI 11010:2016 "Servizi socio-sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio".

# METODI DI STIMA E CONFERMA PER IL CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL TUBO ENDOTRACHEALE (TET) NEL NEONATO



Domenico  
DENTICO



Raffaele  
MANZARI

**L'intubazione endotracheale è una procedura salvavita che può essere richiesta, durante la rianimazione alla nascita o successivamente, per neonati critici con grave insufficienza respiratoria, arresto cardiopolmonare, polmoni estremamente prematuri, apnee ricorrenti intrattabili e anche quando la ventilazione a pressione positiva (PPV) con maschera facciale non abbia portato un miglioramento clinico.**

Una percentuale significativa di intubazioni potrebbe, però, esitare in mal-posizionamenti con gravi conseguenze che potrebbero comportare espansione disomogenea dei polmoni, collasso polmonare (atelettasia), ventilazione unilaterale e pneumotorace, distribuzione asimmetrica del surfattante, ipossiemia, traumi, edema laringeo, emorragia intraventricolare ed estubazione non pianificata.

È indispensabile, quindi, porre estrema attenzione al corretto posizionamento del tubo endotracheale (TET) così da minimizzare le temibili complicanze ed ottenere la massima efficacia nella ventilazione. La posizione corretta dell'estremità distale del tubo deve corrispondere alla trachea media, sotto la linea clavicolare e da 1 a 2 cm sopra la carena (punto di biforcazione della trachea nei due bronchi), evitando l'imbroncamento a destra. Il tubo se inserito erroneamente in profondità scivolerebbe sicuramente verso il bronco destro considerando che questo anatomicamente è più corto, ampio e verticale rispetto al bronco sinistro così come nell'adulto e inoltre il neonato presenta normalmente la riduzione dell'angolo interbronchiale (50° nel neonato Vs 70° nell'adulto).

La radiografia del torace rappresenta il 'gold standard' per confermare la corretta posizione del TET, anche se alcuni studi hanno messo in dubbio l'ac-

curatezza di tale metodica sia per la difficoltà di interpretazione dei punti di riferimento anatomici sia per errori derivanti da un incongruo posizionamento della testa e del collo durante l'esame.

È importante anche la stima della profondità di inserzione del TET per avviare immediatamente e in sicurezza la ventilazione, in attesa del referto radiologico.

## Stima della profondità di inserimento del TET

In letteratura sono riportati vari metodi e tra questi evidenziamo:

- Posizionamento visivo con laringoscopia diretta o meglio con video-laringoscopia (laryngoscope-assisted tracheal intubation - LATI), del repere distale del tubo che deve corrispondere alle corde vocali.
- Peso alla nascita ed età gestazionale.
- Lunghezza naso-trago (Nasal Tragus Length - NTL, distanza da metà del setto nasale al trago dell'orecchio ed aggiungere 1 cm alla misura in caso di intubazione oro-tracheale o 2 cm per l'intubazione naso-tracheale.
- Misurazioni antropometriche.
- Lunghezza dello sterno (dalla tacca soprasternale alla punta del processo xifoideo - STL).
- Lunghezza del piede.

Comunemente nel posizionamento del TET si fa riferimento alla vecchia formula proposta da Tochen nel 1979, nota come 'regola 7-8-9' (7cm alle labbra per 1kg, 8cm per 2kg, 9cm per 3kg) o anche come regola del 'peso+6' per l'intubazione oro-tracheale o 'peso+7' per l'intubazione naso-tracheale.

Conferma della posizione corretta del TET  
Indipendentemente dal metodo di stima utilizzato è fondamentale confermare rapidamente la posizione del tubo subito dopo il suo inserimento inizialmente attraverso la valutazione dei segni clinici come

Età gestazionale	Profondità di inserzione del TET al labbro	Peso del neonato in grammi
23 - 24	5.5	500 - 600
25 - 26	6.0	700 - 800
27 - 29	6.5	900 - 1.000
30 - 32	7.0	1.100 - 1.400
33 - 34	7.5	1.500 - 1.800
35 - 37	8.0	1.900 - 2.400
38 - 40	8.5	2.500 - 3.100
41 - 43	9.0	3.200 - 4.200

il pronto miglioramento della frequenza cardiaca e della saturazione di ossigeno, la ripresa del colorito, la presenza di escursioni toraciche simmetriche, suoni respiratori uguali bilateralmente, assenza di distensione gastrica e di perdite importanti intorno al tubo mentre si ventila a pressione positiva e presenza di vapore nel tubo durante l'espiazione. Successivamente va eseguita una radiografia del torace per la definitiva conferma dell'esatto posizionamento (al radiogramma la punta deve proiettarsi sulla 1<sup>a</sup> - 2<sup>a</sup> vertebra toracica, T1 - T2).

Altre modalità riportate in letteratura sono:

- Palpazione sovrasternale (Finger palpation to determine ETT tip) prevede di palpare la punta nella zona soprasternale con il dito indice di una mano mentre si afferra il tubo con l'altra mano.
- Rilevatori di anidride carbonica. I dispositivi colorimetrici cambiano colore in presenza di anidride carbonica (CO<sub>2</sub>) virando al giallo in presenza di CO<sub>2</sub> (tubo in trachea) ma rimanendo viola in assenza di CO<sub>2</sub> (tubo non in trachea).
- I capnografi, invece, hanno un elettrodo speciale raccordato al connettore del tubo, che permette di realizzare una forma d'onda corrispondente all'oscillazione prodotta da ogni respiro se il tubo è nella posizione corretta. Un'onda piatta di solito potrebbe significare che il tubo sia stato posizionato in esofago dopo aver escluso una ostruzione del TET e un malfunzionamento tecnico del monitor. Anche un arresto cardiaco prolungato potrebbe determinare un'onda piatta sebbene il tubo sia stato ben posizionato in trachea.
- Il monitoraggio della funzione respiratoria (RFM) è un metodo più recente, attraverso cui un monitor è in grado di misurare la quantità di aria che entra nei polmoni.
- Utilizzo degli ultrasuoni.

#### Discussione e conclusioni

Tra i vari metodi di stima quelli raccomandati dalle Linee Guida del programma di rianimazione neonatale - NRP (Neonatal Resuscitation Program) sono:

1. Il metodo NTL che sembrerebbe migliorare la percentuale di TET posizionati in modo ottimale nei neonati, anche se, in recenti studi rando-

mizzati, non è stata riscontrata tra il metodo NTL e il metodo basato sul peso alcuna differenza statisticamente significativa.

2. Utilizzo di tabella con numeri prestabiliti per la profondità di posizionamento che considera età gestazionale e peso (Adattato da Kempley ST, Moreira JW, Petrone F (2008) 'Endotracheal tube length for neonatal intubation'; Resuscitation. 77 (3): 369-373).

Il metodo di stima basato sulla regola di Tochen è un metodo clinico accurato solo per i neonati a termine mentre presenta limiti per i neonati con peso alla nascita inferiore a 750 g ed età gestazionale inferiore a 28 settimane sovrastimando la profondità con conseguenze clinicamente significative.

Per quanto riguarda la conferma della corretta posizione del TET in trachea l'attuale gold standard è la radiografia del torace nonostante alcuni limiti insiti come la mancanza di immediatezza, l'assenza di linee guida interpretative definite e l'esposizione alle radiazioni da parte del neonato. Importante anche la valutazione dei segni clinici che indirettamente rivelano una corretta posizione del tubo in trachea.

È stato proposto da alcuni studi il monitoraggio capnografico dell'EtCO<sub>2</sub> (End Tidal CO<sub>2</sub>), ma questa tecnica sebbene interessante ha dimostrato una accuratezza del 69-84%. Il monitoraggio della funzione respiratoria (RFM) è un buon metodo ma l'efficacia andrebbe validata con studi più significativi. Altri studi hanno confrontato l'uso di un monitor per la funzione respiratoria con la capnografia e il rilevamento colorimetrico di EtCO<sub>2</sub> dimostrando che le onde di flusso erano più accurate e rapide nel confermare il corretto posizionamento del tubo endotracheale rispetto al sistema di monitoraggio dell'EtCO<sub>2</sub>, che non è stato in grado di rilevare la CO<sub>2</sub> nel 16-31% delle intubazioni riuscite con conseguente reintubazioni non necessarie.

Il monitor per la funzione respiratoria, però, richiede il collegamento ad un ventilatore moderno e competenze avanzate per analizzare le onde in modo appropriato, senza dimenticare che nei microprematuri potremmo anche ottenere risultati errati a causa dei bassi volumi tidal generati dai neonati.

L'efficacia della palpazione sovrasternale andrebbe confermata con studi più ampi e omogenei rispetto a quelli già presenti in letteratura che, invece, includono popolazioni molto eterogenee di neonati (a termine, pretermine, di diverse età gestazionali).

L'ecografia 'point of care' (point of care ultrasound - POCUS) rappresenta una tecnica innocua che permetterebbe di verificare la corretta posizione in tempi brevissimi (secondo alcuni studi in media dai



3 secondi a meno di 5 minuti con ecografo già pronto vicino alla culla del neonato) nella popolazione neonatale e nelle mani di operatori opportunamente formati. Sebbene il confronto tra POCUS e tecnica standard (Rx-torace), in alcuni studi di piccole dimensioni in singoli centri, dimostri che l'esame ecografico ha una buona sensibilità nell'evidenziare la punta del TET e nel confermare la sua corretta posizione, sono necessari, comunque, ulteriori studi, magari randomizzati controllati, revisioni sistematizzate

che e metanalisi, che possano aiutare a discernere i migliori marcatori anatomici.

In conclusione attualmente la radiografia del torace, pur presentando alcuni limiti, rimane ancora il gold standard per la valutazione dell'esatto posizionamento del tubo endotracheale nel neonato anche se si stanno diffondendo studi interessanti riguardanti altre promettenti metodiche, come l'ecografia 'point of care' e il monitoraggio della funzione respiratoria (RFM).

#### BIBLIOGRAFIA

1. Amarilyo G, Mimouni FB, Oren A, Tsyarkin S, Mandel D (2009) 'Orotracheal Tube Insertion in Extremely Low Birth Weight Infants' *J Pediatr.* 154: 764-5. doi:10.1016/j.peds.2008.11.057.
2. Congedi S, Savio F, Auciello M, Salvadori S, Nardo D, and Luca Bonadies L (2022) 'Sonographic Evaluation of the Endotracheal Tube Position in the Neonatal Population: A Comprehensive Review and Meta-Analysis'; *Front Pediatr.* doi: 10.3389/fped.2022.886450.
3. European Society of Anaesthesiology and Intensive Care and British 'Airway management in neonates and infants'; *Journal of Anaesthesia joint guidelines European Journal of Anaesthesiology* 41(1):p 3-23, January 2024. | DOI: 10.1097/EJA.0000000000001928.
4. Ramaswamy VV, Abiramalatha T, Bandyopadhyay T, Pullattayil A K and Trevisanuto D (2021) 'Digital tracheal intubation and finger palpation to confirm endotracheal tube tip position in neonates: A systematic review and meta analysis' *Pediatr Pulmonol.*; 56(9): 2893–2902. doi: 10.1002/ppul.25551.
5. Schmölzer GM, Poulton DA, Dawson JA, Kamlin COF, Morley CJ, Davis PG (2011) 'Assessment of flow waves and colorimetric CO2 detector for endotracheal tube placement during neonatal resuscitation'; *Resuscitation* 82:307–312.
6. Schmölzer GM, Roehr CCC (2018) 'Techniques to ascertain correct endotracheal tube placement in neonates'; *Cochrane Database Syst Rev.* doi: 10.1002/14651858.CD010221.pub3.
7. Thayyil S, Nagakumar P, Gowers H, Ajay Sinha A (2008) 'Optimal endotracheal tube tip position in extremely premature infants' *Am J Perinatol.* 25(1):13-6. doi: 10.1055/s-2007-995221.
8. Tochen ML (1979) 'Orotracheal intubation in the newborn infant: a method for determining depth of tube insertion'; *J Pediatr.* 95(6):1050-1. doi: 10.1016/s0022-3476(79)80309-1.
9. van Os S, Cheung P-Y, Kushniruk K, O'Reilly M, Aziz K, Schmölzer GM (2016) 'Assessment of endotracheal tube placement in newborn infants: a randomized controlled trial'; *J Perinatol.*; 36:370–375.

# ETICA DEL CARING

*Rilevazione del moral distress infermieristico e comparazione con gli studi di letteratura*



Emanuela  
CALDERONI



Carmela  
MARSEGLIA

**Il fenomeno del Moral Distress infermieristico può essere definito come una situazione di sofferenza che sorge quando “l’infermiere riconosce l’azione eticamente appropriata da adottare e tuttavia impedimenti istituzionali gli rendono impossibile seguire il giusto corso di azione” (Jameton, 1984).**

In un contesto in cui gli infermieri devono prendersi cura di pazienti in condizioni esistenziali complicate, assumersi la responsabilità di decisioni spesso difficili è sinonimo non solo di preparazione ed esperienza del professionista, ma anche di una maturità morale particolarmente elevata.

Il prendersi cura infermieristico può essere concepito, perciò, come “*phrónesis*” che significa “saggezza pratica”. Si tratta di un accorgimento attraverso cui l’infermiere gestisce le complicate situazioni assistenziali mettendo sul campo il proprio sapere, la propria tecnica, la propria arte e la propria umanità. Tuttavia, accade che talune situazioni cliniche, assistenziali e/o strutturali possano ostacolare il progetto di cura che l’infermiere ritiene moralmente appropriato allo specifico caso clinico.

Queste situazioni contribuiscono alla nascita del fenomeno del Moral Distress infermieristico.

**Gli obiettivi dello studio sono stati:**

- Identificare le situazioni cliniche maggiormente associate al Moral Distress.
- Confrontare il grado di Moral Distress tra infermieri provenienti da unità operative differenti.
- Valutare la frequenza con cui situazioni che provocano Moral Distress si verificano.
- Correlare il Moral Distress a fattori anagrafici.

## Materiali e metodi

Per adempiere a questi obiettivi è stato somministrato il questionario Moral Distress Scale (MDS), riferito alla sola frequenza poiché coerente con gli obiettivi dello studio, ad un campione di 90 infermieri dell’A.O.U Policlinico di Bari, provenienti da diverse unità operative distinte in: area medica, area chirurgica, area critica, ambulatorio ed ufficio.

