

# MEDIC@LIVE

## 07 AGO 2019 Magazine

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n. 5



UNA DIDATTICA DIGITALIZZATA. TRA INNOVAZIONE  
E RICERCA PER LE FRAGILITÀ E LE SOLITUDINI DEL  
CONSUMATORE MALATO DEL GIOCO

pag. 5

LESIONI COMPLESSE AGLI ARTI INFERIORI NEL GIOVANE  
SPORTIVO: CASE REPORT TRATTAMENTO CHIRURGICO,  
RECUPERO FUNZIONALE, RIATLETIZZAZIONE

pag. 23

LE INFORMAZIONI ENTEROCETTIVE

pag. 11

RITARDO DEL MEDICO REPERIBILE.  
LEGITTIMO IL LICENZIAMENTO

pag. 28

CONOSCENZE RELATIVE ALLA RESPONSABILITÀ  
PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE/

pag. 15



## SOMMARIO

pag. 5

### PSICHIATRIA

**UNA DIDATTICA DIGITALIZZATA. TRA INNOVAZIONE E RICERCA PER LE FRAGILITÀ  
E LE SOLITUDINI DEL CONSUMATORE MALATO DEL GIOCO**

*Dott.ssa Paola Daniela Virgilio*

pag. 11

### PSICOLOGIA

**LE INFORMAZIONI ENTEROCETTIVE**

*Dott. Massimo Agnoletti*

pag. 15

### SCIENZE INFERMIERISTICHE

**CONOSCENZE RELATIVE ALLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE  
DELL'INFERMIERE**

*Gianfranco Verna, Marilena Rizzo, Francesco Verna*

pag. 23

### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**LESIONI COMPLESSE AGLI ARTI INFERIORI NEL GIOVANE SPORTIVO:  
CASE REPORT TRATTAMENTO CHIRURGICO, RECUPERO  
FUNZIONALE, RIATLETIZZAZIONE**

*Dott. Roberto Urso, Dott. Riccardo Torquati*

pag. 28

### DIRITTO SANITARIO

**RITARDO DEL MEDICO REPERIBILE.  
LEGITTIMO IL LICENZIAMENTO**

*Avv. Angelo Russo*



VISUAL IDENTITY



EVENTI



ADVERTISING



MARKETING



WEB DESIGN



SEM

# Specialisti nella comunicazione medica

## Fatti vedere

[advcommunication.it](http://advcommunication.it)



ADV communication

## I PROSSIMI EVENTI

### **LA GESTIONE DELLE LESIONI CUTANEE CRONICHE VASCOLARI: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE. DALLA DIAGNOSTICA ALLA TERAPIA**

**21 Settembre 2019 - Lecce**

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Angiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia vascolare, Malattie infettive, Medicina Subacquea e Iperbarica, Radiodiagnostica; Farmacisti; Infermieri; Tecnici iperbarici

**ECM 6**

### **FOCUS SU ARTRITE REUMATOIDE**

**13 Luglio 2019 - Ragusa**

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Radiologia, Reumatologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base

**ECM 6**

### **CORSO DI ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE E TECNICHE INFILTRATIVE ECOGUIDATE**

**14 Settembre 2019 - Terlizzi**

Medici chirurghi specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia

**ECM 11**

### **COMMUNICATION AND PRAGMATIC SKILLTRAINING / PAROLE IN CERCHIO**

**21/22 Settembre 2019 - Catania**

Logopedisti e Studenti del CDL in Logopedia – psicologi – TNPEE – medici (NPI - foniatri- pediatri)

**ECM 17,5**

### **CORSO DI ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE E TECNICHE INFILTRATIVE ECOGUIDATE**

**28 Settembre 2019 - Ragusa**

Medici chirurghi specialisti in Medicina Fisica e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia

**ECM 11**

### **IL DERMATOLOGO INCONTRA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: FOCUS SULLE PATOLOGIE BENIGNE E MALIGNI DELLA CUTE E DEGLI ANNESSI**

**5 Ottobre 2019 - Aci Castello (CT)**

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Allergologia e Immunologia clinica, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Continuità assistenziale, Dermatologia e Venereologia, Gastroenterologia, Otorinolaringoiatria, Reumatologia

**ECM 6**

### **CORSO DI ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE E TECNICHE INFILTRATIVE ECOGUIDATE**

**5 Ottobre 2019 - Acireale (CT)**

Medici chirurghi specialisti in Medicina Fisica e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia

**ECM 11**



---

## **IL SOCCORRITORE SULLA SCENA DEL CRIMINE**

**9 Novembre 2019 - Catania**

Medici Chirurghi (tutte le specializzazioni); Biologi; Infermieri; Psicologi, Psicoterapeuti; Tecnici della riabilitazione psichiatrica; Tecnici sanitari di laboratorio biomedico; Chimici. Operatori delle Forze dell'Ordine e delle Forze Armate. Vigili del Fuoco. Agenti di Polizia Penitenziaria. Sociologi. Educatori. Operatori 118. Operatori OSA. Operatori OSS

**ECM 8**

---

## **LE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA**

**16/17 Novembre 2019 - Forlì e Faenza**

Fisioterapisti

**ECM 18,5**

---

## **MANIPOLAZIONE FASCIALE di Luigi Stecco**

**I Livello**

**10-11-12 gennaio 2020 / 7-8-9 febbraio 2020 - Bari**

**II Livello**

**8-9-10 maggio 2020 / 12-13-14 giugno 2020 - Bari**

Medici e Fisioterapisti

**ECM 6**

---

# Una didattica digitalizzata. Tra innovazione e ricerca per le fragilità e le solitudini del consumatore malato del gioco



**Dott.ssa P. D. Virgilio**  
Pedagogista, PhD student at University of Cordoba, Faculty of Legal and Social Science

**N. Jiménez Fanjul**  
PhD from the University of Córdoba (UCO) in the Social and Legal Sciences program. Professor of Didactics of Mathematics Teaching. Department of Mathematics. Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba, Spain

**P. Carbellido Espinosa**  
Profesora especializada en Pedagogía Terapéutica. Junta de Andalucía, Málaga, Spain

**M. Schifano**  
Psicologo, responsabile U.O. Psicologia clinica e di Comunità ASP TP

**A. Maz Machado**  
PhD in Mathematics from the University of Granada (UGR). Professor of Didactics of Mathematics. Department of Mathematics. Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba, Spain



We propose a psycho-pedagogical and multidisciplinary analysis on gambling addiction. This seriously compromises a person's quality of life and that of his family. We refer to a pedagogy of "precision", capable of facing the loneliness of addiction, a phenomenon that destroys creativity and creates fragility, weakens resilience, extinguishes the will to do and closes the individual into a fence. We highlight the role of the school and the importance of a team with specialized teachers who, through innovative and digitalised teaching, implement specific techniques to prevent addiction.

...

Quella che proponiamo è un'analisi psicopedagogica e multidisciplinare sulla dipendenza da gioco, sottomissione che compromette seriamente la qualità della vita di una persona e quella dei suoi familiari.

È un errore considerare il problema come un fenomeno "moderno": in realtà ha radici antiche e ha interessato, nel corso degli anni, milioni di persone. Solo di recente, con l'attivazione di specifiche politiche europee, la ludopatia è stata riconosciuta come una malattia. Si tratta di un disturbo del comportamento che l'Associazione Psichiatrica Americana (APA, *American Psychiatric Association*) ha inserito fra i cosiddetti disturbi del controllo degli impulsi, disturbi che presentano una notevole affinità con quelli ossessivo-compulsivi e con le dipendenze.

Si parla di ludopatia, o dipendenza dal gioco d'azzardo, quando le persone manifestano nel gioco la totale perdita del controllo.

Le distorsioni cognitive più diffuse sono:

- illusione di poter controllare la situazione e di poter smettere

di giocare in qualsiasi momento; circostanza che non trova alcun riscontro nella realtà.

- Processo mentale che induce il giocatore a credere che dopo un evento atipico è probabile che possa verificarsi l'evento opposto; ma ciò non trova alcun riscontro nel calcolo delle probabilità.
- Acquistare un biglietto vincente in un luogo e continuare a farlo nella ferma convinzione che tale prassi porti fortuna.
- La convinzione che se vincono gli altri ciò può accadere anche a noi (es: se una forte vincita viene pubblicata sui quotidiani).
- La volontà dei giocatori di dare credito alle esperienze positive, senza considerare affatto quelle negative, anche se quest'ultime son percentualmente infinitamente superiori.

La voglia di gioco che si sviluppa nella mente del giocatore compulsivo fa leva su pensieri irrazionali. Le credenze del giocatore compulsivo costituiscono vere e proprie teorie che vanno a distorcere il senso della realtà al punto che, felici o depressi, contrastati da parenti e amici, continuano a ricadere nello stesso errore.

Gli elementi che caratterizzano il comportamento disadattivo del giocatore patologico sono:

- un costante pensiero al gioco e a reperire denaro per giocare
- il bisogno di soddisfare l'eccitazione investendo somme di denaro sempre più elevate.

Gli esperti sono concordi nell'affermare che si tratta di una malattia psichiatrica, in cui l'azzardo patologico e la dipendenza dal gioco sono legati a fattori biologici, genetici e ambientali sfavorevoli. Con il termine "fattori di rischio" si fa riferimento alle variabili che possono aumentare le probabilità di diventare giocatori patologici e quindi di soffrire di ludopatia.

Tutto può iniziare con la presenza di disturbi psichiatrici e di patologie quali l'ansia, la depressione e i disturbi della personalità, in particolare il disturbo borderline. Altri fattori predisponenti sono riconducibili all'alcolismo o alla dipendenza da sostanze stupefacenti, al disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività. Altro fattore di rischio è costituito dall'assunzione di farmaci per il trattamento della malattia di Parkinson, infatti, i farmaci dopamino-agonisti possono avere, tra gli effetti collaterali, quello di provocare comportamenti compulsivi (tra questi figura il gioco d'azzardo).

Altro fattore di rischio può essere la giovane età, perché la maggior parte dei giocatori affetti da ludopatia si inserisce in un bacino che va dai 20 ai 50 anni, dove la maggior parte appartiene al sesso maschile. Le donne sembrerebbero essere meno inclini a sviluppare la dipendenza da gioco patologico, ma nei casi in cui questo avviene la differenza sta in una maggiore velocità di assuefazione.

Anche la familiarità con giocatori d'azzardo e l'assunzione di farmaci sono considerati fattori di rischio nello sviluppo della dipendenza.

Tra gli elementi in comune che sono stati osservati e rilevati nei giocatori patologici, è interessante evidenziare che chi soffre di ludopatia ha solitamente un temperamento molto competitivo e soffre di "workholism".

Altre caratteristiche comuni tra i giocatori patologici riguardano: la tendenza ad annoiarsi presto, l'iperattività, la scarsa conoscenza della matematica e delle sue regole, la sovrastima delle proprie capacità.

Le persone affette da ludopatia si rivelano, quindi, facilmente influenzabili e suggestionabili soprattutto in condizioni di invito al gioco e/o di particolari ipotesi di vincita ("gratta e vinci", lotterie, scommesse, etc.).

A livello legislativo, in Italia, la dipendenza da gioco è stata presa in considerazione con il DDL 158 del 13 settembre 2012 (articolo 5) che ha inserito la ludopatia nei Lea (Livelli essenziali di assistenza) per le prestazioni sanitarie di prevenzione, trattamento e riabilitazione destinate a coloro che ne sono affetti.

## Il mercato dei consumi del gioco

La società odierna considera la pratica degli sport, non più soltanto come attività finalizzata al benessere, alla salute, allo sviluppo fisico e sociale, bensì come ambito in cui, sin da piccoli, emergere come i migliori e i vincenti.

In una società che esprime il bisogno di successo e di vittoria a tutti i costi, la competizione è vissuta come valore assoluto.

Una riflessione importante va fatta sull'appropriazione del gioco da parte del mercato. Un mercato che utilizza alcune forme ludiche come fonte di guadagno e di investimento e che impiega tutte le sue forme di marketing per indurre le persone a "consumare" gioco.

A ciò si associa anche un'opinione pubblica sul gioco, accuratamente veicolata dai media, che tende a modificare lo stesso concetto di gioco d'azzardo, proponendo slogan che omettono la parola "azzardo", come ad esempio:

- "gioca responsabilmente";  
o invece di "gioca d'azzardo responsabilmente (ammesso che ciò sia possibile)";
- "il gioco è vietato ai minori";  
o invece di "il gioco d'azzardo è vietato ai minori".

Il gioco è un mondo vasto, polimorfo, fatto di mille sfaccettature e solo nel suo pieno recupero di significato, di senso, di luoghi e di azioni, nella sua riscoperta, sarà possibile trovare una delle strade per prevenirne la corruzione.

I giochi, ancor più velocemente nell'era della globalizzazione, si affermano o spariscono secondo i bisogni reali e/o indotti sviluppati dalla società stessa e vengono prodotti, creati, promossi, incoraggiati dagli stessi valori che la comunità promuove, genera, sviluppa.

Il gioco d'azzardo ha accompagnato la storia dell'uomo, ha avuto una forte presenza in tutte le società e le culture, rivestendo anche un rilevante ruolo sociale. Nonostante sia stato accompagnato da costanti divieti in ambito giuridico normativo e da costanti accuse morali, il gioco d'azzardo non è mai

scomparso, sembrerebbe invece che a fronte dei veti sia uscito dalla "legalità" per crescere e prosperare nell'illegalità.

Giocare d'azzardo procura senz'altro forti emozioni e permette la sperimentazione del rischio, ma ciò è plausibile soltanto nei casi normali e non patologici di gioco, cioè quando si tratta di un rischio vissuto in maniera positiva e in un luogo protettivo per il giocatore.

Alla base del desiderio di giocare d'azzardo c'è – spesso – la speranza di un cambiamento, con un colpo di fortuna, della propria vita. Il gioco d'azzardo può evocare una fuga, una via d'uscita da una vita non soddisfacente e frustrante: quando si è disoccupati, quando non ci sono certezze e sicurezze sembra non rimanere altro da fare che affidarsi al biglietto della lotteria.

Oggi questo fenomeno è ancora più evidente (e i sondaggi sembrano confermarlo) nei territori e nelle aree geografiche in crisi economica e nei contesti di povertà e di degrado: qui diviene fonte di speranza e di fuga dalla realtà quotidiana, spazio di compensazione dalla vita, diviene luogo dove costruire il proprio mondo di illusioni.

Ma, forse, a questo punto non possiamo più parlare di gioco come forza creatrice, creativa e liberante, perché questo si è trasformato in compulsione e costrizione; anche se il riconoscimento della dipendenza da gioco d'azzardo è relativamente recente, così come relativamente recenti sono le forme terapeutiche messe in atto e sviluppate per la cura e il recupero di tale dipendenza.

Ufficialmente la GAP compare nel DSM III nel 1980 tra i disturbi del controllo degli impulsi; questa collocazione rimarrà invariata fino al 2013 con la pubblicazione del DSMV, dove viene inserito tra i disturbi correlati alle dipendenze e alle sostanze. A caratterizzare la dipendenza da gioco d'azzardo è una ricerca spasmodica e incontrollabile del gioco, il comportamento di tipo compulsivo-ossessivo, l'ansia, il manifestarsi delle crisi di astinenza, l'angoscia, la riduzione della vita sociale, il vortice di menzogne, la compromissione della vita affettiva e di quella economica.

