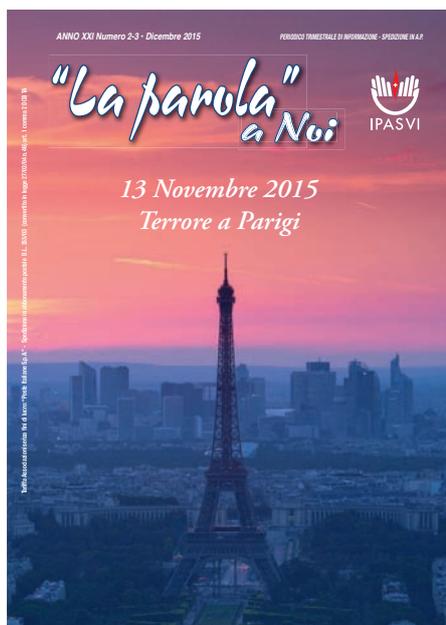


"La parola" a Noi



13 Novembre 2015
Terrore a Parigi

*Noi Infermieri, Cittadini del mondo,
piangiamo le vittime
dell'avidità, della guerra,
del fanatismo e del profitto.*



Comitato di Redazione

G. Argese A. Gualano
L. Calabrese G. Mecca
E. De Santis F. Perrucci

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale
e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato:

Benedetta Mattiacci G. Ferrarese
Emma Bellucci Conenna C. Guarino
Barbara Mangiacavalli Grazia Suma
Rossella Bastone Carmela Lacatena
Monica Cardelicchio Franco Miccoli
Valentina Pulpito Antonio Miccoli
Francesca Pulpo Francesca Lena
Angelica Ricciato Gerardo Mecca
Immacolata Strusi Pierpaolo Volpe
Bianca Maria Cartella

Fotocomposizione e stampa
Stampa Sud spa - Mottola (Ta)
www.stampa-sud.it

Reg. Trib. di Taranto n. 462/94
decreto del 23/03/1994



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Editoriale	Pag. 3
Solidarietà con la Francia	» 5
Convegno Abuso sui minori	» 7
Maltrattamento e abuso dei minori	» 9
L'osservazione del minore in ambito scolastico	» 12
Clinical Access Triage	» 19
L'Operatore Socio Sanitario: una risorsa in sala operatoria	» 23
La solitudine dell'infermiere	» 29
L'assistenza oltre confine	» 31
Il progetto per gli studenti del Polo Jonico	» 34
Corso di laurea in infermieristica: le novità	» 37
L'incontinenza urinaria	» 39
Disposizioni orario di lavoro	» 42
Comunicato Stampa	» 45
Le avversità possono essere formidabili occasioni ...	» 46
La più brutta storia della nostra Taranto: l'inquinamento (conclusione)	» 47
Seduta di laurea infermieristica	» 54
Precariato pubblico tra le corti	» 55
Per una guerriera	» 59
Programma Scientifico	» 60

Collegio IPASVI

Via Salinella, 15

Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427

www.ipasvitaranto.it - info@ipasvitaranto.it

orari di apertura al pubblico

lunedì - mercoledì - venerdì 9,00- 12,00

martedì 15,00 - 17,30

venerdì 17,00 - 19,00

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

Copertina Dan Mirica / Freepik



*La necessità di infermieri è sicurezza per i pazienti e garantisce la vita”
“... la scienza infermieristica non è solo concettualità e scienza ma personalizzazione dell'atto con valore dei vissuti delle esperienze del paziente”.*

Due affermazioni che noi tutti ci sentiamo di condividere in pieno, ma affermazioni che rimandano ad una realtà in continua evoluzione, e non solo in positivo. Di fatto, parlare di sanità, oggi, significa abbandonare il vecchio stereotipo, in crisi, vuoi per il ridimensionamento dei fondi dedicati, vuoi per le criticità emergenti, vuoi per l'allontanamento dal territorio sia per fruizione che per programmazione.

Allora? Allora emerge la necessità di ripensare l'organizzazione del lavoro attraverso una riflessione con un attento studio delle regole del mondo del lavoro sanitario, dove, per la delicatezza dei compiti, occorrono, ad esempio, sempre più forze nuove, mentre, per problemi vari, a cominciare da quelli legati al Piano di rientro, si assiste al blocco del turn over ed alla realtà di operatori sempre meno giovani. È statisticamente provato che all'invecchiamento della forza lavorativa è legato un deficit delle capacità mentali e fisiche, invecchiamento, secondo l'ILO (International Labour Organization) prevedibile per poter adottare le misure adeguate a ridurre l'impatto sul lavoro; all'invecchiamento sono legati problemi strettamente connessi come fattori ergonomici (sollevamento e movimentazione di pazienti), fattori psicologici (ritmi di lavoro massacranti o comunque protratti, difficoltà nel gestire richieste psicologiche di tipo emotivo, minacce e violenza fisica, difficoltà di conciliare la vita privata con quella lavorativa); rischio di infortuni, di punture accidentali, di esposizione a liquidi biologici.

Ma il blocco del turn over è solo uno dei problemi, contestualmente occorrono:

1. cambio della governance, **governance spesso definita con atti formali e non**

solo quali prassi consolidata, governance pubblica che si concretizza, a livello regionale, in particolare nelle attività di programmazione, nella identificazione di linee progettuali, in ambito normativo/regolativo, nella formazione ma, con minore frequenza, nella programmazione degli investimenti;

2. nuovi modelli gestionali ed organizzativi con forte ridefinizione dei ruoli e dei rapporti tra servizi con un potenziamento di funzioni e competenze anche infermieristiche;
3. nuovi interlocutori;
4. sganciamento della sanità dalla politica;
5. riconoscimento delle “competenze avanzate” o, meglio, specialistiche che con il comma 566 della Legge di stabilità 2015 avrebbero dovuto già essere realtà dal gennaio di quest'anno. Speriamo fortemente che vengano applicate con il prossimo contratto di lavoro, mentre, ad oggi, hanno solo prodotto una sorta di insurrezione da parte di chi ne ha equivocato il contenuto.

Il comma 566 prevede l'infermiere specialista in quelle famose aree di cui si parla da anni: cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (infermiere di famiglia), area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze. In questo momento, allora, dobbiamo ripensare il futuro della professione, a cominciare dal superamento del modello biomedico della formazione ampliando il nostro

bagaglio formativo e culturale con Master di 1° livello e, per quanti già in possesso della laurea magistrale, con Master di 2° livello, titoli spendibili negli ospedali e sul territorio, nelle famiglie e nella formazione dei nostri studenti.

Possiamo dire con orgoglio che il territorio jonico conta già professionisti con queste caratteristiche, impegnati nell'Università, negli ospedali, sul territorio, ma non sono sufficienti per dare risposte a tutti i bisogni, per cui c'è necessità di continuare a fare formazione. Una grossa opportunità viene offerta dall'Università di Bari che, recependo le istanze del territorio e vagliati i progetti dei Collegi Provinciali, attiverà per l'Anno 2016-2017, anche nelle sedi decentrate, Master di 1° e 2° Livello e Percorsi di Alta specializzazione, con evidenti vantaggi per la nostra professione, per il cittadino, per il territorio. Questa "opportunità" deve, a nostro avviso, far crescere gli Infermieri anche all'interno dell'Università con nuovi spazi di docenza e di tutoraggio, senza invasioni di campo del Med 45 da parte di altre figure, che sottrarrebbero specificità, spirito di appartenenza e sbocchi professionali, rimandando gli infermieri a situazioni già vissute.

Abbiamo parlato di ripensare il futuro della professione che, più che mai, deve essere spendibile anche sul territorio, soprattutto perché la Sanità pubblica, finora universalistica, per la contrazione dei budgets sta chiudendo ospedali, conta liste d'attesa sempre più lunghe, ignora di fatto la centralità del paziente, decretando in certo qual modo il fallimento del sistema ospedalocentrico, spingendo verso la sanità terri-

toriale, la cui connotazione ed organizzazione è differente dalla ospedaliera, con un diverso target di utenti; rete territoriale strutturata con distretti, ambulatori infermieristici, Ospedali di comunità, Rsa, Hospice, REMS (strutture ricettive a carattere sanitario), servizi come l'ADI, che richiedono professionisti anche in grado di lavorare autonomamente.

Purtroppo, a livello locale, è sempre più emergenza infermieri, indifferenziata: organico sottodimensionato negli ospedali e sul territorio, con ipotesi di ancora maggiore criticità per il blocco delle assunzioni a tempo determinato, imputabile al fattore economico.