Il questionario utilizzato è suddiviso in tre differenti aree:

1. Organizzazione.
2. Potere decisionale medico.
3. Responsabilità professionale.

I risultati ottenuti sono stati studiati a partire dai dati anagrafici, da cui si è evinto che il 47,8% degli infermieri rispondenti hanno un’età superiore a 50 anni, il 27,8% hanno un’età compresa tra 41 e 50 anni, il 20% hanno un’età compresa tra 31 e 40 anni e il restante 4,4% hanno un’età inferiore a 30 anni. Di conseguenza si è anche ottenuto che l’84,4% degli infermieri rispondenti esercitano la professione da più di 10 anni.

Si è ritenuto opportuno, inoltre, valutare la distribuzione degli infermieri nelle varie unità operative e si è evinto che il 32,2% degli infermieri proviene dall’area critica, il 28,9% dall’area chirurgica, il 23,3% dall’area medica, il 14,4% dall’ambulatorio e l’1,1% dall’ufficio.

Di seguito sono state analizzate le risposte alle corrispondenti domande del questionario, da cui è emerso che le situazioni maggiormente causanti MDS sono:

- Eseguire in base ad un ordine medico esami e trattamenti non necessari (**Graph.1**).

- Lavorare con un carico di lavoro che si considera “pericoloso” per l’assistenza (**Graph.2**).
- Assistere un medico che a loro parere è inesperto nel fornire delle cure.
- Lavorare con infermieri non esperti rispetto ad una specifica patologia.
- Lavorare con personale di supporto che non è esperto come richiesto dalla cura specifica del paziente.

Al contrario le situazioni che gli infermieri riferiscono di non aver mai fatto, in cui, quindi, sono riusciti ad agire seguendo la loro morale sono:

- Ignorare consapevolmente dinamiche in cui si sospetta che i caregivers abusino dei pazienti.
- Autorizzare gli studenti a compiere procedure dolorose sui pazienti solo per incrementare le loro abilità (**Graph.3**).
- Discriminare i pazienti sulla base del loro grado culturale e/o estrazione sociale.
- Rispondere alla richiesta del paziente con una prognosi infausta che chiede di essere aiutato a morire (**Graph.4**).
- Aumentare la dose di morfina per via endovenosa ad un paziente incosciente anche se si pensa che accelererà la morte.

Per estrapolare i dati ottenuti si sono analizzate prima di tutto le percentuali di risposta al questionario somministrato agli infermieri. In secondo luogo, si è ritenuto opportuno calcolare anche la media e la deviazione standard, associando per ciascuna risposta alle situazioni proposte dal questionario un numero che va da 0=mai a 4=sempre.

Dai risultati ottenuti si sono ricavati i fattori che provocano maggiormente MDS tra quelli che avevano una media superiore a 1.5 e una deviazione standard superiore ad 1.

Al contrario i fattori meno coinvolti nella genesi del Moral Distress precedentemente descritti hanno tutti una media inferiore a 0.3 e una deviazione standard inferiore ad 1.

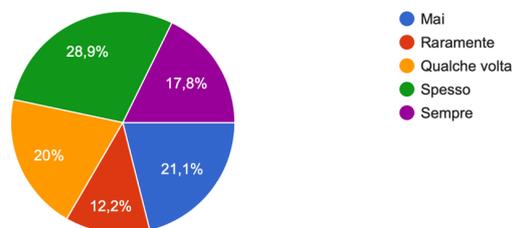
### Discussione

Dall’analisi dei dati si evince che le aree che provocano maggiormente MDS tra quelle in cui è suddiviso il questionario sono: il potere decisionale medico e l’organizzazione.

#### SITUAZIONI MAGGIORMENTE CAUSANTI MORAL DISTRESS

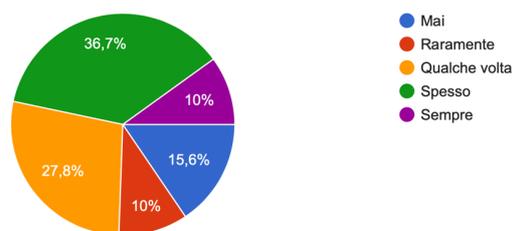
**GRAPH. 1**

3. Eseguire in base a un ordine medico esami e trattamenti non necessari.  
90 risposte



**GRAPH. 2**

12. Lavorare con un carico di lavoro che considero “pericoloso” per l’assistenza .  
90 risposte



Precisamente, nell’ambito del potere decisionale medico sono principalmente due fattori a creare MDS:

1. Eseguire in base ad un ordine medico esami e trattamenti ritenuti non necessari.
2. Assistere un medico che a proprio parere è inesperto nell’adempiere a delle cure specifiche.

Nel primo caso si nota che gli infermieri che risentono maggiormente di questo fattore sono i più anziani.

Per quanto concerne il secondo caso, invece, le risposte degli infermieri sono state abbastanza omogenee sia dal punto di vista anagrafico sia dal punto di vista delle unità operative.

Se si vuole analizzare, invece, l’ambito dell’organizzazione, si noterà che le situazioni causanti MDS sono:

1. Lavorare con un carico di lavoro considerato “pericoloso” per l’assistenza.
2. Lavorare con un’equipe (infermieri, medici e personale di supporto) considerata non propriamente esperta nell’occuparsi di una specifica patologia.

Nel primo caso si nota che gli infermieri che ritengono, più degli altri, “pericoloso” il carico di lavoro per l’assistenza provengono dall’area critica.

Nel secondo caso, invece, si evince che in ogni unità operativa considerata ed in ogni fascia d'età, "qualche volta" l'equipe è costituito da almeno un professionista considerato non esperto per delle cure specifiche. Questa situazione genera inevitabilmente MDS per via della mancata collaborazione del gruppo lavorativo nel prendere delle decisioni che accordino l'opinione professionale di tutti.

Nell'ambito della responsabilità individuale si evince che gli infermieri quando sono liberi di agire secondo i loro principi morali sono in completo equilibrio con loro stessi e con il loro operato.

### Conclusioni

Secondo i risultati ottenuti dallo studio proposto in questo articolo bisognerebbe intervenire prima di tutto nell'ambito organizzativo. Inoltre, un maggior investimento su risorse e presidi sanitari renderebbe il lavoro meno "pericoloso" per l'assistenza. Ma appare opportuna, nell'immediato, una formazione degli infermieri sulla gestione del fenomeno.

Il primo passo necessario è prendere coscienza del proprio disagio morale.

### Comparazione con altri studi

La professoressa Adriana Negrisolò ha eseguito lo stesso studio nel 2012 che ha individuato le stesse cause: l'organizzazione e il potere decisionale medico.

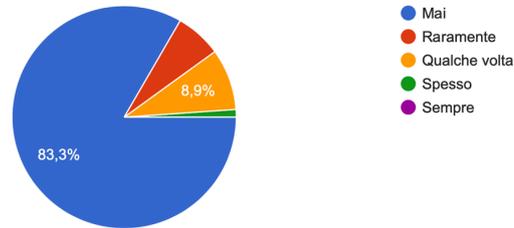
Nello specifico i fattori concomitanti sono:

- Lavorare con un carico di lavoro che si conside-

**GRAPH. 3**

9. Autorizzare gli studenti a compiere procedure dolorose sui pazienti solo per incrementare la loro abilità.

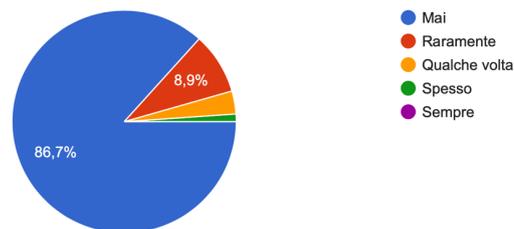
90 risposte



**GRAPH. 4**

22. Rispondere alla richiesta del paziente con una prognosi infausta che chiede di essere aiutato a morire

90 risposte



ra pericoloso per l'assistenza.

- Assistere un medico che a loro parere è incompetente nel fornire delle cure.
- Eseguire in base ad un ordine medico esami e trattamenti ritenuti non necessari.

Un altro studio che è stato fatto sul MDS nel 2016 e con cui si è ritenuto opportuno fare un confronto è quello del professore Valerio Dimonte. Anche in questo studio i risultati sono sovrapponibili.

È, dunque, interessante notare come i risultati dei tre studi considerati sul MDS coinvolgano sempre le stesse due aree del questionario nonostante due fattori: il trascorrere del tempo e la pandemia mondiale affrontata dagli infermieri a cui è stato somministrato il questionario nel 2023.

### BIBLIOGRAFIA

1. validato in italiano dalla professoressa Adriana Negrisolò nel 2012.
2. Facco, S., Dimonte, V. (2016), "Etica del Caring: analisi del distress morale degli infermieri tutor". Rivista L'Infermiere, no.4.
3. Filippini, A. (2019), "L'infermiere come agente morale della professione: la sensibilità etica e i valori professionali". Rivista L'Infermiere, no.5.
4. Negrisolò, A., Brugnaro, L. (2012), "Il Moral Distress dell'assistenza infermieristica". Professioni infermieristiche, vol.65, no.3, pp.163-168.

# LA SINDROME METABOLICA NEGLI INFERMIERI TURNISTI



Valentina MASINO



Alessia SEGALA

*La sindrome metabolica negli infermieri turnisti: cause e conseguenze. Uno studio pilota*

**L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Sindrome Metabolica (SM) come una condizione patologica caratterizzata dalla presenza simultanea di almeno tre fattori di rischio di origine metabolica, tra cui grasso addominale eccessivo, adiposità viscerale, iperglicemia, ipertensione, ipercolesterolemia e bassi livelli di lipoproteina ad alta densità (HDL) .**

Le cause principali dell'insorgenza della sindrome metabolica sono perlopiù rappresentate da uno stile di vita sedentario, dieta poco equilibrata, obesità, BMI (indice di massa corporea) elevato, la scarsa qualità e la cattiva qualità del sonno e la desincronizzazione dei ritmi circadiani. Molti studi epidemiologici, infatti, hanno valutato i vari aspetti della sindrome metabolica e l'hanno considerata come un "cluster" di fattori di rischio e, in quanto tale, ne hanno stimato la prevalenza nei lavoratori a turni, specialmente notturni (Figura1). Tra i vari comportamenti errati che il professionista potrebbe adottare durante il lavoro notturno sono proprio l'abuso di sostanze non farmacologiche (come l'abuso di alcool, di tabacco, di caffeina e di snack poco salutari, ad alto indice glicemico e calorico) che risulta essere un paradosso in quanto l'infermiere è il promotore/garante di uno stile di vita corretto . Il lavoro notturno è spesso accompagnato da cambiamenti di stile di vita, come cambiare l'orario dei pasti, che a sua volta può spiegare le alterazioni nei tempi della risposta in-

sulinica , il sonno altera i livelli di leptina e grelina, e questo può comportare un aumento dei livelli di appetito, a un maggiore consumo calorico, aumento di peso e quindi sviluppo della sindrome metabolica. Nella letteratura ci sono studi che hanno evidenziato come il mangiare in fretta possa aumentare l'indice di massa corporea portando verso l'obesità ed aumento della circonferenza dell'addome . La negligenza della propria salute da parte di operatori sanitari turnisti può, a lungo andare, provocare lo sviluppo di malattie gravi, compresa la Sindrome Metabolica, e sono proprio il comportamento alimentare, il consumo di maggior apporto di grassi, l'aumento di peso, l'obesità e l'ipertensione che possono influenzare significativamente l'esito di sviluppo di tale sindrome .

Il presente studio nasce per la volontà di analizzare diverse variabili sopra citate in funzione del turno notturno tra gli infermieri. Lo scopo principale della ricerca è quello di analizzare la relazione esistente



Figura 1. CLUSTER di Fattori di rischio della SM

te tra il lavoro notturno e la scarsa qualità del sonno sulle alterazioni sullo stile di vita degli infermieri turnisti (abitudini alimentari scorretti, aumento del consumo di tabacco, alcool, caffeina e scarso movimento fisico) che a loro volta determinano un BMI alterato.

### Materiali e Metodi

È stata eseguita un'indagine trasversale (settembre 2022-gennaio 2023) suddivisa in due fasi: nella prima è stata effettuata una revisione della letteratura, che ha evidenziato una relazione positiva tra il turno di lavoro degli infermieri, specialmente notturno, con stili di vita malsani. Nella seconda fase è stata eseguita una raccolta dati attraverso la somministrazione di un questionario rivolto solo agli infermieri turnisti appartenenti in varie realtà ospedaliere (Lazio, Campania e Puglia).

Il questionario è composto da: Caratteristiche Socio-Demografiche, scale di valutazione, come Karolinska Sleep Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Index, Consumo medio per die di sigarette, Consumo di Caffè, Valutazione qualità Alimentazione, Alcohol Use Disorders Audit Checklist; ed indicatori di rischio della Sindrome Metabolica: Pressione Arteriosa (mmHg), Peso Corporeo (Kg), Altezza (mt), calcolo del BMI e vari disturbi già noti al candidato (ipertensione, diabete, sovrappeso, assunzione di farmaci, problemi cardiaci, ipercolesterolemia). Il campionamento ha preso in esame un totale di 444 infermieri con turnazione h24, avvenuto su base volontaria e totalmente anonima.

### Analisi

Le analisi dei dati sociodemografici e lavorative dei partecipanti sono state effettuate con statistiche descrittive (e.g. media, deviazione standard, frequenze e percentuali). Invece, per verificare le relazioni esistenti tra le variabili indagate è stato effettuato il test di correlazione (r) di Pearson.

Per verificare le ipotesi formulate è stato implementato un modello di equazioni strutturali considerando idonei i seguenti indici di Fit:  $X^2$  non significativo, RMSEA (< 0.06), CFI (> 0.90), TLI (> 0.90) and SRMR (< 0.08) (Hu & Bentler, 1999; Muthén & Muthén, 2012).

Le analisi descrittive di correlazione sono state effettuate utilizzando il software statistico SPSS ver 22, mentre il modello di equazioni strutturali è stato elaborato con i software Mplus.

### Risultati

#### Statistiche descrittive: caratteristiche sociode-

### mografiche del campione

Quasi la totalità del campione è coniugata (45,5%), il 65,7% del campione è in possesso della Laurea di primo livello in Scienze Infermieristiche, mentre il 12,8% proviene dal Pronto Soccorso e il 22% da aree assistenziali per pazienti Covid (Figura 2).