## Il fenomeno della dipendenza senza sostanza in Italia

I dati più recenti vedono l'Italia al primo posto in Europa per consumo da gioco d'azzardo (e il terzo paese nel mondo). Nel 2012 la percentuale di coloro che, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, hanno giocato d'azzardo è pari al 54% del totale della popolazione tra i 18 e i 74 anni (circa 23.894.000 soggetti); la percentuale di giocatori, cosiddetti, problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione, mentre la percentuale dei giocatori patologici oscilla dallo 0,5% al 2,2%.

A fronte di questi dati non ci sono dubbi sul fatto che il gioco d'azzardo sia ormai parte del mercato dei beni di prima necessità: è diventato un potente prodotto di mercato che fa leva sulle debolezze e speranze, un "bene" non più di lusso, ma alla portata di tutti.

I principali fenomeni da analizzare e su cui riflettere per comprendere al meglio l'andamento del fenomeno, soprattutto in Italia, sono:

1. l'ideazione e lo sviluppo di nuove forme di gioco d'azzardo più popolari che si sono diffuse in maniera virale;
2. la costante e continua propaganda pubblicitaria;
3. una legislazione (quella italiana) fortemente ambigua tra divieto e autorizzazione.

Questi fenomeni hanno prodotto un forte cambiamento anche dell'idea di gioco d'azzardo, sia nell'immaginario collettivo che in quello giovanile; in particolare, hanno determinato un forte cambiamento del suo uso e del suo consumo, hanno forgiato nuovi stili comportamentali e nuovi atteggiamenti mentali.

Quando pensiamo alla parola gioco d'azzardo evochiamo specifiche immagini prodotte da fonti letterarie, fonti cinematografiche e artistiche: l'uomo ricco seduto a un tavolo del casinò, l'immagine del giocatore forte e dura descritta da Dostoevskij, i "Giocatori di carte" di Caravaggio.

A tutto questo, oggi, si contrappone l'immagine di profonda tristezza e solitudine del giocatore di *slot machine* che, come un automa, infila le monetine nella fessura, velocemente e con sguardo alienato, tirando poi la leva: un'immagine drammatica, fuori dal mondo ludico e soprattutto fuori dall'immaginario che del gioco d'azzardo, invece, ci propone la pubblicità.

I media presentano uomini e ragazzi che "vincono facile" e risolvono tutti i problemi della loro esistenza; belli, eleganti e ricchi, personaggi famosi, anche del mondo dello sport, che invitano le persone al poker on-line.

Pubblicità che influenza e alimenta la ricerca della vincita facile; pubblicità che non solo è ovunque, ma che ha completamente svincolato il gioco d'azzardo da qualunque idea di pericolosità e dal limite etico.

Una divulgazione che agisce, quasi, indisturbata sull'immaginario infantile e giovanile perché, spesso, non rispetta le fasce protette in tv e compare, indisturbata, su giornali, riviste e cartelloni pubblicitari.

Da non sottovalutare, infine, la creazione di nuove forme d'azzardo che hanno modificato il modo di interpretare l'azione ludica, hanno incrementato il numero di giocatori e hanno favorito l'emergere della patologia.

È il caso, appunto, delle *slot machine*, dei videopoker, delle VLT, dei giochi d'azzardo on line e dei "gratta e vinci": un modo di giocare solitario, meccanico, che non richiede attenzione né impegno cosciente né sforzo, giochi ad alto rischio di dipendenza che, essendo legalizzati, si trovano ovunque e comunque.

Il fenomeno dell'usura, peraltro, ha oggi uno stretto legame con i giochi d'azzardo più recenti; la lunga mano della criminalità organizzata, fin da subito, è stata sedotta dall'importante indotto economico legato alle slot, ai videopoker, alle sale scommesse.

La situazione è resa ancora più complessa dal gioco d'azzardo on line, che smantella anche le residue barriere morali, il senso di vergogna e altera anche, con l'uso della carta di credito, il senso e la percezione del denaro speso.

È possibile distinguere i sintomi del gioco d'azzardo patologico in tre principali categorie:

1. Sintomi psichici (l'ossessione per il gioco, il senso di onnipotenza, la presunzione, l'ansia, l'irritabilità, il nervosismo, le alterazioni dell'umore e della propria autostima, la persecutorietà, il senso di colpa, la superstizione, l'impulsività, la tendenza a minimizzare e/o distorcere).
2. Sintomi fisici (disturbi alimentari, cefalea, problematiche relative all'utilizzo di droghe o sostanze alcoliche, insonnia, tremori, palpitazioni, intensa sudorazione).
3. Sintomi sociali (danni di tipo economico, morale e sociale, problematiche familiari, difficoltà nella gestione delle proprie risorse economiche, problemi lavorativi, isolamento sociale).



I Bari, dipinta da Michelangelo Merisi da Caravaggio nel 1594 e conservata al Kimbell Art Museum di Fort Worth.



## Il fenomeno tra gli adolescenti

L'adolescenza è un periodo estremamente particolare della vita di ogni persona. Un'età difficile, caratterizzata da incertezza; sono gli anni in cui si definisce il sé e la propria identità, sono anni spesso caratterizzati dalla necessità di "omologarsi" e far parte di un gruppo, di emergere e distinguersi. Un'età fatta di fragilità emotive, di profondi cambiamenti identitari e corporei che si associano, talvolta, a momenti di forti crisi.

Ma questo è anche il periodo in cui, a tratti, si ricerca fortemente il rischio, l'avventura, l'affermazione di sé, anche adottando comportamenti ai limiti della devianza.

Ricerche recenti mostrano come negli ultimi anni ci sia stato un aumento dell'uso del gioco d'azzardo da parte di adolescenti (soprattutto maschi): nella popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni è emerso che circa 1.250.000 studenti delle scuole superiori di secondo grado hanno giocato d'azzardo; almeno il 7,2% di

adolescenti mostrano tratti di gioco problematico e il 3,2% ha le caratteristiche del giocatore patologico.

Eppure i giochi d'azzardo sono tutti vietati ai minori ma, come abbiamo già detto, non è difficile aggirare l'accesso ai giochi d'azzardo on line e il marketing e la pubblicità contribuiscono ad avvicinare il target adolescenziale.

Come abbiamo già visto, per gli adolescenti giocare d'azzardo è come mettersi alla prova, è una sfida al mondo degli adulti, a quella famiglia che ha rinunciato al ruolo educante, che non pone regole, che non dice mai di no ai figli. Se poi siamo in presenza di adolescenti con una bassa autostima o con una scarsa riuscita nel mondo scolastico, il gioco d'azzardo può svolgere una funzione di compensazione: diviene l'ambito in cui si può vincere "vincere facile", fare soldi in fretta e - soprattutto - senza fatica.



La pubblicità del gioco d'azzardo presente sul web è incontrollabile, subdola, rischiosa e insidiosa (popup, spazi pubblicitari che indirizzano a siti di gioco).

## “Terapie” educativo-didattiche

**S**iamo sicuramente di fronte a un'emergenza derivante non soltanto dalla percentuale (in aumento) dei giocatori patologici, ma anche dal numero complessivo dei giocatori; viviamo una condizione legata al contesto sociale ed economico in cui tale situazione si è instaurata e che ha aggiunto, oggi, costi sociali elevati.

Il problema è sicuramente complesso e ha più facce: non è sufficiente l'intervento terapeutico nei casi di GAP conclamato, è piuttosto necessario sviluppare percorsi finalizzati a promuovere il gioco “sano”, occorre fare prevenzione coinvolgendo sia la società in generale che la scuola in particolare.

È necessario incoraggiare un lavoro interdisciplinare e multiforme tendente a sviluppare i fattori di protezione sociale e ridurre i fattori di rischio.

Il compito della pedagogia, rispetto alle attuali di forme patologiche del gioco, è quello di:

- Coinvolgere positivamente il contesto sociale in cui il gioco d'azzardo agisce (nei quartieri privi di luoghi di socializzazione ludica ma invasi da *slot machine*, abbandonati quasi a se stessi) per ottenere una riconversione del gioco malato in gioco “sano”;
- mettere a fuoco specifiche campagne di sensibilizzazione sui rischi e i pericoli del gioco d'azzardo nelle sue forme più o meno patologiche;
- fornire consulenze e sostegno pedagogico alle famiglie (istituzioni fortemente in crisi);
- sviluppare interventi di animazione ludica che riporti il gioco alla sua sfera più originaria, più sociale e creativa;
- coinvolgere la sfera politica alla quale, come stanno facendo molte associazioni sensibili al problema del gioco d'azzardo, occorre chiedere chiarezza normativa e sviluppo di politiche di protezione e sostegno per i soggetti coinvolti;
- programmare e progettare azioni didattico-educative nella scuola.

Emerge anche la necessità di sviluppare una ricerca *evidence based*, cioè scientificamente e didatticamente basata, per individuare pratiche didattiche e interventi utili ad affrontare il problema in modo multidisciplinare.

La letteratura internazionale suggerisce di lavorare sulla popolazione per favorire l'esatta comprensione delle reali possibilità di vincita; a tali campagne di sensibilizzazione bisogna anche affiancare campagne di formazione sulla legalità, visto il costante e preoccupante legame tragico d'azzardo e illegalità.

Abituare il bambino e l'adolescente a un gioco sociale (e sano) può essere una buona strategia per contrastare il sentimento di solitudine e di frustrazione che, solitamente, pervade il giocatore patologico; la scuola può agire, in tal senso,



per modificare l'idea di gioco presente nella società. La scuola può dar vita a luoghi, forme e momenti di gioco “sano”, sviluppando e utilizzando esperienze di didattica ludica (in tutti gli ordini e gradi), sperimentando giochi volti allo sviluppo creativo e fantastico (dai giochi narrativi a quelli di ruolo ad esempio), giochi di tipo cooperativo e collaborativo che aiutino a sviluppare forme di comunicazione e di relazione basate sulla collaborazione piuttosto che sulla competizione. Giochi che possano contribuire allo sviluppo delle, cosiddette, *life skills*, competenze necessarie a vivere nella società di oggi in maniera sana e positiva e a gestire adeguatamente i rischi quotidiani.

## L' apprendimento digitale e digitalizzato come ambito di prevenzione

**L**a didattica e l'apprendimento digitale non riguardano semplicemente la traslazione del metodo di lavoro da analogico a digitale: cambiano i materiali di supporto, ma il metodo rimane identico (il libro di testo digitale al posto di quello cartaceo, la LIM usata al posto dell'antica lavagna di ardesia). La tecnologia viene sfruttata come miglioramento funzionale (si usa *dropbox* piuttosto che accumulare fogli di carta); si riprogettano compiti e attività con modalità attuali (si presenta un progetto sul web per ottenere un *feedback* sullo stesso, con Google Drive è possibile lavorare su un progetto condiviso ove coesistono testi, immagini, link e video proposti da un gruppo di docenti e studenti).

Oggi le idee e il loro frutto (prodotto finale) scaturiscono da un artefatto multimediale che non è più soltanto testuale ma, se vogliamo attuare una didattica davvero digitale, occorre andare oltre la semplice “trasposizione” dal cartaceo al digitale (come spesso si fa) e sfruttare appieno le numerosissime potenzialità che realmente quest'ultimo offre.

I giovani sono “nativi digitali”, quindi, la convivenza con i nuovi strumenti didattici è necessaria anche ai fini dell'inclusione:

il loro percorso di sviluppo cognitivo non vede il digitale come semplice strumento operativo, lo vede piuttosto come elemento fondante della propria dimensione personale.

Oggi, in una visione multidisciplinare e condivisa tra pedagogia, psichiatria e psicologia l'intervento preventivo dell'emergenza ludopatica va attuato anche nelle scuole, in tutti i gradi di formazione. L'uso delle nuove tecnologie innovative deve essere, però, canalizzato verso un percorso didattico che miri ad un uso corretto, esaustivo, consapevole, critico e intelligente delle stesse tecnologie: i giovani non devono, quindi, poter conoscere e utilizzare soltanto il web e i social ma è compito del pedagogo e dell'educatore indirizzarli verso un corretto e creativo uso delle applicazioni base del PC ma anche di tantissimi strumenti che interessano i ragazzi come, ad esempio, il video editing, lo sviluppo di APP, la musica digitale, la Digital Art, etc.



Si tratta, dunque, di lavorare sulla "Postura Mentale", sull'approccio alla vita, sulla resilienza, sulle abilità e competenze critiche dell'uomo moderno e sulla sua capacità di lettura e di analisi della realtà.

Occorre urgentemente sviluppare una strategia per contrastare l'ormai diffusissimo "analfabetismo funzionale". Urge un sostegno forte alla genitorialità. Abbiamo bisogno di politiche più puntuali e normative specifiche adeguate all'urgenza e alla gravità del fenomeno.

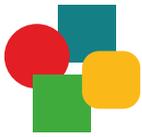
L'aiuto al ludopatico può pure prevedere alcuni percorsi pedagogici da attuare parallelamente alle cure psichiatriche e psicologiche:

- l'esercizio per l'allenamento delle funzioni cognitive;
- specifici percorsi motivazionali e per l'analisi della realtà;
- una guida ai processi dell'esperienza emotiva;
- un sostegno alla riprogettazione della carriera scolastica;
- la programmazione di un percorso finalizzata all'individuazione di nuove prospettive e mete;
- la consulenza e il sostegno alla famiglia.

È necessaria, in sintesi, una pedagogia di "precisione" personalizzata e specifica, speciale e specializzata, capace di affrontare la solitudine della dipendenza che non lascia spazio alla creatività, alla fantasia, all'immaginazione e crea fragilità, annienta la personalità, indebolisce la resilienza, spegne la volontà del fare, distrugge l'iniziativa e chiude l'individuo in un recinto.