Il nostro è il Paese con il più basso rapporto tra Pil e spesa sanitaria, ma è anche tra quelli con i migliori dati di salute e i livelli di aspettativa di vita più elevati, il che implica la centralità della rete territoriale, costretta a confrontarsi con patologie ad andamento cronico e con la continuità assistenziale, ma urge una rete efficiente, in grado di saper rispondere alle domande di salute dei cittadini che, sempre più informati, chiedono professionisti preparati ed aggiornati. Dunque, infermieri con una formazione universitaria di livello come quello che dobbiamo riconoscere al nostro Polo jonico delle Professioni sanitarie, finalmente approdato in una sede idonea, la Cittadella della Carità, dove sarà possibile anche quella ricerca da tutti auspicata.

Difficile in questo momento di dolore pensare al Natale come gioia, come festa, come serenità, pure dobbiamo credere che possa esserci per tutti un futuro di amore di fratellanza.



Buon Natale e Buon Anno 2016

LETTERA DELLA PRESIDENTE
DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE IPASVI ALL'OMOLOGA FRANCESE

Solidarietà con la Francia

16/11/2015 - *Solidarietà degli infermieri italiani con il colleghi francesi: lettera della Federazione Ipasvi all'Ordine nazionale di Francia. "Gli infermieri italiani pronti sia dal punto di vista professionale che psicologico, così come i colleghi francesi, a far fronte con piena responsabilità, lucidità e competenza alle emergenze"*

Gli infermieri italiani hanno espresso la loro solidarietà e vicinanza ai colleghi francesi dopo gli attentati di Parigi. E lo hanno fatto – con una lettera inviata dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi all'Ordine nazionale degli infermieri francesi – che vivono il doppio disagio di vedersi "attaccati" anche nei loro affetti e dover garantire un'assistenza in assoluta emergenza ai cittadini - in cui si ribadisce con forza l'importanza che la professione e i professionisti hanno avuto e hanno nelle emergenze, anche se il cuore degli infermieri in questi casi, come quello di chiunque assista a tali atti di barbarie, ha difficoltà a battere con regolarità per la rabbia e per il dolore che è proprio di ogni essere umano.

La presidente della Federazione Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, ha scritto al collega presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli infermieri francese Didier Borniche, sottolineando il ruolo fondamentale che i professionisti hanno avuto nell'emergenza, così come è stato subito evidente durante la cronaca dei fatti, in cui gli infermieri erano subito in prima linea nonostante il pericolo costante anche per la loro vita e ringraziandola per l'immagine di professionalità che, anche in un momento come quello vissuto a Parigi, gli infermieri francesi hanno saputo dare al mondo.

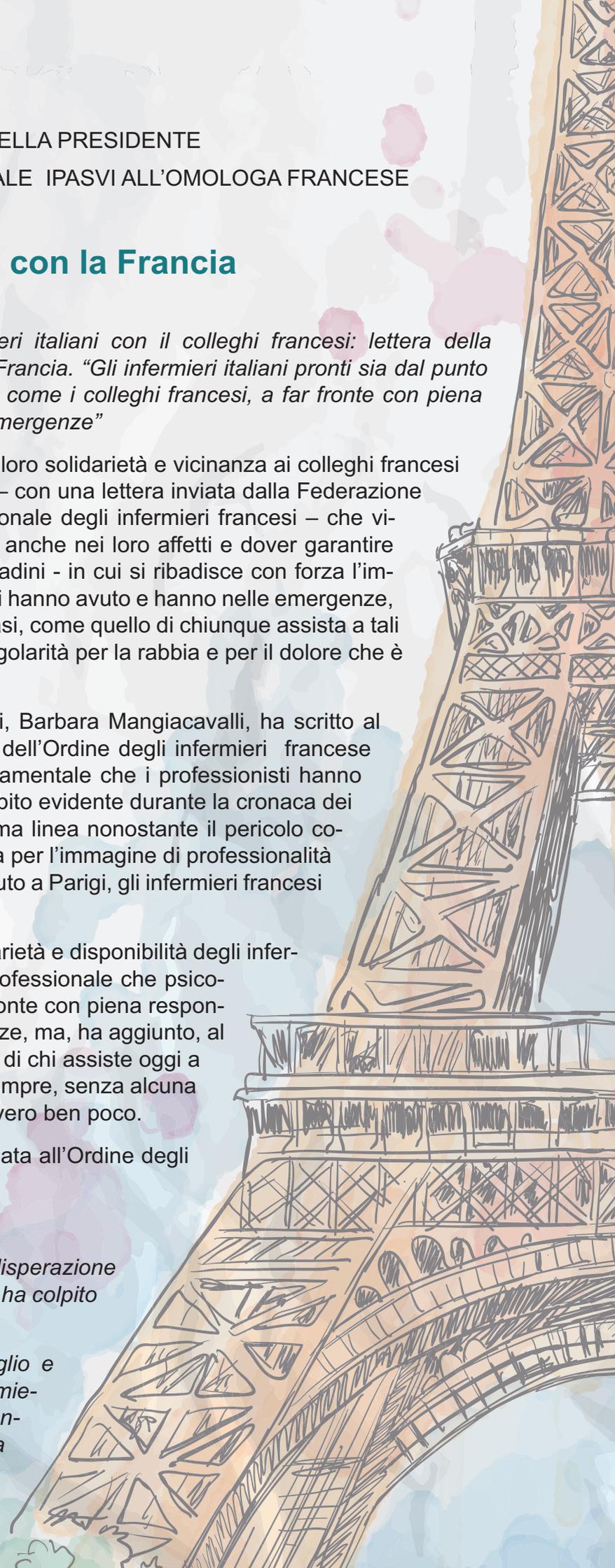
Mangiacavalli ha ribadito la piena solidarietà e disponibilità degli infermieri italiani, pronti sia dal punto di vista professionale che psicologico, così come i colleghi francesi, a far fronte con piena responsabilità, lucidità e competenza alle emergenze, ma, ha aggiunto, al di là della professione resta il dolore umano di chi assiste oggi a situazioni che di umano hanno e avranno sempre, senza alcuna giustificazione o attenuazione dei fatti, davvero ben poco.

Questo il testo tradotto della lettera inviata all'Ordine degli infermieri francesi:

«Caro amico, caro Collega,

abbiamo vissuto con raccapriccio e disperazione accanto a voi le immagini della tragedia che ha colpito Parigi e tutto il mondo.

Ma abbiamo vissuto anche con orgoglio e partecipazione le immagini degli Vostri infermieri impegnati in prima linea, senza alcun pensiero al pericolo di situazioni come quella



che si presentavano via via, ma solo dedicati con tutti se stessi ad assistere i cittadini innocenti vittime di una follia che alla sua base non ha nulla di religioso, nulla di politico, nulla di umano.

Come esseri umani ci sentiamo inermi e impauriti al pensiero di ciò che avete vissuto e state vivendo voi e al pensiero che il pericolo, lo stesso pericolo, è anche accanto a noi, ai nostri assistiti e alle nostre famiglie. Ma come infermieri ci sentiamo orgogliosi di Voi e dell'immagine che avete dato al mondo e pronti e determinati a mettere in campo tutta la nostra professionalità e preparazione per assistere sempre e soprattutto in emergenze così gravi non solo chi è direttamente coinvolto, ma anche le famiglie che le subiscono, le persone che ne hanno bisogno.

Noi siamo infermieri. Siamo orgogliosi di esserlo e lo siamo al di là di qualunque differenza o distinzione. Abbiamo scelto la nostra professione perché sentiamo dentro la necessità di prenderci cura di chi soffre e ha bisogno. L'abbiamo scelta consapevoli delle difficoltà e dei rischi che a volte anche comporta, ma con la lucidità e la volontà di chi fa del proprio lavoro un servizio ai cittadini.

Ed è per questo che Ti ringrazio a nome degli infermieri italiani per aver dimostrato tutto questo nei fatti.

Vi siamo vicini e oltre alla illimitata solidarietà che nessuno al mondo può negare al popolo francese, siamo pronti a darvi tutta la nostra collaborazione e tutto il nostro sostegno per tenere sempre alto, così come avete fatto voi, il nome e l'immagine della nostra professione, ma soprattutto per raggiungere sempre e a tutti i costi l'obiettivo che scegliendola ci siamo dati: la salute dei cittadini.