	Variabili	Frequenza	%	% valida
Genere	Femmina	275	61,9%	62,1%
Stato Civile	Coniugato/Convivente	179	40,3%	45,5%
Titolo di studio	Laurea I livello	281	63,3%	65,7%
Ambito Lavorativo	Pronto soccorso	57	12,8%	12,8%
	Pronto Soccorso Covid	45	10,1%	10,1%
	Covid Area Critica	53	11,9%	11,9%
<b>Totale</b>		444	100,0 %	100,0 %

Figura 2: Caratteristiche sociodemografiche del campione

### Analisi delle correlazioni tra le variabili

In particolare, il sonno è correlato in maniera statisticamente significativa alla sindrome metabolica ( $r = .251^{**}$ ,  $p < .001$ ); questo significa che all'aumentare dei disturbi legati al sonno aumenta in maniera significativa anche la presenza della sindrome metabolica. Risulta anche che il consumo di sigarette correla statisticamente in maniera significativa con la sindrome metabolica ( $r = .138^{**}$ ,  $p < .001$ ); questo significa che all'aumentare del consumo di sigarette aumenta anche la presenza della sindrome metabolica. Inoltre, anche il consumo di caffè è correlato in maniera statisticamente significativa con la sindrome metabolica ( $r = .246^{**}$ ,  $p < .001$ ). Praticare costantemente attività ed esercizio fisico è significativamente e negativamente correlato con la sindrome metabolica ( $r = -.145^{**}$ ,  $p < .001$ ) e col consumo di sigarette ( $r = -.138^{**}$ ,  $p < .001$ ); ciò significa che coloro che praticano regolarmente attività fisica, in genere non sono fumatori abituali e non soffrono della sindrome metabolica. Il consumo di caffeina e consumo di sigarette sono correlate statisticamente fra di loro ( $r = .389^{**}$ ,  $p < .001$ ), ovvero in generale chi fuma probabilmente è anche un consumatore di caffè (Figura 3).

### Analisi regressione lineare

Per sviluppare l'analisi della regressione lineare si è preceduto per step. Al primo step è stata inserita la sindrome metabolica come variabile dipendente e la qualità del sonno come variabile indipendente. I risultati così ottenuti mostrano che l'8% della variabilità della Sindrome Metabolica ( $R^2 = .081$ ) è spiegata dai disturbi del sonno, a significare che all'aumentare dei disturbi del sonno (Sonno  $\beta = .15$ ,

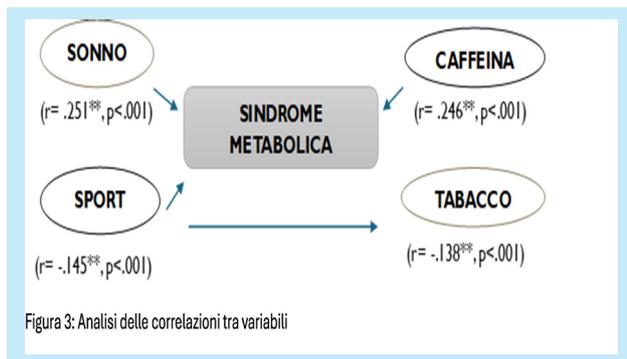


Figura 3: Analisi delle correlazioni tra variabili

p .003; Sleep  $\beta = .20$ , p < .001) aumenta la sindrome metabolica degli infermieri. Al secondo step sono state inserite le altre variabili studiate (fumo, abuso di caffè, alcool e sport) ed è stato verificato che lo sport protegge gli infermieri dalla manifestazione della sindrome metabolica ( $\beta = -.107$ ; p = .03), con una ulteriore varianza spiegata del 10% ( $R^2 = .099$ ).

**Modello di equazione strutturale**

Il modello di equazioni strutturali è un modello che ci permette di analizzare le relazioni esistenti tra più costrutti multidimensionali. In particolare, è stato verificato che la qualità del sonno ha un effetto diretto sulla sindrome metabolica ( $\beta = .209$ ; p < .001), e non viene mediato dalle variabili considerate quali sport, caffè, fumo ecc. Gli infici di fit del modello sono risultati eccellenti:  $\chi^2 (13; N = 445) = 122.025$  p < .001; RMSEA = 0.000 (90% CI = 0.000 - 0.000) p (RMSEA < .05); CFI = 1.000; TLI = 1.000; SRMR = 0.000 (Figura 4).

**Conclusioni**

Dall'analisi dei risultati si evince che tutte le variabili prese in considerazione sono fondamentali per avere una buona percezione sullo stato di salute degli infermieri

turnisti. Effettivamente è presente una associazione di causa-effetto tra lavoro notturno ed il rischio della Sindrome Metabolica: un ruolo centrale sono proprio la stanchezza dovuta alla deprivazione del sonno o sonno irregolare e la sedentarietà. Dunque, il lavoro notturno predispone il sanitario ad assumere comportamenti inadeguati per far fronte al carico di lavoro. La qualità del sonno è da sola una variabile che predispone allo sviluppo della S.M. e, insieme alla inattività fisica concorrono allo sviluppo della sindrome metabolica. (Predittori). Concludendo, allo stato attuale i goal terapeutici proponibili sono sostanzialmente due: la gestione complicanze cardiovascolari/ metaboliche e il cambiamento dello stile di vita. Il primo passo fondamentale è un'attenta anamnesi da parte della sorveglianza sanitaria e l'adozione di checklists e questionari standardizzati. Questi strumenti potranno fornire elementi di screening per indirizzare il singolo lavoratore ad accertamenti specialistici o per individuare una categoria di lavoratori che potranno giovare di una organizzazione degli orari di lavoro più adeguata al mantenimento di un ritmo sonno/veglia fisiologico.

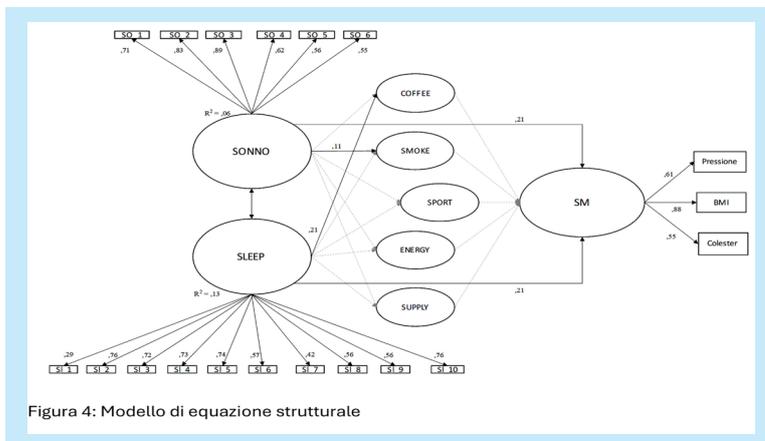


Figura 4: Modello di equazione strutturale

**BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. World Health Organization: Geneva, Switzerland (1999) Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. [Last accessed on 2022 Oct 25]. Consultation Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO\\_NCD\\_NCS\\_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
2. Leproult, R., & Van Cauter, E. (2010). Role of sleep and sleep loss in hormonal release and metabolism. *Endocrine development*, 17, 11–21.
3. Bartosiewicz, A., Łuszczki, E., Nagórska, M., Oleksy, Ł., Stolarczyk, A., & Deren, K. (2021). Risk Factors of Metabolic Syndrome among Polish Nurses. *Metabolites*, 11(5), 267.
4. Rosa, D., Terzoni, S., Dellafiore, F., & Destrebecq, A. (2019). Systematic review of shift work and nurses' health. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 69(4), 237–243.
5. Ohkuma, T.; Hirakawa, Y.; Nakamura, U.; Kiyohara, Y.; Kitazono, T.; Ninomiya, (2015) T. Association between eating rate and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Obes.* 39, 1589–1596.
6. Iwasaki, Y., Arisawa, K., Katsuura-Kamano, S., Uemura, H., Tsukamoto, M., Kadomatsu, Y., Okada, R., Hishida, A., Tanaka, K., Hara, M., Takezaki, T., Shimatani, K., Ozaki, E., Koyama, T., Suzuki, S., Nakagawa-Senda, H., Kuriki, K., Miyagawa, N., Kadota, A., Ikezaki, H., ... Wakai, K. (2019). Associations of Nutrient Patterns with the Prevalence of Metabolic Syndrome: Results from the Baseline Data of the Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study. *Nutrients*, 11(5).

# BASIC LIFE SUPPORT AND DEFIBRILLATION

*Indagine tra gli studenti infermieri del Policlinico di Bari*



Paolo  
DE GIRARDIS



Giovanni  
CAITO

**Per Basic Life Support and Defibrillation (BLS-D) si intende il supporto vitale di base e cioè l'insieme delle seguenti manovre: il riconoscimento della condizione di arresto cardiaco (AC), l'attivazione dei sistemi di soccorso, il mantenimento della pervietà delle vie aeree, il supporto del respiro e del circolo tramite manovre e/o l'utilizzo del defibrillatore semi-automatico esterno (DAE).**

Data la rilevanza in termini di salute pubblica, delle morti da arresto cardiaco extra ospedaliero risulta indispensabile la completa conoscenza, formazione e capacità di esecuzione delle manovre del BLS-D tra gli operatori sanitari. Trattandosi dunque di manovre salvavita, la piena competenza diviene imprescindibile per noi "professionisti della Salute".

L'arresto cardiaco è difatti la terza causa di morte in Europa e colpisce circa 350.000-700.000 persone l'anno, con un'incidenza di 67-170 casi ogni 100.000 abitanti. L'arresto cardiaco è un evento drammatico che si verifica in maniera improvvisa e inattesa, caratterizzato dalla cessazione dell'attività cardiaca e conseguentemente di quella respiratoria. L'AC è fortunatamente potenzialmente reversibile, se prontamente identificato e se sono messi in atto rapidamente gli adeguati interventi di trattamento. Il trattamento raccomandato per l'AC è la rianimazione cardiopolmonare (RCP) immediata da parte degli astanti e la defibrillazione elettrica precoce (qualora possibile e indicata). Il fattore TEMPO gioca dunque un ruolo centrale nella possibile sopravvivenza delle vittime: difatti, si stima che la percentuale di sopravvivenza diminuisca del 10% per ogni minuto senza RCP. Per tale motivo oggi si parla di Catena della Sopravvivenza (metafora coniata nel 1992 dall'American Heart Association) che definisce gli elementi base da mettere in atto se il paziente viene colpito da arresto cardiaco, al fine di aumentare significati-

vamente le sue possibilità di sopravvivere. Gli anelli della catena sono:

1. **Riconoscimento precoce dell'AC:** considerare in AC una persona che non risponde e non respira o presenta respiro agonico.
2. **Allertamento dei servizi di emergenza:** chiamare il 112 o 118; chiedere agli astanti di portare il DAE più vicino (se presente).
3. **RCP di alta qualità** attraverso: 1) Massaggio cardiaco esterno: le compressioni devono essere effettuate su superficie rigida, con entrambe le mani sulla metà inferiore dello sterno, ad una profondità di almeno 5 cm, con una frequenza di 100-120 compressioni al minuto e con il minor numero possibile di interruzioni. 2) Ventilazioni di soccorso: alternando 30 compressioni a 2 ventilazioni, attraverso presidi quali Ambu mask, Pocket mask e similari.
4. **Defibrillazione precoce:** il DAE (defibrillatore semiautomatico) emette istruzioni vocali e/o visive per guidare il soccorritore, analizza il ritmo cardiaco e guida il soccorritore ad erogare lo shock se viene rilevato un ritmo defibrillabile (fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare senza polso).
5. **Trattamento post-rianimatorio** all'arrivo dei soccorsi.

#### **Disegno dello studio**

La prima parte della ricerca, quella bibliografica, è stata condotta con l'obiettivo di reperire studi che abbiano analizzato la conoscenza e la preparazione degli studenti universitari in caso di persona con arresto cardiaco. Sono state consultate le banche dati di PubMed e Google Scholar, utilizzando le opportune parole chiave:

- Knowledge AND cardiopolmonary resuscitation;
- Students AND cardiopolmonary resuscitation;

- Knowledge AND students AND cardiopulmonary resuscitation;
- Cardiopulmonary resuscitation AND surveys;
- Students AND cardiopulmonary resuscitation AND questionnaires.

All'esito della ricerca, alcuni studi scientifici hanno



FIGURA 1-CORSO BLS-D VIRTUAL REALITY

dimostrato l'importanza del coinvolgimento della comunità studentesca, in special modo quella composta da studenti iscritti a facoltà in ambito medico/sanitario, nel riconoscimento e intervento precoce in caso di arresto cardiaco. È stato somministrato un questionario validato sulla base di un modello già utilizzato dal Dottor Baldi nel 2020 in altri studi di riferimento (Baldi E et.al. 2020; <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.07.016>). Da questi studi sembra essere venuto alla luce che un considerevole numero di studenti di molte città europee non ha mai eseguito un corso BLS-D (e neanche BLS) prima di terminare la loro carriera universitaria. Il questionario è composto da 22 quesiti riguardanti le manovre del BLS-D seguendo le linee guida dell'European Resuscitation Council (ERC). Il campione analizzato è di 103 studenti e i dati sono stati raccolti nei mesi di settembre e ottobre 2023. Il questionario è stato sottoposto agli studenti tramite link condiviso per email e piattaforme social. Il link indirizzava al questionario sviluppato con l'app Google Moduli. I dati sono stati raccolti attraverso Google Moduli e salvati automaticamente in "Fogli", successivamente esportati ed elaborati con Microsoft Excel. Il questionario si apre con la richiesta di specificare l'anno di corso frequentante dello studente potendo scegliere tra primo, secondo e terzo anno/Fuori corso al fine di poter valutare come le conoscenze possano mutare con l'avanzamento del percorso universitario. La prima parte del questionario continua indagando su eventuali partecipazioni a corsi BLS-D, interesse in materia di emergenza cardiaca e autovalutazione sulla capacità di salvare una persona in AC. La seconda parte del test è invece incentrata su domande tecniche relativamente alla conoscenza delle corrette manovre del BLS-D e conoscenze generali sull'arresto cardiaco. Attraverso 14 quesiti quindi si è valutata la preparazione tra le 3 popolazioni di studenti tenendo come cut-off un punteggio

di 10 risposte corrette su 14 per ritenere il test sufficiente. Per ogni domanda erano previste 4 possibili risposte di cui però solo una era quella corretta. Domande in questa parte includono:

- Qual è la causa più comune di arresto cardiaco negli adulti?
- Qual è il corretto rapporto di compressioni/ventilazioni da eseguire durante l'RCP nell'adulto?
- Quale tra questi è un ritmo defibrillabile?