## Bibliografia

- Capitanucci, D. (2012). Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti evidence-based per distinguere tra promozione e prevenzione. *Italian Journal on Addiction*, 2(3-4).
- Collettivo senza Slot, Vivere senza Slot, Portogruaro, Nuova Dimensione, 2013.
- Croce, M. (2010). *Post-Modern Man and New Forms of Addiction* (Vol. Toward TheSelf-sustainability of the Micro and the Macrococosms). Malaysia: Lama Gangchen Peace Publications.
- Croce, M., & Rascazzo, F. (2013). *Gioco d'azzardo, giovani e famiglie*. Giunti.
- Dostoevskij, F. D. (2012). *Il giocatore*, Milano, Feltrinelli.
- Kraus, L., & Nociar, A. (2016). ESPAD report 2015: results from the European schools survey project on alcohol and other drugs. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*.
- La Rosa, F. (2016). *Il gioco d'azzardo in Italia. Contributi per un approccio interdisciplinare*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Lemma, S. (2017). *Gioventù salvata. Inchiesta sui millennials controcorrente*. Città del Vaticano: Lateran University Press.
- Lévy, P. (1997). *Il virtuale* (1995), tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Linnert, J., Møller, A., Peterson, E., Gjedde, A., & Doudet, D. (2011). Dopamine release in ventral striatum during Iowa Gambling Task performance is associated with increased excitement levels in pathological gambling. *Addiction*, 106(2), 383-390.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C., & Zannini, M. (2004). Educare le life skills: come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione mondiale della sanità. Edizioni Erickson.
- Marshall, TC, Lefringhausen, K., e Ferenczi, N. (2015). I Big Five, l'autostima e il narcisismo come predittori degli argomenti che le persone scrivono sugli aggiornamenti di stato di Facebook. *Personalità e differenze individuali*, 85, 35-40.
- Melchiori, R. (2018). Talento, competenza, capacitazione: caratterizzazioni comuni per uno schema concettuale operativo. *FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, 15(2), 65-86.
- Moro, A. C. (2008). *Manuale di Diritto Minorile*, a cura di L. Fadiga, Zanichelli.
- Negru-Subtirica, O., Pop, E. I., & Crocetti, E. (2017). A longitudinal integration of identity styles and educational identity processes in adolescence. *Developmental psychology*, 53(11), 2127.
- Nesti, R. (2013). La corruzione del ludico: un rischio di oggi e un'emergenza educativa. *Riflessioni pedagogico-didattiche. Studi sulla Formazione/Open Journal of Education*, 16(2), 195-209.
- Ostaszewski, K., & Zimmerman, MA (2006). Gli effetti dei rischi cumulativi e dei fattori promotorici sull'uso di alcool e droghe nelle adolescenti in città: uno studio longitudinale della resilienza. *Rivista americana di psicologia di comunità*, 38 (3-4), 251-262.
- Charnet, G. P. (1997). *Amici, compagni, complici* (Vol. 1). FrancoAngeli.
- Pisano L., C. V. (2013). *L'identità virtuale*. In *Dalla ricerca sociale all'innovazione nell'intervento sociale*. Roma: Iris Socialia - Centro Studi SUNAS.
- Poto, D. *Azzardopoli 2.0*, [www.libera.it](http://www.libera.it); Sasso M., *Gioco d'azzardo, l'ultima frontiera*. *Le slot per attirare i bambini*, "L'Espresso", 16 Dicembre 2013.
- Salzberger-Wittenberg I., H.-P. G. (1987). *L'esperienza emotiva nei processi di insegnamento e di apprendimento*. Napoli: Liguori.
- Serpelloni, G. (2013). *Gambling: gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione: manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*. Giovanni Serpelloni.
- Staccioli, G. *Il gioco e il giocare*, Roma, Carocci, 2008. *Sitografia*: [www.alea.it](http://www.alea.it); [www.conagga.it](http://www.conagga.it); [www.libera.it](http://www.libera.it); [www.metiamociingioco.org](http://www.metiamociingioco.org); [www.senzaslot.it](http://www.senzaslot.it).
- Trussoni, F. (2008). *AL DISAGIO SCOLASTICO IN ADOLESCENZA: l'analisi multivariata su dati di uno studio longitudinale*. Tesi di Dottorato, Università Bicocca, Milano. Tratto il giorno settembre 15, 2014 da <http://www.bicocca.it>
- World Health Organization. (1993). *Life skills education in schools*. WHO.
- Zimmerman, M. A. (2013). *Resiliency theory: A strengths-based approach to research and practice for adolescent health*.



## Le informazioni enterocettive



### Dott. Massimo Agnoletti

Psicologo, Dottore di ricerca  
 Esperto di Stress,  
 Psicologia Positiva e Epigenetica  
 Formatore/consulente aziendale,  
 Presidente PLP-Psicologi  
 Liberi Professionisti-Veneto,  
 Direttore del Centro di  
 Benessere Psicologico

Favaro Veneto (VE)



During last few years, numerous studies have been focused on interoceptive information and their further implications on psychological and physiological level and the advantages for health and well-being deriving from their more effective management. This paper reports current state of the art, overall from a psychological point of view, concerning this innovative scientific sector.

Il contesto di riferimento del concetto di enterocezione è un modello del nostro organismo fortemente integrato e connotato da una continua comunicazione bidirezionale dove le emozioni sono soggette anche alle informazioni sensoriali endogene elaborate in un determinato momento.

Come vedremo, riuscire a focalizzare l'attenzione in un determinato modo per avere uno specifico flusso d'informazioni enterocettive promuove il benessere psicologico con i relativi vantaggi sia in termini di benessere psicologico che di salute generale.

Comprendere i meccanismi fisiologici e cellulari alla base del funzionamento delle informazioni enterocettive può essere molto utile per finalità orientate alla promozione di emozioni positive sia in contesti clinici che per migliorare la qualità di vita da situazioni non patologiche o di particolare difficoltà.

L'enterocezione è un concetto complesso dapprima identificato dal neurofisiologo premio Nobel Charles Scott Sherrington che lo descrisse inizialmente come "l'asse corpo-cervello delle sensazioni relative lo stato interno del corpo e dei suoi organi viscerali" ("body-to-brain axis of sensation concerning the state of the internal body and its visceral organs"; Sherrington, 1948) ma che nel corso del tempo è stato esteso e diversificato in maniera sempre più articolata ed inclusiva (Cameron, 2001; Craig, 2016; Vaitl, 1996).



Durante gli ultimi anni si sono registrati numerosi studi prevalentemente concentrati sulle informazioni enterocettive e le loro molteplici implicazioni sul piano psicologico, fisiologico, nonché i vantaggi per la salute e il benessere derivanti da una loro più efficace gestione.

Il presente elaborato riporta l'attuale stato dell'arte, soprattutto dal punto di vista psicologico, di questo innovativo settore scientifico.

Attualmente può essere definito come il processo attraverso il quale il sistema nervoso centrale percepisce, integra ed interpreta la comunicazione endogena, derivante da tutto l'organismo, fornendo una rappresentazione complessiva interna, che può essere sia consapevole che inconscia, e che viene aggiornata continuamente al fine di perseguire molteplici funzioni (Craig, 2002; Craig, 2003; Craig, 2016; Khalsa, et al., 2018; Vaitl, 1996).

Anche se non esiste attualmente una tassonomia univocamente condivisa all'interno della comunità scientifica è possibile affermare che le funzioni svolte dai processi enterocettivi sono relative l'omeostasi, la sopravvivenza, la gestione dello stress, la produzione di comportamenti adattivi e la capacità di generare esperienze emotive e cognitive.

Sebbene le informazioni enterocettive siano di natura sia consapevole che non, possiamo dire che l'aspetto consapevole di questo flusso di informazioni viene espresso quando rispondiamo alla domanda "come stai? Che cosa provi in questo momento?" (Craig, 2016).

Come vedremo tra poco, la natura di questa valutazione sul nostro stesso stato interno può essere in parte accurata, più o meno sensibile e più o meno consapevole, condizionando la nostra capacità di gestire molti aspetti cruciali della nostra qualità di vita e della nostra salute.



Recenti ricerche convergono nell'indicare che la disfunzione dei processi enterocettivi contribuisce a generare problemi di salute mentale che includono disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi alimentari, le dipendenze, disturbi dello spettro autistico, deficit attentivi e problematiche psicosomatiche (Du Bois et al., 2016; Hatfield, et al. 2017; Khalsa, et al., 2018; Paulus & Stein, 2010; Quadt, et al., 2018; Schulz & Vogele, 2015; Schauder, et al., 2015; Stern, 2014; Wiersema & Godefroid, 2018).

In particolare l'informazione enterocettiva è cruciale per il controllo omeostatico, molte funzioni fisiologiche, la gestione del dolore e l'elaborazione delle comunicazioni degli organi trasmesse al sistema nervoso centrale da fibre spinali afferenti amieliniche o poco mielinizzate (tratto spinotalamico lamina1) mentre a livello del sistema nervoso centrale si è visto che vi è un'organizzazione gerarchica e convergente delle informazioni enterocettive da parte del tratto spinale e dal nervo vago verso la rappresentazione corticale dell'insula (Critchley & Garfinkel, 2017; Craig, 2016).

Dalla letteratura esistente emerge che i meccanismi enterocettivi hanno un ruolo fondamentale per la salute dei nostri processi fisiologici attraverso la gestione e il coordinamento, da parte del sistema nervoso centrale, dei riflessi omeostatici e le risposte allostatiche che includono gli aspetti cognitivi, emotivi e motivazionali della nostra mente (Quadt, et al., 2018).

Il flusso temporale e spaziale continuo d'informazioni

enterocettive è fondamentale per generare il senso di unità caratteristico del nostro proprio "self", delle esperienze che viviamo e dell'identità che attribuiamo a noi stessi (Quadt, et al., 2018).

Negli ultimi anni l'interesse per il concetto di enterocezione è aumentato all'interno del mondo accademico psicologico soprattutto relativamente gli aspetti emotivi, di auto-regolazione, dei processi decisionali e della coscienza (Garfinkel & Critchley, 2013; Critchley & Garfinkel, 2017; de Jong et al., 2016), ma anche nel contesto di quello più biomedico relativamente la funzionalità cardiaca, il microbiota intestinale e la risposta immunitaria (Herbert et al., 2010; Herbert, et al. 2012; Herbert & Pollatos, 2014).

Recentemente è stata fatta luce su alcuni importanti dettagli neuroanatomici delle informazioni enterocettive ed il meccanismo che influenza anche la dimensione emotiva (Craig, 2016; Seth & Critchley, 2013; Khalsa et al., 2009).

Da poco, sono state identificate alcune dimensioni relativamente l'informazione enterocettiva che possono essere misurate e quindi comparate: accuratezza enterocettiva (la performance sull'obiettività nel percepire, ad esempio, il proprio battito cardiaco), sensibilità enterocettiva (l'autovalutazione della propria enterocezione) e la consapevolezza enterocettiva (la facoltà metacognitiva di rilevare la propria accuratezza enterocettiva) (Garfinkel, et al., 2015; Herbert et al., 2012).

La capacità regolativa emotiva connessa alle emozioni positive anche in seguito ad eventi avversi è essenziale per il

benessere psicologico e la salute fisiologica e cellulare quindi la consapevolezza enterocettiva che include anche l'abilità di rilevare e valutare segnali relativi le attivazioni fisiologiche associate agli aspetti emotivi, risulta essere un prerequisito fondamentale per una regolazione efficace (Farb et al. 2015; Füstös, et al., 2013; Price & Hooven; 2018).

Quanto esposto fin qui, va interpretato all'interno del contesto più articolato che caratterizza l'organismo nella sua globalità e nel flusso di informazioni che continuamente afferiscono e partono dal cervello e che prevedono, ad esempio, il nervo vago quale principale asse di comunicazione sia afferente che efferente rispetto il sistema nervoso centrale e tutti gli organi interni (Thayer et al., 2012; Tracey, 2002) o l'influenza che le citochine infiammatorie hanno sul sistema dopaminergico motivazionale e quindi emotivo (Treadway et al., 2019).

Come abbiamo visto, i diversi sistemi psico-neuro-endocrini citati poco sopra, dialogano continuamente in maniera bidirezionale generando dinamiche emotive, di attivazioni neurali e di produzioni endocrine, che possono essere, dal punto di vista del nostro benessere psicofisico e la nostra salute, sia svantaggiose sia virtuose.

Prova di questa comunicazione altamente integrata è, ad esempio, l'associazione tra le emozioni positive e lo stato di attivazione del nervo vago misurato attraverso la variabilità cardiaca (Eisenberg et al., 1995; Fabes and Eisenberg, 1997; Oveis et al., 2009; Stellar & Keltner, 2017) o la relazione tra le emozioni positive e la bassa produzione di citochine pro-infiammatorie (Stellar et al., 2015) indicativa di una migliore situazione immunitaria generale.

Nel momento in cui si ha una scarsa qualità di informazione enterocettiva, nei termini di accuratezza enterocettiva, sensibilità enterocettiva o consapevolezza enterocettiva, da una parte è possibile che la comunicazione endogena che segnala uno squilibrio od una disfunzione sia sottostimata (si pensi al caso della reazione alla presenza di citochine pro-infiammatorie), dall'altra che non sia elaborata correttamente l'informazione che registra un miglioramento fisiologico (si pensi ad esempio al migliorato ritmo respiratorio o cardiaco o la nostra HRV durante un episodio di ansia).

Esempi di questa doppia distorsione enterocettiva sono probabilmente presenti nella depressione e le problematiche legate all'ansia (Hartmann et al., 2019; Lackner & Fresco, 2016; Paulus & Stein, 2010), in chi vive alti livelli di stress (Schulz and Vogeley, 2015) e in chi ha compromesso la loro consapevolezza enterocettiva per evitare il dolore fisico o emotivo (Farb et al., 2015).

Rivolgendo il nostro ragionamento verso l'aspetto positivo delle informazioni enterocettive, sappiamo che molte (se non tutte) le pratiche codificate che generano emozioni positive benefiche, come la meditazione, lo yoga, il Thai Chi, la relaxation response, ed altri comportamenti quali molti sport ed esperienze eudaimoni che di Flow, hanno in comune il fatto di concentrare l'attenzione nel "qui ed ora" in modo intenzionale, selettivo e persistente nei confronti delle informazioni enterocettive (Farb, et al., 2013; Benson et al., 1970; Garland, 2016; Field, 2011; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009).

La frequenza di questi comportamenti probabilmente modifica tramite meccanismi epigenetici le strutture neurali e le funzioni enterocettive già citate permettendo di ottimizzare



l'efficacia e l'efficienza delle esperienze positive e delle emozioni positive coinvolte durante tali esperienze.

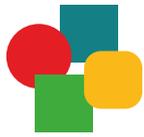
A sostegno di questa ipotesi sappiamo che, ad esempio, la pratica della meditazione mindfulness è associata all'aumento dello spessore di aree cerebrali che includono la corteccia prefrontale e la parte anteriore dell'insula (come abbiamo visto struttura chiave per i processi enterocettivi) implicate rispettivamente nella funzione attentiva ed enterocettiva dell'elaborazione delle informazioni sensoriali (Lazar et al., 2005; Lazar et al., 2000; Farb, et al., 2013).

All'interno del quadro appena descritto un esempio d'influenza epigenetica connessa alla salubre pratica meditativa, dove l'informazione enterocettiva ha un ruolo fondamentale, è lo studio che documenta i cambiamenti epigenetici relativamente geni implicati nel metabolismo energetico cellulare, la secrezione dell'insulina e i processi infiammatori indotti dalle sessioni meditative (Bhasin et al., 2013).

Sempre in linea con la possibilità di intervenire attivamente sulle dimensioni legate all'informazione enterocettiva è utile citare anche lo studio che documenta il miglioramento dei processi enterocettivi in seguito ad otto settimane di pratica di monitoraggio del corpo "Body Scan intervention" (Fischer et al., 2017) e gli effetti positivi della Mindfulness-Based Cognitive Therapy sui processi enterocettivi di pazienti affetti da dolore cronico e depressione (de Jong et al., 2016).

Abbiamo visto come le informazioni enterocettive possono essere identificate, misurate ed allenate per migliorarle al fine di potenziare la nostra qualità di vita e la salute sia in contesti clinici che non.

Molti dettagli sul funzionamento delle informazioni enterocettive devono ancora essere chiariti e identificati ma fin d'ora si può affermare che risulta essere un promettente ambito di ricerca dalle molteplici implicazioni pratiche.



