



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



RICHIESTA DI INSERIMENTO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA TRA I LAVORI USURANTI

Già nei primi mesi di legislatura, in concomitanza con l'emergere del tema del riequilibrio della finanza pubblica e della necessità di mettere mano all'ultima riforma del sistema pensionistico, più volte la stampa nazionale ha riportato dichiarazioni da parte del Presidente della Commissione Lavoro della Camera Cesare Damiano sulla necessità di allargare la categoria dei lavori usuranti.

Su tale tema, il sindacato infermieristico NurSind da anni conduce una campagna di sensibilizzazione e raccolta firme per chiedere al governo di ricomprendere tra i lavori usuranti tutta la categoria infermieristica, ben consapevoli che uno o tre anni di anticipo pensionistico non siano sufficienti a risolvere questa problematica in quanto a 64 o 66 anni, da tempo non si è più in grado di soddisfare le performance assistenziali in capo alla nostra professione e cioè assistere pazienti, per lo più anziani, h24. La soluzione consiste nell'ottenere il riconoscimento alla pensione dopo 35 anni di servizio, alla pari dei lavoratori delle Forze dell'Ordine, in quanto a quell'età, l'usura ha già raggiunto i suoi limiti di sopportazione fisica, psichica e sociale, come vogliamo dimostrarVi di seguito.

Più volte si cita la professione di infermiere come lavoro usurante ma solo in riferimento ai **lavoratori turnisti** (o operanti in determinati reparti o servizi) e calcolandone le notti solo negli ultimi 10 anni, trascurando quindi l'intero arco di vita. L'attuale requisito richiesto di numero di notti annue (64-78) esclude la maggior parte di loro dal beneficio in quanto, rispettando i diritti contrattuali (ferie, malattie, infortuni, aggiornamento, altre tipologie di assenza) si arriva solo alle 62-63 notti annue.

La breve analisi che di seguito verrà proposta evidenzia le gravi condizioni di lavoro in cui l'infermiere ha svolto e svolge oggi la propria attività e sottolinea quali conseguenze sulla propria salute ha l'esercizio della professione, avanzando la richiesta che il lavoro dell'infermiere venga dichiarato usurante.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



In Italia ci sono circa 430.000 infermieri, di questi circa 220.000 esercitano la professione come dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Negli ultimi anni le strutture sanitarie del nostro paese tentano di offrire servizi di assistenza infermieristica in uno stato di cronica carenza che in alcune realtà risulta essere drammatico. Infatti, secondo le valutazioni dell'OCSE in Italia ad oggi mancano 68 mila infermieri.

Inoltre, accanto alla progressiva riduzione della forza lavoro si è assistito a una crescita dei bisogni di salute dei cittadini.

I pazienti sono molto più critici oggi (affetti da pluripatologie) che in passato e **necessitano di un'assistenza più specializzata e competente**. L'invecchiamento della popolazione e le varie riorganizzazioni del sistema sanitario hanno reso i carichi di lavoro sempre più pesanti e le precarie e stressanti condizioni di lavoro incidono sulla capacità degli infermieri di erogare un'assistenza di qualità.

Il turn over del personale non è più garantito, come in alcuni casi anche le sostituzioni del personale in maternità (è bene ricordare che il 74% della professione è composta da personale femminile).

Com'è possibile pensare che l'assistenza sanitaria venga offerta senza un riconoscimento del valore e dell'importanza che gli infermieri hanno nel garantire la salute dei cittadini?

Nessuna norma riconosce la nostra professione come lavoro usurante. Eppure garantiamo l'assistenza nelle 24 ore con turni massacranti e in situazione di disagio estremo. **Molti di noi abbandonano la professione perché gravati da difficoltà fisiche**, eppure nessuna norma prevede alcuna malattia professionale. Coinvolgimento emotivo e depressione per la vicinanza a situazioni umane estreme, patologie a carico del rachide per la movimentazione dei carichi, disturbi del sonno-veglia per il lavoro notturno, i rischi chimici e biologici non sono riconosciuti.

Il lavoro dell'infermiere è lavoro usurante

I problemi legati allo svolgimento della professione e quelli legati alla organizzazione del lavoro delle strutture sanitarie portano inevitabilmente gravi conseguenze sulla salute dei lavoratori. L'infermiere spesso si trova nella situazione di **erogare salute ai cittadini a scapito della propria salute**.

Questo assunto si dimostra analizzando alcuni dati inerenti le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro nella sanità provenienti dalla banca dati INAIL.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Negli anni 2008/2010 la media dell'**indice infortunistico** per i lavoratori del settore Sanità e servizi sociali è al quarto posto nella classifica generale delle attività economiche ATECO ed è pari al 26,04%. Per fare alcuni raffronti, quello più alto si registra tra i lavoratori del settore Trasporti e comunicazioni (34.62%); nel settore delle Costruzioni (34.26%); in quello dei lavoratori dell'Estrazione di minerali (30.43%).

L'indice di rischio è rapportato al numero di operatori complessivo del settore, ma se si dovesse distinguere per categorie all'interno del settore Sanità (la categoria infermieristica rappresenta il 33% del comparto Sanità), il dato supererebbe di gran lunga il rischio infortunistico di minatori, edili e camionisti. Per assurdo, è **più pericoloso lavorare in un luogo di cura** che in una miniera o in un cantiere edile.

Ciò è dovuto alla caratteristica peculiare della nostra professione, la movimentazione di "**carichi viventi**". Carichi che non sono assimilabili alle merci, in quanto **animati** ed il cui peso e volume non può essere frammentato o compresso come è avvenuto per le merci.

L'ANMIL, con il patrocinio del Senato, ha recentemente effettuato uno studio a riguardo: "**PRENDERSI CURA DI CHI CURA**"¹.

Le cause principali degli infortuni attengono a "Caduta di persona", "Perdita di controllo", "Movimenti sotto sforzo fisico" e "Movimenti scoordinati". Tutte peculiarità del lavoro di assistenza ai pazienti. In forte aumento gli infortuni dovuti ad "Aggressione o violenza da parte di estranei"².

Alcuni studi svolti in grandi aziende ospedaliere riportano dati molto superiori arrivando addirittura oltre ad un **60% di infermieri infortunati sul totale dei casi denunciati**.³ Tutto questo ha una incidenza sia sul costo sociale che sull'organizzazione del lavoro.