La terza ed ultima parte del questionario somministrato era costituita da 3 domande specifiche.

Nella prima domanda si chiedeva allo studente di scegliere quale/i opzione/i, tra quelle proposte, potrebbero rappresentare un ostacolo all'esecuzione della RCP in caso di arresto cardiaco; tra le alternative ricordiamo: Mancanza di formazione; Paura di provocare danni alla persona; Paura di ripercussioni legali; Timore di contrarre infezioni; Non conoscenza dei luoghi in cui sono presenti i DAE. Nella seconda domanda si chiedeva allo studente se fosse a conoscenza di app per smartphone che illustrano le posizioni delle postazioni per la defibrillazione ad accesso pubblico. Infine nell'ultima domanda gli studenti hanno dovuto scegliere quali emozioni tra quelle elencate nella lista meglio rispecchierebbero il loro stato d'animo nel caso in cui dovessero trovarsi ad assistere una persona in AC: 1) Stress, paura, confusione 2) Sicurezza, calma, lucidità.

#### Analisi

Dalle risposte al sondaggio si deduce che il campione analizzato è equamente composto da studenti sia del primo anno (29,1%) che del secondo anno (29,1%). La percentuale rappresentata dalla popolazione "3°anno/FC" è leggermente più alta rispetto alle altre due popolazioni e si attesta al 41,7%. Questi

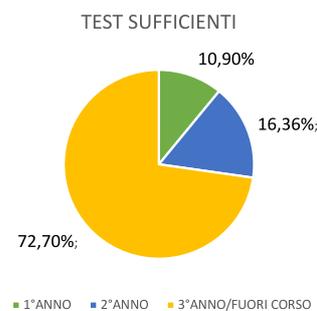


GRAFICO 1-PERCENTUALE TEST SUFFICIENTI TRA GLI STUDENTI

risultati fanno pensare che gli studenti del 3°anno/FC, in quanto prossimi alla laurea e conseguentemente nel mondo professionale, abbiano maggiore interesse per tutto ciò che riguarda l'intervento in ambito di emergenze da arresto cardiocircolatorio. Quando è stato chiesto agli studenti se avessero mai frequentato corsi di BLS o BLS-D ed il 33% ha risposto positivamente di questi il 17% appartengono al 1° Anno di corso, il 31,8% appartengono invece al 2° Anno di corso ed infine il 20,3% è rappresentato dagli studenti del 3° Anno/Fuori Corso. Il 67% non ha mai frequentato un corso che riguardi le manovre da effettuare in caso di arresto cardiocircolatorio, ma il 93,1% sarebbe interessato e frequenterebbe un corso qualora si presentasse

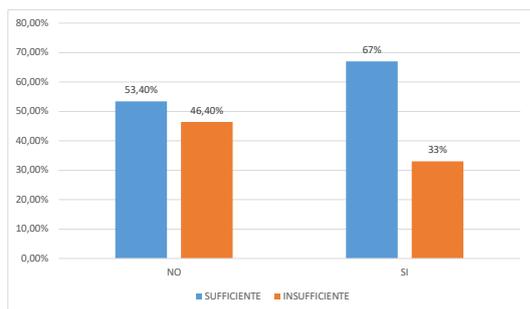


GRAFICO 2 – PERCENTUALI DI QUESTIONARI SUFFICIENTI TRA CHI HA PARTECIPATO AD UN CORSO BLS-D E CHI NO

l'opportunità. È stato chiesto a coloro che hanno frequentato corsi se si sentirebbero in grado di salvare una persona in arresto cardiocircolatorio al di fuori di un ambiente ospedaliero e il 70,6% ha dato risposta negativa. Quindi nonostante queste persone abbiano eseguito un corso che li autorizza a intervenire in caso di arresto cardiocircolatorio non si sentirebbero in grado di attuare le manovre necessarie. Questo dato è molto importante, ed è difatti indicativo di una mancanza di sicurezza anche negli studenti che in realtà avrebbero tutte le conoscenze i mezzi per poter fare la differenza. Nella valutazione delle conoscenze specifiche invece il 53,4% ha dato esito sufficiente, mentre il restante 46,6% non ha risposto correttamente ad abbastanza quesiti. Si può però fare una differenziazione tra le popolazioni di studenti, difatti si è dimostrato che gli studenti che frequentano il 3°anno/FC hanno una preparazione migliore rispetto agli altri (Graf. 1). Volendo andare più nello specifico si è fatto un confronto per capire chi ha eseguito un test sufficiente tra coloro che hanno frequentato un corso BLS e/o BLS-D. Si è ricavato un risultato che poco si discosta dai risultati dell'analisi precedente (Graf. 2). Di coloro che hanno frequentato il corso, il 67,6% è risultato sufficiente, mentre il 32,3% è risultato insufficiente.

Non sono dati rassicuranti, in quanto solo circa la metà di coloro che hanno frequentato un corso sarebbe in grado di intervenire durante un'emergen-

za causata da arresto cardiocircolatorio. Questi risultati sottolineano l'importanza dell'aggiornamento e dell'esecuzione dei corsi almeno una volta ogni 24 mesi. Dall'analisi dei dati, si può concludere che gli studenti che frequentano gli ultimi anni del CDL in Infermieristica hanno una preparazione superiore a coloro che frequentano i primi anni di corso, anche se comunque non ottimale. L'obiettivo fissato di migliorare le conoscenze e la reale attuazione delle manovre BLS-D tra gli studenti di Infermieristica del Policlinico di Bari, in caso di arresto cardiaco extra ospedaliero, è potenzialmente raggiungibile attraverso i seguenti punti:

- Rendere i corsi BLS-D parte integrante del percorso di studi.
- Organizzare corsi pratici annuali di aggiornamento sulla BLS-D e sulla RCP di alta qualità, che coinvolgano l'intero corso universitario fino alla laurea.
- I suddetti corsi devono essere tenuti da personale docente, rispettando le linee guida internazionali aggiornate.
- Il programma di insegnamento dovrebbe diventare parte del curriculum generale di ciascun studente iscritto a facoltà in ambito medico/sanitario, tra cui il corso di Scienze Infermieristiche.
- Rendere i corsi BLSD maggiormente attrattivi e più fruibili, sfruttando la tecnologia esistente, introducendo il concetto di realtà virtuale, ormai parte integrante della nostra vita. Dal 2019 l'IRC ha sviluppato corsi BLSD Virtual Reality (Fig. 1), sfruttando headset e tracker sui polsi per poter vivere un'esperienza completa di addestramento, ricevendo feed-back in tempo reale sulla qualità delle nostre manovre. Sebbene tali corsi siano già in utilizzo non sono ancora stati adottati su larga scala.

In conclusione, esiste una reale necessità di utilizzare tutti i mezzi e la tecnologia a nostra disposizione per educare gli infermieri del domani sulle manovre BLSD al fine di salvare più vite umane possibili.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Heart Association (2020) 'CPR & First Aid- Emergency Cardiovascular Care'. AHA-American Heart Association, visitato il 20 Settembre (2023).
2. Baldi E, Savastano S, Contri E, Lockey A, Conaghan P, Hulme J, Cimpoesu D, Maconochie I, Böttiger BW, Greif R. Competenze di rianimazione cardiopolmonare obbligatorie per gli studenti universitari di assistenza sanitaria in Europa: una nota orientativa del Consiglio europeo di rianimazione. Eur J Anaesthesiol. 2020 ottobre; vol.37, no. 10, pp. 839-841.
3. International Liaison Committee on Resuscitation (2022) 'Consenso internazionale 2022 sulla rianimazione cardiopolmonare e sulla scienza dell'assistenza cardiovascolare d'emergenza con raccomandazioni terapeutiche'. ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation, visitato il 15 Settembre (2023) < [https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.000000000001095?rfr\\_dat=cr\\_pub++0+pubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.000000000001095?rfr_dat=cr_pub++0+pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org)>.
4. Istituto nazionale di statistica (2020) 'DECESSI E CAUSE DI MORTE-L'impatto dell'adozione della versione 2019 dell'ICD10 sui trend di mortalità per causa'. ISTAT Istituto Nazionale di Statistica, visitato il 3 Settembre (2023) < <https://www.istat.it/it/files//2023/04/NOTAINFORMATIVABridgeCoding2020.pdf>.
5. Giacomo Sebastiano Canova (2017) 'Blsd e manovre di rianimazione in arresto cardiaco dell'adulto'. Nurse 24, visitato il 25 Settembre (2023).
6. Italian Resuscitation Council (2019) 'Nuovo corso BLSD "Quality CPR & Virtual Reality". IRC-Italian Resuscitation Council, visitato il 10 Ottobre (2023).

# LA MULTIDISCIPLINARIETÀ DEL LAVORO NEI SER.D



Stefania  
STEA

*Il ruolo dei Servizi per le dipendenze patologiche e l'integrazione fra specialisti sono elementi essenziali per la presa in carico dell'utente*

**Lo scorso 2023, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli ha pubblicato il Libro blu, contenente il rendiconto annuale 2022 delle attività legate ai propri settori di competenza. I dati hanno riportato un notevole incremento sia del gioco online.**

Purtroppo attualmente, l'incremento non riguarda solo la dipendenza da gioco, ma si estende ad altre dipendenze patologiche come l'Internet Addiction Disorder, che riguarda anche un elevato numero di adolescenti dipendenti da web e videogame. I dati, raccolti dal progetto 'Dipendenze comportamentali nella Generazione Z', finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e affidato al Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, mostrano che su oltre 8700 studenti fra gli 11 e i 17 anni, quasi il 12% degli adolescenti, soprattutto maschi, è a rischio di dipendenza dai videogiochi e il 2,5% fa un uso compulsivo e incontrollato dei social, mentre l'1,8% si chiude per mesi in camera vivendo solo attraverso computer e smartphone (ISTISAN, 2023). Inoltre, la dipendenza da Internet (IAD) comprende aspetti differenti a seconda del tipo di attività svolta in Rete: sesso virtuale, relazioni virtuali, gioco online (d'azzardo e non), ed è diffusa non solo tra le nuove generazioni, ma in grande misura anche tra adulti e anziani. Le dipendenze patologiche sviluppatasi nel corso del tempo, di pari passo con l'evoluzione tecnologica hanno creato uno scenario piuttosto preoccupante in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la dipendenza patologica come 'condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assu-

mere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione'.

Nella precedente definizione, sono comprese anche disturbi patologici non legati all'uso di sostanze: dipendenza da gioco, Internet addiction disorder, shopping compulsivo. Attualmente, sono molteplici gli interventi di prevenzione per arginare la problematica relativa sia all'utilizzo di sostanze (tabacco, alcol, sostanze psicotrope illegali, farmaci), ormai presente da molto tempo nello scenario italiano, sia alle dipendenze patologiche senza sostanza, più recenti da un punto di vista temporale, ma in forte crescita nella nostra Nazione. A tal proposito, il 6 giugno 2020 entra in vigore il Piano Nazionale della Prevenzione, che pone grande attenzione sulla tutela del Sistema Sanitario Nazionale, il quale deve garantire la tutela del singolo cittadino e della comunità, attraverso un'Intesa Stato-Regioni. Il Piano si articola in sei Macro Obiettivi: malattie croniche non trasmissibili; dipendenze e problemi correlati; incidenti stradali e domestici; infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali; ambiente, clima e salute; malattie infettive prioritarie. La sezione dedicata alle dipendenze da sostanze e comportamenti sottolinea la necessità di ridurre i fattori di rischio (neurobiologici, individuali, socio-ambientali) e di potenziare i fattori protettivi attraverso programmi di intervento svolti, non soltanto dai Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti Dipendenze ma coinvolgendo le varie istituzioni culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale, al fine di ottenere un coeso sistema preventivo. Il PNP 2020-2025, inoltre, ribadisce l'importanza di affidare un ruolo nel governo ai Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze, valorizzando così, il loro bagaglio esperienziale acquisito nel corso degli

anni, fondamentale al fine di poter attuare programmi preventivi più specifici. Il problema delle dipendenze è presente da molti anni sullo scenario nazionale, infatti già nel 1975 si è cercato di regolamentare la gestione da parte dei presidi ospedalieri e ambulatoriali con la legge 658 che afferma: 'La cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici'. Ne consegue un sovraffollamento dei reparti ospedalieri che non risultano essere i migliori setting di cura per i tossicodipendenti, spesso giovani e incontrollabili. In seguito alla nascita del Sistema Sanitario Nazionale (L. 833/78), vengono istituiti i primi Servizi Territoriali per la cura delle dipendenze da droga e alcol, garantendo cure a base di metadone, agonista oppiaceo, ritenuto a quei tempi indispensabile per la guarigione del soggetto. Un significativo cambiamento si ha negli anni 90, con la legge 162/90 e con il D.P.R. 9 ottobre 1990, n.309 noto anche come 'Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza'. Tra le varie innovazioni riportate nel T.U. 309/90, l'art. 75 suscita particolare interesse, in quanto il rifiuto da parte del tossicodipendente ad intraprendere un percorso riabilitativo, è 'punito' con una sanzione amministrativa e non più con una sanzione penale, a seconda del caso. La legge 26 giugno 1990, n.162 risulta fondamentale al fine di combattere la produzione e il commercio di droga e di incidere nell'area del consumo, scoraggiando il consumatore attraverso una serie di sanzioni e prevenendo l'uso di droghe con interventi in campo sociale, psicologico e medico. Sulla fusione delle due precedenti norme si basa la creazione dei Ser.T, (Servizi Tossicodipendenze), che garantiscono sul territorio programmi di prevenzione ma soprattutto programmi riabilitativi-terapeutici per soggetti tossicodipendenti. Il Ser.T è un servizio pubblico, garantito dal nostro Sistema Sanitario Nazionale, che si occupa di garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente; predisponendo un programma terapeutico, al fine di poterlo reinserire nella società. In seguito ai molteplici cambiamenti culturali, si è voluto includere all'interno di questi Servizi

l'ampia casistica delle dipendenze patologiche. Pertanto, non si parla più di Ser.T ma di Ser.D, Servizi per le dipendenze patologiche. L'accesso ai Ser.D è gratuito, ed è possibile recarsi autonomamente nelle specifiche sedi per ricevere una prima consulenza mentre, in caso di responsabilità penale si accede per mezzo di Carabinieri, Polizia o Prefetto. I servizi di Dipendenza sono formati da un'equipe multidisciplinare formata da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali che accolgono e valutano il paziente al fine di delineare il programma più adatto. Inoltre, è bene ricordare come in queste strutture sia necessario mantenere il segreto professionale. Accade però che alcuni soggetti non presentino una singola diagnosi, bensì una doppia diagnosi: 'Coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico' (OMS,1995). Quindi, alcuni pazienti potrebbero sviluppare una dipendenza in seguito ad una problematica psichiatrica (l'impiego della sostanza rappresenta una sorta di terapia) oppure l'assunzione della sostanza potrebbe causare la manifestazione di una sintomatologia psichiatrica. Nei casi di 'doppia diagnosi', la complessità psicopatologica, comporta una difficoltà nella definizione degli obiettivi terapeutici e la risoluzione di uno dei due disturbi non influenza necessariamente la risoluzione dell'altro. Purtroppo ad oggi, sono incerte le soluzioni da intraprendere per gestire una simile situazione, alcuni affermano che sia necessario intraprendere i due percorsi separatamente, mentre altri utilizzeranno un percorso integrato. È anche vero, che accedere a due Servizi differenti, non è sempre possibile considerato l'incremento dei pazienti affetti da 'doppia diagnosi'. Pertanto, pur esistendo realtà italiane in cui Ser.D e CSM (Centri Salute Mentale) coesistono e collaborano, bisognerebbe incrementare il supporto di tali servizi al fine di garantire il benessere non solo del singolo individuo ma di tutta la comunità. In conclusione, le dipendenze patologiche legate o meno a un disturbo psichiatrico, restano ad oggi un tema importante da affrontare e difficile da arginare, a tal proposito sarebbe necessario individuare e diffondere dei validi programmi di prevenzione, alcuni già in atto, in tutte le istituzioni scolastiche, per sensibilizzare i giovani e ridurre così l'incidenza di tale fenomeno.