## Bibliografia

- Benson, H., Beary, J. F., Carol, M. P. (1974). The relaxation response. *Psychiatry*, 37(1):37-46.
- Cameron O. (2001). Interoception: the inside story - a model for psychosomatic processes. *Psychosom. Med.* 63 697–710. 10.1097/00006842-200109000-00001
- Craig A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat. Rev. Neurosci.* 3 655–666. 10.1038/nrn894
- Craig A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Curr. Opin. Neurobiol.* 13 500–505. 10.1016/S0959-4388(03)00090-4
- Craig A. D. (2016). *How Do You Feel? An Interoceptive Moment with Your Neurobiological Self.* Princeton, NJ: Princeton University Press; 10.1515/9781400852727
- Critchley H. D., Garfinkel S. N. (2017). Interoception and emotion. *Curr. Opin. Psychol.* 17 7–14. 10.1016/j.copsyc.2017.04.020
- de Jong, M., Lazar, S.W., Hug, K., Mehling, W. E., Hölzel, B. K., Sack, A. T., Peeters, F., Ashih, H., Mischoulon, D., Gard, T. (2016). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Awareness in Patients with Chronic Pain and Comorbid Depression. *Front. Psychol.* 7:967. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00967.
- Du Bois, D., Ameis S. H., Lai M., Casanova, M. F., Desarkar, P. (2016). Interoception in Autism Spectrum Disorder: a review. *International Journal of Developmental Neuroscience.* Volume 52, Pages 104-111.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Maszk, P., Smith, M., and Karbon, M. (1995). The role of emotionality and regulation in children's social functioning: a longitudinal study. *Child Dev.* 66, 1360–1384. doi: 10.1111/j.1467-8624.1995.tb00940.x
- Fabes, R. A., and Eisenberg, N. (1997). Regulatory control and adults' stress-related responses to daily life events. *J. Pers. Soc. Psychol.* 73, 1107–1117. doi: 10.1037/0022-3514.73.5.1107
- Farb, N. A., Daubenmier, J., Price, C., Gard, T., Kerr, C., Dunn, B., Klein, A. C., Paulus, M., Mehling, W. E. (2015). Interoception, contemplative practice and health. *Front. Psychol.* 6:763. 10.3389/fpsyg.2015.00763
- Farb, N. A., Segal, Z. V., Anderson, A. K. (2013). Mindfulness meditation training alters cortical representations of interoceptive attention. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, Volume 8, Issue 1, January 2013, Pages 15–26, <https://doi.org/10.1093/scan/nss066>
- Field, T. (2011). Yoga clinical research review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* Volume 17, Issue 1, February 2011, Pages 1-8.
- Fischer, D., Messner, M., Pollatos, O. (2017). Improvement of Interoceptive Processes after an 8-Week Body Scan Intervention. *Front Hum Neurosci.* 2017; 11: 452.
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B., Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2013 Dec; 8(8): 911–917.
- Garfinkel, S. N., Seth, A., Barrett, A. B., Suzuki, K., Critchley, H. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology.* Volume 104, January 2015, Pages 65-74.
- Garfinkel S. N., Critchley H. D. (2013). Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behavior. Commentary on: "Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety" by Terasawaet al. (2012). *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 8 231–234. 10.1093/scan/nss140
- Garland, E. L. (2016). Restructuring reward processing with mindfulness oriented recovery enhancement: novel therapeutic mechanisms to remediate hedonic dysregulation in addiction, stress, and pain. *Ann N Y Acad Sci.* 1373(1):25–37.
- Hatfield, T. R., Brown, R. F., Giummarra, M., Lenggenhager, B. (2017). Autism spectrum disorder and interoception: Abnormalities in global integration? *Autism.* 2017 Nov 1:1362361317738392. doi: 10.1177/1362361317738392.
- Hartmann, R., Schmidt, F. M., Sander, C., Hegerl, U. (2019). Heart Rate Variability as Indicator of Clinical State in Depression. *Front. Psychiatry.* <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00735>
- Herbert, B. M., Herbert, C., Pollatos, O., Weimer, K., Enck, P., Sauer, H., et al. (2012). Effects of short-term food deprivation on interoceptive awareness, feelings and autonomic cardiac activity. *Biol. Psychol.* 89 71–79. 10.1016/j.biopsycho.2011.09.004
- Herbert, B. M., Pollatos O. (2014). Attenuated interoceptive sensitivity in overweight and obese individuals. *Eat. Behav.* 15 445–448. 10.1016/j.eatbeh.2014.06.002
- Herbert, B. M., Pollatos, O., Flor H., Enck, P., Schandry, R. (2010). Cardiac awareness and autonomic cardiac reactivity during emotional picture viewing and mental stress. *Psychophysiology* 47 342–354. 10.1111/j.1469-8986.2009.00931.x
- Khalsa S. S., Adolphs R., Cameron O. G., Critchley H. D., Davenport P. W., Feinstein J. S., et al. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biol. Psychiatry.* 10.1016/j.bpsc.2017.12.004
- Khalsa, S. S., Rudrauf, D., Feinstein, J., Tranel, D. (2009). The pathways of interoceptive awareness. *Nat Neurosci.*, 12(12): 1494–1496. doi: 10.1038/nn.2411
- Lackner, R., Fresco, D. M. (2016). Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther.* 2016 Oct; 85: 43–52. doi: 10.1016/j.brat.2016.08.007
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport.* 2005;16:1893–1897.
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G., Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport.* 2000 May 15;11(7):1581-5.
- Nakamura, J., Csikszentmihalyi, M. (2009). Flow theory and research. in C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 195-206). Oxford: Oxford University Press.
- Oveis, C., Cohen, A. B., Gruber, J., Shiota, M. N., Haidt, J., and Keltner, D. (2009). Resting respiratory sinus arrhythmia is associated with tonic positive emotionality. *Emotion* 9, 265–270. doi: 10.1037/a0015383
- Paulus M. P., Stein M. B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Struct. Funct.* 214 451–463. 10.1007/s00429-010-0258-9
- Price, C. & Hooven, C. (2018). Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT). *Front Psychol.* 2018; 9: 798.
- Quadt, L., Critchley, H.D., Garfinkel, S.N. (2018). The neurobiology of interoception in health and disease. *Ann N Y Acad Sci.*; 1428(1):112-128. doi: 10.1111/nyas.13915. Epub 2018 Jul 5.
- Seth, A.K., Critchley, H.D. (2013). Extending predictive processing to the body: Emotion as interoceptive inference. *Behav Brain Sci.* 36, pp. 227-228
- Schulz, A., Vogeel, C. (2015). Interoception and stress. *Front. Psychol.* 6:993. 10.3389/fpsyg.2015.00993
- Sherrington, C.S. (1948). *The integrative action of the nervous system.* Cambridge Univ. Press, Cambridge, UK
- Schneider, K., Mash, L., Bryant L., Cascio, C. (2015). Interoceptive ability and body awareness in autism spectrum disorder. Volume 131, March 2015, Pages 193-200.
- Stellar, J. E. & Keltner, D. (2017). Compassion in the Autonomic Nervous System: The Role of the Vagus Nerve. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Concepts, Research and Applications.* New York: Routledge.
- Stellar, J. E., John-Henderson, N., Anderson, C. L., Gordon, A. McNeil, G. D. & Keltner, D. (2015). Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. *Emotion.* 15(2), 129-133.
- Stern, E. (2014). *Neural Circuitry of Interoception: New Insights into Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders.* *Current Treatment Options in Psychiatry*, Volume 1, Issue 3, pp 235–247
- Thayer, J.F., Ahs, F., Fredrikson, M., Sollers, J.J., Wager, T.D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neurosci Biobehav Rev.* Feb;36(2):747-56. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.11.009. Epub 2011 Dec 8.
- Tracey, K. J. (2002). The inflammatory reflex. *Nature.* 420, 853–9.
- Treadway, M., Cooper, J., Miller, A. (2019). Can't or Won't? Immunometabolic Constraints on Dopaminergic Drive. *Trends in Cognitive Sciences.* volume 23, issue 5, p435-448, may 01, 2019.
- Vaitl, D. (1996). Interoception. *Biol. Psychol.* 42 1–27. 10.1016/0301-0511(95)05144-9
- Wiersema, J. R., Godefroid, E. (2018). Interoceptive awareness in attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One.* 13(10): e0205221. doi: 10.1371/journal.pone.0205221

# Conoscenze relative alla responsabilità professionale dell'infermiere



**Gianfranco Verna**  
 Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Master di I° livello in area critica ad indirizzo emergenza sanitaria. Master di II livello in Direzione e Management delle Aziende Sanitarie



**Marilena Rizzo**  
 Dottoressa Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Chieti



**Francesco Verna**  
 Studente Infermieristica, Chieti

“

Nell'ultimo ventennio la classe infermieristica italiana è stata protagonista di un'evoluzione che ha portato al riconoscimento giuridico e formale di responsabilità, termine che rimanda alla consapevolezza degli obblighi giuridici ed etici, connessi all'esercizio professionale.

Queste trasformazioni hanno portato ad un maggior coinvolgimento nelle azioni giudiziarie e nelle denunce, soprattutto per i professionisti di area critica.

Partendo da questi presupposti, è stato condotto uno studio descrittivo osservazionale su un campione di infermieri della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti, che ha messo in evidenza le esigenze di una maggiore formazione in ambito legale nei piani di studi universitari e la diffusione della figura dell'infermiere forense.

...

In the last twenty years an Italian revolution in nurses' field for what concerns the legal and the ethical sphere have brought as a result a request of more responsibility and more proficiency. Several legal action and complaints are raised due to this peculiar transformation, especially of nurses working in critical care. Starting from this consideration, an experimental survey has been conducted on a sample of nurses of the ASL 2 Lanciano Vasto Chieti. The result is the necessary of more hours of legal studies during the vocational training and the need of the figure of a professional forensic nurse who can reduce formal complaints.

## Introduzione

L'agire professionale dell'infermiere si riconduce negli ambiti specifici del D.M. n. 739 del 1994, anche se gli aspetti più propriamente innovativi si sono registrati con la legge 42/99 e la legge 251/2001, ed hanno conferito il pieno riconoscimento, sia giuridico che formale, all'attività dell'infermiere, definito da questo momento un vero e proprio "professionista sanitario autonomo" con piena responsabilità delle sue azioni.

La responsabilità professionale civile e penale, dunque, diventa espressione della competenza in prestazioni e funzioni, orientate ai bisogni e al diritto alla salute della persona e fondate su valori condivisi in cui l'assunzione di una posizione di garanzia nei confronti dell'assistito, obbliga il professionista a farsi carico di tutte le implicazioni (prevedibili, valutabili, e evitabili) che le prestazioni professionali includono, secondo le conoscenze scientifiche e tecniche che appartengono alla propria professione. L'esercizio dell'attività infermieristica è caratterizzato dall'attribuzione di determinate qualifiche giuridiche, che assumono particolare rilevanza in ambito di diritto penale.

Il termine responsabilità ha insito in sé una doppia valenza: quella che rende evidente l'intellettualità della professione e quella che richiama alla consapevolezza degli obblighi connessi all'esercizio professionale tenendo conto delle norme giuridiche, etiche e deontologiche.

Questo radicale e positivo cambiamento ha portato negli ultimi anni a un rapido incremento delle problematiche inerenti la responsabilità stessa dell'infermiere, ed un suo maggior coinvol-



gimento nelle azioni giudiziarie. Nonostante le denunce siano principalmente dirette verso le Aziende e i medici, si assiste a una modifica di orientamento dello stato di conflitto, che vede appunto chiamato in causa anche l'infermiere (Silvestri A., 2008).

È prevedibile che nel futuro tale trend continui e si accentui nei reparti di urgenza ed emergenza dove per motivi logistici è più rischioso cadere in contenziosi. Queste previsioni, insieme alle reali trasformazioni, mettono in luce l'esigenza di una maggiore formazione dell'infermiere in ambito legale, dando vita alla nuova figura dell'infermiere legale e forense. Professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale, studia gli aspetti concettuali, metodologici, e pratici della dimen-

sione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica. In particolare la I.A.F.N. (International Association of Forensic Nurses) definisce in questo modo la nuova disciplina nel 1998: "La professione di infermiere legale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale, in combinazione con una preparazione bio – psico – sociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica, del trattamento di casi di lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenza, attività delinquenziale ed incidenti traumatici". Questa definizione fu confermata negli anni seguenti ed è tutt'ora in vigore.



## **L'infermiere: indagine sulle conoscenze della responsabilità professionale e della figura dell'infermiere legale e forense. Studio descrittivo-osservazionale**

Sebbene fin'ora si siano voluti sottolineare prevalentemente gli aspetti positivi del cambiamento, non si è potuto fare a meno di prendere in considerazione anche le difficoltà e le problematiche che ne conseguono. È proprio sulle difficoltà e sulle problematiche che si vuole indagare.

### **OBIETTIVI DI STUDIO**

Valutare la consapevolezza degli infermieri circa la nuova condizione in riferimento alle normative vigenti; valutare la conoscenza legale e forense.

### **IPOTESI DI STUDIO**

Buona conoscenza delle responsabilità professionali dell'infermiere e della figura dell'infermiere legale e forense

### **CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE**

Infermieri a tempo indeterminato della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti



## MATERIALI E METODI

Questionario costruito ad hoc (allegato 1), secondo quanto previsto dalle linee guida internazionali, non avendo trovato in letteratura un questionario validato.

Il periodo temporale di studio è stato di 4 mesi, da Aprile 2014 a Luglio 2014.

Il campione studiato è rappresentato da 120 infermieri che prestano servizio presso l'Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata – Chieti, della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti, nelle seguenti Unità Operative: Pronto Soccorso, Servizio territoriale 118, Rianimazione, UTIC, Neonatologia e TIN, Cardiologia, Clinica Chirurgica, Chirurgia Multidisciplinare, Chirurgia vascolare, Clinica Ortopedica, Clinica Neurologica, Ostetricia e ginecologia, Servizio di medicina trasfusionale, Patologia medica, Clinica Medica.

I dati raccolti sono stati trattati secondo quanto disposto dalla normativa sulla privacy (D.Lgs.196/2003), e sono elaborati in forma aggregata mediante il software Microsoft®Excel.

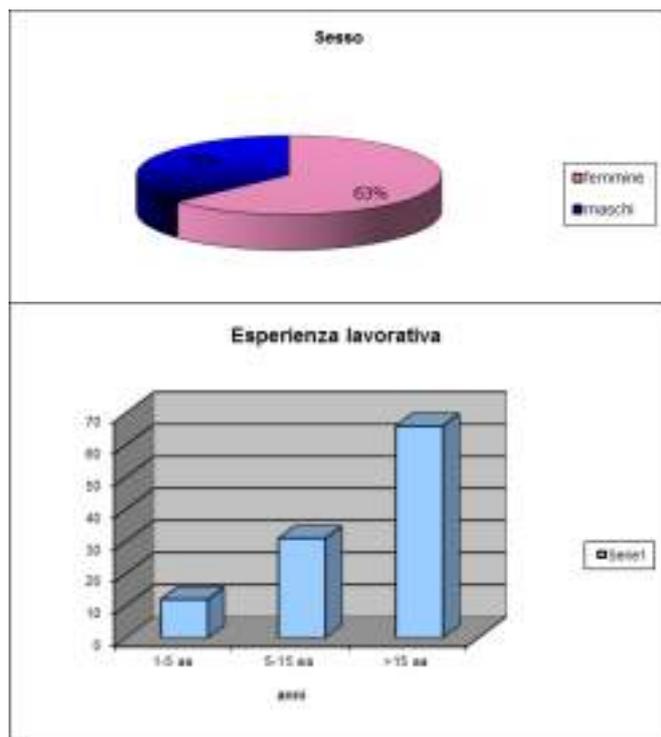
Sono stati somministrati 120 questionari anonimi, di cui:

- 103 schede compilate integralmente;
- 9 schede compilate parzialmente e quindi incomplete;
- 8 schede riconsegnate in bianco.

## RISULTATI DELLO STUDIO

La prima parte del questionario è costituita da una sezione anagrafica.