¹ LA SICUREZZA E LA TUTELA SUL LAVORO DELLE DONNE CHE OPERANO NEL CAMPO DELL'ASSISTENZA SANITARIA. Uno studio realizzato per ANMIL da Franco D'Amico e Maria Giovannone con il contributo del Prof. Domenico Della Porta. Anno 2015

² Vedasi la ricerca "Indagine sulle aggressioni al personale sanitario", a cura di Donato Carrara, Tiziana Traini, Salvatore Vaccaro - Centro Studi Nursind, realizzata nel 2013.
http://www.nursind.it/nursind2/pdf/Indagine_sulle_aggressioni_al_personale_sanitario.pdf

³ D. PLACIDI, A. CARTA, M.T. CROTTI, S. PORRU, "Infortuni a rischi biologico in una grande azienda ospedaliera: analisi di una casistica" in Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia, 24:4, 2002, pp. 436-437. M. SAIA, M. CASTORO, F. MENEGHETTI, E. MASSAROTTO, E. NARNE, M. ZIGNOL, D. DONATO, "Infortuni occupazionali a rischio biologico in un'Azienda Ospedaliera" in Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia, 24:4, 2002, pp. 438-440. M. DAGLIO, M. SACCHI, T. FELETTI, M. LANAVE, C. MARENA, L. ZAMBIANCHI, M. STROSSELLI, "Infortuni a rischio biologico nel personale sanitario: analisi epidemiologica descrittiva nel decennio 1994-2003" in Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia, 28:4, 2006, pp. 4357-465.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Da un'analisi bibliografica diverse sono le situazioni che possono incidere sulla salute del lavoratore-infermiere durante l'esercizio della propria professione. Le più comuni sono:

1. Movimentazione dei carichi causa di patologie muscolo scheletriche (principale causa di limitazioni al lavoro)
2. *Burnout*
3. Lavoro a turno causa di malattie cardiocircolatorie⁴, cancro⁵, alterazioni metaboliche, stress, abuso di alcool e fumo
4. Punture accidentali da taglienti e contaminazioni muco-cutanee, causa di malattie trasmissibili attraverso la via ematica (HIV, Epatite)
5. Trasmissioni di malattie infettive quali, ad esempio, la TBC
6. Esposizione a gas anestetici e altre sostanze chimiche (rischio non riconosciuto contrattualmente)
7. manipolazione di farmaci e antiblastici causa di alterazioni tissutali e fenomeni di sensibilizzazione e allergie
8. esposizione al lattice, causa di reazioni allergiche
9. Aggressioni
10. Radiazioni ionizzanti per l'utilizzo di apparecchiature radiologiche (rischio riconosciuto contrattualmente)

L'elenco, pur non essendo esaustivo in quanto per definizione l'infermiere si trova a lavorare in un ambiente a rischio e lavorando a stretto contatto con vettori di malattie diagnosticate e non ancora diagnosticate, conosciute e sconosciute, descrive già una situazione alquanto preoccupante per la salute degli infermieri.

⁴ Uno studio, pubblicato nel 2015 dall'American Journal of Preventive Medicine. Per ben ventidue anni sono state studiate, osservate ed analizzate 75.000 infermiere, i risultati emersi dicono che un'alterazione dei regolari ritmi del sonno anche per un periodo di solo cinque anni, accresce il rischio di cancro al polmone e di malattie cardiovascolari, con un aumento della mortalità dell'11%. Nel dettaglio, i ricercatori hanno constatato che le donne che avevano lavorato con turni per un periodo dai 6 ai 14 anni, avevano un rischio di morte per malattie cardiovascolari del 19%, percentuale che sale al 23% se i periodi lavorativi sono più lunghi di 15 anni.

Questo studio va a confermare quello già presentato nel 2010 in Canada da Joan Tramner, che analizzando lo stato di salute di 227 dipendenti di alcune case di cura dell'Ontario, aveva evidenziato come le donne turniste, in sovrappeso, con alti livelli glicemici, ed in età post menopausa, si ammalassero maggiormente di patologie cardiovascolari rispetto alle donne che svolgevano ruoli amministrativi ed impiegatizi.

⁵ Una recentissima indagine pubblicata in Cell Metabolism 24, 1-8, August 9, 2016, realizzata dai biologi del Massachusetts Institute of Technology (MIT) hanno trovato una correlazione che può spiegare il meccanismo di questo aumentato rischio per i lavoratori a turni.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Due esempi di usura della professione infermieristica:

1. Le patologie del rachide

Un aspetto che può risultare paradossale del citato elenco è quello che vede **tra le principali cause** dei maggiori disturbi afferenti al profilo infermieristico (patologie del rachide e sindrome di *burnout*) **l'organizzazione del lavoro**. Questo è maggiormente preoccupante perché chi organizza il lavoro è l'ente deputato a garantire la salute a tutti i cittadini. Infatti, se rispetto al passato è migliorato il profilo di tutela della salute del lavoratore attraverso sistemi di protezione individuale e un maggiore controllo sull'ambiente di lavoro, le riforme del Servizio Sanitario Nazionale - in primis il processo di aziendalizzazione - hanno richiesto **una maggiore produttività a fronte di un taglio delle risorse**.

Una fonte in grado di precisare il fenomeno dell'aggravio del lavoro e della sua organizzazione sul professionista è quella del medico competente presente all'interno di ogni struttura sanitaria per l'attività di sorveglianza per il rischio biologico (secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81/2008). Purtroppo non esiste una struttura centralizzata (regionale o nazionale) che raccolga e valuti i dati epidemiologici osservati dal medico competente di ciascuna ASL, perciò mancano dati per una più efficace analisi ⁶.

A fronte di questa deficienza abbiamo svolto un sondaggio tra gli uffici sanitari aziendali di alcune ASL del nord Italia ed è emerso che a **più del 10% del personale infermieristico dipendente è stata attribuita una limitazione al lavoro**. L'80% circa di tali limitazioni riguarda la movimentazione dei carichi e il 10% dei professionisti è stato esonerato dal lavoro notturno e dal mantenimento della posizione eretta prolungata.

Gli studi di settore nei diversi ambiti produttivi confermano che l'aumento delle plurilocalizzazioni dolorose al rachide è **associato all'età** (dopo i 47 anni) e al cumulo di esposizioni (sollevamento di carichi, posture difficili, sforzi) i cui effetti sono più marcati quando l'età aumenta, suggerendo possibili meccanismi di invecchiamento o usura differenziali delle strutture articolari del rachide. Nel caso del personale infermieristico, che risulta essere **una categoria non più giovane** (l'età

⁶ Un recente studio del Cergas-Bocconi che ha coinvolto alcune regioni e le relative aziende ospedaliere, ha messo a fuoco questa problematica. Vedasi <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3510211.pdf>



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



media attuale dei dipendenti del SSN è di 49.7 anni, con punte differenziate tra aziende che raggiungono i 55 anni⁷), i dati numerici assoluti delle limitazioni al sollevamento carichi lasciano intendere che **il fenomeno è destinato ad aggravarsi con conseguenze onerose per la salute dei lavoratori e per l'organizzazione del lavoro.**

Questo è un aspetto che si può certamente considerare una conseguenza delle trasformazioni che hanno investito il sistema sanitario (aziendalizzazione, sistema dei DRG, la riduzione dei tempi di ricovero, la presenza di degenti sempre più anziani affetti da pluripatologie), le quali hanno comportato **un aumento dei ritmi e dei carichi di lavoro con una conseguente forma di pressione temporale e di selezione** con inevitabili ripercussioni sulla salute degli infermieri. Il continuo aumento della produttività sanitaria (numero di ricoveri, numero di interventi chirurgici, numero di interventi ambulatoriali, numero di prestazioni erogate) a fronte di un continuo taglio della risorsa assistenziale porta a una scelta dicotomica: **o salvaguardare la salute degli operatori o garantire la qualità dell'assistenza.** Risulta infatti **impossibile applicare le *best practice* infermieristiche e attuare il corretto utilizzo dei dispositivi di protezioni individuali previsti dalla legge e garantire lo stesso numero di prestazioni:** in molte realtà i rapporti numerici infermieri/pazienti sono al di sotto degli standard e i tempi per erogare le prestazioni sono sempre più contratti.