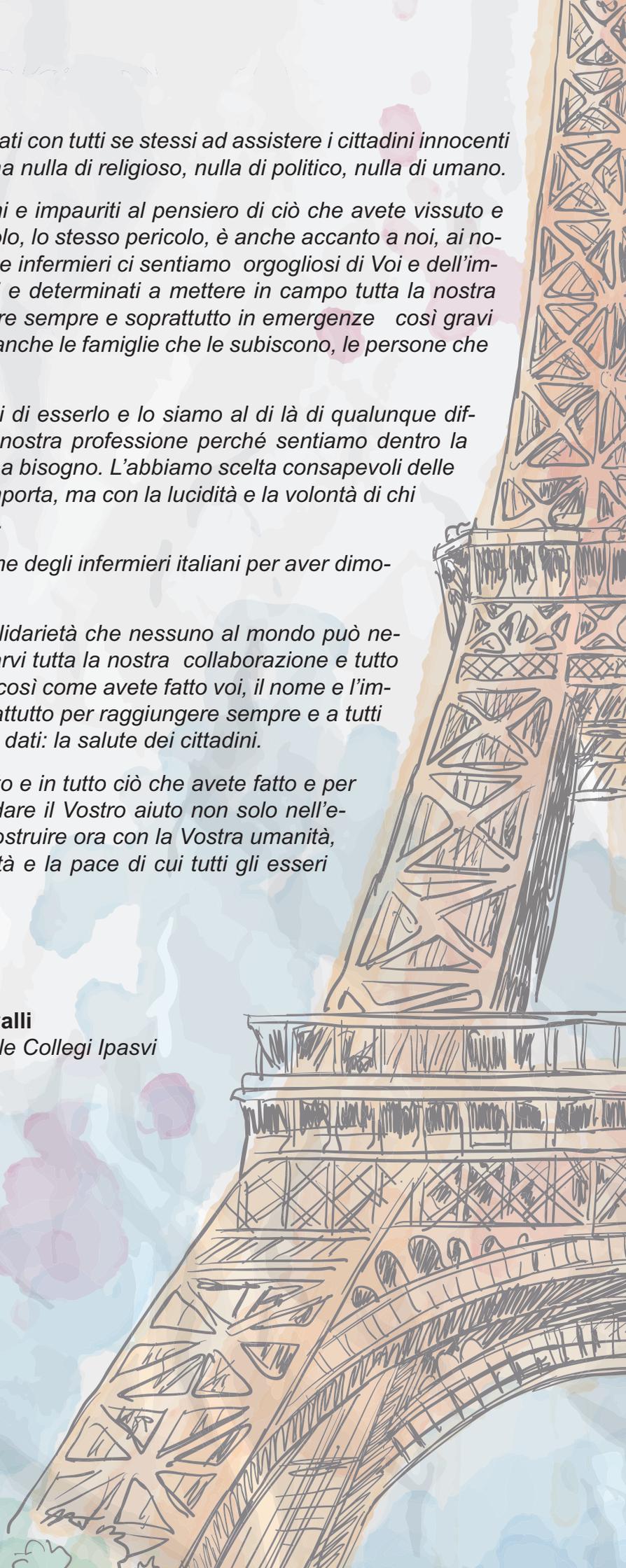
Vi siamo vicini, siamo con voi. Per tutto e in tutto ciò che avete fatto e per tutto e in tutto ciò che ancora farete per dare il Vostro aiuto non solo nell'emergenza come è stato, ma anche nel ricostruire ora con la Vostra umanità, abnegazione e professionalità, la normalità e la pace di cui tutti gli esseri umani hanno diritto.

Barbara Mangiacavalli

Presidente Federazione Nazionale Collegi Ipasvi



IPASVI



MALTRATTAMENTO E ABUSO DEI MINORI

TARANTO, 12 GIUGNO 2015



“I minori sono soggetti titolari di diritti”, ovvero non “appendici” ma persone.

E' la teoria, ben diversa la realtà con i minori ancora troppo spesso “oggetti” o “proprietà” ed, a confermarlo, i dati su maltrattamenti ed abusi, dati assolutamente allarmanti.

Infatti, il maltrattamento minorile conta oltre 100.000 casi in Italia, pari allo 0,98% della popolazione minorile, dato sottostimato, soprattutto perché c'è una scarsissima preparazione nella capacità di riconoscere, di leggere il maltrattamento.

Secondo la prima ricerca quantitativa di Terres del Hommes e Cismai su un campione di 31 Comuni italiani, la trascuratezza materiale e affettiva è la tipologia preponderante di maltrattamento (52,7%), seguita da violenza assistita (16,6%), maltrattamento psicologico (12,8%), abuso sessuale (6,7%) maltrattamento fisico (4,8%).

Circa 150 milioni di bambine e 73 milioni di bambini sotto i 18 anni hanno sperimentato vio-

lenza e sfruttamento sessuale, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e si stima che 1,2 milioni di bambini ogni anno siano vittime di traffico, secondo un rapporto dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO).

Per tentare di arginare questi fenomeni, i Governi di vari Paesi hanno emanato direttive per la tutela dei minori: Convenzione dell'Aja 1985, Convenzione di New York 1989, Carta di Nizza 2000, legislazioni nazionali.

Purtroppo, la violenza contro i bambini è fin troppo fenomeno invisibile, non ascoltato e non denunciato, consumato spesso tra le pareti domestiche, pareti che non hanno orecchi ed occhi per ascoltare, per vedere.

“In ogni paese, in ogni cultura, la violenza contro i bambini esiste”, afferma il direttore generale dell'UNICEF Anthony Lake.

“Ogni volta che un bambino subisce un atto di

violenza, ovunque esso si trovi, dobbiamo farci sentire e manifestare la nostra indignazione e la nostra rabbia. Dobbiamo rendere visibile quello che è invisibile.”

Imparare a “vedere”, a “sentire”, a “riconoscere” sono le motivazioni dell’evento formativo **“MALTRATTAMENTO ED ABUSO SUL MINORE”**, organizzato dal Collegio Ipasvi Taranto, svoltosi in giugno, ma riprogrammato per il prossimo anno, che ha visto un parterre di esperti dei vari settori, da quello legislativo con la presenza della presidente del Tribunale dei minori a quello del mondo sanitario e della scuola, ovvero interventi a 360°, cominciando dal tema **“Violenza assistita ed i provvedimenti a tutela dei minori”**, trattato dalla dott. ssa Bina Santella, presidente del Tribunale dei minori, che ha “disegnato” i *“diversi sintomi dell’ abuso e del disagio minorile: trascuratezza fisica, affettiva e culturale, isolamento sociale ed anoressia, alcune forme di autismo,*

inadempienza dell’obbligo scolastico e dispersione, depressione e disistima. La crisi della famiglia tradizionale e della coppia genitoriale ha portato all’affermarsi di un nuovo modello di famiglia, ha fatto emergere le difficoltà del minore di rapportarsi con diversi adulti”, adulti a lui ignoti, mentre viene troppo spesso boicottato il rapporto con il genitore naturale, il che genera gravissime conseguenze sul piano affettivo e relazionale in genere.

Necessario, allora, che il disagio venga denunciato o che, comunque, emerga in famiglia, nella scuola, attraverso una valutazione psichiatrica, in ogni contesto nel quale il minore vive; occorre che gli operatori scolastici, sanitari, sociali imparino a comprendere segni e sintomi per attivare tempestivamente la rete idonea, avvalendosi degli strumenti a disposizione. Anche gli infermieri sono chiamati a “vedere”, “sentire”, “riconoscere” nello svolgimento del lavoro, per cui bisogna dotarli delle “conoscenze apposite”.





MALTRATTAMENTO E ABUSO DEI MINORI: QUALE IL RUOLO/CONTRIBUTO DEGLI INFERMIERI?

a cura del Gruppo di Lavoro Giornale
Dott.ssa Rossella Bastone,
Dott.ssa Monica Cardellicchio,
Dott.ssa Valentina Pulpito,
Dott.ssa Francesca Pulpo,
Dott.ssa Angelica Ricciato,
Dott.ssa Immacolata Strusi

Maltrattamento e abuso sui minori, argomento non facile da trattare in quanto fenomeno molto complesso e ricco di sfaccettature. Noi infermieri del gruppo di lavoro miriamo a riflettere sulle diverse forme di violenza subite da bambini e adolescenti e sull'importanza del contributo dell'infermiere alla luce del fenomeno.