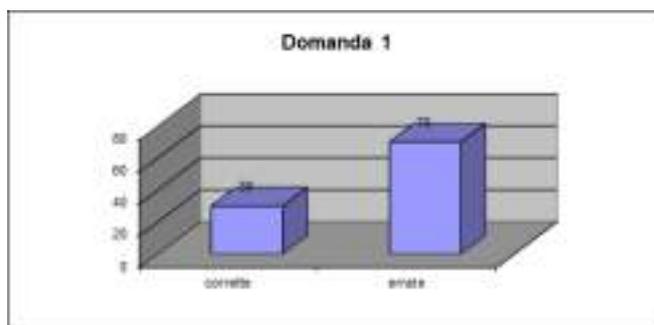
- L'età media 44,7 anni;
- donne 63%, uomini 37%;
- il 12% degli infermieri ha un'esperienza lavorativa che va da 1 a 5 anni, il 31% da 5 a 15 anni, ed il 66% oltre i 15 anni.



La seconda parte indaga nello specifico di infermieristica legale e forense.

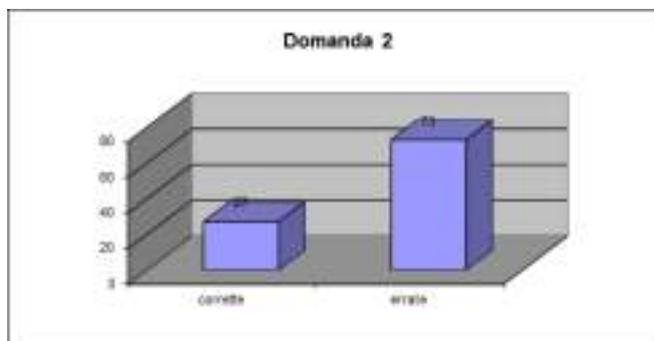
## DOMANDA 1

Si indaga sul Profilo professionale dell'Infermiere. Il 30% ha risposto correttamente, scegliendo l'opzione A; il 22% l'opzione B, ed il 53% l'opzione C, per un totale del 70% di risposte errate. La risposta scelta con maggior frequenza è stata dunque la C, in cui è contenuta in breve la legge 42/99 e di cui tratta anche la domanda successiva. Anche in quest'ultima è presente una percentuale di errore, che ci porta a supporre che le due norme, DM739/94 e DL42/99, siano tra loro non ben distinte.



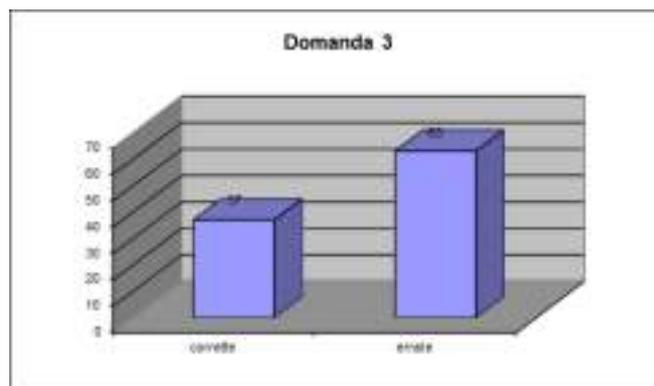
## DOMANDA 2

Il 27% ha risposto correttamente l'opzione B, il 41% ha risposto A ed il restante C, per un totale di 73 risposte sbagliate.



## DOMANDA 3

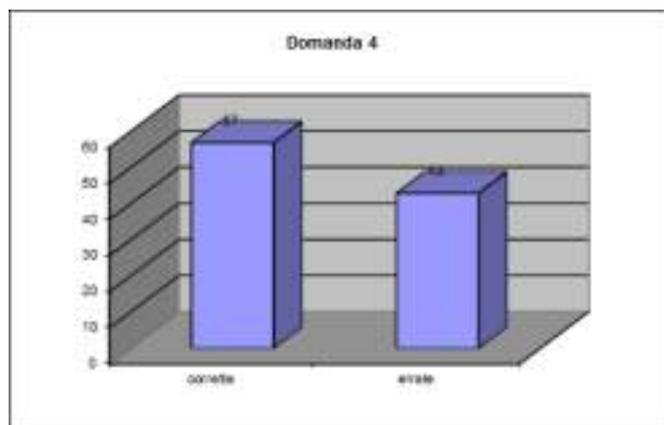
Questa domanda è l'ultima che fa espliciti riferimenti alle leggi, in particolare si chiede cosa stabilisca la legge 251/2000. Il 37% ha risposto correttamente, il 63% tra la risposta A (40%) e B (23%) ha risposto erroneamente.





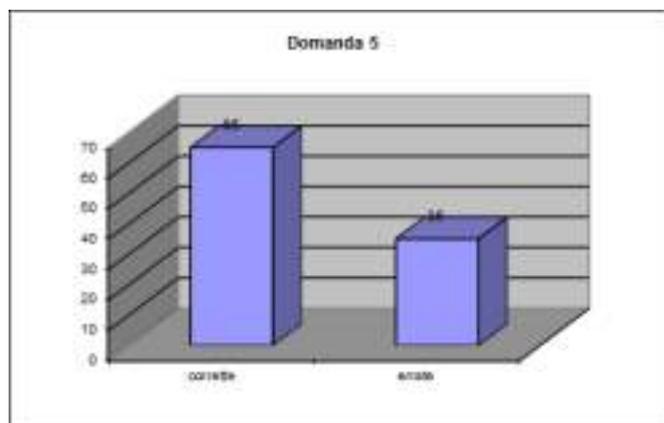
#### DOMANDA 4

Per ciò che concerne la formazione permanente inserita tra gli obblighi dell'infermiere, anche nel Codice Deontologico più della metà delle risposte, il 57%, sono risultate corrette (57%A, 43%B).



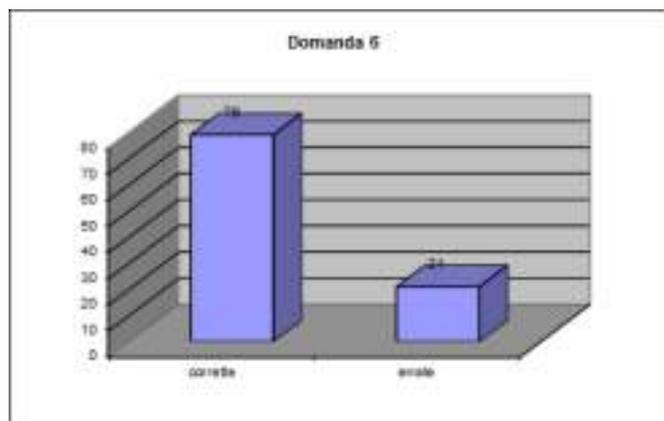
#### DOMANDA 5

A partire da questo punto, si entra nell'ambito specifico dell'infermieristica legale e forense: si domanda cosa rende lecita la prestazione infermieristica. Il 65% ha scelto l'opzione C, che è quella corretta e riguarda il "consenso informato". La restante parte che ha preferito le risposte A (26%) e B (9%) ha risposto erroneamente.



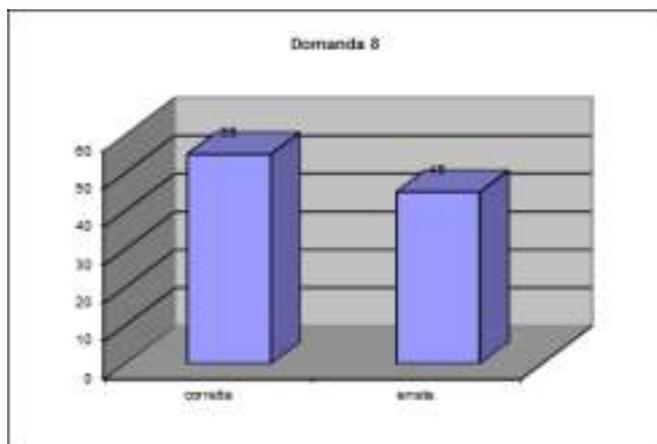
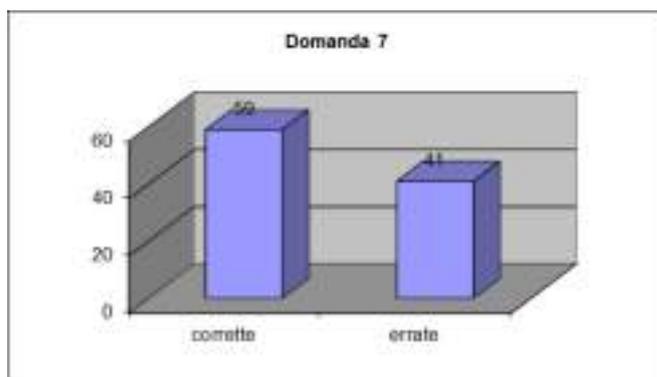
#### DOMANDA 6

Si domanda se, una volta firmato il consenso, il paziente abbia il diritto di ritirarlo. Il 79% delle risposte corrette (79%A, 21%B).



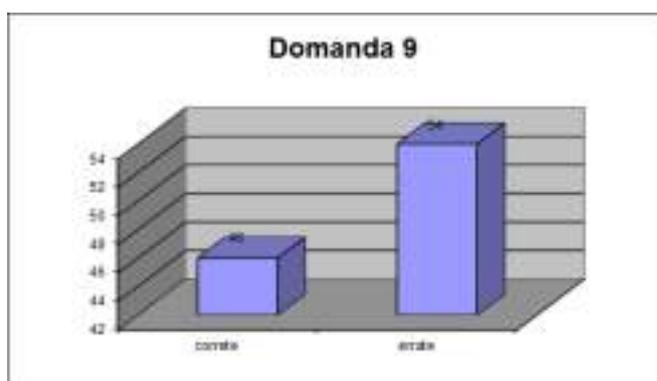
#### DOMANDA 7-8

I due quesiti indagano riguardo la documentazione infermieristica: nella seconda si chiede quali debbano essere le caratteristiche della cartella infermieristica, nella prima se la sua mancata compilazione costituisca reato contestabile. Per entrambe le domande le risposte corrette hanno raggiunto la maggioranza, il 59% per la domanda 7 (59%A, 41%B) ed il 55% per la 8 (31%A, 14%B, 55%C).



#### DOMANDA 9

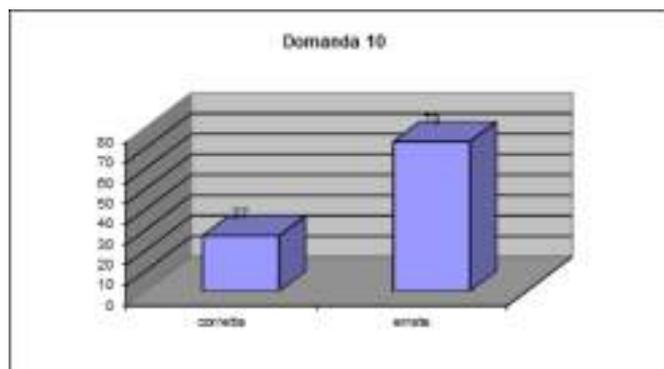
Sull'argomento della trasfusione, il 46% delle risposte corrette (41%A, 13%B, 46%C).





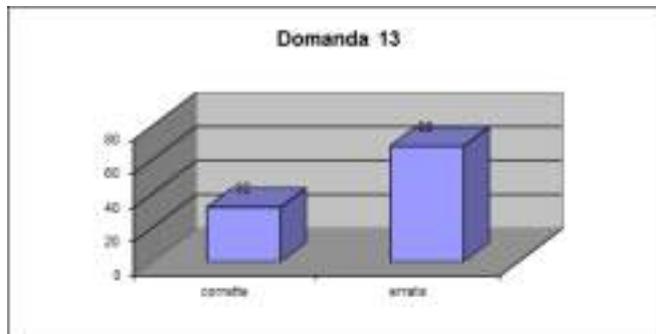
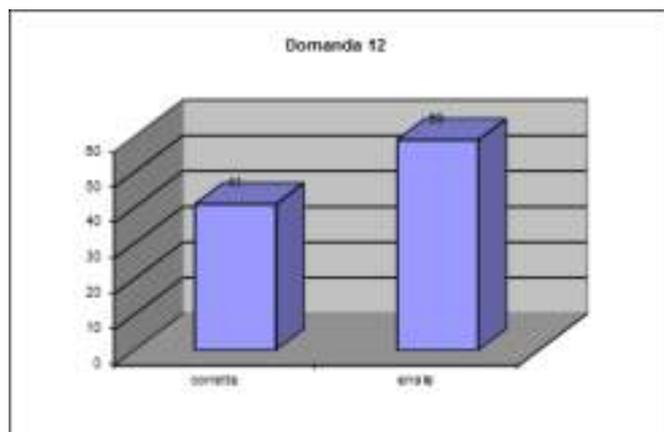
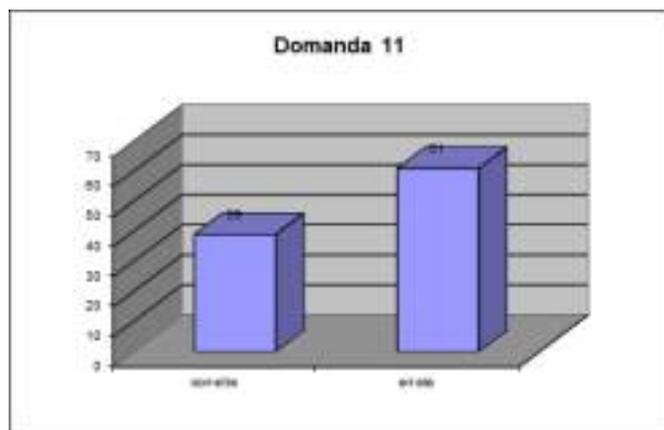
### DOMANDA 10

Dalla normativa deriva che la responsabilità dell'infermiere è di tipo penale, disciplinare, civile ed ordinistica. Questo è il contenuto dell'opzione C di questa domanda. A rispondere correttamente è il 27% degli infermieri (risposta C); il restante 33% ha asserito che la responsabilità è solo di tipo penale (risposta A), ed il 14% di tipo penale e disciplinare (risposta B).



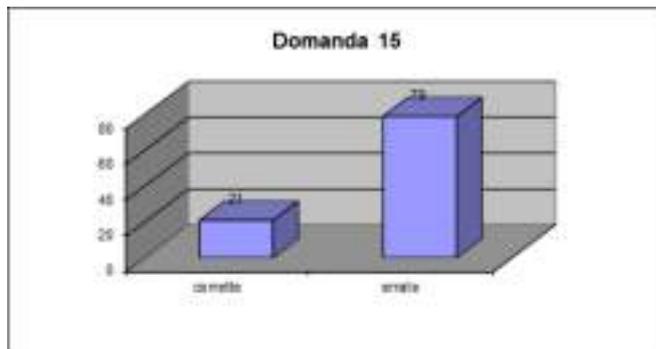
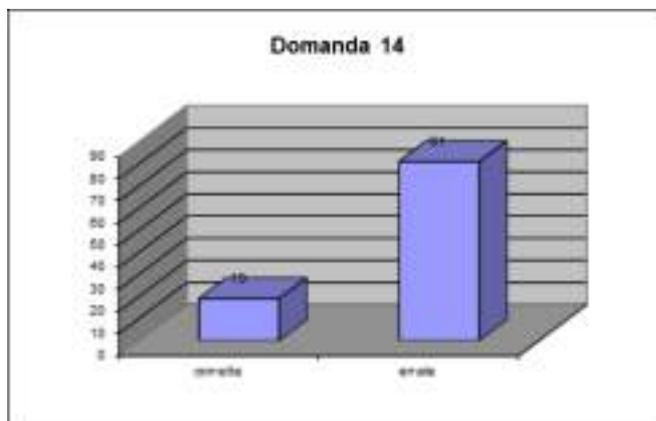
### DOMANDA 11-12-13

Questi tre quesiti trattano il tema del reato. Alla prima domanda, che chiede quando un reato è definito tale, il 61% risponde scorrettamente (23% B, 38% C). Alla seconda, che chiede invece quando un reato si definisce doloso, risponde scorrettamente il 59% (3% A, 56%B). Anche per la terza, che chiede quali tra i reati elencati è perseguibile d'ufficio, il numero di risposte errate supera la metà (14%A, 54%C).