#### SITOGRAFIA

1. [https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:presidente.repubblica:decreto:1990-10-09;309~art73#:~:text=309%20\(Testo%20unico%20delle%20leggi,anni%20anzich%C3%A9%20di%20sei%20anni%22.](https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:presidente.repubblica:decreto:1990-10-09;309~art73#:~:text=309%20(Testo%20unico%20delle%20leggi,anni%20anzich%C3%A9%20di%20sei%20anni%22.)
2. <https://www.apss.tn.it/Servizi-e-Prestazioni/Servizio-per-le-dipendenze-assistenza-alle-persone-con-dipendenza.>
3. <https://www.iss.it/dipendenze.>
4. [https://www.truenumbers.it/libro-blu-2023-dati-aggiornati-gioco-italia/.](https://www.truenumbers.it/libro-blu-2023-dati-aggiornati-gioco-italia/)
5. <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/23-25+web.pdf/7c107806-50db-5601-c73e-c90badec3765?t=1702626073305.>
6. [https://www.epicentro.iss.it/piano\\_prevenzione/pnp-2020-25.](https://www.epicentro.iss.it/piano_prevenzione/pnp-2020-25.)
7. [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5029.](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5029.)

# DIPENDENZE PATOLOGICHE

*Prevenzione dei comportamenti a rischio e delle dipendenze*



Maria  
COLAPINTO



Chiara  
PERNIOLA

**In giovane età, la trasgressione delle regole potrebbe essere considerata quasi un comportamento naturale soprattutto nella società odierna.**

Però, se tali comportamenti diventano abitudinari, questo comporterebbe una serie di malesseri, causando squilibri sia fisici che cognitivi così tanto da indurre allo sviluppo di una dipendenza, cioè un'alterazione del comportamento che da banale abitudine si trasforma in una ricerca smisurata e patologica del piacere attraverso mezzi o sostanze o comportamenti che sfociano in una condizione patologica. L'OMS definisce la "dipendenza patologica" quella "condizione psichica, e talvolta anche fisica, che deriva dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comportano un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e alle volte di evitare il malessere provocato dalla sua privazione". In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come lo shopping compulsivo, la new technologies addiction (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), maggiormente presente tra le nuove generazioni, che si ritrovano a vivere la propria vita in funzione dei social, il disturbo da gioco d'azzardo, condizioni diverse nelle manifestazioni cliniche ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. La dipendenza è una condizione in cui l'abitudine di far uso di una determinata sostanza o di mettere in atto determinati comportamenti diventa una necessità che in molti casi, inevitabilmente, si trasforma in una situazione patologica, portando l'individuo a perdere del tutto il controllo di sé stesso. La dipendenza può presentarsi in due differenti forme, la dipendenza fisica e la

dipendenza psichica, che a volte sono presenti contemporaneamente. La dipendenza fisica è caratterizzata da un vero e proprio bisogno fisico di assumere la sostanza in modo da consentire un normale funzionamento dell'organismo. L'organismo del soggetto che assume una determinata sostanza soprattutto in modo eccessivo sviluppa una notevole tolleranza nei confronti della stessa, richiedendone, nel tempo, dosi sempre più massicce al fine di ottenere lo stesso effetto. Ne consegue che se questo bisogno non viene soddisfatto, il paziente va incontro alla cosiddetta sindrome d'astinenza, caratterizzata da sintomi certamente spiacevoli. La dipendenza psichica è caratterizzata da un irrefrenabile desiderio di provare con una determinata frequenza, che dipende dal soggetto, gli effetti, ritenuti piacevoli, della sostanza o del comportamento da cui si dipende e di cui non si riesce a fare a meno. Nonostante la molteplicità delle dipendenze patologiche e delle corrispondenti sostanze, dal punto di vista psicologico si individuano una serie di sintomi comuni, di natura cognitiva, comportamentale e fisiologica. L'utilizzo eccessivo della sostanza influisce negativamente sul proprio stato psico-fisico, inducendo, nei casi più gravi, il soggetto affetto da dipendenza, ad utilizzare tale sostanza anche in situazioni potenzialmente pericolose sia per sé stesso che per gli altri, come ad esempio mentre è alla guida di un automezzo. Inoltre, la dipendenza patologica compromette, nella maggior parte dei casi, lo svolgimento dei compiti giornalieri del soggetto ed i rapporti interpersonali. Infatti, spesso il soggetto che soffre di dipendenza da droghe o altre sostanze è portato ad isolarsi sia dalla famiglia che dagli amici, praticamente tende al ritiro dalla vita sociale. La dipendenza patologica porta inoltre alla perdita della capacità di controllo sull'abitudine, inducendo il soggetto ad un utilizzo smodato di quella sostanza

da cui è dipendente. L'eccessivo e prolungato consumo può dar luogo al Craving definito come un intenso desiderio impulsivo della sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto o comportamento gratificante che può manifestarsi in qualunque momento, stimolato da fattori scatenanti come stimoli esterni ambientali (ad esempio un determinato luogo, suono, odore, colore, tessuto, ...), oppure stati interni, come le proprie sensazioni, ed emozioni (ad esempio vedere che tutti intorno a se riescono a cogliere delle opportunità per realizzarsi, mentre ci si sente bloccato; sentire che gli altri non capiscono le tue necessità; sentirsi soli in determinate situazioni) con i quali si è stabilito un meccanismo di condizionamento. Le cause ed i fattori di rischio della dipendenza patologica sono da ricercare nei fattori sociali ed ambientali, legati alla condizione socio culturale ed economica della famiglia e della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, all'esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza. Nello sviluppo di una dipendenza patologica assumono un importante rilievo alcune variabili come la disponibilità e accessibilità delle sostanze, l'esposizione a fonti di stress e la familiarità con dipendenze di qualunque entità, i fattori neurobiologici legati ad un'alterazione della produzione di importanti neurotrasmettitori endogeni come la dopamina, la serotonina, la noradrenalina che regolano il tono dell'umore, i processi individuali di apprendimento correlati alle esperienze di vita e alle caratteristiche specifiche di personalità che mirano alla ricerca di sensazioni forti, alla propensione al rischio, al desiderio esasperato di successo, o alla bassa autostima. Le principali azioni che mirano ad evitare o quantomeno a ridurre i rischi ed i danni alla salute connessi all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali sono le attività di prevenzione. Tali interventi devono essere rivolti alla popolazione oppure ai soggetti vulnerabili o che dimostrano già dei comportamenti problematici prima dell'insorgenza della dipendenza e devono mirare a ridurre la domanda, intervenendo sulla modifica degli atteggiamenti ed a contrastare e ridurre l'offerta, attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso a dette sostanze. Il Ministero della Salute ha istituito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-

2025 mirato a consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (empowerment) e di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia. Affermare la centralità della persona e della comunità, nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria, significa riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici. In questo contesto la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga e poi migliori il prezioso capitale di salute che va alimentato continuamente, per garantire un futuro migliore più felice, più in forma, più in salute. Enorme importanza va data alla collaborazione con l'équipe multidisciplinare e la rete esterna, al fine di assicurare un supporto e una continuità terapeutica, in quello che per l'utente è un percorso complesso e articolato nel tempo. Tutti gli operatori non devono avere nessun tipo di stigma nei confronti dell'utente poiché ciò porterebbe ad una diffidenza da parte degli operatori e ad una chiusura dell'utente nei confronti degli operatori e quindi di riflesso anche al percorso di cura. L'infermiere riconosce l'importanza dell'interazione e dell'integrazione interprofessionale e del lavoro in equipe, promuove la cultura della salute e stili di vita sani, coinvolge l'assistito nel progetto di cura ad esprimere la propria scelta, favorisce i rapporti della persona con il proprio contesto di vita e sociale, tutela l'assistito che vive situazioni famigliari, sociali e di contesto che limitano le sue possibilità di sviluppo e di espressione. Infine, tutti gli operatori deve prestare molta attenzione a mantenere un equilibrio nella relazione con l'utente, evitando investimenti emotivi, eccessivi o nulli, evitando collusioni o atteggiamenti espulsivi nonché educare l'utente al rispetto delle regole inerenti all'orario di accesso al servizio, alle modalità di assunzione delle terapie, alle consegne dei campioni biologici (urine), al comportamento rispettoso sia nei confronti degli operatori sia nei confronti degli altri utenti.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.
2. FNOPI, Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019.
3. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=objettivi2020#:~:text=L'OMS%20definisce%20la%20%E2%80%9Cdipendenza,modo%20continuativo%20o%20periodico%2C%20allo.>
4. [https://www.stateofmind.it/2017/05/craving-sostanza-approcci-psicoterapeutici/.](https://www.stateofmind.it/2017/05/craving-sostanza-approcci-psicoterapeutici/)
5. [https://www.my-personaltrainer.it/benessere/dipendenza.html.](https://www.my-personaltrainer.it/benessere/dipendenza.html)

# I RISCHI ALLA GUIDA DI AUTOMEZZI

*Molti sono i fattori di rischio generali e specifici che i lavoratori possono incontrare, quando si recano, per motivi di servizio, a riunioni e/o incarichi in altre sedi.*



Giovanni  
ABBATESCIANNI



Domenico  
CIMARUȘTI

**La sicurezza stradale costituisce un problema di portata globale. Le statistiche dell'INAIL mostrano che in Italia più della metà degli incidenti sul lavoro sono legati alla circolazione stradale o agli spostamenti casa-lavoro, indipendentemente dall'uso di mezzi di trasporto.**

Questo evidenzia una stretta correlazione tra sicurezza sul lavoro e sicurezza stradale. Negli ultimi anni, si è registrato un aumento dell'attenzione sulle tematiche inerenti alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con un conseguente incremento di leggi e decreti. Parallelamente, con l'incremento del traffico stradale, c'è stata anche una crescente sensibilizzazione verso la sicurezza stradale, sia da parte delle istituzioni che degli utenti della strada.

Molti sono i lavoratori che, durante la loro giornata lavorativa e per esigenze di servizio, hanno bisogno di guidare un'auto per recarsi in altre sedi aziendali e istituzionali per motivi di servizio, anche se guidare non è la loro occupazione principale. Molti lavoratori potrebbero aver necessità di guidare un'auto aziendale o la propria auto (la maggior parte dei lavoratori) per assistere i pazienti/utenti presso la loro abitazione oppure per raggiungere un'altra sede lavorativa, fuori dal proprio luogo di lavoro, per partecipare a riunioni, oppure ad incarichi oppure per partecipare ad un corso di formazione, di addestramento aziendale obbligatorio che si svolge in un luogo lontano dalla propria sede lavorativa.

Nella maggior parte delle predette situazioni il lavoratore non riceve una formazione su come guidare per attività lavorative. Siccome la guida non è la loro principale attività lavorativa, la sicurezza stradale tende a essere trascurata sia dal lavoratore che dal datore di lavoro. Eppure, è probabilmente il più grande problema di sicurezza che questi lavoratori

devono affrontare.

Alcuni dati evidenziano che vi è una percentuale di incidenti stradali, anche mortali (uno su sei) che vede coinvolto un guidatore che guida un'auto per recarsi al lavoro (da casa verso il luogo di lavoro oppure viceversa) oppure per motivi di lavoro.

Nonostante che tali motivi di guida per lavoro, sostanzialmente, non siano diversi dalla normale guida privata, in termini di tecnica di guida, ci sono diversi fattori e problemi di sicurezza che dovrebbero essere considerati poiché contribuiscono a rendere i conducenti, che si spostano per lavoro, più vulnerabili agli incidenti stradali.