Come evidenziato da uno studio del 2003⁸ il fenomeno dei disturbi osteoarticolari degli infermieri pone 3 questioni:

1. la difficoltà di rassegnazione del personale con ridotte capacità lavorative (il 10% degli infermieri dipendenti dovrà essere assegnato un posto meno pesante);
2. il rischio di un “invecchiamento patologico” (l'aumento del carico di lavoro degli operatori più giovani potrebbe determinare una degenerazione precoce delle strutture osteo-articolari);
3. il mantenimento delle capacità lavorative degli operatori al fine di garantire un buon livello di qualità dell'assistenza (qualora l'organizzazione del lavoro e le modalità del suo svolgimento rendano l'infermiere non più adatto, questi è **costretto ad abbandonare la professione o a mettere in atto strategie volte**

⁷ Fonte dati della Ragioneria Generale dello Stato

⁸ N. BARBINI, R. SQUADRONI, “Invecchiamento degli operatori sanitari e plurilocalizzazioni dolorose all'apparato osteoarticolare” in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 25:2, 2003, pp. 168-172.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



a risparmiare organi e apparati alterati mediante la riduzione della qualità/quantità della performance).

Lo stesso studio, effettuato presso l'ospedale geriatrico dell'Inrca di Ancona, ha rilevato che «il 54% degli infermieri accusa più di una localizzazione dolorosa nell'ambito del rachide» e tali localizzazioni multiple si distribuiscono «nell'età più giovane (84,2% nella fascia < 40 anni contro 15,8% > 40 anni)»⁹ concludendo che la degenerazione precoce delle strutture osteoarticolari porta al rischio di “invecchiamento patologico” dell'apparato locomotore per la categoria degli infermieri.

La causa principale di queste affezioni è, come già accennato, dovuta all'organizzazione del lavoro. Essa «influenza il sovraccarico all'apparato osteoarticolare attraverso:

1. la costrizione a mantenere nella movimentazione dei pazienti allettati, che di per sé comporta un elevato carico discale, posture rischiose in flessione del tronco oltre i 45° e flessione/torsione del tronco per tempi prolungati. Nelle Unità Operative attuali l'assistenza ai pazienti allettati (rifacimento del letto, igiene, cura e prevenzione dei decubiti) comporta l'assunzione di tali posture per 5 ore continuativamente e per circa 1 ora nell'ultima parte del turno. Si tratta di situazioni simili a quelle riportate in altri studi condotti su non autosufficienti ma con alcuni elementi aggravanti rappresentati dal prolungarsi dei tempi di assistenza e dall'interferenza delle numerose interruzioni dall'attività.
2. l'aumento dei ritmi di lavoro, quale conseguenza dell'intensificazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, il tipo di orario e le modalità di svolgimento dell'assistenza, possono influenzare l'assunzione di posture e movimentazioni scorrette dal punto di vista ergonomico.
3. la riduzione dei margini di manovra a disposizione degli operatori per compensare le difficoltà connesse con le esigenze del lavoro»¹⁰.

In sintesi, i dati di studi epidemiologici indicano in modo inequivocabile come esista un legame tra tipologia e quantità di manovre di trasferimento manuale di

⁹ N. BARBINI, R. SQUADRONI, “Invecchiamento degli operatori sanitari e plurilocalizzazioni dolorose all'apparato osteoarticolare” in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 25:2, 2003, pp. 168-172.

¹⁰ N. BARBINI, R. SQUADRONI, “Invecchiamento degli operatori sanitari e plurilocalizzazioni dolorose all'apparato osteoarticolare” in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 25:2, 2003, p. 171.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



pazienti da un lato e occorrenza di talune patologie acute e croniche del rachide lombare dall'altro. **Quelle che gli autori anglosassoni definiscono LBP “low-back pain” hanno un’incidenza 3-4 volte maggiore nella categoria infermieristica piuttosto che nel resto del comparto sanità.**

Per quanto riguarda gli studi biomeccanici, si riportano sinteticamente alcune misure di carichi lombosacrali, ottenute durante manovre di sollevamento o trasferimento di pazienti non collaboranti, riferite in letteratura: Gagnon et al¹¹ valutano in 641 kg il carico massimo agente sui dischi lombari durante il sollevamento da seduto a stazione eretta di un paziente di 73 kg; Garg et al¹² hanno valutato in 448 kg il carico medio sul disco L5/S1 nei trasferimenti letto/carrozzina. In un’indagine curata dall’Unità di Ricerca EPM¹³ è stato rilevato un carico lombare massimo di circa 800 kg nel trasferimento letto/carrozzina di un paziente non collaborante del peso di 80 kg.

Un recente studio condotto da Ulin e Chaffin ha valutato un carico discale pari a 1020 kg nel trasferimento di un paziente non collaborante di 95 kg.

Questi ed altri studi hanno in sintesi evidenziato come la movimentazione manuale di pazienti induca sovente un carico discale superiore ai valori definiti tollerabili (circa 275 kg nelle femmine e 400 kg nei maschi) e grossolanamente corrispondenti al concetto di “limite d’azione”. Inoltre, in alcune manovre (in pratica nei sollevamenti veri e propri) **viene superato anche il valore di carico di rottura delle unità disco-vertebrali pari a circa 580 kg nei maschi e 400 kg nelle femmine**¹⁴.

Ma l’assistenza ai pazienti ha vissuto molte variabili **nella storia dei nosocomi italiani** ed al loro assetto strutturale ed alle dotazioni che legano indissolubilmente le patologie del rachide a chi ha svolto assistenza infermieristica nel corso degli ultimi 40 anni. A tal proposito e per un approfondimento, **leggasi l’allegato in appendice**.¹⁵

¹¹ GAGNON M: “Evaluation of forces on the lumbo-sacral joint and assessment of work and energy transfers in nursing aides lifting patient”. Ergonomics 1986; 29: 407-421.

¹² GARG A: “A biomechanical and ergonomics evaluation of patient transferring tasks: bed to wheelchair and wheelchair to bed”. Ergonomics 1991;34: 289-312.

¹³ COLOMBINI D, OCCHIPINTI E, FRIGO C, VOLPE V: “Posture di lavoro e patologia del rachide negli infermieri di un ospedale geriatrico”, in Unità di ricerca EPM (Ergonomia della postura .del movimento): Atti del seminario nazionale lavoro e Patologia del Rachide, Milano 29-30 Maggio. Milano: Tip. Presscolor, 1989: 443-466.

¹⁴ JAGER M, LUTTMANN A: “Compressive strenght of lumbar spine elements related to age, gender, and other influencing factor”. In ANDERSON PA, HOBART DJ, DANOV JV (eds): Electromyographical Kinesiology. Amsterdam: Elsevier Science 1991, pp. 291-294.

¹⁵ Breve saggio sulla storia degli ospedali e degli ausili utilizzati nel tempo, a cura di Donato Carrara, direttore di *Infermieristicamente* e dirigente nazionale NurSind.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



È inevitabile, inoltre, un breve cenno agli aspetti medico-legali legati all'attuale sistema di riconoscimento della "malattia da lavoro". Oggi spetta al medico competente indagare su tale sussistenza e, nel caso l'incidenza statistica sia particolarmente elevata, dovrebbe procedere ad una denuncia all'INAIL almeno per "sospetta malattia da lavoro". Di seguito sarà l'Istituto assicuratore a dover intervenire per un'indagine ispettiva.