### DOMANDA 14-15

Queste ultime due riguardano la figura dell'infermiere legale e forense. Il 19% delle risposte è corretto per la domanda 14 (69%A, 12%B, 19%C); e il 21% per la 15 (21%A, 37%B, 42%C).





## CONCLUSIONE

Se in prima analisi il nesso fra la giurisprudenza ed infermieristica possa sfuggire, fermandosi a riflettere ci si rende conto di quanto effettivamente una professione quale quella infermieristica, a contatto con la vita umana, sia coinvolta con la giustizia. Innanzitutto una giustizia morale, dalla quale sempre l'opera dell'infermiere deve essere guidata, giustizia nel saper rispettare la vita umana e nel saper guardare il paziente con empatia, dalla stessa prospettiva dalla quale egli stesso guarda.

Accanto alla giustizia morale, il professionista sanitario dovrebbe agire anche in nome della giustizia in senso stretto, la giustizia giuridica conforme alle leggi.

La piena assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere non è comunque esaurita dalla produzione di norme, ma deve essere declinata nella quotidianità, in tal senso queste, in una logica non esclusivamente sanzionatoria possono essere considerate strumenti per orientare i comportamenti del professionista e tutelare gli assistiti: proprio in questo la giustizia giuridica si sposa con quella morale.

La mutazione dell'identità dell'infermiere, seppur non ancora totalmente riconosciuta dalla società a causa di un processo molto rapido, ha portato sicuramente grandi novità positive e ha

ripagato il professionista con i riconoscimenti che effettivamente merita.

Questa realtà non deve spaventare gli infermieri, e tanto meno renderli restii nei confronti del cambiamento e dell'evoluzione della propria figura.

Lo studio condotto ha dimostrato che le conoscenze della classe infermieristica in ambito legale e forense sono insufficienti, e questa situazione pone l'infermiere in una posizione di maggiore suscettibilità e aumenta il rischio di esser coinvolto in azioni giuridiche.

Preso atto di ciò, si possono ipotizzare alcune soluzioni:

- l'infermiere legale e forense dovrebbe essere visto come una figura di riferimento nell'ambito della gestione dei contenziosi derivanti da responsabilità e come attore principale nella mediazione e risoluzione dei casi di procedimento disciplinare e legale. Pertanto, il professionista potrebbe investire nei Master in Infermieristica Legale e Forense;
- aumentare la consapevolezza del problema durante la formazione di base dell'Infermiere, ovvero arricchire contenuti in ambito legale e forense.



## BIBLIOGRAFIA

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job satisfaction. JAMA
2. American Academy of Nurse Practitioner (2010). Frequently Asked Questions. Why choose a nurse practitioner as your healthcare provider? [on-line] da: <http://aanp.org/NR/rdonlyres/A1D9B4BD-AC5E-45BF-9EB0> consultato il 16/04/2013
3. Barbieri G. (2005) "Ma non c'è autonomia senza responsabilità, Il Sole 24 ore sanità, 25-31 ottobre;
4. Barzetti et al., (2007) "Autonomy, responsibility and the Italian code of deontology for nurses", Nursing Ethics;
5. Benci L., (2003) "L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica", Atti 1° convegno medico- giuridico regionale, Università di Bologna;
6. Benci, L. (2008). I principali reati a carico dell'infermiere. In: Aspetti giuridici della professione infermieristica. Milano: McGraw-Hill, 85-90, 146-150
7. Benner P., (2003) "L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: l'apprendimento basato sull'esperienza", Milano: McGraw-Hill;
8. Bodenheimer T. et al., (2002) "Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care", JAMA, November 20, (288), 19:2469-2475
9. Carter, A.J.E., Chochinov, A.H. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. Can. J. Emerg. Med., 9(4), 286-295
10. Coster S. et al., (2009) "Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice", International Journal of Nursing Studies 46;
11. Di Giacomo P. 2008 "Un'analisi della responsabilità infermieristica: riferimenti normativi e giurisprudenziali" Scenari 3;
12. Federazione IPASVI, (2003) "Le leggi e gli infermieri.", I quaderni dell'infermiere n°5, suppl. L'infermiere n. 2/2003;
13. Federazione IPASVI, (2011) "Autonomia, competenza e responsabilità infermieristica", Collegio Provinciale IPASVI Emilia-Romagna;
14. Fordyce J., Blank F.S.J., Pekow P., Smithline H.A., Ritter G., Gehlbach S., Benjamin E., Henneman P.L. (2003). Errors in a busy emergency department. Annals of Emergency Medicine, 42(3), 324-333
15. Frati P. et al., (2000) "Il nuovo ruolo dell'infermiere: tra norme morali, deontologiche e giuridiche.", Rivista di diritto professioni Sanitarie 2;
16. Gimbe N., (2008) "Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Pillole di Governo Clinico" Vol. 1, n. 1. Dicembre;
17. Graham ID et al., (2005) EBN "Users' guide: evaluation and adaptation of clinical practice guidelines", Evid Based Nurs., 8:68-72
18. Hart L., Mirabella, J. (2009). A patient survey on emergency department: use of nurse practitioner. Advanced Emergency Nursing Journal, 31(3), 228-235
19. Magazzù S. et al., (2000) "Ruolo e funzioni dell'infermiere alla luce della Legge 26/02/1999 n°42", Scenari 17(3);
20. Mangiacavalli B., (2002) "La nuova dimensione della responsabilità professionale infermieristica" Nursing Oggi 3;
21. Margiocco M., (2000) "Profili generali di responsabilità penale a carico dell'infermiere professionale.", Professione Infermiere (Periodico del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna), n. 2/2000;
22. Ministero della Salute (2009), "Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico", [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1103\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1103_allegato.pdf);
23. Moriyama M., (2009) "Efficacy of a self-management education", Japan Journal of Nursing Science 6, 51-63;
24. Nice, (2002) "Commission for Health Improvement" da Royal College of Nursing e da University of Leicester, tradotte dal documento Principles for Best Practice in Clinical Audit 2002 Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd;
25. Norelli G.A. e al., (2002) "Il ruolo dei professionisti dell'area infermieristica nell'assistenza domiciliare integrata. Un primo passo verso il riconoscimento di un autonomo ambito di operatività e responsabilità", Riv. Diritto delle professioni sanitarie 5 (1);
26. Rodriguez D. et al., (2006) "Il triage infermieristico aspetti giuridici e medico legale", Riv. Diritto delle professioni sanitarie 9 (2);
27. Rodriguez D., (2000) "Dopo l'abrogazione del mansionario: gli aspetti medico legali per la professione infermieristica con la Legge 42/99.", Atti del Convegno "Professione infermiere: dalle competenze le responsabilità", Rimini Collegio IPASVI;
28. Rodriguez D., (2004) "Medicina legale per infermieri" Roma: Carrocci;
29. Silvestro A., (2008) "Professionalità, autonomia e responsabilità infermieristica" – I quaderni IPASVI
30. Silvestro, A. (2010) Il punto di vista dell'IPASVI: A ciascuno il proprio livello di efficienza. Il Sole 24 ORE-Sanità, 3 agosto-6 settembre 2010
31. Tiraterra M. et al., (2001) "L'infermiere alla luce della nuova normativa: quale autonomia e responsabilità?", Spunti di riflessione, Professioni infermieristiche n.54;

## RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Cassazione penale SS.UU. 447/2000
1. Cassazione penale SS.UU. 30328/2002;
2. Cassazione penale SS.UU. 9739/2005;
3. Cassazione penale SS.UU. 25233/2005;
4. Cassazione penale SS.UU. 41943/2006;
5. "Code de déontologie des Infirmières et infirmiers du Canada", 2008;
6. "Code supplement nursing & midwifery", Council Nursing, 2008;
7. "Codigo deontologico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos 2005", Ordem dos enfermeiros, letreiro, Lisboa 2005; DL n.42 del 26 febbraio 1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";
8. DL n. 251 del 10 agosto 2000, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";
9. DL n. 1 del 8 gennaio 2002, "Conversione in legge con modificazioni, del decreto-legge 12 novembre 2001, n°402, recante Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.";
10. DL n.502 del 30 dicembre 1992, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
11. D.M. 14 settembre 1994 n°739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"



## Questionario

### INDAGINE SULLE CONOSCENZE RELATIVE ALLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE E DELLA FIGURA DELL'INFERMIERISTICA LEGALE E FORENSE

I dati raccolti verranno trattati secondo quanto disposto dalla normativa sulla privacy (D.Lgs.196/2003), e saranno elaborati in forma aggregata ed utilizzati per la stesura della Tesi di Laurea della studentessa Rizzo Marilena, iscritta al Terzo anno del CdL in Infermieristica presso l'Università "G. D' Annunzio".

Il questionario sarà somministrato agli infermieri che prestano servizio nelle U.O. in Codesta Spettabile Azienda. La compilazione da parte degli infermieri sarà anonima. La somministrazione del questionario avverrà previo accordo con i Coordinatori Infermieristici delle U.O., avendo tutte le autorizzazioni del caso. Si ringrazia per la collaborazione.

- SESSO:  donna  uomo • ETÀ: .....
- ESPERIENZA LAVORATIVA:  1-5aa  5-15aa  >15aa

#### 1. IL D.M. 739/1994:

- A. definisce la figura professionale infermieristica, il suo ambito autonomo e il suo ambito collaborativo;
- B. definisce la figura professionale delle professioni sanitarie tutte;
- C. stabilisce che il campo proprio della professione infermieristica è dato dalla formazione di base, post-base, dal codice deontologico e dai limiti previsti per le altre professioni sanitarie.

#### 2. LA LEGGE 42/99 STABILISCE CHE:

- A. l'infermiere ha funzioni autonome nell'ambito dell'educazione sanitaria e promozione della salute;
- B. l'infermiere è un professionista autonomo, il mansionario viene abrogato, il campo proprio infermieristico è dato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dalla formazione di base e post base;
- C. l'infermiere è un professionista autonomo, il mansionario viene abrogato, il campo proprio infermieristico è dato dal profilo professionale.

#### 3. ALLA LUCE DELLA LEGGE 251/2000, L'INFERMIERE DEVE:

- A. pianificare l'assistenza ed effettuare diagnosi infermieristiche;
- B. pianificare l'assistenza e lavorare per compiti;
- C. utilizzare metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza e adottare modelli di assistenza personalizzata.

#### 4. LA FORMAZIONE PERMANENTE, OLTRE CHE DALLA LEGISLAZIONE, E' INSERITA TRA GLI OBBLIGHI DELL'INFERMIERE ANCHE NEL CODICE DEONTOLOGICO?

- A. sì;
- B. no.

#### 5. COSA RENDE LECITA LA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA?

- A. ruolo professionale del sanitario;
- B. utilità del personale sanitario;
- C. consenso informato.

#### 6. UNA VOLTA CHE IL PZ HA FIRMATO IL CONSENSO, PUO' RITIRARLO?

- A. sì
- B. no

#### 7. L'AMMANSATA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E' REATO CONTESTABILE?

- A. sì, sempre;
- B. no, mai.

#### 8. QUALI TRA QUESTI ELEMENTI DEVE AVERE LA CARTELLA INFERMIERISTICA?

- A. veridicità;
- B. completezza;
- C. tutte le precedenti.

#### 9. L'INFERMIERE PUO' SOMMINISTRARE, QUANDO PRESCRITTO, UNA SACCA DI SANGUE?

- A. sì
- B. no
- C. solo sotto la supervisione del medico.

# Lesioni complesse agli arti inferiori nel giovane sportivo: case report

## Trattamento chirurgico, recupero funzionale, riatletizzazione



**Dott. Roberto Urso**

Dirigente Medico  
 U.O. di Ortopedia e Traumatologia  
 Ospedale Maggiore, Bologna



**Dott. Riccardo Torquati**

Fisioterapista arbitri calcio serie A  
 Osteopata, Chiroterapeuta,  
 Posturologo, Massaggiatore  
 sportivo, Titolare Marchio  
 "SportHealth" centri di Fisioterapia  
 Roma

In passato, l'approccio terapeutico con trattamento a cielo chiuso delle fratture imponeva, per la guarigione, la necessità di un riposo continuo e prolungato e di un'assoluta immobilizzazione. È dimostrato che i benefici funzionali del trattamento chirurgico a cielo aperto di alcune lesioni scheletriche, sono estremamente significativi rispetto ai rischi: invasione del sito di frattura, devascularizzazione scheletrica, rischi di infezione post-operatoria. Sappiamo invece che molte fratture non necessitano di immobilizzazione prolungate per guarire; in particolare le ossa ben vascolarizzate come l'omero, il femore, la tibia, possono essere stimolate a guarire mediante una quantità controllata di mobilitazione funzionale nelle fasi iniziali della riparazione della frattura. Questa comprensione basilare della guarigione della frattura ha portato a miglioramento sempre più raffinato delle metodiche cliniche e riabilitative di trattamento.

Vengono di seguito esposti due casi clinici di fratture in giovani sportivi che – per il tipo di lesione, la giovane età e per le esigenze richieste dall'attività sportiva stessa – hanno avuto la necessità di un approccio chirurgico, di una immobilizzazione relativa della lesione, di un protocollo riabilitativo precoce e mirato per il recupero funzionale, di uno step definito di "riatletizzazione", affinché il recupero dell'attività agonistica fosse quanto più che avanzato ed efficace.

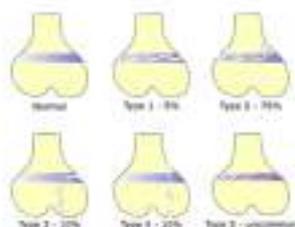
### Caso 1

Le lesioni traumatiche del ginocchio in adolescenti (i distacchi epifisari che spesso vengono interpretati erroneamente con lesioni legamentose) avvengono, nella maggior parte dei casi, con un meccanismo di sollecitazione in valgismo su cartilagini di coniugazione ancora fertili determinando un distacco epifisario. Altre volte, a seconda dell'intensità e dinamica del trauma, la lesione può avvenire come un distacco epifisario misto, un distacco della fisi associata a frattura della porzione mediale o laterale della epifisi articolare colpita, spesso accompagnata da lesione tendinea associata.

Il paziente di anni 14 che si presentò alla nostra osservazione, subì un grave trauma da contatto durante una partita di basket. L'episodio provocò una lesione fratturativa a livello prossimale della tibia di sinistra.