Tra i fattori di rischio generali e specifici per i lavoratori che si recano a riunioni o altra tipologia di incarichi individuiamo in particolar modo:

L'uso dei telefoni cellulari è un importante fattore di rischio per i lavoratori che si spostano per lavoro. I conducenti che guidano per lavoro possono essere più inclini a ricevere telefonate o messaggi legati al lavoro mentre sono alla guida, il che può distogliere l'attenzione dalla strada e aumentare il rischio di incidenti. L'uso dei telefoni cellulari durante la guida può causare distrazione cognitiva, che è spesso più pericolosa dell'uso fisico del telefono stesso. Anche l'uso dei telefoni cellulari a mani libere può essere altrettanto rischioso perché continua a impegnare la mente del conducente, riducendo la sua capacità di concentrarsi completamente sulla guida. Molte persone potrebbero non essere pienamente consapevoli del rischio associato all'uso dei telefoni cellulari durante la guida, sia che si tratti di dispositivi portatili o di dispositivi vivavoce. In realtà, l'uso dei dispositivi vivavoce potrebbe portare a una falsa sensazione di sicurezza, ma alcune ricerche hanno dimostrato che la distrazione cognitiva rimane un problema significativo. È fondamentale che i conducenti

comprendano appieno i rischi associati all'uso dei telefoni cellulari durante la guida e che si impegnino a pratiche di guida sicure, mantenendo la loro attenzione focalizzata sulla strada in ogni momento. La distrazione è un fattore di rischio significativo per i lavoratori che si spostano per lavoro. Durante la guida, è comune che i lavoratori si preparino per l'imminente incarico o si preoccupino delle attività lavorative principali, e questi pensieri possono distogliere l'attenzione dalla strada e aumentare il rischio di incidenti. Inoltre, l'uso dei sistemi di navigazione, la ricerca di parcheggi o altre attività correlate al lavoro possono anch'esse causare distrazione e aumentare il rischio di incidenti.

La fretta è spesso un fattore che contribuisce alla distrazione e può portare a comportamenti rischiosi alla guida, come l'eccesso di velocità. I conducenti che si sentono sotto pressione per arrivare in tempo a una riunione o a un incarico possono essere tentati di superare i limiti

di velocità, mettendo a rischio la propria sicurezza e quella degli altri utenti della strada.

Oltre all'eccesso di velocità anche la guida sotto l'effetto di sostanze come alcol o droghe illecite o soggette a prescrizione, sono fattori di rischio chiave per coloro che guidano per lavoro.

Gli incidenti stradali è il rischio più ovvio e possono verificarsi a causa di varie ragioni, tra cui la distrazione, la stanchezza, le condizioni atmosferiche avverse o errori degli altri conducenti sulla strada.

Le ore lavorative e il tempo passato alla guida possono causare affaticamento, che a sua volta può ridurre la capacità di concentrazione e aumentare il rischio di incidenti stradali.

Le riunioni o gli incarichi possono essere accompagnati da pensieri riguardanti il lavoro, e quindi portare a distrazioni durante la guida. Le condizioni atmosferiche avverse, come pioggia, nebbia o neve, aumentano il rischio di incidenti stradali. La necessità di arrivare in tempo alla riunione o ad altra tipologia di incarico può essere un fattore di stress, che, a sua volta, può influenzare negativamente la capacità di guidare in modo sicuro.

Inoltre, i conducenti che utilizzano veicoli aziendali potrebbero non essere pienamente familiarizzati con le caratteristiche del veicolo o potrebbero non prestare la stessa attenzione alla manutenzione del veicolo rispetto ai propri veicoli personali.

Le organizzazioni devono prendere sul serio la sicurezza dei dipendenti in viaggio e adottare misure proattive per limitare i rischi associati alla guida. Poiché guidare non è l'attività lavorativa principale, l'azienda spesso trascura i fattori di rischio coinvolti quando i lavoratori guidano per incarichi e riunioni. I datori di lavoro dovrebbero agire per aumentare la consapevolezza del problema tra i loro dirigenti e

dipendenti, adottando misure organizzative che dovrebbero aiutare a stabilire regole e procedure e su come valutare il rischio e conseguenzialmente a svolgere questa parte del lavoro in sicurezza.

Per affrontare e quantomeno ridurre questi rischi, le aziende devono adottare politiche rigorose contro la guida sotto l'effetto

di sostanze intossicanti, implementare procedure che promuovano una cultura aziendale che enfatizzi l'importanza della sicurezza stradale dei dipendenti, fornendo una formazione adeguata ai dipendenti sulla sicurezza stradale sulla gestione dello stress, sulla prevenzione della distrazione durante la guida, nonché sensibilizzare sui pericoli dell'eccesso di velocità e dell'uso di sostanze intossicanti, assicurare che i veicoli aziendali siano ben mantenuti. Inoltre, incoraggiare pratiche di gestione del tempo che consentano ai lavoratori di pianificare i loro spostamenti in modo sicuro e responsabile può contribuire a ridurre il rischio di incidenti.

Prestare attenzione anche al fissaggio del carico in macchina, ad esempio i computer portatili, le valigette vengono spesso posizionati non fissati sui sedili anziché nel bagagliaio. Tali oggetti sono potenzialmente letali in caso di incidente.

Lo standard internazionale ISO 39001 offre linee guida internazionali per individuare e gestire i rischi connessi alla sicurezza stradale.

La norma specifica i requisiti per un sistema di gestione della sicurezza del traffico stradale (RTS) per





consentire ad un'organizzazione, che interagisce con il sistema del traffico stradale, nella riduzione dei casi di morte e lesioni gravi relativi ad incidenti stradali, sui quali può avere un'influenza.

Le azioni utili per ridurre il rischio stradale riguardano l'adozione dei Sistemi di gestione e misure di riduzione del rischio e lo standard ISO 39001. Lo standard ISO 39001:2012, sistema di gestione Road Traffic Safety, definisce quali sono gli elementi necessari ed utili ad una corretta gestione delle buone pratiche volte alla sicurezza stradale con una attenzione specifica sulle azioni intraprese e sui risultati attesi e raggiunti in un'ottica di miglioramento della prevenzione. La Norma ISO 39001, consiste nella valutazione delle dinamiche dei processi dell'Organizzazione rispetto al sistema dei trasporti e della sicurezza stradale, verificando l'accettabilità dell'esposizione al rischio e analizzando le azioni intraprese al fine di ridurre sia le probabilità di incorrere in un incidente stradale sia la gravità del medesimo. I costi per l'incidentalità sul lavoro riguardano una serie di variabili tra cui: giorni di lavoro persi; produttività ridotta per inabilità; veicoli fuori uso per riparazioni; costi per indagini e pratiche; costi assicurativi; sanzioni per violazioni al codice ed alle norme; rischi di citazione legale (D. Lgs 231/2001;

D. Lgs 81/2008, ...). Quindi, opportuno intervenire sulle componenti del sistema "guida" (uomo, veicolo, ambiente, spostamento) per ridurre il rischio stradale. Certamente l'ambiente esterno (su cui non si può intervenire) influenza l'interazione tra le componenti base ed influisce sulla sicurezza, però è possibile intervenire sulla pianificazione degli spostamenti. Mentre per quanto riguarda lo spostamento i fattori chiave sono:

- I percorsi: effettuare una pianificazione totale dei percorsi.
- La programmazione: programmare gli spostamenti in modo realistico.
- Il tempo: il tempo stimato deve essere sufficiente per completare in sicurezza ogni spostamento.
- La distanza: essere sicuri che i guidatori non siano messi a rischio a causa della stanchezza data da percorrenze eccessive senza pause.
- Condizioni meteo: essere sicuri che sia data sufficiente importanza alle condizioni meteo avverse in fase di pianificazione dei viaggi.

In definitiva, la norma UNI EN ISO 39001 è lo standard internazionale per la gestione della sicurezza stradale, compresi tutti gli aspetti della gestione del rischio e della conformità legislativa. Con l'implementazione di un sistema di gestione RTS – Road Traffic Management System certificato ISO 39001, l'organizzazione contribuisce attivamente alla riduzione del rischio di incidenti gravi in relazione al traffico stradale.

Un sistema di gestione sicurezza stradale è uno strumento che consente, all'organizzazione che lo ha implementato, la corretta gestione ed il monitoraggio costante di tutte le attività e processi ad esse correlate. L'obiettivo della ISO 39001 è quello di contribuire a migliorare nel tempo i livelli di sicurezza stradale. Il Sistema di gestione RTS ha come scopo la prevenzione, il controllo, il monitoraggio dei rischi ed il miglioramento continuo delle prestazioni in materia di sicurezza stradale.

**BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA**

1. [https://www.puntosicuro.it/rischio-stradale-itinere-C-96/i-rischi-alla-guida-per-lavoratori-che-si-recano-a-riunioni-incarichi-AR-24101/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_content=5&utm\\_campaign=nl20240319%2BPuntoSicuro%3A+sommario+del+19+marzo+2024&iFromNewsletterID=5425](https://www.puntosicuro.it/rischio-stradale-itinere-C-96/i-rischi-alla-guida-per-lavoratori-che-si-recano-a-riunioni-incarichi-AR-24101/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_content=5&utm_campaign=nl20240319%2BPuntoSicuro%3A+sommario+del+19+marzo+2024&iFromNewsletterID=5425).
2. <https://www.puntosicuro.it/rischio-stradale-itinere-C-96/una-guida-per-la-gestione-dei-rischi-legati-al-lavoro-dei-veicoli-AR-23440/>.
3. <https://www.puntosicuro.it/rischio-stradale-itinere-C-96/salute-sicurezza-di-chi-guida-per-lavoro-AR-23441/>.
4. <https://www.puntosicuro.it/rischio-stradale-itinere-C-96/guidare-per-lavoro-i-fattori-di-rischio-general-AR-23502/>.
5. [https://eguides.osha.europa.eu/vehicle-safety/what-is-your-area-of-work/driving-for-work#ksrf-Workersdrivingtomeetin\\_gassignmentsetc](https://eguides.osha.europa.eu/vehicle-safety/what-is-your-area-of-work/driving-for-work#ksrf-Workersdrivingtomeetin_gassignmentsetc).
6. <https://www.gcerti.it/uni-iso-39001-sicurezza-stradale/>.
7. [https://eguides.osha.europa.eu/vehicle-safety/what-is-your-area-of-work/driving-for-work#ksrf-Workersdrivingtomeetin\\_gassignmentsetc](https://eguides.osha.europa.eu/vehicle-safety/what-is-your-area-of-work/driving-for-work#ksrf-Workersdrivingtomeetin_gassignmentsetc).

# IL “LAVORATORE” STRESSATO

*Il Datore di Lavoro è tenuto a risarcire il danno*



Michele  
FIGHERA



Vincenzo  
INGLESE

**La Corte di Cassazione con ordinanza n. 4279 del 16/02/2024, individua in capo al Datore di Lavoro la responsabilità dello stress subito dal “lavoratore”, difatti, il “lavoratore” stressato ha diritto al risarcimento anche se non è sottoposto a mobbing.**

La Corte di Cassazione, sezione lavoro, con la predetta ordinanza stabilisce che il “lavoratore” che opera in un ambiente e che subisce il clima teso con i colleghi ha diritto al risarcimento del danno causato dallo stress subito, anche in assenza di mobbing. L’assenza di persecuzione non esime il datore di lavoro da responsabilità.

Ciò potrebbe essere un precedente di grande rilievo per tutte quelle vertenze e cause iniziate dai “lavoratori” o ex “lavoratori” ai datori di lavoro in tema di stress e disagio psicosociale in ambiente di lavoro. Il fatto in questione riguarda una “lavoratrice” impiegata nel pubblico impiego, ma l’argomento può essere esteso anche ad altri settori lavorativi e quindi anche ad ogni datore di lavoro.

La Suprema Corte ha infatti stabilito che “in una causa avviata dal lavoratore per lamentare un danno da dequalificazione professionale, il lavoratore ha l’onere di allegare le mansioni effettivamente svolte, nonché il comparto di appartenenza e il proprio livello di inquadramento, mentre è dovere del giudice porre a confronto tali dati con la contrattazione applicabile, per verificare la attendibilità o meno dell’assunto secondo cui l’attività non sarebbe stata coerente con l’inquadramento formale.

Ancora, in caso di accertata insussistenza dell’ipotesi di mobbing in ambito lavorativo, il giudice del merito, comunque, deve accertare se, sulla base dei fatti allegati a sostegno della domanda, esiste un’ipotesi di responsabilità del datore di lavoro per non avere adottato tutte le misure che, secondo la

particolarità del lavoro, l’esperienza e la tecnica (art. 2087 del codice civile), erano possibili e necessarie a tutelare l’integrità fisica e la personalità morale del lavoratore; sul lavoratore grava l’onere della prova della sussistenza del danno e del nesso causale tra l’ambiente di lavoro e il danno, mentre sul datore di lavoro grava l’onere di provare di avere adottato tutte le misure necessarie.

La Corte di cassazione, quindi, ha ritenuto “illegittimo il comportamento del datore di lavoro che permette, anche colposamente, il mantenersi di un ambiente stressogeno fonte di danno alla salute dei lavoratori, secondo quanto previsto dalla responsabilità colposa del datore di lavoro che senza motivazioni tolleri l’esistenza di una condizione di lavoro lesiva della salute, cioè nociva secondo quanto previsto all’art. 2087 c.c.”.

La tutela del benessere psicologico e della personalità dei dipendenti costituisce un preciso dovere del datore di lavoro, a garanzia di un ambiente lavorativo sereno, in grado di favorire il pieno sviluppo delle professionalità.

Il dispositivo normativo dell’art. 2087 del c.c. impone all’imprenditore di adottare tutte le misure necessarie a proteggere, non soltanto l’integrità fisica del lavoratore, ma anche la sua personalità morale. Inoltre, quanto previsto dal predetto articolo del c.c., in seguito, è stato maggiormente specificato dal D. Lgs. 81/2008 “Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro” che, all’art. 2, comma 1, lett. o), riporta la definizione di “salute” fornita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un’assenza di malattia o d’infermità”.