La violenza è un problema storico e sociale da sempre esistente, ma è negli ultimi anni che la sensibilità collettiva è significativamente cresciuta. Infatti, innumerevoli sono state le iniziative congressuali, informative e formative che hanno avuto come oggetto questo tema. L'entità del fenomeno ed il suo monitoraggio nel tempo è di difficile interpretazione; l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) sostiene che quantificare l'abuso sui minori è un processo assai difficoltoso in quanto molto spesso non dichiarato, comunque si stima che un numero considerevole di casi non giunga all'attenzione delle fonti ufficiali (Autorità giudi-

ziaria), né sia in qualche modo intercettato dai servizi sociali e dalle istituzioni di tutela.

La stessa OMS definisce l'abuso o il maltrattamento all'infanzia come "tutte le forme di maltrattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o negligenza, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere".

Il recente rapporto del 2013 afferma che, ancor più frequente dell'occorrenza di singole forme di maltrattamento, è quella di sue forme multiple, le cosiddette "ACE" (Adverse Childhood Experiences). In altre parole, accade più spesso che un bambino o un ragazzo subisca più tipologie di maltrattamento piuttosto che una soltanto.

Conseguentemente, il danno è tanto maggiore quanto più:

- il fenomeno resta nascosto, o non viene riconosciuto;
- non viene attivata protezione nel contesto primario e nel contesto sociale;
- l'esperienza resta non verbalizzata e non elaborata;
- viene mantenuta la relazione di dipendenza della vittima con chi nega l'abuso (CISMAI).

Di conseguenza, in ogni caso la valutazione va effettuata in modo esteso e complesso, analizzando almeno tre aree:

- indicatori e segni fisici;
- indicatori e segni psicologici;
- racconti e affermazioni della presunta vittima.

Per garantire un efficace intervento di tutela e cura sia delle vittime che di coloro che agiscono il maltrattamento, occorre che vengano attivati, a cura dei diversi soggetti coinvolti nella presa in carico, alcune azioni organizzate in un articolata sequenza logica prima che temporale.

Le fasi di intervento potrebbero brevemente essere riassunte in:

- prevenzione;
- rilevazione;
- segnalazione all'Autorità giudiziaria minore e denuncia;
- protezione;
- valutazione e trattamento.

La fase di valutazione diagnostica e prognostica impegna in modo integrato competenze sociali, mediche, psicologiche ed educative ed è finalizzata a comprendere:

- l'entità del danno fisico e/o psicologico, prodotto dalla situazione traumatica sul minore;
- i fattori individuali e relazionali che han-



no determinato l'insorgere delle condotte pregiudizievoli;

-le possibilità di cambiamento presenti nelle modalità di funzionamento genitoriale.

Fin dalle sue prime azioni, la presa in carico assume, quindi, un'importante valenza terapeutica e consente, in modo progressivo e dinamico, tramite un attenta ricognizione degli esiti prodotti, di delineare progettualità più strutturate d'intervento.

Nella lotta contro l'abuso si è fortemente sentita la necessità di una qualificata formazione e di un aggiornamento professionale da parte del personale sanitario, al fine di realizzare una rete di pluri-competenze integrate, con la finalità di interventi tesi alla tutela del minore.

Da studi condotti in altri paesi si evince la necessità di un'educazione continua per gli operatori sanitari nell'ambito dell'individuazione e della denuncia dei primi segni e sintomi di abuso sull'infanzia.

L'American Medical Association e l'America Academy of Pediatrics negli Stati Uniti hanno elaborato linee guida di diagnosi e trattamento per il maltrattamento e l'abuso sul minore.

L'Italia, in particolare regioni come Abruzzo,

Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Lazio, offre linee guida e protocolli operativi all'interno di pronto soccorsi e strutture specialistiche.

Dobbiamo, però, ammettere che il panorama formativo si presenta ricco ma frammentato.

LA FORMAZIONE

È importante distinguere tra *due tipi di formazione*: quella di *base*, in modo che gli infermieri possano individuare quanto più precocemente possibile i casi di abuso, e quella *specialistica*, rivolta a professionisti coinvolti, che intendono approfondire tali tematiche specifiche.

In ambito ospedaliero, l'infermiere di triage è quello che per primo entra in contatto con la vittima, ne valuta le condizioni e stabilisce un codice di accesso, passaggi, questi, fondamentali.

Per svolgere al meglio questa funzione, l'infermiere deve avere, oltre ad un'ottima preparazione professionale, capacità comunicativa, emotiva e di adattamento, conoscenza dei protocolli e delle linee guida comuni a tutti che gli consentano di svolgere con tranquillità e tutela dal punto di vista medico-legale il proprio operato, che sicuramente gode di maggiore autonomia decisionale ma anche di maggiori responsabilità.

Un protocollo operativo deve comprendere i seguenti punti:

- accoglienza;
- anamnesi;
- esame obiettivo;
- colloquio;
- raccolta dati;
- attribuzione del codice di accesso;
- assistenza medica ed infermieristica;
- attivazione supporto psicologico;
- denuncia all'Autorità Giudiziaria.

L'esposizione dell'infermiere a falsi negativi e falsi positivi evidenzia i rischi di errore riscon-

trabili e l'incapacità di procedere correttamente. Giocano un ruolo importante:

- la risonanza emotiva del fatto accaduto;
- precedenti esperienze personali di abuso sessuale non elaborate;
- il timore di conseguenze penali (denunce da parte dei familiari);
- condizioni di stress lavorativo;
- mancanza di fiducia nei confronti del gruppo di lavoro;
- insicurezza professionale con basso livello di autostima.

L'infermiere di triage, con il suo ruolo di prima accoglienza, può svolgere, quindi, un compito fondamentale nel suscitare il primo sospetto diagnostico, comunicandolo al medico responsabile; sospetto che solo accertamenti laboratoristici e strumentali, uniti ad un lavoro di équipe, potrà essere in seguito confermato. In ogni caso, anche il personale di unità operative di reparto, se a conoscenza di notizie relative a violenze e/o abusi a danno di minori, sono tenuti a segnalare il caso al proprio responsabile, che a sua volta provvederà agli adempimenti successivi nel rispetto degli obblighi di legge.



L'OSSERVAZIONE DEL MINORE IN AMBITO SCOLASTICO

Prof.ssa **Bianca Maria Cartella**
docente SMI



Abstract

I minori trascorrono la maggior parte del tempo a contatto con adulti nelle strutture scolastiche piuttosto che in qualunque altro luogo fuori dall'ambiente familiare.

Il ruolo svolto dalla scuola, e quindi dalle insegnanti, nella protezione dalla violenza è di fondamentale importanza.

Gli insegnanti che operano in queste strutture sono direttamente chiamati a mettere in campo competenze emotive e cognitive importanti, tenendo sempre presente che il minore ha bisogno di raccontare e di essere creduto, affinché possa instaurare un legame di fiducia con adulti rappresentativi di sani modelli di crescita sociale e culturale.

Dal punto di vista emotivo è necessario che l'insegnante sia consapevole che maltrattamenti o violenze sono eventi che esistono e che spesso si consumano all'interno delle famiglie.

Negli ultimi decenni è stato accertato e documentato che le violenze sui minori vengono perpetrate prevalentemente dai genitori o da altri membri piuttosto vicini alla famiglia: quindi occorre adottare nei confronti dei minori un atteggiamento di empatia e fiducia cercando di cogliere gli elementi di sofferenza o di disagio che il minore può manifestare.

Fondamentale, in questo percorso di "accompagnamento", è l'osservazione.

Introduzione



Rilevazione del disagio: cosa osservare?

Segnalazione del disagio: con chi interloquire?

Qual è la procedura da seguire per la segnalazione?

Il maltrattamento sul minore



Il maltrattamento sui minori è definito come:

«Tutte le forme di maltrattamento fisico ed emozionale, abuso sessuale, trattamento negligente o nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute del bambino, alla sua sopravvivenza, al suo sviluppo o alla sua dignità nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere.»