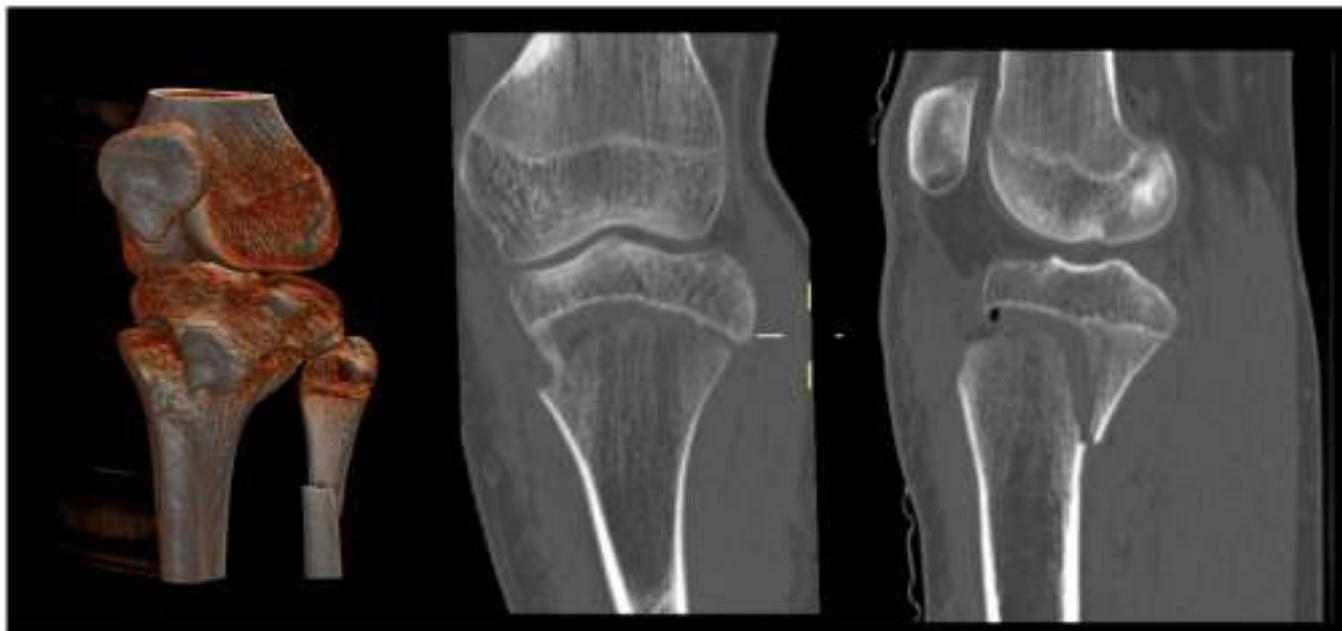
Fig.1



L'esame Rx post-riduzione evidenziò la gravità della lesione: un distacco epifisario misto del tipo Salter-Harris tipo II (fig.1).

L'aspetto clinico e la grave deformità che si presentò fecero pensare immediatamente a una grave lesione ossea con sicura lesione capsulo-legamentosa (fig.1).

Fig.2



In sede di pronto soccorso si esegui manovra manuale immediata per ripristinare l'asse del segmento osseo, in quanto tali gravi lesioni, se non ridotte subito, possono determinare secondari deficit di tipo vascolo-nervoso (fig.2).

Fig.3



Alla lesione ossea era associata anche una completa avulsione del tendine rotuleo alla sua inserzione sulla apofisi tibiale anteriore. Il trattamento eseguito fu di tipo chirurgico e gestito in urgenza: per diminuire eventuali rischi o mal consolidazioni, è necessario ripristinare il corretto asse.

Si intervenne con la riduzione a cielo aperto della lesione (fig.3), associata a una osteosintesi a minima con viti, cercando di impegnare il meno possibile la fisi di accrescimento, bloccando esclusivamente il reale sito di frattura in sede laterale.

Il tendine rotuleo fu reinserito alla apofisi tibiale anteriore con il supporto di 2 ancorette di fissaggio. Il post-operatorio ebbe un

decorso regolare, con il supporto di una ginocchiera articolata, bloccata in estensione per circa 20 gg. Alla fine della 3<sup>a</sup> settimana, per alcuni giorni, la ginocchiera fu allargata da 0-60°, per essere poi rimossa totalmente. Il carico assistito con canadesi fu concesso dalla 3<sup>a</sup> settimana, fino a un appoggio completo alla 5<sup>a</sup> settimana (ricordando che le lesioni tendinee, se non trattate in maniera idonea, hanno un rischio di ri-rottura tra la 3<sup>a</sup> e la 5<sup>a</sup> settimana).

La guarigione ossea, considerata la giovane età, si è ottenuta precocemente; a 75 giorni circa la consolidazione era pressoché definitiva (fig.3).



Fig.4



La fisiokinesiterapia iniziò in modo considerevole dalla 3<sup>a</sup> settimana, dove mani esperte hanno dovuto agire sulla ripresa funzionale non solo di un ginocchio fratturato, ma anche di una grave lesione tendinea (fig4 – immagine a sn).

Il ciclo di rieducazione attiva e passiva al movimento, la rieducazione posturale e la masso-fisio-terapia, hanno permesso un rapido ripristino al movimento e la successiva riattezzazione ha consentito al giovane sportivo di riprendere in pochi mesi una attività fino a oggi non immaginabile.

La frattura, già di per sé complessa, era aggravata dalla lesione del legamento deltoideo.

In considerazione di tale lesione le vie di accesso chirurgiche furono 3: laterale, venne eseguita un'ostesintesi con placca a basso profilo e viti a stabilità angolare; antero-laterale, per ridurre la lesione con avulsione ossea della tibia distale e ripristinare il legamento tibio-peroneale; mediale, con sutura per riparare la completa lesione del legamento deltoideo e rinforzare la tenuta con una ancoretta trans-ossea al malleolo mediale tibiale..

## Caso 2

Lesione osteo-cartilaginea della cartilagine di accrescimento nella caviglia dell'adolescente. La più comune lesione traumatica della caviglia consiste in una rotazione mediale o laterale della gamba, spesso con il piede fisso, ancor più frequente durante attività sportiva. In giovane età, si ha quasi sempre un'avulsione dell'intera epifisi distale tibiale e il legamento tibio-peroneale scompone la porzione antero-laterale dell'epifisi (fig.6A).

La frattura di Tillaux giovanile deriva da un trauma di rotazione esterna della caviglia dislocando la porzione antero-laterale dell'epifisi. In queste lesioni, quando ad alta energia, si può associare la frattura del perone e angolarsi anteriormente.

Anni 14, sesso maschile, rugbista. Trauma da contrasto durante una partita: rotazione a piede fisso, con avulsione del frammento antero-laterale dell'epifisi distale della tibia, frattura del perone distale, lesione del legamento deltoideo e relativa instabilità capsulo-legamentosa con diastasi della pinza tibio-peroneale (fig.5)

Fig.5



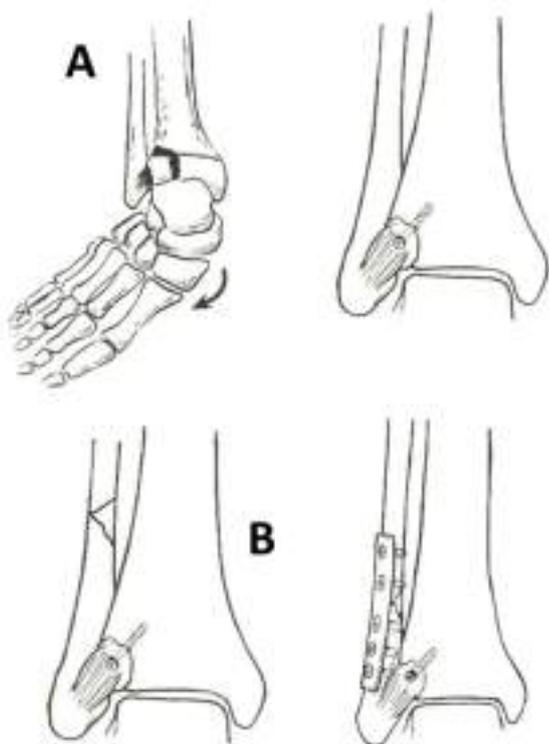


Fig.6



Nel post-chirurgico non si procedette con immobilizzazione in gesso, ma fu utilizzato un tutore walker per un periodo minimo di 20 giorni, con inizio di carico sfiorante a 15 giorni (dopo la desutura). Alla 3<sup>a</sup> settimana si sostituì il tutore con un bivalva per permettere l'inizio carico e la ripresa della flessione-estensione della caviglia. A 30 giorni il paziente venne affidato al fisioterapista prepara-

tore che iniziò con ginnastica rieducativa, terapia manuale anti-edema, ginnastica in acqua e ginnastica propriocettiva. A 60 giorni, dopo controllo rx che mostrava un buon processo di guarigione, la fisioterapia fu ancora più forzata, sino ad arrivare al 4<sup>o</sup> mese con una progressiva riabilitazione. (fig.7 A-B)



Fig.7





## La riatletizzazione nel post-riabilitazione

L'esempio di modello di iter riabilitativo in seguito a infortunio e/o operazione chirurgica.

- Inizio Fisioterapia e test per valutazione del ROM
- Fisioterapia + Idrokinesiterapia.

Al 90.% del recupero del ROM dopo il test, con dolore  $\leq 3$ , il paziente può passare in palestra per iniziare lavoro di rinforzo muscolare, pur mantenendo sedute di fisioterapia  
Al 95-100% del recupero del ROM ai test e dolore quasi nullo si può far eseguire il primo test di forza.

Quando il paziente può sostenere 15 minuti di corsa su tapis roulant può passare al lavoro sul campo.

L'operatore sul campo valuterà poi se è il caso di mantenere delle sedute in palestra per rinforzo e mantenimento.

Il Recupero Funzionale e la Riatletizzazione sono le ultime fasi di un percorso riabilitativo che, con l'utilizzo dei principi dell'allenamento sportivo insieme alle competenze in ambito fisioterapico, conducono il paziente a raggiungere il recupero completo delle funzionalità, della forza, del tono muscolare, delle capacità condizionali e, nel caso di atleti, delle abilità specifiche. Inoltre si educa la persona al controllo del proprio corpo in movimento per prevenire infortuni ed evitare recidive.

**Fase 1:** "azioni motorie semplici e lineari" a carico naturale e/o con sovraccarico, respirazione con propriocezione in stabilità, eliminando compensi e portare al recupero della articolarietà.

**Fase 2:** "azioni motorie complesse e non lineari" con o senza sovraccarico, con instabilità.

**Fase 3:** "azioni motorie combinate complesse" a carico naturale o pliometriche.

**Fase 4:** "azioni motorie di performance prestantive"



- John F. Connolly: Fratture e Lussazioni, 1998, Verduci editore
- Lauge-Hansen N: Fractures of the ankle. Arch Surg 60: 957, 1950
- Cass JR, Morrey BF, Katoh Y et al: Ankle instability: comparison of primary repair and delayed reconstruction after long-term follow-up study, Clin Orthop 198: 110, 1985
- Moller BN, Krebs B: Intra-articular fractures of the distal tibia. Acta Orthop Scand 53:991, 1982

## Ritardo del medico reperibile. Legittimo il licenziamento



**Avv. Angelo Russo**

Avvocato Cassazionista,  
Diritto Civile,  
Diritto Amministrativo,  
Diritto Sanitario,  
Catania

In data (OMISSIS), a seguito di esame biptico da cui era emersa una diagnosi "adenocarcinoma di 7 grado" a livello prostatico, il paziente, di anni 74, è ricoverato presso l'Unità operativa di urologia dello stabilimento ospedaliero dell'(OMISSIS), per l'intervento di asportazione del carcinoma.

L'intervento di prostatectomia radicale inizia, in laparotomia, alle h. 15,15, del (OMISSIS) e termina dopo circa tre ore e mezza.

A capo dell'equipe operatoria, composta anche da altri dottori, il Dott. (OMISSIS) che riveste anche l'incarico di direttore dell'Unità Operativa di Urologia.

Dalla cartella clinica l'intervento risulta eseguito senza complicanze.

Alle 20.00, il paziente è riportato in reparto.

Intorno alle 22,30/23,30, si constata una condizione di ipotensione (pressione arteriosa 50/40) tanto che gli infermieri in servizio chiamano un rianimatore.

Alle h. 22,20 circa il rianimatore constata "arresto respiratorio - bradicardia estrema", "perdita di sangue dal drenaggio", provvede ad intubare il paziente e si procede ad "emotrasfusione".

Sopravvenuto un leggero miglioramento intorno alle h. 00,20, il paziente viene estubato, per come annotato nella cartella del rianimatore.

Alle h.00,30, in cartella è ipotizzata "perdita ematica dal plesso di Santorini".

Dopo circa dieci minuti è annotata una "ripresa della perdita ematica" e si procede ad una nuova emotrasfusione.

Alle h. 01,00 è ancora annotata perdita ematica di livello del drenaggio.

Consistenti le perdite ematiche registrate in questo lasso temporale come le emotrasfusioni eseguite. Alle h. 02,20 l'anestesista rianimatore decide di riportare il paziente in sala operatoria.

Alle h. 03,05, ulteriori 30 c.c. di liquido siero ematico fuoriescono dal drenaggio.

Alle h. 03,30 vengono somministrare altre due sacche di sangue.

Alle h. 04,10, il paziente è sottoposto a un secondo intervento di "laparotomia esplorativa" eseguito da altri due medici; la diagnosi con cui il paziente è di nuovo portato in sala operatoria e di "shock emorragico postoperatorio".

In corso di intervento sono somministrate 4 sacche di sangue ed una sacca di plasma.

Si procede ad emostasi con clip metalliche di una vena otturatoria che sanguina.

Alle h. 05,00 si constata il decesso del paziente.

La Corte d'Appello, affermata l'incontrovertibilità dei suddetti dati di fatto, in quanto non contestati e attestati dalla documentazione clinica in atti, ha riportato la contestazione disciplinare rivolta al Dott. (OMISSIS), specificata nella lettera di contestazione del 16 dicembre 2009 come segue:

1) Essersi presentato nel reparto urologia, giorno (OMISSIS), solo alle h. 01,30, dopo diverse ore dalla chiamata degli infermieri



dello stesso reparto, pur essendo (...) nel turno di pronta reperibilità integrativa (cd. Il reperibilità);

2) Aver ritardato, con il suo comportamento gravemente omissivo e professionalmente non etico, l'intervento chirurgico che si presentava necessario ed urgente.

Il datore di lavoro qualificava tale comportamento come violazione del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni (D.M. 28 novembre 2000) e segnatamente, dei seguenti obblighi da esso desumibili:

a) Obbligo di evitare situazioni e comportamenti che possano nuocere agli interessi o alla immagine della pubblica amministrazione (art. 2, comma 2, ultima alinea).

b) Obbligo di adempiere le proprie competenze nel modo più semplice ed efficiente nell'interesse dei cittadini e assumere le responsabilità connesse ai propri compiti (art. 2, comma 3, ultima alinea).

c) Obbligo di non ritardare né affidare ad altri dipendenti il compimento di attività e l'adozione di decisioni di propria spettanza, salvo giustificato motivo (art. 10, comma 1).