All’art. 28, il D. Lgs. 81/2008 ha disposto che, fra i rischi lavorativi oggetto della valutazione, ogni dato-

***“La tutela dell’integrità psico-fisica del lavoratore deve venire sempre prima di tutto, prima della fattibilità economica e produttiva, che non giustificano mai cedimenti delle misure di tutela e prevenzione. Dunque un datore di lavoro è responsabile anche senza la presenza di un «unificante comportamento vessatorio», come è nel caso del mobbing, bastano comportamenti, anche colposi, che possano ledere la personalità morale del lavoratore e «condizioni lavorative “stressogene”» (sentenza 2084/2024 del 19 gennaio).”***

re di lavoro è obbligato ad effettuare anche la valutazione dei rischi “riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell’accordo europeo dell’8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza (...), nonché quelli connessi alle differenze di genere”. Inoltre, secondo un consolidato indirizzo di legittimità, integra la nozione di mobbing il comportamento del datore di lavoro, prolungato nel tempo e consistente nel compimento di una pluralità di atti diretti alla persecuzione e/o all’emarginazione del lavoratore, di cui viene lesa la sfera professionale o personale, intesa nella pluralità delle sue espressioni (sessuale, morale, psicologica o fisica). I giudici hanno ritenuto colposa la condotta del datore di lavoro, il quale, non ottemperando al disposto generale dell’art. 2087 del c.c. non ha posto in essere tutte quelle cautele necessa-



rie ad evitare che il luogo di lavoro potesse divenire fonte di danno alla persona del proprio dipendente. In conclusione si evidenzia che la Cassazione non ha ancora chiuso in maniera definitiva la causa, bocciando la decisione di merito e invitando i giudici a celebrare un altro appello con il quale riconoscere il ristoro alla lavoratrice; è tuttavia necessario porre una riflessione sulla gestione dello stress in ambiente di lavoro e comprendere come stabilire in maniera oggettiva e chiara i parametri per rendere conoscibili a tutto il personale le condizioni di lavoro in un determinato ambiente. Ed è in questo contesto che la valutazione dello stress lavoro correlato, obbligatoria in ogni ambiente di lavoro, assume rilievo non soltanto come obbligo normativo, ma anche come opportunità per il datore di lavoro, che può dimostrare concretamente la buona gestione della propria attività.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Cassazione Civile, Sez. Lav., 16 febbraio 2024, n. 4279.
2. Tribunale di Cosenza, Sez. Lav., 30 novembre 2023 - Ambiente di lavoro nocivo e stress. Risarcimento dei danni differenziali.
3. Tribunale di Pisa, Sentenza n. 335/2022.
4. Dispositivo dell’art. 2087 Codice Civile.
5. D. Lgs n. 81 del 9 aprile 2008, “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.
6. <https://www.ratio.it/risarcimento-danno-stress-dipendente-datore-lavoro/#:~:text=Il%20dipendente%20stressato%20ha%20diritto,dello%20stress%20subito%20dal%20lavoratore.>
7. [https://www.brocardi.it/notizie-giuridiche/dipendente-stressato-lavoro-datore-tenuto-risarcire-danno-ecco-nuova/3717.html.](https://www.brocardi.it/notizie-giuridiche/dipendente-stressato-lavoro-datore-tenuto-risarcire-danno-ecco-nuova/3717.html)
8. <https://www.giustiziagiusta.info/2024/02/26/il-dipendente-stressato-deve-essere-risarcito-i-casi-nei-quali-sussistono-gli-estremi-per-ricevere-il-giusto-compenso/#:~:text=In%20una%20recente%20ordinanza%20emessa,anche%20senza%20una%20persecuzione%20diretta.>
9. <https://infermieristicamente.it/articolo/17725/il-dipendente-stressato-ha-diritto-al-risarcimento-anche-se-non-e-sottoposto-a-mobbing.>
10. [https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31344:cassazione-civile,-sez-lav,-19-gennaio-2024,-n-2084-il-datore-di-lavoro-%C3%A8-tenuto-ad-astenersi-da-iniziativa-che-possano-ledere-i-diritti-fondamentali-del-dipendente-mediante-l-adozione-di-condizioni-lavorative-stressogene&catid=16&Itemid=138.](https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=31344:cassazione-civile,-sez-lav,-19-gennaio-2024,-n-2084-il-datore-di-lavoro-%C3%A8-tenuto-ad-astenersi-da-iniziativa-che-possano-ledere-i-diritti-fondamentali-del-dipendente-mediante-l-adozione-di-condizioni-lavorative-stressogene&catid=16&Itemid=138.)
11. [https://www.assinews.it/11/2022/lazienda-risarcisce-lo-stress/660100817/;](https://www.assinews.it/11/2022/lazienda-risarcisce-lo-stress/660100817/)

# TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

*Importanza cruciale nel promuovere l'innovazione e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, anche attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT)*



Ilenia  
LABARILE



Domenico Maria  
CARRETTA\*

**Negli ultimi decenni, in Italia si è assistito a un rapido aumento dell'età media della popolazione. Fattori come l'avanzamento della medicina, una migliore igiene e un accesso più ampio alle cure mediche hanno contribuito a un aumento della longevità.**

Tuttavia, questo ha portato a una maggiore prevalenza di malattie croniche e degenerative associate all'invecchiamento, come il diabete, le patologie cardiovascolari, l'artrite e il morbo di Alzheimer.

Le malattie croniche degenerative rappresentano una delle principali sfide per i sistemi sanitari globali. Queste condizioni richiedono cure a lungo termine e spesso provocano disabilità, compromettendo la qualità della vita dei pazienti. Inoltre, incidono pesantemente sulle risorse finanziarie dei sistemi sanitari, aumentando i costi per l'assistenza medica e i servizi di lungodegenza.

Le cure domiciliari rappresentano un approccio fondamentale per garantire assistenza e sostegno a persone non autosufficienti e fragili, contribuendo così a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. È importante sottolineare che tali cure non si limitano esclusivamente a trattamenti medici e infermieristici, ma includono anche interventi riabilitativi, volti al recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione. Inoltre, nell'ambito delle cure domiciliari integrate, l'integrazione con i servizi sociali dei comuni gioca un ruolo cruciale. Questa integrazione permette di valutare il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale attraverso appositi strumenti, consentendo così di definire un programma assistenziale personalizzato e di impegnare le risorse necessarie in modo efficiente.

È importante notare che le cure domiciliari non solo mirano a evitare il ricovero in ospedale o in al-

tre strutture residenziali per le persone con patologie trattabili a domicilio, ma forniscono anche continuità assistenziale ai pazienti dimessi dalle strutture sanitarie che necessitano di proseguire le cure. Inoltre, offrono supporto alle famiglie e mirano al miglioramento della qualità di vita, anche nelle fasi terminali delle malattie.

La crescente diffusione delle patologie croniche rappresenta una sfida sempre più rilevante, richiedendo un maggiore impegno in termini di risorse assistenziali e organizzative. Questa necessità è particolarmente evidente considerando che, secondo dati dell'ISTAT del 2022, le patologie cronicodegenerative interessano una percentuale significativa della popolazione adulta e anziana, ma anche un numero sempre maggiore di minori e giovani. In questo contesto, l'assistenza domiciliare integrata riveste un ruolo essenziale non solo per i pazienti anziani fragili, ma anche per la popolazione pediatrica e le loro famiglie. È per questo che progetti come il PonGov Cronicità 2018-2023 hanno assunto una notevole importanza nel promuovere l'innovazione e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, anche attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione. La digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, come evidenziato dal progetto PonGov Cronicità, rappresenta un passo avanti significativo nel migliorare l'efficacia e l'efficienza delle cure domiciliari.

L'uso di strumenti informatici e telematici per coordinare i percorsi assistenziali per la cronicità non solo semplifica la gestione delle cure, ma favorisce anche un coinvolgimento più attivo dei pazienti e delle loro famiglie nel processo di cura.

Le cure domiciliari integrano servizi medici, infermieristici e riabilitativi per garantire un'assistenza personalizzata e continua ai pazienti non autosuffi-

cienti, migliorando la loro qualità di vita e riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri.

La digitalizzazione e l'integrazione tra servizi sanitari e sociali giocano un ruolo fondamentale nel rendere tali cure più efficaci ed efficienti, promuovendo un approccio centrato sul paziente e sull'utilizzo innovativo delle tecnologie.

Nel mondo in continua evoluzione della tecnologia, l'assistenza domiciliare si sta trasformando radicalmente grazie all'impiego sempre più diffuso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Questa convergenza sta rivoluzionando il modo in cui i pazienti ricevono cure mediche e assistenza, migliorando la qualità della vita e offrendo una maggiore indipendenza.

L'impiego delle tecnologie ICT nell'assistenza domiciliare offre una serie di vantaggi che stanno trasformando il settore:

- **Monitoraggio Remoto:** Dispositivi IoT (Internet of Things) e sensori indossabili permettono il monitoraggio remoto delle condizioni di salute dei pazienti. Questi dispositivi possono rilevare dati vitali come la pressione sanguigna, la frequenza cardiaca, e inviarli direttamente ai fornitori di assistenza sanitaria, consentendo un monitoraggio continuo senza la necessità di frequenti visite in ospedale.
- **Assistenza Virtuale:** Le tecnologie di telemedicina consentono ai pazienti di consultare i medici da remoto tramite videochiamate e piattaforme online. Questo riduce la necessità di viaggiare per appuntamenti medici e rende l'assistenza più accessibile a coloro che vivono in aree remote o con limitate risorse sanitarie.
- **Gestione dei Farmaci:** Le app e i dispositivi intelligenti aiutano i pazienti a gestire i loro farmaci, inviando promemoria per le dosi e tenendo traccia dell'assunzione. Ciò riduce il rischio di errori nella somministrazione dei farmaci e migliora l'aderenza alle terapie prescritte.
- **Assistenza Domotica:** L'integrazione di sistemi domotici intelligenti consente ai pazienti di controllare l'ambiente domestico con facilità. Luci, termostati, serrature e altri dispositivi possono essere controllati tramite smartphone o comandi vocali, rendendo l'ambiente domestico più sicuro e confortevole

per le persone anziane o disabili.

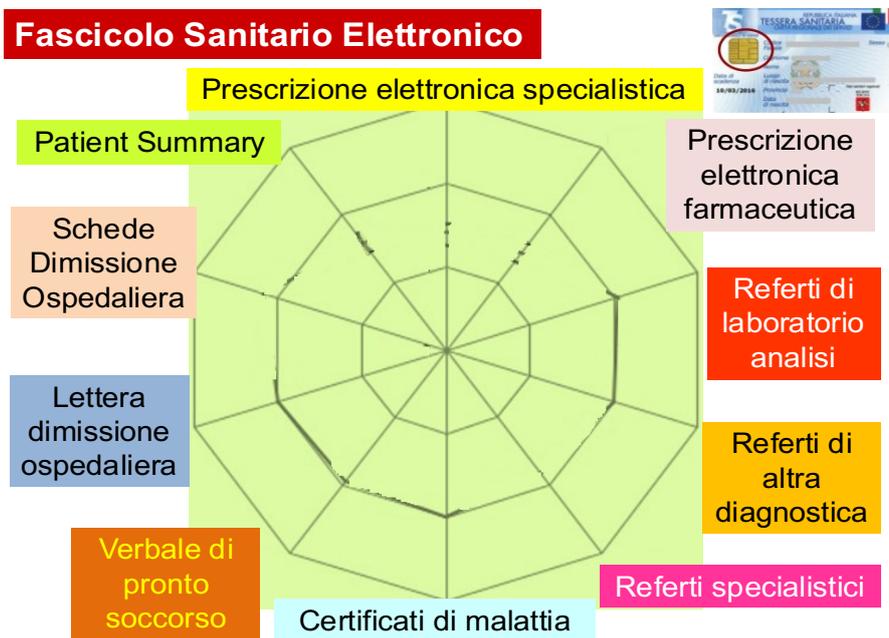
- **Intelligenza Artificiale e Analisi dei Dati:** L'uso dell'intelligenza artificiale e dell'analisi dei dati consente ai fornitori di assistenza sanitaria di identificare precocemente eventuali cambiamenti nelle condizioni di salute dei pazienti, consentendo interventi preventivi e personalizzati.

Nonostante i numerosi vantaggi, l'adozione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nell'assistenza domiciliare pone anche diverse sfide e questioni etiche:

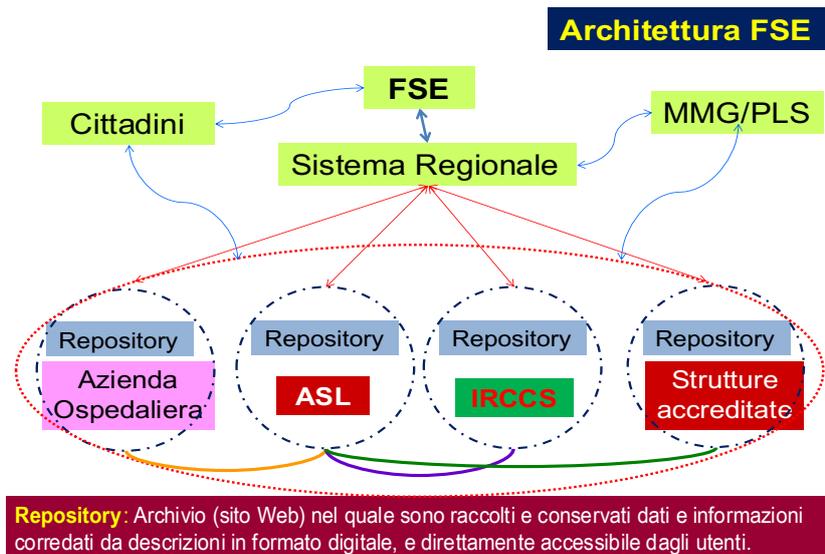
- **Privacy e Sicurezza:** La raccolta e la trasmissione dei dati personali dei pazienti solleva preoccupazioni riguardo alla privacy e alla sicurezza. È fondamentale garantire la protezione dei dati e l'adozione di misure di sicurezza per prevenire accessi non autorizzati.
- **Disparità di Accesso:** Non tutti i pazienti hanno accesso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione necessarie per beneficiare dell'assistenza domiciliare avanzata. Le disparità socioeconomiche e digitali possono escludere alcune persone dalla partecipazione a questi programmi, creando divari nell'accesso alle cure.

Nonostante le sfide, il futuro dell'assistenza domiciliare sembra essere sempre più interconnesso con le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. L'innovazione continua nel campo dell'intelligenza artificiale, dell'IoT e della telemedicina promette di migliorare ulteriormente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza domiciliare, consentendo una maggiore personalizzazione e una migliore gestione delle risorse sanitarie.

In definitiva, l'integrazione delle tecnologie dell'in-



Nel 2020 il Covid-19 ha interrotto in modo significativo l'assistenza di persona, e, tutti i governi, di fronte a tali significative interruzioni dell'assistenza di persona hanno rapidamente promosso l'uso della Telemedicina introducendo nuove leggi e rivedendo le leggi esistenti, infatti, il numero di teleconsulti è aumentato vertiginosamente, svolgendo un ruolo fondamentale nel mantenere l'accesso e la continuità delle cure. La pandemia da SARS-CoV2/COVID-19 ha imposto cambiamenti nel nostro stile di vita, nella nostra quotidianità e nelle modalità di accesso a servizi pubblici e sanitari contribuendo notevolmente alla diffusione e all'incremento della Telemedicina (un modo di erogare dei servizi di assistenza sanitaria, con tecnologie innovative, in particolare l'Information and Communication Technologies, specialmente quando il professionista della salute e il paziente, o due professionisti, non si trovano nella stessa località).



formazione e della comunicazione nell'assistenza domiciliare sta ridefinendo il concetto stesso di cure sanitarie, ponendo l'accento sull'empowerment dei pazienti, sull'accessibilità e sulla qualità della vita. Tuttavia, è essenziale affrontare le sfide emergenti e garantire che queste tecnologie siano utilizzate in modo etico e responsabile, nel rispetto dei diritti e della dignità dei pazienti.