(Organizzazione Mondiale della Sanità -Rapporto 2002 "Violenza e salute")

Questa definizione copre un ampio spettro di condotte maltrattanti, concretizzate sia in atti commissivi che omissivi compiuti da genitori o care givers, e distingue quattro tipologie di maltrattamento infantile

(O.M.S. "Prevenire il maltrattamento sui minori", 2006, trad. it. 2009)

abuso fisico, si definisce l'uso intenzionale della forza fisica contro un minore, come l'insieme di quegli atti che causano un danno fisico;
abuso sessuale, si definisce come il coinvolgimento di un minore in atti sessuali che non comprende completamente, per i quali non è in grado di acconsentire e per i quali non ha raggiunto un livello di sviluppo adeguato, o ancora che violano leggi o tabù sociali;

abuso affettivo e psicologico, in cui il genitore o care giver, non garantisce un appropriato ambiente di supporto emotivo al minore, agendo comportamenti di denigrazione, minaccia, intimidazione, rifiuto, discriminazione ed altre forme di maltrattamento non fisico;

incuria include sia situazioni isolate, sia un atteggiamento carente, reiterato nel tempo, da parte dei genitori o di altri membri della famiglia, che seppur in condizioni di farlo non provvedono allo sviluppo e al benessere del bambino

in una o più delle seguenti aree:

salute, educazione, istruzione, sviluppo affettivo, nutrizione, protezione.

L'incuria non è necessariamente connessa alla povertà.

La manifestazione del maltrattamento

Le modalità in cui si manifestano tali fenomeni sono riconducibili sostanzialmente a due tipologie che possono essere presenti sia in maniera autonoma che correlata:

narrazione: racconto diretto, **verbale o scritto**, fatto dal minore presunta vittima – o racconto di un adulto, di un amico o compagno a cui il minore si era inizialmente rivolto (de relato).

Rientrano nell’ambito della narrazione, ad esempio, i temi, un racconto, i disegni, i file dei telefonini, ecc.

rilevazione di segni o sintomi fisici altamente suggestivi per abuso e maltrattamento.

Rientrano in questa situazione i casi più complessi in cui i minori presentano una molteplicità di indicatori (fisici, psichici, comportamentali) compatibili con un’ipotesi di abuso di cui va sospettata la presenza.

L’osservazione e l’ascolto

Solo ricercando ed instaurando un clima di dialogo e collaborazione tra educatori, insegnanti, operatori psico-sociali e forze dell’ordine si può imprimere una svolta alle modalità di contrasto della violenza all’infanzia promuovendo azioni che intervengano “prima” invece che “dopo” il danno, attuando così un sistema di protezione che ponga al centro il superiore interesse del bambino e della sua dignità.

Si definisce “situazione di rischio” una qualsiasi situazione in cui un minore viva uno stato di sofferenza, disagio o carenza legato al contesto familiare in cui vive o al contesto extrafamiliare in cui è inserito e che può incidere negativamente sulle sue potenzialità di crescita e di sviluppo.

La Scuola, attraverso il Dirigente Scolastico, segnala il minore che, a suo parere ed in base alle informazioni di cui è in possesso, si trova in una situazione di disagio. Ciò che la Scuola segnala non è una situazione accertata, ma un’ipotesi di malessere che richiede un approccio integrato e multi-professionale per garantire l’effettiva tutela del minore.

L’obiettivo della segnalazione è di portare all’attenzione dei Servizi sociali la situazione del bambino per verificarne le condizioni di vita ed attivare tutti gli interventi necessari per aiutarlo.

La rilevazione del disagio

Riconoscere i segnali di un disagio, di un maltrattamento o di una violenza in un minore, è sempre faticoso e difficile soprattutto quando non ci sono segni fisici evidenti; ma grazie alla capacità di professionisti preparati e alla collaborazione delle istituzioni coinvolte, è possibile rimuovere le cause e le situazioni che hanno determinato quella sofferenza.

Un bambino mal-trattato è un bambino che soffre e che ha bisogno di tutela e protezione. Il bambino mal-trattato ha bisogno di essere riparato, perché solo la protezione e la riparazione può interrompere il ciclo vizioso di disagio e di violenza.

Per rilevazione del disagio si intende l’individuazione e l’osservazione di elementi che generalmente stanno sotto gli occhi di tutti, ma di cui spesso non ci si accorge.

Le situazioni caratterizzate da tali elementi che richiamano l’attenzione degli operatori scolastici vanno monitorate al fine di prevenire la trasformazione del rischio in un possibile danno a carico del minore.

La rilevazione del disagio



Si tratta di situazioni “sfumate” sia nelle manifestazioni di un malessere del minore sia nella riconducibilità alle cause; ci si riferisce ad esempio a forme di trascuratezza che spesso vengono percepite come trattamenti negligenti non gravi perché privi di aspetti eclatanti.

Vito (San Giorgio)

Gli elementi che richiamano attenzione sono spesso causa di comportamenti da parte degli adulti che non sono riconosciuti come immediatamente sanzionabili, ma il cui ripetersi o il cui perdurare nel tempo potrebbe portare nocimento per il minore.

Mariella (Statte)

Il rischio che spesso si corre è che tali comportamenti vengano tollerati e/o identificati come caratteristica dello stile di vita di un nucleo familiare.

Mattia (Ginosa)

La rilevazione del disagio



Si tratta di situazioni in cui emergono elementi di trascuratezza o, al contrario, di eccesso di cure indipendentemente dallo status sociale di appartenenza del nucleo, situazioni in cui l’atteggiamento del bambino nella relazione con coetanei, con adulti di riferimento o sconosciuti, denota una problematicità nella sfera dell’attaccamento o della protezione, situazioni in cui il bambino risulta vivere o entrare in contatto con “l’altro” con modalità o atteggiamenti inadeguati per tipologia e per età.

Non dare il giusto rilievo a questi elementi di preoccupazione, in assenza di altri fattori di protettività, può determinare l’evoluzione di situazioni che compromettono lo sviluppo psico fisico del bambino o che portano a vere e proprie forme di mal trattamento che possono evolvere in un danno più o meno grave.

Rapporti istituzionali



La segnalazione è il primo passo per aiutare un bambino che nella famiglia vive una situazione di disagio o di grave difficoltà e va intesa come un momento di condivisione e solidarietà nei confronti del minore.

Il rapporto tra Servizi Sociali e Istituzione scolastica in materia di prevenzione ed emersione di situazioni di disagio deve essere improntato alla collaborazione costante, alla fiducia ed informazione reciproca.

E’ importante ricordare che nel rapporto tra operatori pubblici ed istituzionalmente coinvolti, lo scambio di informazioni non costituisce violazione della privacy (D.Lgs n. 196/2003 Garante della Privacy) ma è strettamente utile e pertinente per inquadrare la situazione e consentire un adeguato intervento a tutela del minore.

La scuola, per la quotidianità dei contatti con gli allievi rappresenta un fondamentale contesto di osservazione e vigilanza avendo la possibilità di cogliere segnali di sofferenza e di disagio che i minori manifestano con i loro comportamenti.

Rapporti istituzionali

La scuola, inoltre, oltre ad avere un rapporto costante con il minore, svolge un delicato compito di stimolo e raccordo tra i bisogni dei ragazzi e quelli dei genitori al fine di supportare la famiglia nel proprio compito di cura e di favorire un intervento congiunto a fronte del manifestarsi di segnali di malessere del minore.
(Vedi Patto Educativo di Corresponsabilità di cui al DPR 235/2007)

Occorre ricordare come la buona regola di informare la famiglia su tutto ciò che si sta facendo con e per il minore, trovi dei limiti - professionali e giuridici - solo quando si sia di fronte ad evidenti situazioni di sospetto maltrattamento e abuso.

Nel rapporto servizi sociali - scuola è indispensabile stabilire delle buone prassi di circuitazione dell'informazione che facilitino l'esercizio dei rispettivi ruoli nel comune impegno di prevenzione del disagio in età evolutiva.

L'informazione reciproca, tempestiva, chiara ed esaustiva costituisce la base del rapporto fiduciario.

Il servizio sociale competente curerà di informare, all'inizio di ogni anno scolastico, il Dirigente Scolastico circa le situazioni particolarmente complesse in carico che hanno una rilevanza socio educativa.

Rapporti istituzionali

In particolare, è necessario che la Scuola conosca le situazioni per le quali l'Autorità Giudiziaria ha conferito al Servizio sociale territoriale competenze in ordine alla vigilanza, affidamento o tutela di minori, con particolare attenzione agli aspetti inerenti il progetto socio-educativo e suoi obiettivi.

Nonché disposizioni relative alla limitazione della potestà genitoriale ed eventuali prescrizioni date alla famiglia che possono, in vario modo, avere una ricaduta sull'attività e la permanenza dei bambini a scuola.

Anche nei casi di intervento urgente a tutela del minore, attivato dal Servizio Sociale in ambito extrascolastico, quest'ultimo provvederà a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico i cambiamenti relativi alla situazione.