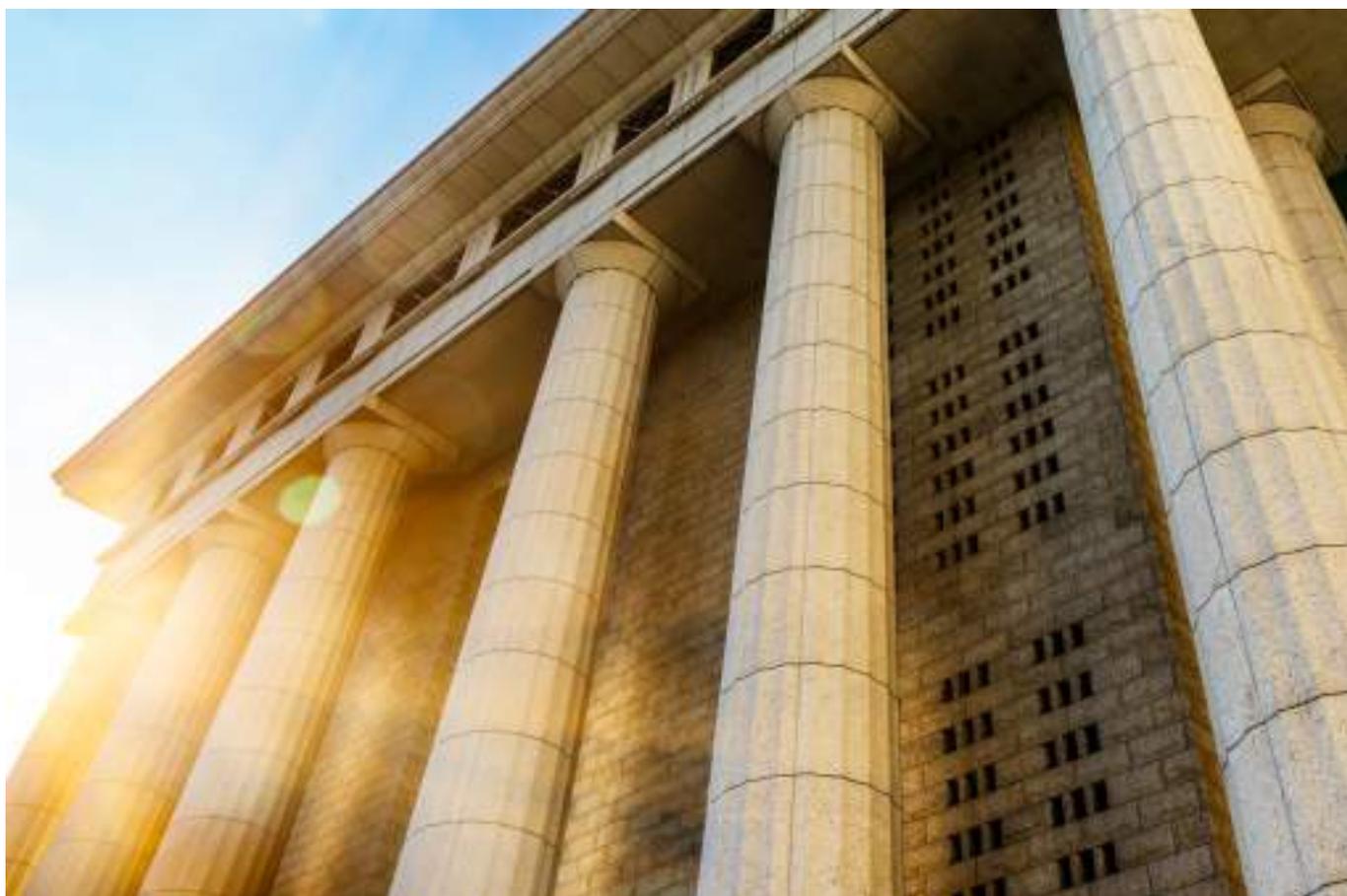
L'Azienda datrice di lavoro non aveva ritenuto condivisibili le giustificazioni fornite dal dirigente medico e con deliberazione del direttore generale del 6 maggio 2010, comunicata in pari data, aveva provveduto alla risoluzione del rapporto per giusta causa.

Nel riformare la sentenza di primo grado (che aveva annullato il licenziamento) la Corte d'Appello assume che il giudice di primo grado: "Ha fondato la propria decisione su di una lettura parziale

del materiale istruttorio in atti (le sole prove testimoniali) e peraltro, neppure aderente a quanto effettivamente risultante dagli atti di causa; come evincibile sin dalla premessa della sentenza di primo grado che vorrebbe il primo intervento chirurgico subito dal paziente, essere stato correttamente eseguito, escludendo che nel corso dello stesso si sarebbe determinata la rottura di un vaso sanguigno, in particolare, di una vena otturatoria. Tale conclusione appariva paradossale alla luce di quanto constatato ed eseguito nel corso del secondo intervento risultante dalla cartella clinica."

La Corte d'Appello, preliminarmente, sottolinea l'autonomia tra il procedimento penale (di cui erano pervenuti il decreto di rinvio a giudizio, CTU medica collegiale eseguita su incarico del PM ed acquisita agli atti dibattimentali, copia della cartella clinica e, prodotto dalla difesa dell'appellato, dispositivo di pronuncia di assoluzione degli imputati) concluso con l'assoluzione in relazione all'imputazione di omicidio colposo e il procedimento disciplinare la cui contestazione non consisteva nell'aver cagionato la morte del paziente.

Nella complessiva vicenda, secondo il Giudice di appello, venivano in rilievo un *comportamento commissivo* (con riguardo alle modalità ed esito del primo intervento chirurgico) ed un *comportamento omissivo* (rappresentato dall'enorme ritardo del secondo intervento chirurgico finalizzato a tamponare l'emorragia) talché non si poteva dubitare che costituiva violazione di tali specifici obblighi (e con essi dei più generali doveri di diligenza e fedeltà) il comportamento di un medico che, dopo aver eseguito





un delicato intervento chirurgico del genere di quello descritto e in servizio di reperibilità (sia pure seconda reperibilità), avendo avuto contezza sin dalle 22,30 dell'esistenza di una gravissima sintomatologia che indicava l'esistenza di una consistente emorragia in corso, ritardi di ben tre ore il proprio arrivo in ospedale. Così come non poteva dubitarsi che ne integrasse violazione l'inerzia successiva a tale arrivo, allorché constatato dai dati clinici documentali e dalle sollecitazioni del medico di prima reperibilità nonché di altro medico (Dott.ri M., S.), decise di procedere al secondo intervento solo dopo due ore e mezza. Avverso la sentenza di appello ricorre il Dott. (OMISSIS) prospettando tre motivi d'impugnazione.

*forniscano, senza necessità di ulteriori acquisizioni e indagini, elementi sufficienti per la contestazione di illecito disciplinare al proprio dipendente" (Cass. n. 8410 del 2018).*

La contestazione disciplinare a carico del lavoratore, quindi, non è assimilabile alla formulazione dell'accusa nel processo penale, assolvendo esclusivamente alla funzione di consentire all'incolpato di esercitare pienamente il proprio diritto di difesa, sicché essa va valutata in modo autonomo rispetto ad eventuali imputazioni in sede penale.

Si è, altresì, osservato che *"con riguardo al licenziamento disciplinare, non è rilevante l'assoluzione in sede penale circa i fatti oggetto di contestazione, bensì l'idoneità della condotta a ledere*



## LA DECISIONE DELLA CORTE DI CASSAZIONE

La Suprema Corte, rigettando il primo motivo di ricorso, precisa che il D.Lgs. n. 165 del 2001, art. 55-ter, come modificato dal D.Lgs. n. 150 del 2009, ha introdotto la regola generale dell'autonomia del procedimento disciplinare da quello penale, contemplandone la possibilità di sospensione, dunque facoltativa e non obbligatoria, come ipotesi eccezionale, nei casi di illeciti di maggiore gravità, qualora ricorra il requisito della particolare complessità nell'accertamento, restando *"la P.A. libera di valutare autonomamente gli atti del processo penale e di ritenere che essi*

*la fiducia del datore di lavoro, al di là della sua configurabilità come reato, e la prognosi circa il pregiudizio che agli scopi aziendali deriverebbe dalla continuazione del rapporto" (Cass., n. 7127 del 2017).*

La Suprema Corte, peraltro, sottolinea che *"l'efficacia delle sentenze penali nel giudizio disciplinare è regolata dall'art. 653 c.p.p., che attribuisce efficacia di giudicato alla sentenza penale irrevocabile di assoluzione e a quella di condanna, rispettivamente quanto all'accertamento che il fatto non sussiste o non costituisce illecito penale ovvero che l'imputato non lo ha commesso e quanto all'accertamento della sussistenza del fatto, della sua illiceità*

penale e all'affermazione che l'imputato lo ha commesso.”

Oltre alla ricordata autonomia tra procedimento penale e procedimento disciplinare, sul punto, la Corte di Cassazione puntualizza che la Corte d'Appello afferma, proprio avendo riguardo al dispositivo della sentenza penale, che non vi era pregiudizialità tra il procedimento penale e quello disciplinare, in quanto il comportamento contestato al Dott. (OMISSIS), che ne aveva determinato il licenziamento, non consisteva nell'aver procurato la morte del paziente, intendendo così quest'ultima come imputazione del processo penale.

Nella sostanza, il fatto oggetto del processo penale non era sovrapponibile al fatto oggetto della contestazione disciplinare. Con il secondo motivo di ricorso assume il Dott. (OMISSIS) che nella vicenda relativa al proprio licenziamento, l'istituto della disponibilità/reperibilità del dirigente di struttura complessa diventa elemento essenziale e determinante, al punto da necessitare di maggiore approfondimento circa la sua interpretazione. Espone, sul punto, che sussistono due fattispecie di pronta disponibilità:

- a) Sostitutiva (prevista quando i turni notturni e festivi non sono coperti da un servizio di guardia).
- b) Integrativa (quella prevista quando i turni notturni e festivi sono coperti da un servizio di guardia).

Un direttore di struttura complessa, secondo il ricorrente, “è esonerato dai turni di pronta disponibilità sostitutiva, mentre può essere cooptato nei turni di disponibilità integrativa che si prevede solo nei casi di massima urgenza con necessità d'intervento salvavita da parte del direttore di struttura complessa.”

In ragione di ciò esso ricorrente era intervenuto con tempismo sul posto di lavoro, atteso che solo alle h. 01,00 era stato edotto dell'esito negativo di tutte le manovre eseguite sul paziente e che si rendeva necessario un nuovo intervento, e giungeva al reparto alle 01,30, nel rispetto degli orari di cui all'art. 6, comma 1, lett. b) del CCNL della dirigenza medica.

Non poteva farsi carico ad esso ricorrente, quindi, di non essere intervenuto in reparto sin dalla 22,30 e, per altro verso, il secondo intervento non era stato predisposto in ritardo, essendosi dovuto, in precedenza, stabilizzare il paziente.

Il ricorrente, inoltre, deduce la violazione dell'art. 2119 c.c. (licenziamento per giusta causa), in quanto nessun addebito disciplinare gli poteva essere mosso atteso che il decesso del paziente poteva ricondursi a una gravissima sindrome clinica caratterizzata dalla presenza di numerosi trombi e non alla lesione di una vena otturatoria.

In conformità ai principi di cui agli artt. 2104 e 2105 c.c. (obblighi di diligenza e fedeltà) il secondo intervento sul paziente era stato effettuato dopo che le condizioni generali dello stesso erano state stabilizzate, e dunque non poteva ritenersi leso il vincolo fiduciario con il datore di lavoro.

Anche il secondo motivo è rigettato dalla Suprema Corte la quale precisa che “la contestazione disciplinare riguarda la violazione

del Codice di comportamento delle pubbliche amministrazioni di cui al D.M. 28 novembre 2000, previsto dall'art. 54 del TUPI, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico” e che, correttamente, il datore di lavoro contestava al ricorrente la violazione dell'obbligo:

- a) Di evitare situazioni e comportamenti che possano nuocere agli interessi o alla immagine della pubblica amministrazione (art. 2, comma 2, ultima alinea).
- b) Di adempiere le proprie competenze nel modo più semplice ed efficiente nell'interesse dei cittadini e assumere le responsabilità connesse ai propri compiti.
- c) Di non ritardare né affidare ad altri dipendenti il compimento di attività e l'adozione di decisioni di propria spettanza, salvo giustificato motivo (art. 10, comma 1).

La Suprema Corte rileva, sul punto, che il Dott. (OMISSIS), che aveva diretto l'equipe medica che aveva effettuato il primo intervento ed era capo dell'Unità Operativa di Urologia, arrivava in ritardo in Ospedale (h.01,30), pur avendo saputo della grave sintomatologia, problemi post-operatori (h.22,30), con ulteriore tempo che trascorreva fino al secondo intervento (due ore e mezza), senza che rilevasse, quale ragione di esclusione della responsabilità disciplinare, la presenza del medico di prima reperibilità (il ricorrente era di seconda reperibilità), atteso che il medico di prima reperibilità da solo non poteva intervenire per l'impossibilità di formare un'equipe operatoria.

Il ricorrente, in altri termini, avrebbe dovuto recarsi senza ritardo in reparto e visitare il malato, proprio per accertare, personalmente e in ragione delle proprie competenze lo stato della situazione rappresentatagli e adottare tempestivamente le misure ritenute del caso.

In tema di licenziamento per giusta causa, prosegue l'iter argomentativo della Corte di Cassazione, “la giusta causa di licenziamento è nozione legale rispetto alla quale non sono vincolanti - al contrario che per le sanzioni disciplinari con effetto conservativo - le previsioni dei contratti collettivi, che hanno valenza esemplificativa e non precludono l'autonoma valutazione del giudice di merito in ordine alla idoneità delle specifiche condotte a compromettere il vincolo fiduciario tra datore e lavoratore, con il solo limite che non può essere irrogato un licenziamento per giusta causa quando questo costituisca una sanzione più grave di quella prevista dal contratto collettivo in relazione ad una determinata infrazione.”

In conclusione, la Corte di legittimità, “considerando la posizione del lavoratore nell'Azienda, il grado di affidamento delle mansioni affidategli anche in relazione alla specifica vicenda (capo equipe e dirigente dell'Unità Operativa di Urologia) e dunque facendo applicazione anche del principio di proporzionalità in relazione alla clausola generale della giusta causa, la Corte d'Appello ha valutato la congruità della sanzione inflitta prevista dalla contrattazione” con la conseguente legittimità del licenziamento per giusta causa.



Se sei un professionista o una struttura sanitaria

**PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU**

**MEDIC@LIVE**  
*Magazine*

**Per info contattaci**  
**+39 095 7280511**  
**publicita@medicalive.it**  
**www.medicalive.it**

## Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli  
Antonio Bortone  
Carmelo Erio Fiore  
Fulvio Giardina  
Riccardo Guglielmi  
Raffaello Pellegrino  
Angelo Rosa  
Angelo Russo  
Sergio Russo  
Maria Zamparella



# MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

### Direttore Responsabile

Salvo Falcone  
direttore@medicalive.it  
Twitter: @falconesalvo

### Direttore Editoriale

Annamaria Venere  
editore@medicalive.it

### Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

### Grafica e Impaginazione

ADV communication  
Graphic designer: Luigi Ugolini

### Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.  
Sede Legale e Operativa  
Viale Raffaello Sanzio, 6  
95128 – Catania  
E-mail: info@medicalive.it  
P. Iva: 04660420870  
ISSN 2421-2180

## SEGUICI ANCHE SU...



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDICALIVE Magazine**



<https://plus.google.com/+AveventieformazioneCatania>