La tecnologia nel campo sanitario oramai, si presenta come quel vertice, quella guida, dal quale deriva l'indirizzo di avvio per il raggiungimento di un sistema curativo dai cospicui vantaggi, sia nell'assistenza pre e post degenza che nel controllo autonomo della propria sfera salutare.

Non a caso, soprattutto la dimissione, nelle realtà ospedaliere rappresenta quel momento tanto importante quanto preoccupante, per i pazienti e per i loro caregivers, i quali necessitano di una certa continuità assistenziale e chi più del mondo infermieristico può disporre.

**Domenico Maria Carretta\***  
specialista in Cardiologia

"Il paziente non deve sentirsi perso".

E quello che più si nota è la mancata chiarezza; è necessario disporre di una guida che sia alla portata di tutti, anche per quanto concerne il linguaggio. Tuttavia, il grado di trasparenza, non deve mancare anche dal punto di vista dell'operatore: le scuole di pensiero, in virtù di utilizzo di dispositivi e procedure saranno pure tante e valide, ma è indispensabile godere, disporre, di direttive ben precise, da palesare nei reparti, le quali possano indirizzare tutto il personale efficientemente, verso procedure interventistiche, non tralasciando anche ed ovviamente, quelle che sono le situazioni di urgenza-emergenza.

In definitiva, sarebbero ottimali frequenti corsi di formazione interni, con lo scopo di avviare un aggiornamento accurato, che preveda un intervento immediato ed efficace e ciò che prevale, su cui si vuol porre l'accento, nel ruolo infermieristico è proprio l'educazione sanitaria.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. <https://computerscience.unicam.it/marcantoni/veterinaria/lezione01%20-%20Le%20Tecnologie%20dell%27%20Informazione%20e%20Comunicazione.pdf>.
2. [https://www.liceopalmeri.edu.it/attachments/article/1046/MODULO%20\\_1\\_1\\_fondamenti%20dell%20ICT-compressed.pdf](https://www.liceopalmeri.edu.it/attachments/article/1046/MODULO%20_1_1_fondamenti%20dell%20ICT-compressed.pdf).
3. [https://www.dannunzio-fabiani.it/public/uploads/ECDL\\_\\_1\\_modulo.pdf](https://www.dannunzio-fabiani.it/public/uploads/ECDL__1_modulo.pdf).
4. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6531108.pdf>.
5. <https://www.digital4.biz/executive/l-ict-per-un-sistema-sanitario-di-qualita-ed-economicamente-sostenibile/>.
6. CONFINDUSTRIA, Coordinamento Servizi e Tecnologie, PROGETTO ICT NELLA SANITÀ.

# ONBOARDING AZIENDALE

*Un percorso di inserimento che valorizzi l'integrazione sociale e culturale del neo-assunto*



Alessia  
LABATE



Liana Libera  
DIANA

**L'ingresso in un nuovo ambiente lavorativo è un'esperienza che può causare delle problematiche al professionista neo inserito (neoassunto o trasferito).**

Il lavoratore si trova ad affrontare richieste che vanno oltre la semplice esecuzione delle sue competenze tecniche e che solo parzialmente può gestire con sicurezza. Questo processo richiede di gestire un cambiamento e un processo di apprendimento in cui il professionista deve non solo acquisire familiarità con gli aspetti specifici della professionalità e delle competenze richieste dal contesto, ma anche perfezionare la sua comprensione dell'organizzazione, analizzare e adattarsi alle regole e alle normative in vigore. È evidente come questo processo sia complesso e impegnativo e qualche volta può generare confusione e disorientamento, soprattutto all'interno di strutture ad elevata complessità, come un'azienda sanitaria con le sue numerose e specifiche prassi e procedure. Per un neoassunto o trasferito, i primi giorni e le prime settimane di attività lavorativa all'interno di un nuovo ambiente di lavoro rappresentano un momento fondamentale, è un'esperienza che può creare difficoltà al professionista neo inserito che si trova a dover fronteggiare richieste che solo in parte può conoscere a fondo e gestire e che vanno al di là della sola esecuzione del compito tecnico professionale. Le fasi della procedura di ingresso di un nuovo lavoratore (onboarding) influiranno decisamente sul suo percorso lavorativo e avranno un impatto importante sulla sua permanenza in quel luogo di lavoro, sul suo grado di coinvolgimento, sulla dedizione e sulla performance lavorativa. L'onboarding aziendale è sicuramente un elemento chiave per il successo del processo di gestione delle risorse umane, infatti riguarda il processo di inserimento e avvio di un nuovo lavoratore

re all'interno di una organizzazione. Indiscutibilmente si tratta di un processo complesso e vario, che richiede impegno e non deve assolutamente essere visto come una semplice attività amministrativa di disbrigo di qualche pratica burocratica. L'onboarding nel contesto delle risorse umane, è ritenuto un processo strategico di orientamento del nuovo assunto o lavoratore trasferito da un'altra unità operativa. È un percorso ben organizzato di introduzione formale di una nuova risorsa umana nell'organico aziendale. L'obiettivo specifico è quello di favorire il suo inserimento in una delle articolazioni funzionali dell'azienda, aiutandolo a comprenderne la cultura e le dinamiche, per essere produttivi nel minor tempo possibile. Cioè fornire al nuovo lavoratore le competenze e abilità necessarie per integrarsi nel gruppo e cominciare a svolgere il suo lavoro positivamente. Durante il processo di onboarding, il nuovo lavoratore viene orientato alla cultura aziendale, ai valori, alle aspettative e agli obiettivi dell'organizzazione e riceve informazioni sulle procedure, sulle risorse interne e sulle politiche aziendali dell'Unità Operativa, o Servizio, o Ufficio, o Ambulatorio. Tutto ciò permette al neo inserito di socializzare con il proprio ruolo nel nuovo ambiente di lavoro, di comprendere le dinamiche del gruppo e di stabilire relazioni significative con i colleghi. Certamente l'onboarding aziendale non si limita solo ad un semplice addestramento iniziale, ma è un processo continuo che può andare avanti anche per diversi mesi, ed è proprio in questo periodo, che il neo inserito ha la possibilità di apprendere progressivamente e acquisire le competenze necessarie per contribuire al successo dell'azienda. Un onboarding ben strutturato e una corretta integrazione del neo inserito aiuta qualsiasi organizzazione a trattenere i propri dipendenti all'interno dell'azienda, ed aumenta,

altresi, il loro coinvolgimento, migliora la soddisfazione sul lavoro, stimola la performance aziendale, consente di creare un ambiente positivo e stimolante, promuove la collaborazione e l'efficienza, favorisce la costruzione di un gruppo coeso e motivato e riduce il turnover. Indubbiamente alcuni tipi di turnover di alcuni lavoratori sono positivi, infatti, sostituire alcune risorse umane poco produttive con nuovi lavoratori particolarmente entusiasti spesso migliora il morale del personale. Al contrario, alcuni tipi di turnover, invece, sono negativi, infatti, quando lavoratori produttivi, perché insoddisfatti, si licenziano o si trasferiscono in altri ambienti lavorativi, l'azienda o l'unità operativa o servizio o ambulatorio ne risente. La procedura di ingresso di un lavoratore neo inserito non deve essere sottovalutata, l'onboarding non consiste nel consegnare al nuovo dipendente un faldone con tutte le informazioni relative all'azienda. Il neo inserito deve essere condotto gradatamente e continuamente a conoscere tutti gli ambienti della nuova collocazione, il loro funzionamento e le persone che ne fanno parte. L'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi, la leadership aziendale, le proprie mansioni, la soddisfazione nel proprio ruolo e la retribuzione sono delle componenti che condizionano un lavoratore in relazione ad ogni aspetto del suo ambito lavorativo, cioè tutto ciò che l'azienda fa per soddisfare i bisogni, le aspettative e anche i sogni dei lavoratori. Pertanto, è importante strutturare un'accoglienza personalizzata, tenendo conto delle caratteristiche individuali del neo inserito, del ruolo che andrà a ricoprire e degli elementi distintivi dell'azienda. Il lavoro non è infatti soltanto una mansione, un insieme di compiti da svolgere, bensì una componente fondamentale della vita di ogni persona.

Necessario migliorare la capacità dell'azienda (atmosfera piacevole sul posto di lavoro, sicurezza sul posto di lavoro, visibilità del percorso di carriera, buon work-life balance cioè l'equilibrio tra la vita privata e il lavoro) di gestire e mantenere i propri dipendenti, che sentendosi valorizzati, apprezzati, e trascorrendo il loro tempo in un ambiente lavorativo positivo in cui le loro aspettative e bisogni trovano risposta, avranno performance migliori e desidereranno rimanere in quella unità operativa o servizio o ambulatorio dell'azienda.

Quindi fondamentale per il neo inserito:

- chiarire le specifiche responsabilità del ruolo e le aspettative che l'azienda si aspetta in termini di prestazioni e agli obiettivi di medio e lungo termine;

- accogliere il neo inserito e presentargli il gruppo di lavoro ed i componenti dell'organizzazione, mostrare gli ambienti di lavoro, gli strumenti, le apparecchiature utili al suo lavoro, le aree ricreative e funzionali;
- effettuare la formazione obbligatoria sulla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- favorire, durante le prime settimane di lavoro, la conoscenza e la socializzazione del neo inserito con i nuovi colleghi attraverso incontri di gruppo e sessioni di team building;
- avviare il neo inserito alla cultura aziendale per condividere valori, pratiche e modalità di lavoro e collaborazione consentendo al nuovo dipendente di comprendere come impostare il proprio lavoro e le relazioni con colleghi e superiori;
- predisporre i documenti necessari come le procedure, le istruzioni operative di sicurezza e le informazioni di base sulla organizzazione delle attività lavorative e sulla politica aziendale, in modo tale da far sentire il lavoratore accolto nel suo nuovo percorso lavorativo;
- utile affiancare al neo inserito un collega più esperto in grado di fornire supporto con una formazione adeguata, fino al momento in cui il neo inserito diventerà un lavoratore autonomo in grado di assumere responsabilità crescenti e progetti specifici;
- prevedere momenti di confronto e valutazione delle performance a 30, 60 e 90 giorni e predisporre piani di formazione permanente;
- monitorare la buona riuscita dell'inserimento lavorativo del neo inserito attraverso incontri periodici con le risorse umane dell'unità operativa o servizio o ambulatorio, durante i quali richiedere feedback sul processo di integrazione e identificare eventuali bisogni o problemi.

Quindi per assicurare un processo di onboarding efficace, è necessario pianificare tutte le attività prima dell'arrivo del neo inserito approntando un piano dettagliato che comprenda compiti e obiettivi specifici per i primi giorni, le prime settimane e i primi mesi di lavoro. Ciò aiuterà il nuovo dipendente a sentirsi ben accolto e a comprendere chiaramente le aspettative nei suoi confronti. Questo processo crea un senso di appartenenza all'organizzazione, stimolando l'entusiasmo, la motivazione e l'impegno nel lavoro e contribuendo così a migliorare le performance dei dipendenti. Quando i nuovi dipendenti si integrano rapidamente ed efficacemente, si sentono valorizzati e sono più propensi a rimanere nell'unità operativa, servizio ambulatorio a lungo termine.

#### BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.randstad.it/gestione-risorse-umane/selezione-del-personale/onboarding-aziendale/>
2. <https://www.randstad.it/gestione-risorse-umane/employer-branding/cultura-organizzativa-aziendale/>
3. <https://www.randstad.it/gestione-risorse-umane/>

## NURSING NOW ITALY AWARDS

*“È compito dell’infermiere promuovere e salvaguardare il benessere e gli interessi dei suoi pazienti garantendo che essi siano consapevoli dei loro diritti e che abbiano tutte le informazioni necessarie”*

Nursing Now Italy Awards un premio riconosciuto ad Infermieri per l’eccellenza dell’assistenza infermieristica fornita, per l’empatia instaurata, e impegnati costantemente nella funzione di advocacy, che abbiano saputo coadiuvare, accompagnare, incoraggiare pazienti e familiari. Grande soddisfazione dell’OPI di Bari per il “Nursing Now Italy Award 2023”, riconoscimento internazionale volto a premiare l’eccezionale impegno e la dedizione per la valorizzazione della professione infermieristica, che quest’anno è stato assegnato alla dottoressa Giorgia Chetta (AReSS Puglia) e al dottor Vincenzo Cuccovillo (ASL BARI), primi Infermieri iscritti all’OPI di Bari ad aver ricevuto tale riconoscimento.

La motivazione con la quale è stato conferito il premio riflette lo spirito dell’iniziativa “profondo riconoscimento per l’esemplare contributo infermieristico fornito, che ha avuto un significativo impatto benefico sull’organizzazione e sulla salute dei cittadini”.

Nursing Now è una iniziativa globale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, in collaborazione con il Consiglio Internazionale degli Infermieri e la fondazione Burdett Trust. La madrina è la Duchessa di Cambridge, Kate Middleton. In Italia è coordinato da CNAI (Consociazione Nazionale Associazioni Infermiere/i), in collaborazione con la Confederazione FEDERSANITÀ - ANCI, e si propone di migliorare la percezione degli infermieri, la loro influenza e massimizzare il loro contributo per garantire a tutti e ovunque l’accesso alla salute e all’assistenza sanitaria.

Il premio Nursing Now Italy Awards è stato istituito per onorare tutti gli infermieri che hanno valorizzato la professione dall’assistenza diretta alla formazione, alla docenza, alla dirigenza, sulla scia dell’iniziativa globale volta a dare “valore” e “visibilità” alla professione infermieristica. L’importante riconoscimento rappresenta grande motivo di orgoglio per l’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari, e per tutti gli Infermieri che ogni giorno lavorano con grande dedizione e professionalità al fine di migliorare il sistema salute in Italia.