Nei casi di separazione conflittuale, il Servizio Sociale informerà circa la regolamentazione dei rapporti tra il minore ed i suoi genitori, in modo particolare quando questi interessino la scuola.

Anche per i minori in affido familiare vanno comunicate alla scuola le modalità del rapporto delle due famiglie con la scuola medesima.

Rapporti istituzionali

La Scuola, dal canto suo, attraverso incontri appositamente promossi da una delle due parti, nonché attraverso un contatto diretto, al bisogno, tra il Dirigente Scolastico e il Responsabile del Servizio sociale territoriale competente, comunica informazioni circa le situazioni nuove che dovessero emergere.

Nel corso dell'incontro andrà verificato se si tratta di situazioni in qualche modo conosciute dai servizi, ovvero, se si tratta di situazioni sconosciute e si concordano i comportamenti più appropriati da tenere.

Se emergono elementi tali da rendere necessario l'intervento diretto del Servizio Sociale, perché si è di fronte a una condizione di sofferenza del minore, la Scuola inviterà la famiglia a rivolgersi all'operatore indicato dal Servizio Sociale.

Se la famiglia non si rivolge al servizio sociale, la scuola provvederà ad una segnalazione scritta.

Il verbale degli incontri, redatto in duplice copia e firmato dai partecipanti, resta agli atti sia della Scuola che dei Servizi Sociali.
Si esclude l'informazione ed il coinvolgimento delle famiglie solo quando si sia di fronte a situazioni di sospetto abuso sessuale intrafamiliare, di maltrattamento e comunque in quelle situazioni in cui si ha un fondato motivo di credere che il coinvolgimento della famiglia sia di pregiudizio per il minore.

La segnalazione

La segnalazione deve essere inoltrata per iscritto e non può essere anonima.

Ciò per due motivi: innanzitutto la forma scritta garantisce il rispetto del principio di trasparenza, in quanto i genitori ai quali viene chiesto di collaborare con i Servizi sociali che devono verificare la situazione dei loro figli, hanno il diritto di sapere perché tali istituzioni si occupano di loro.

In secondo luogo poi la formalizzazione scritta rappresenta lo strumento privilegiato e più adeguato per un corretto rapporto interistituzionale.

Nella segnalazione devono essere citati e descritti tutti gli elementi che hanno portato l'insegnante a formulare l'ipotesi che il minore si trovi in una situazione di disagio o sofferenza.

Essa dovrà contenere una obiettiva e dettagliata descrizione dei fatti o delle situazioni che hanno destato preoccupazione, senza che vengano tratte conclusioni o vengano espressi giudizi di valore.

Poiché l'insegnante che rileva una situazione di disagio fa parte di un'organizzazione, l'obbligo della segnalazione compete al Dirigente Scolastico (DPR n. 275/1999).

Si rammenta che ogni operatore è tenuto al segreto di ufficio o segreto professionale e che, pertanto, ogni informazione relativa a situazioni apprese in ambito lavorativo o professionale può essere trattata esclusivamente nei luoghi deputati ad ogni singola organizzazione o all'interno della rete dei servizi istituzionali coinvolti nella situazione stessa.

Alla ricerca dello sguardo che mente

I segnali di accesso oculari

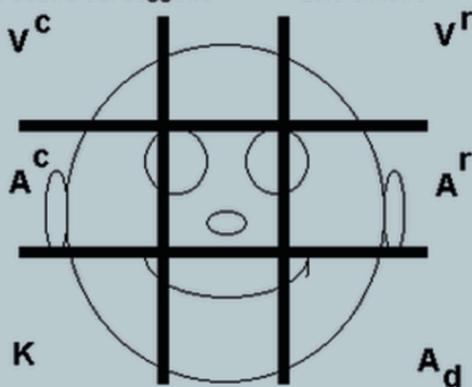
sono gli indici comportamentali di come si sta pensando.

E' un termine usato da chi studia la PNL (programmazione neurolinguistica).

Sono movimenti degli occhi che ci consentono di capire a quale sistema di riferimento il nostro interlocutore sta accedendo.

Alla ricerca dello sguardo che mente

Lato destro del soggetto - Lato sinistro



Sistemi rappresentazionali indicati dalla posizione degli occhi

VC sta per VISIVO COSTRUITO, una cosa che ci stiamo immaginando (un esempio è chiedere al soggetto come ti immagini fra 20 anni?)

VR sta per VISIVO RICORDATO, un'immagine che abbiamo già visto e stiamo ricordando

AC sta per AUDITIVO COSTRUITO, un suono che stiamo creando

AR sta per AUDITIVO RICORDATO, un suono già sentito che stiamo ricordando

K sta per cinestesico, tutte le sensazioni corporee ed emozionali

AD, invece, sta per DIALOGO INTERNO

Atlante emozionale della faccia



Facial Action Coding System

Il FACS (sistema di codifica dell'azione facciale) è stato sviluppato come strumento per misurare non solo i comportamenti in connessione alle emozioni, ma ogni comportamento facciale visibile.

Con la pubblicazione del FACS nel 1978, Ekman ha coronato il suo edificio epistemico e imposto autorevolmente il paradigma neuroculturale nello studio delle emozioni.

Bris

Non è facile, per un bambino che subisce abusi,
raccontare quanto gli sta capitando:
molti cercano di nascondere,
a volte sentendosi in colpa per ciò che gli adulti gli fanno passare.

L'associazione svedese [Bris](#),
che si occupa dei diritti dei bambini,
ha pensato di introdurre un nuovo sistema
che permetta a questi bambini di comunicare
pur senza utilizzare le parole,
ideando un nuovo set di emoticons chiamato [Abused Emoji](#).

Le emoticons

Si tratta di una serie di simboli che ritraggono bambini vittime di abusi: alcuni hanno un occhio nero, altri mostrano ferite varie, altri ancora mettono in evidenza come adulti troppo dediti all'alcool rendano invivibile la loro vita.

«Le emoji» - spiega Sylvia Ernhagen, di Bris - «per bambini e adolescenti sono un modo naturale di comunicare, e vogliamo mostrare che non c'è nulla di sbagliato nel chiedere aiuto quando ci si sente giù».

Il set di emoji è disponibile sul sito per chiunque abbia un dispositivo con iOS. Tale libera disponibilità ha già creato qualche preoccupazione in chi teme che queste icone possano essere usate in maniera impropria o, quantomeno, generare falsi allarmi, potenzialmente scatenando una sorta di caccia al mostro qualora esse vengano ricevute da chi non è in grado di capire il contesto, magari scambiando un momento di tristezza per una situazione di abuso.

www.zeusnews.it (04-06-2015)



Conclusioni

Osservazione a scuola

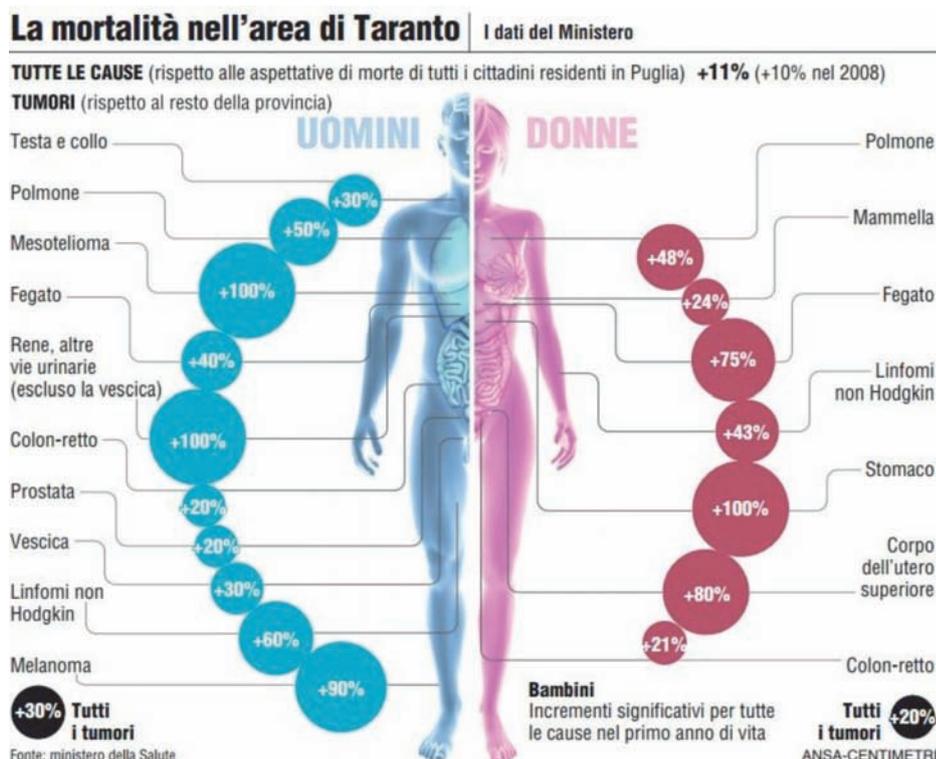
Dialogo con ascolto partecipato

Raccordo istituzionale

CLINICAL ACCESS TRIAGE

Dott.ri G. Ferrarese – C. Guarino
Estratto della Tesi di Laurea

Proposta di un modello manageriale per la tutela della giustizia sociale ed equità d'accesso ai servizi nell'emergenza sanitaria tarantina.