Tralasciando l'evoluzione giurisprudenziale, normativa e giuridica degli ultimi vent'anni sull'inquadramento delle "malattie professionali" (l'affermazione del riconoscimento del "nesso concausale" ha portato il complesso delle "malattie da lavoro" verso una equiparazione con la "causalità di servizio" e la pronuncia della Corte Costituzionale del 1988 ha dato la possibilità di individuare nuove malattie da lavoro per le quali l'onere della prova è a carico del lavoratore) ricordiamo solamente il D. Lgs. 38/2000 che ha definitivamente accolto il concetto di "**Danno Biologico**" quale lesione all'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di valutazione medico legale. E nella tabella emanata a seguito del D.Lgs. 38/2000 sono già previste "voci danno" utilizzabili in caso di riconoscimento di una patologia muscolo-scheletrica come "malattia da lavoro".

2. Il burnout

Ancora poco conosciuti sono altri tipi di malattia legati sempre all'organizzazione del lavoro e ai carichi di fatica fisica e mentale. E' condivisa l'opinione che «il concetto di malattia recentemente si è allargato fino a considerare tali anche la moltitudine di disturbi imputabili allo stress. I disturbi di tipo psicologico e fisiologico che sono correlati a livelli elevati di stress sono oggi uno dei principali problemi sociali e sanitari; gli esperti in materia ritengono che il 50-80% di tutte le malattie manifestate dai lavoratori, sia strettamente collegato allo stress.»¹⁶

Uno studio ha analizzato le principali fonti di stress occupazionale tra il personale infermieristico¹⁷, rilevando che tale problema è «particolarmente evidente, in parte per le caratteristiche insite nelle professioni di aiuto, a contatto con la sofferenza e la malattia, in parte a causa di ritmi e organizzazione del lavoro. Sono

¹⁶ N. BARBINI, G.G. BERETTA, M.P. MINNUCCI, M. ANDRANI, "Le principali patologie causa di assenza dal lavoro. Analisi della banca dati INPS" in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 28:1, 2006, p. 15.

¹⁷ P. RAGAZZONI, D. TANGOLO, A.M. ZOTTI, "Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento" in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 26:2, 2004, pp. 119-126.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



descritti specifici fattori fonte di stress per il personale infermieristico quali la mancanza di chiarezza rispetto al ruolo, la difficoltà nella programmazione dei turni e del gruppo di lavoro, lo scarso coinvolgimento nei processi decisionali, basso status sociale e scarso supporto.»¹⁸ Sempre secondo tale studio, la visione che gli infermieri hanno del proprio lavoro è caratterizzata da attività in certi momenti frenetiche, impegno molto intenso, elevato livello di competenza e flessibilità verso nuovi apprendimenti.¹⁹

La sindrome del *burnout* è la conseguenza principale a tale situazione lavorativa. Essa evidenzia una situazione di **esaurimento emotivo da stress**, legato alle condizioni di lavoro e a problemi personali e ambientali. La sindrome del *burnout* trova una **larga diffusione nelle “helping professions”, in particolare nel personale sanitario dei servizi socio-sanitari**. Secondo i dati dell’Agenzia europea per la sicurezza e salute sul lavoro, «nell’Unione europea i problemi di stress legati al lavoro sono il 28% delle patologie con il 50-60% di perdita di giornate lavorative e un costo finanziario di 20 miliardi di euro.»²⁰

Altre cause di questa sindrome che porta a sintomi come **depressione**, senso di colpa, sfiducia, disturbi fisici come cefalee, problemi intestinali, affaticamento cronico, insonnia, abuso di caffeina, nicotina, alcool e droghe, con sintomi fisici, psichici e comportamentali, sono da ricercarsi nell’**elevato costo emotivo a trattare situazioni gravi e penose**, al confronto con pazienti e familiari per problemi di dipendenza, impotenza, angoscia, dolore, aggressività, morte. Uno studio ha osservato che **il burnout collegato allo stress aumenta, nei reparti chirurgici, il rischio di morte evitabile nel post-operatorio**.²¹ I risultati di uno studio condotto in due ospedali di Roma hanno confermato quanto già la bibliografia internazionale rilevava e cioè che **più del 35% del personale infermieristico è affetto da disturbi quali ansia e depressione** (rispetto al 22,3% in un campione di popolazione generale italiana) ed ha concluso che «il riscontro che più di un terzo degli infermieri ha un

¹⁸ P. RAGAZZONI, D. TANGOLO, A.M. ZOTTI, “Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento” in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 26:2, 2004, p. 120.

¹⁹ P. RAGAZZONI, D. TANGOLO, A.M. ZOTTI, “Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento” in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 26:2, 2004, p. 121.

²⁰ A. ALFANO, “Burnout, uno stress socio-sanitario” in *Il Sole 24ore sanità* 4 settembre 2006, pp. 27-28.

²¹ AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M., SOCHALSKI J., SILBER J.H., “Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction” in *JAMA* 2002; 288: 1987-93. Sulla scorta degli studi svolti da Aiken attraverso il progetto e la metodologia Rn4Cast, in Italia (10 giugno 2016) sono stati resi noti i primi risultati dello stesso studio svolto presso gli ospedali italiani (L. SASSO, et Altri, The General result of the TN4CAST survey in Italy, in *Journal of Advanced Nursing*, 2016)



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



esaurimento emotivo e che più di un terzo ha ansia e depressione pone la necessità di interventi immediati.»²² E' riconosciuto che **questi disturbi incidono notevolmente sul turnover e sul grado di assenteismo degli infermieri e spesso esitano in malattie psicosomatiche e, a livello relazionale, verso il deterioramento dei rapporti con l'utenza e con i propri colleghi.**²³ A fronte delle principali cause organizzative del fenomeno si devono inoltre associare situazioni particolari dovute all'esercizio della professione in ambiti specifici quali le **terapie intensive, i reparti oncologici**, nelle unità operative di **malattie infettive/AIDS**.

Abbiamo scelto di soffermarci su questi due estremi che colpiscono la salute degli infermieri, la movimentazione dei carichi e il *burnout*, perché rappresentano da una parte la causa più conosciuta e studiata dell'usura del professionista infermiere²⁴ e dall'altra la causa i cui effetti sono meno noti e meno tenuti in considerazione. Tuttavia essendo l'aspetto relazione una parte importante del lavoro dell'infermiere, con determinazione vogliamo attirare l'attenzione sul peso anche psicologico che il nostro lavoro comporta e sulle sue conseguenze a livello di salute del lavoratore.

Accanto alla cornice relazionale si tenga infine conto che lo sviluppo medico-scientifico pone l'esercizio della professione di infermiere in un contesto in cui sono richieste sempre maggiori conoscenze sia specifiche che tecniche (utilizzo sempre più frequente di nuovi protocolli e strumenti professionali, macchinari, computer e software innovativi) che richiedono continuo aggiornamento e una flessibilità cognitiva che difficilmente nel tempo può dare garanzia di sicurezza al professionista e a chi riceve assistenza.

²² S. TABOLLI, A. IANNI, C. RENZI, C. DI PIETRO, P. PUDDU, "Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma" in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 28:1, Supplemento Psicologia 1, 2006, pp. 49-52.

²³ D. LAZZARI, R. PISANTI, F. AVALLONE, "Percezione di clima organizzativo e burout in ambito sanitario: il ruolo moderatore dell'alessitimia" in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 28:1, Supplemento Psicologia 1, 2006, pp. 43-48.