Questa prima immagine, descrive in pieno le motivazioni scatenanti la necessità di proporre un sistema manageriale legato all'emergenza sanitaria tarantina. Recenti studi prodotti e resi pubblici dal Ministero della Salute in collaborazione con l'ISS¹ evidenziano un notevole aumento della percentuale di tumori correlati ad esposizione ambientale nella città di Taranto. Al notevole aumento delle patologie tumorali, si associa l'aumento della popolazione anziana (e con essa, l'aumento delle patologie cronic-degenerative) che, secondo i trend rilevati da alcuni studi internazionali, tenderà a raddoppiare nei prossimi 30 anni².

Durante alcuni colloqui con le figure respon-

1 <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=353>

2 Older Woman's League, Faces of Caregiving (Washington, D.C.: OWL, 2001), 6-8.

sabili della gestione d'accesso all'interno delle principali strutture sanitarie locali in grado di garantire un'assistenza idonea, la condizione di domanda è risultata spesso inattesa in relazione alla gravità e alla breve aspettativa di vita del paziente affetto da suddette patologie.

Il costo etico ed umano associato ad un accesso limitato nelle suddette strutture e ad una accettazione di cure palliative molto spesso discontinue e frazionate sul territorio (nonostante il netto miglioramento rispetto agli anni precedenti), pone un'importante sfida odierna in un contesto socio-economico critico, per le figure deputate al management. Esse, infatti, si ritrovano a gestire un notevole squilibrio tra domanda ed offerta. Con questa proposta, si pone il focus sull'unica variabile manipolabile dai vertici del management di struttura ovvero,

quella legata a problemi specifici per la tutela della giustizia sociale ed equità di accesso ai servizi data l'evidente emergenza territoriale rilevata. Nell'attesa di un potenziamento delle cure palliative in ambito ospedaliero, per questo motivo, si cercherà di porre l'attenzione sull'importanza morale e sui valori umani coinvolti nel processo di accesso alle cure. Al di là del concetto di giustizia, quando gli individui in fase terminale non ottengono un accesso ai servizi di assistenza con relativo benessere psico-fisico ed emotivo, valori sociali ed etici non sono soddisfatti.

Per molti anni, lo standard di qualità all'interno di un'analisi politica sanitaria era legato alle capacità di un determinato processo di cura di estendere la vita del paziente. Al giorno d'oggi, si deve sostituire il concetto di costo-beneficio a quello di qualità della vita attraverso il mantenimento del normale adempimento delle funzioni umane, facendo particolare attenzione alle pari opportunità per gli individui di perseguire i loro progetti di vita³. L'equità di accesso alle cure, pertanto, può essere definita come la garanzia per ogni cittadino di un adeguato livello di assistenza senza eccessivo dispendio economico⁴. Sia ben chiaro, un adeguato livello di assistenza si riferisce ad un livello base, un minimo decente. La caratteristica chiave di questo concetto, trova il suo esplicito riconoscimento nei limiti dell'obbligo morale sociale, che si scontra con l'intrinseca scarsità delle risorse che la società mette a disposizione.

La garanzia di un accesso universale a tutte le cure recanti beneficio presenta difatti un costo insostenibile. Tra le altre alternative, quella di definire l'accesso equo come una parità d'accesso (tutti coloro che presentano una tale patologia dovrebbero avere lo stesso trattamento) risulta fallimentare per la complessità di variabili precedentemente descritte. A questo punto dobbiamo inquadrare

3 N. Daniels, *Just Health Care* (New York: Cambridge University Press, 1985).

4 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine, *Securing Access to Health Care, Volume One: Report* (U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1983), 4.

la definizione di equità come accesso ad un livello "adeguato" ovvero sufficiente ad ottenere un benessere di vita soddisfacente. La società dovrebbe incoraggiare il consumo di particolari servizi sanitari, ma come è possibile identificare un livello adeguato? Anch'esso ha estrema variabilità relativa alle risorse della società di riferimento. Le società ricche potrebbero impostare uno standard di adeguatezza più elevato rispetto a quelle povere.

Un equo accesso alle cure, in via definitiva, al giorno d'oggi non esiste in Italia e questo costituisce un'importante violazione della giustizia imputabile principalmente a fattori legati a politiche governative e alle pratiche professionali. Esso dipende inoltre, dalle evoluzioni tecnologiche, di risorse e del singolo stato di salute o condizione.

Sebbene il livello adeguato non può essere definito solo dai professionisti sanitari anche se altamente competenti nel campo, il giusto compromesso in questa condizione è rappresentato dalla garanzia di una distribuzione finale legata ad un sistema di priorità d'accesso. Esso, basato su un criterio obiettivo di giustizia sociale, è direttamente dipendente alle pratiche professionali. Da una prima analisi di sistema utilizzato all'interno delle strutture tarantine, è emerso un criterio prioritario basato su un ordine relativo alla data di prenotazione del ricovero. Esso, non rispetta in alcun modo le numerose variabili che entrano in gioco nella definizione delle priorità d'accesso. Questo aspetto, è confermato dall'alta percentuale di pazienti che al momento della disponibilità del posto letto risultano deceduti.

Le variabili che concorrono nella definizione delle priorità d'accesso dei pazienti che richiedono assistenza sono molteplici. Per questo motivo, è importante evidenziare che i benefici dell'assistenza sanitaria variano dalla preservazione della vita all'eliminazione dell'inconveniente ovvero da prestazioni ad alto costo economico a prestazioni ad alto impatto sociale. È ovvio che all'interno di questo processo i vertici devono tenere in considerazione entrambe le variabili.

L'impegno sanitario complessivo, deve essere

riferito ad atteggiamenti elementari utili a preservare l'integrazione di ogni soggetto all'interno della comunità⁵.

Per raggiungere questo obiettivo bisogna tenere in considerazione la vulnerabilità del singolo ed agire attraverso un modello basato sul condition management.

Il modello proposto dal "Clinical Access Triage", prevede uno strumento informatico di valutazione basato su domande attraverso un processo denominato, per facilitarne la comprensione, "Foto della persona". Con questo termine, si intende la formulazione di un modello distributivo di giustizia basato su "foto istantanee ma allo stesso tempo dinamiche nel tempo" di persone che competono nella loro quota di beni della vita per la pianificazione futura della stessa. Secondo Daniels, difatti, i problemi di salute minacciano la capacità delle persone di vivere secondo i piani precedentemente descritti⁶. All'interno di questa fotografia verranno prese in considerazione le seguenti caratteristiche⁷ sulla base delle quali verranno attribuiti degli specifici punteggi alla posizione del richiedente:

- **Volontà al ricovero:** è il primo passo da tenere in considerazione. La volontà al ricovero, in prima istanza, deve essere ottenuta dal diretto interessato e successivamente deve essere presa in considerazione dalla famiglia. In questo modo, oltre al criterio di giustizia, viene preso in considerazione il principio di autodeterminazione. Per questo

motivo, assume un punteggio di alta rilevanza la volontà del paziente (4 punti) rispetto alla scelta effettuata dai soli familiari o dalla comunità (1 punto).