²⁴ A tal proposito si veda la Circolare n. 25 del 15 aprile 2004 dell'INAIL che riconosce l'origine professionale della malattia del rachide da movimentazione manuale dei carichi per il personale infermieristico. Si veda inoltre, G. CIMAGLIA, A. MICCIO, "Work-related musculoskeletal disorders with reference to the revised occupational diseases list" in *La Medicina del Lavoro*, 97, 3; 2006, pp. 550 – 556.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Un fattore aggravante: il lavoro a turni.

Certamente tutte le condizioni di lavoro pericolose riportate nell'elenco si presentano con più evidenza e maggior peso nel personale soggetto ad una turnistica con lavoro notturno. Il disagio per la vita sociale e familiare, i **disturbi del sonno-veglia**, i **disturbi metabolici** sono sempre più frequentemente presenti in questa categoria di lavoratori.²⁵ I segni di intolleranza alla turnistica sono maggiori dopo i 40 anni e vi è pure qualche indizio che **la turnistica abbia controindicazioni più serie per le donne**: gli autori (Barnes, 1996; Novak et al. 1990; Hertz & Charton, 1989; Oginska et al. 1993) in particolar modo pongono l'accento sul "doppio lavoro" domestico che occupa di fatto gran parte del tempo libero dal lavoro principale. Come abbiamo già affermato, la categoria infermieristica è composta per oltre il 74 % da donne.

Uno studio americano condotto tra il 1988 e il 1998 su oltre 78.000 infermiere ha mostrato che le infermiere che hanno lavorato turni di notte a rotazione per oltre 30 anni hanno un **36% in più di possibilità di sviluppare un cancro al seno**.

Da tali premesse, ipotizzare di raggiungere l'età pensionabile senza danni fisici risulta oggi impensabile per la maggior parte degli infermieri.

Ci pare quindi di poter tranquillamente affermare che:

- l'infermiere ha una minor attesa di vita al compimento dell'età pensionabile rispetto ad altre categorie;
- in presenza o assenza di strumenti di protezione individuale è molto spesso impossibile prevenire i danni biologici;
- l'attività svolta ha una prevalenza usurante (sia dal punto di vista fisico che psichico);
- il lavoro attraverso turni notturni aggrava notevolmente lo stato di salute del lavoratore;
- l'esercizio della professione sotto il profilo ergonomico ha un valore rilevante;
- con l'avanzare dell'età la compatibilità psico-fisica con il lavoro turnista è sempre minore.

²⁵ D. X. SWENSON, "Into the night: coping with the effects of shiftwork", The Blue Line, 1997.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Di tutti questi aspetti la categoria infermieristica, anche nella componente più giovane, ne è consapevole e da anni aspetta un **adeguato riconoscimento** che tarda a venire.

Pertanto, **a nome di questi professionisti** della salute siamo a chiedere oggi al Governo e al Parlamento di prodigarsi affinché venga riconosciuto il lavoro dell'infermiere tra i lavori usuranti.

E' conveniente al sistema costringere gli infermieri anziani ai “lavori forzati” fino a 67 anni?

Il contenimento della spesa pubblica obbliga a fare alcune considerazioni in materia di riforma delle pensioni. In particolare, per quanto riguarda la nostra categoria infermieristica, l'invecchiamento generalizzato presenta queste attuali criticità:

1. Ogni 3 infermieri pensionati consentirebbero di assumere 4 giovani infermieri. I costi dei parametri stipendiali legati all'anzianità di servizio, giustificerebbero quindi l'assunzione di 1 infermiere in più a parità di spesa.
2. Infermieri anziani in servizio a cui vengono riconosciuti i diritti dei permessi legati alla legge 104. Infermieri anziani che necessariamente devono accudire i propri genitori ancor più anziani e quindi nelle condizioni di usufruire dei 3 giorni mensili garantiti per legge. Per questa ragione, ogni 6 infermieri pensionati, a parità di spesa, si potrebbe assumere 1 giovane infermiere in più.
3. La difficoltà di assistere pazienti anziani essendo noi a nostra volta anziani, non assicura al cittadino l'assistenza desiderata;
4. L'assistenza sanitaria, oggi ancor più che nel passato, è paragonabile ad un fronte di “guerra”, visti i numeri delle prestazioni per ricoveri e prestazioni ambulatoriali e domiciliari da garantire ai cittadini in mancanza degli adeguati numeri necessari per far fronte al “nemico”;
5. Un equilibrato ricambio generazionale è auspicabile in tutte le professioni, a maggior ragione quella infermieristica che ha bisogno di nuove energie e di trasmettere alle nuove generazioni l'esperienza acquisita. Il grafico dell'anzianità lavorativa nel nostro settore evidenzia come ciò non sia accaduto

NURSIND – Via Belisario, 6 - Roma 00187 CF 95098210248 PEC

13

nazionale@pec.nursind.it

nazionale@nursind.it - www.nursind.it - tel 0503160049 fax 0692913943 cell. 3484722368



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



negli ultimi 20 anni. Il problema del ricambio generazionale dovrebbe essere attenzionato con una certa urgenza da parte dei governi.

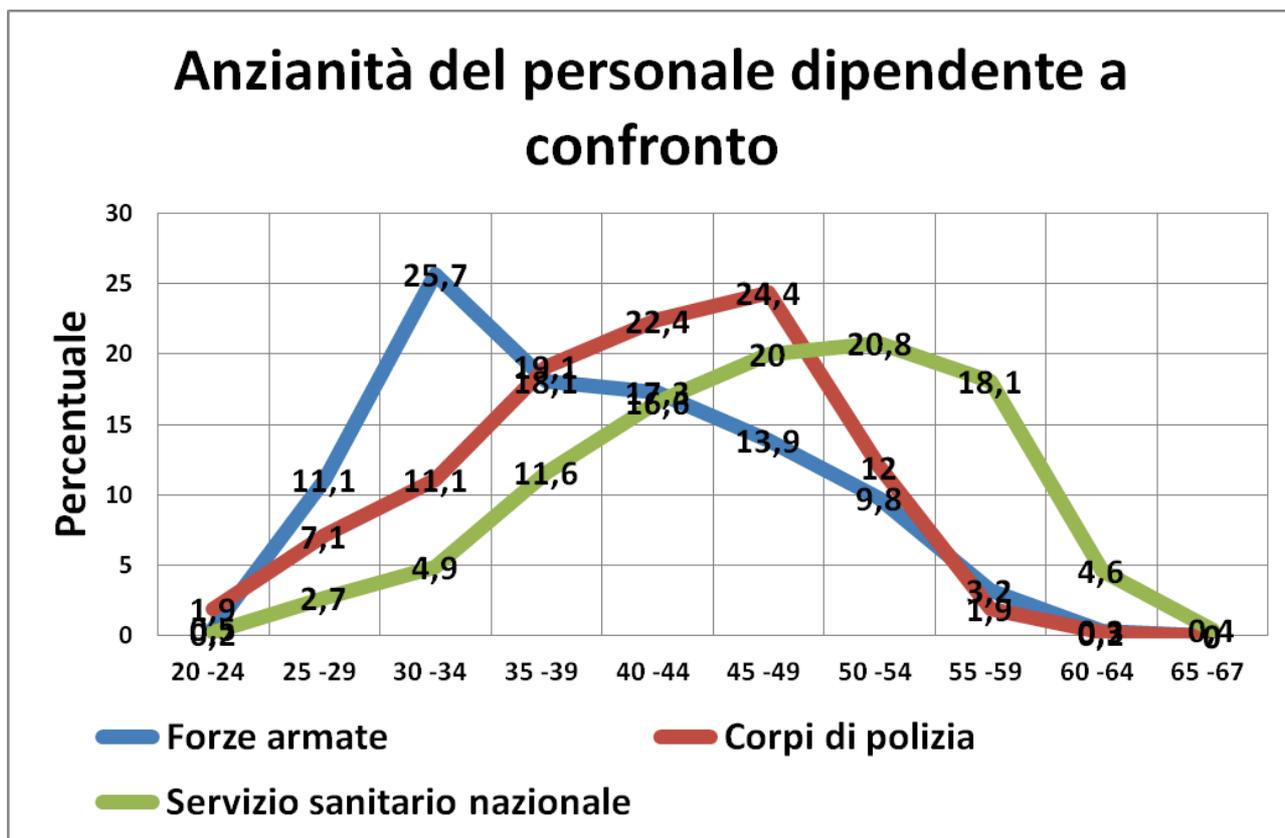


Figura 1. Dati della Ragioneria Generale dello Stato 2013



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Appendice

Nella storia degli ospedali i perché ci deve essere riconosciuta la malattia professionale

Perché riteniamo necessario che vengano riconosciute le patologie del rachide come malattie professionali specifiche degli infermieri che hanno dai 15/20 anni in su di assistenza lo spiega la storia che hanno avuto alle spalle: quella degli ambienti ospedalieri dagli anni 70 ad oggi.

Il trinomio **infermiere/letto/paziente** è inscindibile e farà sempre parte del rapporto di cura. Tra l'operatore e l'assistito vi è sempre di mezzo il letto, giaciglio indispensabile per chi si trova a dover sopportare una malattia. Infatti, tra i segnali della guarigione, quello dell'alzata e dell'allontanamento dal letto durante la giornata del paziente è tra i più importanti. La malattia si può dire abbia un rapporto inversamente proporzionale alla permanenza a letto; meno si sta coricati e più ci si sente bene.

La storia dei letti ospedalieri

Fino agli anni 90 i letti ospedalieri erano ancora in ghisa o ferro pesante, costituiti da tre pezzi (testata, piano a rete, pediera). Poi si decise di aggiungere l'asse rigido che evitava al paziente di sprofondare ed al personale di eseguire manovre di sollevamento inutili in quanto con la fossa centrale, tutte le manovre di sollevamento risultavano vane.

Trattandosi di letti pesanti, si cercava di evitare il trasporto del paziente con il letto, dovendosi quindi effettuare la manovra di spostamento del paziente verso i lettini volanti. Questi ultimi erano più alti del piano dei letti e quindi occorreva sollevare il paziente di peso fino a raggiungere il piano del lettino. Manovra questa, ripetuta 4 volte per ogni spostamento del paziente da e verso i servizi diagnostici o le sale operatorie o gli ambulatori.

Tra il '90 e il 2000 si è optato per letti con strutture in alluminio, più leggeri e più facili da pulire. Comparvero i primi lettini volanti regolabili in altezza.

Fino al 2000, il piano del letto non era snodabile e quindi tutte le posizioni da far assumere al paziente nel corso della giornata si eseguivano di forza, infilando sotto il materasso cuscini o sollevatori reclinabili di ferro. In caso di posizioni declive o proclive, si trattava di sollevare il letto all'altezza adeguata da potergli infilare sotto le gambe gli zoccoli di legno predisposti a tre altezze diverse.

L'altezza del piano del letto, non potendo essere elevata trattandosi di letti fissi, doveva essere agevole al paziente per la discesa e quindi tra i 50/55 cm dal pavimento. Quindi tutte le manovre presso il letto del paziente venivano eseguite a schiena piegata e sbilanciata in avanti. Tali manovre venivano eseguite quotidianamente dal personale almeno 2 volte per paziente in occasione del rifacimento del letto al mattino e della risistemazione nel pomeriggio, ripetute per i 40/45 degenti ricoverati. Poi c'erano nel corso della giornata tutte le innumerevoli altre occasioni dovute ai bisogni di cura.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Tra i primi anni 2000 comparvero gradatamente i letti col piano snodato, alcuni dotati di manovelle sul fondo del letto, oppure semplicemente azionabili a mano dall'operatore che si ritrovava a dover sopportare il doppio peso del paziente con un braccio e del piano da rialzare dall'altro.

Dotati di ripiani in plastica rigida leggermente ruvida per non far scivolare i pezzi di materasso, sopravvissero pochi anni ai traumi ospedalieri e dovettero essere sostituiti da piani più robusti in formica che però essendo liscia, faceva scivolare i materassi lateralmente al punto che spesso i pazienti rovinavano a terra insieme ai pezzi di gomma piuma. Il vantaggio fu che per la prima volta si potevano regolare in altezza tramite pedaliera a stantuffo che sottoponevano l'operatore ad una nuova ed inconsueta manovra dovendo far forza con un piede sulla pedaliera. Il paziente subiva inevitabilmente dei colpi ogni volta il piede dell'operatore pigiava sullo stantuffo.

Da pochi anni, finalmente l'arrivo dei moderni letti elettrici, molto più pesanti a causa della meccanica complessa, ma dotati di sollevatore elettrico in ogni direzione, di grosse ruote piroettanti e di spondine incorporate. Unico difetto le dimensioni in larghezza che spesso sono superiori alla larghezza delle porte e quindi non consentono lo spostamento del paziente con il letto oltre la camera di degenza. Ancora riguardo alle dimensioni, in caso di stanze di media metratura, riducono non poco gli spazi di manovra nella camera.

La storia degli ausili

Le staffe

La staffa in dotazione sulla testata del letto è iniziata a comparire negli primi anni '90. Questo ausilio consente di ridurre il peso da sollevare sempre che il paziente sia collaborante. In tutti gli altri casi sono sempre gli operatori a dover sollevare di peso verso l'alto il paziente, dovendo vincere anche l'attrito che incolla la pelle al materasso.

In precedenza le staffe non esistevano e le prime improvvisate risultavano poco sicure e pericolanti. Si ricorreva perciò alla forza bruta delle braccia ed al carico sopportato sulla schiena. Questa manovra veniva e viene ripetuta frequentemente durante la giornata in quanto per gravità il corpo del paziente tende a scivolare verso il basso. E' una manovra ancor più faticosa quanto più le braccia dell'operatore sono corte ed il letto si trova ad una altezza posta sopra l'ombelico dell'operatore. La manovra, anche se condotta in due, comporta una distorsione sotto sforzo del rachide. Non era ed è infrequente ritrovarsi da soli a soddisfare la giusta richiesta dei pazienti di avere un po' di sollievo facendosi "tirare un po' su". Oggi i letti elettrici evitano molte di queste manovre, ma ciò nonostante, il corpo del paziente necessita sempre di essere riposizionato verso il cuscino, cioè verso l'alto, cosa che anche i letti elettrici non consentono a meno che dispongano di un tappetino rotante motorizzato di cui non conosco attualmente l'esistenza in dotazione. Resta sempre il bisogno del paziente di sentirsi sollevato, prendere aria alle parti compresse e cambiare posizione anche di pochi centimetri,

Le spondine

Le spondine, prima di ferro e poi di alluminio, venivano applicate ai letti dei pazienti instabili e a rischio caduta. Generalmente si trattava di un 20-25% dei pazienti. Ve ne erano di diversa forma in base alla struttura del letto, ma per un bel periodo sono state scomodissime da applicare a meno che



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



non lo si facesse in due operatori. Si trattava di infilare le estremità in modo che si incastrassero al letto, ma l'operazione risultava difficile a causa del materasso, dei cuscini, delle coperte e delle lenzuola che si intromettevano all'operazione, costringendo l'operatore a sbilanciare il peso della spondina prima da una parte per poter liberare gli ostacoli per poi fissarle dalla parte opposta.

A parte il loro posizionamento, le spondine di fatto allontanavano l'operatore dal centro del letto e quindi dal paziente costringendolo a bypassarle da sopra e quindi esponendo il rachide ancor più lontano dal peso da sollevare. In alternativa si dovevano rimuovere allungando i tempi dell'operazione e ripetendo l'azione della loro applicazione.

Gli zoccoli alzaletto

Realizzati in legno, consentivano di declinare il letto di tre angolazioni. Finché si trattava del primo livello, lo sforzo di sollevamento era minore, ma se si doveva alzare fino al terzo livello non era un'impresa da tutti. Se si era in due a fare l'operazione la si compiva o mettendosi ai lati e con una mano si sollevava e con l'altra si posizionavano gli zoccoli, oppure uno sollevava il letto mettendosi di schiena e l'altro sistemava gli zoccoli. Entrambi lavorazioni sottoposte a sforzo fisico e rischio dorsale. I letti elettrici oggi hanno risolto il problema.

I tira letti

I tiraletti sono stati in uso fino a pochi anni fa, soppiantati con l'avvento dei letti moderni dotati di ruote di grandi dimensioni. Consistevano in due telai di ferro che si sfilavano tra loro in altezza consentendone la variazione. Dotati entrambi di uncini che aggrappavano le testate dei letti e di piccole ruote piroettanti. L'operatore doveva infilare sotto il letto dalla parte dei piedi il primo tiraletti, sollevare il letto fino a consentire ai ganci di infilarsi sulla testata. Posizionato il primo, occorreva tirare il letto scostando la testata dal muro ad una distanza tale da poter infilare il secondo tiraletti e quindi ripetere l'operazione. Per un certo periodo furono in uso i materassi ad acqua come prevenzione dei decubiti. Quindi oltre al peso del letto e del paziente si aggiungeva quello di almeno 200 litri d'acqua; acqua che esercitava una forza opposta tutte le volte che si doveva cambiare direzione. Acqua che nel rifacimento del letto sporco a paziente allettato, facilitava la caduta del paziente verso il lato nel quale lo si girava per cambiare le lenzuola, dovendo quindi sorreggere il peso morto del paziente girato dalla tua parte intanto che il secondo operatore faceva il resto.

Gli alzaspalle

Gli alzaspalle erano due telai di ferro incernierati ed inclinabili a piacere grazie ad un meccanismo indentato. Erano utilizzati per far tenere la posizione semiseduta al paziente soprattutto durante l'orario dei pasti. Il personale d'assistenza li predisponeva a tutti i pazienti allettati che si dovevano alimentare. Dovevano però essere infilati sotto il materasso; operazione questa che costringeva l'operatore con una mano a sollevare materasso e schiena del paziente mentre con l'altra infilava l'alzaspalle. Anche se lo si faceva in due, uno dei due doveva comunque effettuare questa rischiosa manovra di torsione del rachide e di spinta. Solo oggi con l'avvento dei letti elettrici si è risolto il rischio.



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



La storia delle camere di degenza

Negli anni '70, ante riforma Donatt Cattin, gli ospedali erano luoghi dove si andava a morire o a nascere. Strutture ricavate spesso da conventi o da lazzaretti, con ampie camerate in cui si stipavano letti con l'unica accortezza da farci stare tra loro un comodino 40x40.

Tale aspetto non è da sottovalutare sia per la mancanza totale di intimità e privacy riservata al paziente, che dalla condizione lavorativa di chi si doveva avvicinare ad assistere i pazienti, quattro dei quali avevano un lato del letto addossato alla parete e quindi tutte le manovre potevano essere svolte solo da quella parte, destra o sinistra, come capitava, obbligando il personale a movimentazioni rischiosissime per il rachide.

Cameroni da 9/12 letti o addirittura corridoi che ospitavano file di letti contrapposte in tutta la lunghezza. Un singolo bagno che doveva soddisfare i bisogni fisiologici di tutta la divisione. Questo è stato l'ambiente ospedaliero pressoché fino al '90. Piano piano si cominciò a riservare più attenzione all'ambiente ospedaliero, iniziando con le camere riservate ai privati e quindi predisponendone all'interno i servizi igienici, una poltrona e la presa per la tv e il telefono. Persistevano le camerate comuni e i servizi igienici comuni con l'unica accortezza che i reparti di degenza erano distinti tra maschili e femminili. Tale disparità di trattamento tra pazienti privati e comuni via via andò scomparendo, in seguito alla ristrutturazione delle camerate dove vennero ricavate stanzette a due, tre o quattro letti con il bagno incorporato.

Spesso capitava e capita che la dimensione della luce della porta fosse inferiore a quella del letto o a quella degli attuali sollevatori che di conseguenza risultano inefficaci, inservibili ed inutilizzati.

La storia del trasporto dei letti

Il trasporto dei letti con il paziente coricato era ed è prassi comune ma presentava non poche difficoltà legate agli accidenti sui percorsi irregolari e sfalsati oltre che con asperità e buche dove regolarmente si andavano a conficcare le piccole ruote dei tiraletto e dove la soluzione non poteva che essere quella del sollevamento di peso per estrarre le ruote. Procedura spesso eseguita da soli a causa della scarsità di personale a disposizione. Quando si doveva spingere un letto da soli era un dramma! Non sempre le ruote del tiraletto erano oliate e con i cuscinetti mantenuti; si imputavano in direzioni contrarie al percorso costringendo l'operatore ad uno sforzo supplementare quasi sovrumano. Poi c'era il problema delle ruote piroettanti che non facendo perno sul pavimento, costringevano l'operatore a delle torsioni sotto sforzo per costringere le ruote a prendere la direzione desiderata. Stessa operazione anche se un po' meno contorta nel caso che uno dei due tiraletti avesse le ruote fisse; si trattava sempre di fare perno attorno alla colonna vertebrale ruotandone l'asse in direzione del percorso.

La storia degli ascensori

Gli ascensori negli ospedali hanno sempre rappresentato un pericolo per gli operatori e per il personale. A parte i guasti e le situazioni drammatiche di chi si ritrovava rinchiuso in angusti spazi a dover governare il proprio panico e nel frattempo tranquillizzare o assistere il paziente trasportato anche in gravi condizioni, con campanelli d'allarme che nessuno sentiva e poteva capitare di restare intrappolati anche per ore.

Le dimensioni dei primi ascensori erano estremamente ridotte. I letti non passavano o passavano solo a malapena dopo aver rimosso le spondine, il supporto delle sacche delle urine e le piante delle

NURSIND – Via Belisario, 6 - Roma 00187 CF 95098210248 PEC

18

nazionale@pec.nursind.it

nazionale@nursind.it - www.nursind.it - tel 0503160049 fax 0692913943 cell. 3484722368



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



flebo. Una volta riusciti ad entrarvi, l'operatore si ritrovava schiacciato contro la parete o nel peggiore dei casi in fondo, lontano dai pulsanti di comando se fosse stato costretto ad entrare per primo nel vano a causa dello scalino tra il pavimento e il piano dell'ascensore che impediva lo scorrere delle ruote, quindi si ritrovava costretto a sollevare il letto e tirarlo all'interno senza avere lo spazio necessario per tornare verso l'uscita. Uscita che a questo punto risultava ancora più ardua se le porte non si aprivano in automatico ed occorreva esercitare una spinta, sperando che le ruote non inciampassero.

Inoltre, negli edifici vetusti, gli ascensori installati erano pochi e distanti tra loro, cosicché, anche per effettuare spostamenti brevi, si era costretti a fare lunghi tragitti per raggiungere le destinazioni.

La storia dei sotterranei

Gli spostamenti dei pazienti avvenivano per lo più attraverso i sotterranei dei nosocomi; veri e propri cunicoli che permettevano di raggiungere i vari padiglioni senza andare all'aperto e quindi evitando le intemperie al paziente. Percorrerli con i letti occupati era un'impresa difficoltosa. Tortuosi, scarsamente illuminati, con la pavimentazione dissestata, angusti e spesso in dislivello che ti costringeva a metterti a 90° per esercitare una maggior spinta in grado di far fronte alla salita ed all'opposto in fase di discesa.

Se il tempo lo consentiva si preferiva fare il percorso all'aperto ma anche questo non era privo di difficoltà sia per la pavimentazione che per i dislivelli. In seguito ci si misero anche le auto posteggiate ad impedire il transito.

I trasporti interni in ambulanza erano riservati ai padiglioni più distanti o privi di passaggi sotterranei e comunque erano limitati allo stretto necessario. I pazienti trasportati in ambulanza comunque non facevano un viaggio tranquillo ma piuttosto traballante a causa delle condizioni del manto stradale e dell'intasamento delle auto posteggiate.

La statura media delle infermiere/i

Alla professione infermieristica non sono richiesti requisiti fisici d'accesso, a differenza delle forze dell'ordine in cui vi sono, ad esempio, per gli ufficiali, sottufficiali e volontari delle forze armate, 1,65 cm per gli uomini e 1,61 per le donne e, solo per la Marina, non superiore a 1,90 cm; per gli ufficiali dei carabinieri, 1,70 per gli uomini e 1,65 per le donne; per la polizia 1,65 cm per gli uomini e 1,61 per le donne.

I nuovi parametri fisici terranno conto della composizione corporea, della forza muscolare e della massa metabolicamente attiva. C.d.M. 31 luglio 2015

Ad esempio, la percentuale di massa grassa nell'organismo dovrà essere non inferiore al 7% e non superiore al 22% per i candidati di sesso maschile e non inferiore al 12% e non superiore al 30% per quelli di sesso femminile. E la forza muscolare - misurata in kg - dovrà essere non inferiore a 40 kg per gli uomini e a 20 kg per le donne. Il terzo parametro da tenere in considerazione è la massa metabolicamente attiva, misurata in percentuale di massa magra teorica presente nell'organismo: non inferiore al 40% per i maschi ed al 28% per le femmine.

Non credo vi siano studi in merito alla corporatura media del personale infermieristico. Certo è che per l'87% è femminile, quindi già di per se inferiore, ma dalla mia personale esperienza e conoscenza ho la sensazione che alla professione infermieristica siano più portate femmine piuttosto minute. Sarebbe interessante approfondire questo aspetto.

NURSIND – Via Belisario, 6 - Roma 00187 CF 95098210248 PEC

19

nazionale@pec.nursind.it

nazionale@nursind.it - www.nursind.it - tel 0503160049 fax 0692913943 cell. 3484722368



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni
Infermieristiche*



Non si vuole qui affermare che vi sia la necessità di porre tali requisiti anche alla professione infermieristica, ma far notare però come non essendoci tali limiti, chi l'ha esercitata ha dovuto adeguarsi a prescindere dalla massa corporea e dall'altezza, tenendo presente il peso medio della popolazione italiana che spesso è inferiore a quello della popolazione assistita (obesità, alterazioni metaboliche).

La movimentazione dei carichi viventi

La normativa attuale, riguardante la sicurezza degli operatori nel caso della movimentazione dei pesi, non accenna ad una tipologia di peso animato quale è quella di un paziente. Si parla sempre di pesi inanimati e stabili e quindi delle misure atte a prevenire rischi per l'operatore: peso, dimensioni, punti di presa e movimentazione corretta. Tutte impostazioni che possono essere attribuite ad un peso statico inanimato.

Nell'ambito della scienza infermieristica, da sempre si è sviluppata l'attenzione verso le manovre e le posizioni da assumere nello spostamento dei pazienti, cercando così di evitare o limitare i rischi alla colonna vertebrale.

Resta pur sempre reale l'eventualità di incorrere durante l'assistenza in movimenti e posizioni dettate dalle condizioni e dall'emergenza (shock, lipotimie, cadute accidentali, aggressioni, obesità, para e tetraplegia, movimenti e scatti improvvisi del paziente, ecc.).

A tutto ciò va considerato ed aggiunto un elemento fisico non trascurabile quale il peso del paziente. Parametro spesso presente nella documentazione clinica e tenuto presente solo per gli aspetti clinici e mai per il rischio lavorativo degli operatori.

La normativa della 626 del '94 imponeva in 30 kg i limiti massimi di pesi sollevabili dai lavoratori. Oggi nel nuovo allegato si fa riferimento alle norme tecniche ISO della famiglia 11228 e alla Uni EN 1005-2 da cui si desume che gli attuali limiti massimi consentiti sono:

Maschi dai 18 ai 45 anni: 25 kg.

Femmine dai 18 ai 45 anni: 20 kg.

Maschi fino ai 18 e dopo i 45 anni: 20 kg.

Femmine fino ai 18 e dopo i 45 anni: 15 kg.

Il peso medio della popolazione italiana è di 74 kg. per gli uomini e 59 kg. per le donne. In entrambi i casi quindi, a norma di legge servirebbero per sollevare un paziente maschio almeno 3 uomini di età tra i 18 e i 45 anni, oppure 4 donne sempre tra i 18 e i 45 anni, oppure 4 uomini di età superiore ai 45, oppure 5 donne di età superiore ai 45 anni. Queste sarebbero le norme di legge da rispettare e far rispettare.

E' evidente che tale normativa, pur essendo relativamente recente, in ambito sanitario non è mai stata rispettata sia prima che ora. La prova consiste nelle dotazioni standard di personale addetto ai reparti di degenza dove la media di presenze di operatori è tra le due ed una unità nei turni notturni e pomeridiani. Ciò significa che per 18 ore su 24 per 365 gg. l'anno, gli infermieri e gli operatori di supporto lavorano in condizioni in cui non vengono rispettate le normative sulla sicurezza nella movimentazione dei carichi, esponendoli così a seri e ripetuti episodi di rischio di patologie del rachide.

Da tutto ciò premesso e soprattutto dall'ultima considerazione riguardante la movimentazione dei pazienti dovrebbe scaturire il rispetto dell'obbligo di legge che imponga un numero di presenze minime di operatori sui turni di lavoro, vietando assolutamente la presenza di un solo operatore.

NURSIND – Via Belisario, 6 - Roma 00187 CF 95098210248 PEC

20

nazionale@pec.nursind.it

nazionale@nursind.it - www.nursind.it - tel 0503160049 fax 0692913943 cell. 3484722368