- **Appropriatezza del ricovero:** risulta importante valutare ogni domanda di accesso pervenuta all'interno della struttura. Ci sembra logico definire una priorità d'accesso a seconda del prescrittore. Una prescrizione ottenuta da parte di un medico specialista del distretto ha una valenza nettamente superiore rispetto a quella ottenuta da un medico di medicina generale. Nel caso in cui la segnalazione parta da una delle équipe di cure palliative domiciliari della rete aziendale con cui vengono condivisi obiettivi e metodi di lavoro viene assegnato un punteggio di 3. Se la segnalazione parte dalle cure primarie, ovvero da parte di medici di medicina generale e dal distretto di appartenenza, il punteggio assegnato è di 2. Infine, se la richiesta parte da una struttura di ricovero, data la possibilità di quest'ultima di assistere il paziente durante l'attesa dell'ingresso in hospice, il punteggio assegnato è di 1.

- **Classificazione del ricovero:** essa avviene attraverso la dicitura "urgente" o "programmabile". Per determinare questi criteri è importante valutare la stadiazione della patologia in maniera tale da prendersi carico del paziente solo ed esclusivamente nella fase terminale della vita (preferibilmente quella compresa tra 6 mesi ed 1 anno)⁸.

All'interno di questo processo, se il ricovero risulta essere "programmabile" la struttura resta disponibile ad eventuali modifiche repentine della salute del soggetto con rivalutazione del caso in questione. Ad un ricovero urgente viene associato un punteggio pari a 3, viceversa in caso di ricovero programmabile il punteggio associato è pari a 1. Per garantire una corretta tutela, è im-

5 President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine, Securing Access to Health care, Volume One: Report (U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1983). The argument presented here is based on the analysis in chapter 1 of this report

6 N. Daniels, "Equity of Access to Health Care: Some Conceptual and Ethical Issues," in Securing Access to Health Care: The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services, vol.

2: Appendices, Sociocultural and Philosophical Studies, by the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1983), 41.

7 F. Canzani, G. Miccinesi, I. Lanini, P. Morino: Valutazione di uno score personalizzato per l'accesso dei pazienti in Hospice. 2010

8 S. Miller et al., "Synthesis and Analysis of Medicare's Hospice Benefit, Executive Summary and Recommendations," (Washington, D.C.: U.S. Dept. of Health and Human Services, March 2000).

portante formare il soggetto valutatore e il suo care-giver nella rilevazione di parametri che possano modificare una condizione di programmabilità con una di urgenza.

All'interno di questo processo, non rientrano solo ed esclusivamente i manager responsabili della definizione di priorità, bensì quello che è richiesto è un impegno sanitario complessivo e collettivo tale da ridurre al minimo i rischi del paziente correlati alla patologia in atto.

- **Assistenza domiciliare:** un altro parametro importante è la presenza di assistenza domiciliare. Bensì nonostante i progressi ottenuti nel campo dell'ADI (assistenza domiciliare integrata) siano lenti e macchinosi, esistono realtà di assistenza domiciliare già attivate nel territorio

Inoltre, la presenza di care-giver che non siano familiari o attività di volontariato, rappresentano una stabilità economica del soggetto che chiaramente non rappresenta una priorità rispetto a chi non presenta alcun tipo di assistenza. L'attribuzione del punteggio in questo caso avviene secondo i seguenti criteri: adeguata (1), sufficiente (2), scarsa possibilità (3) o possibilità nulla (4)

- **Valutazione della sintomatologia:** gli aspetti clinici sono valutati secondo un sistema internazionale dal nome Edmonton Symptom Assessment System. Esso, al giorno d'oggi, è identificato dagli studiosi come il miglior metodo per il monitoraggio semplice ed immediato della condizione clinica di un paziente in fin di vita. Essa oltre a definire il punteggio d'accesso, deve essere integrata nelle cartelle cliniche ed infermieristiche:

1. Punteggio ESAS < 30;
2. Punteggio ESAS compreso tra 30-50;
3. Punteggio ESAS compreso tra 50-70;
4. Punteggio ESAS > 70.

- **Sollievo temporaneo per la famiglia:** un criterio importante riguarda anche la durata del ricovero. Di fatti, può esistere la possi-

bilità di circoscrivere il ricovero in un tempo determinato (massimo 30 giorni). Questo avviene quando viene richiesto da parte della famiglia un momento di "sollievo" durante la presa in carico domiciliare che spesso appare molto impegnativa e stressante. In questo caso viene assegnato un punteggio di 2.

Al punteggio ottenuto, per preservare un criterio di giustizia, viene aggiunto un valore di 0.05 punti per ogni giorno di attesa al ricovero. Il punteggio diviene quindi dinamico partendo da una base fissa per la quota attribuita durante la valutazione. Quest'ultima va eseguita a priori per valutarne l'appropriatezza al ricovero da parte del medico palliativista e dalle strutture coinvolte ove ce ne siano.

Il Coordinatore infermieristico è il perno centrale della gestione del ricovero. In prima fase è responsabile della prima "foto della persona" descritta in precedenza attraverso la compilazione della scheda di valutazione pre-ricovero ottenuta tramite telefonata al MMG, al medico palliativista territoriale o al medico ospedaliero. Successivamente, è responsabile del colloquio con il familiare leader e del paziente stesso (ove possibile) per esporre le finalità della struttura, informare sul programma di cure palliative attivabile (se non già attivato) al rientro al domicilio (ove previsto) e della compilazione dell'Edmonton Symptom Assessment System. E' responsabile inoltre dell'inserimento in lista d'attesa unica e della comunicazione della disponibilità di posti letto ai familiari per il ricovero.

Una riprogettazione del sistema di fine vita è molto importante se ci si vuole preparare a nuove sfide che si presenteranno nei prossimi anni. La struttura di riferimento diventa quindi un vero e proprio centro di coordinamento, un moderno paradigma sociale, ove il paziente in condizione base evolve il suo processo dalla diagnosi alla morte in un continuum con le altre realtà territoriali e distrettuali. Le cure palliative, non vengono dopo altre forme di assistenza e di cura fallite. Esse hanno dimensioni molto più ampie supportate da programmi ben definiti.

L'OPERATORE SOCIO SANITARIO: UNA RISORSA IN SALA OPERATORIA

Dott.ssa Grazia Suma

Dirigente Professioni Sanitarie P.O.C. ASL/TA

La gestione dei sistemi sanitari vede oggi il miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza, elemento fondante per un approccio globale alla gestione dei servizi sanitari. Il tutto, ponendo al centro i bisogni delle persone.

Ciò presuppone che l'improvvisazione è bandita e che l'introduzione di qualsiasi variabile debba essere attentamente vagliata, adeguatamente preparata e solo dopo introdotta attraverso un processo di implementazione, dove la formazione ha un ruolo centrale, ma non è l'unica leva del cambiamento.

L'introduzione di un diverso prodotto o di una diversa organizzazione non rappresenta la conclusione del processo ma, semplicemente, l'inizio di una nuova fase che verifica e rivaluta il contesto a seguito delle innovazioni apportando, se la realtà lo richiede, nuove proposte e/o un ulteriore processo di reingegnerizzare.

Questa modalità operativa, con piccole differenze, è auspicabile sia quando è introdotta una procedura operativa/gestionale, sia quando è introdotta una strumentazione. Naturalmente, se l'innovazione riguarda settori particolarmente delicati o quando richiede importanti cambiamenti, diviene imprescindibile, pressante ed inevitabile l'adozione della metodologia operativa descritta.

Da queste premesse si evince che l'introduzione di una diversa figura professionale può essere un elemento destabilizzante in tutte le articolazioni assistenziali, pertanto l'innesto degli Operatori Socio-Sanitari (OSS) è da valutare attentamente in ogni settore assistenziale ma, lo diviene ancora di più se l'operatore deve essere inserito in una sala operatoria avendo il contesto due variabili fortemente critiche:

- 1) la complessità organizzativa/gestionale e la criticità del settore
- 2) l'introduzione di una diversa figura professionale che richiede la rideterminazione di ruoli e funzioni di tutti i professionisti coinvolti.

Per quanto riguarda il primo punto è da ricordare che la sala operatoria è un luogo realizzato con rigide regole che garantiscono elevati standard di igiene ed asepsi. In essa si trovano svariate apparecchiature elettromedicali e tantissimo strumentario chirurgico, ed è per questo che il personale che vi lavora è altamente specializzato. La sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca dovuta a: numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, elevato livello tecnologico.

Per quanto riguarda il secondo punto, invece, è risaputo da tutti che l'équipe operatoria è composta da diversi professionisti tra i quali è indispensabile favorire un clima di collaborazione. Il significativo numero di professionisti, la complessità della situazione, la molteplicità di attrezzature utilizzate rendono la sala operatoria un luogo particolarmente insidioso ed è proprio alla luce di ciò che la gestione del rischio clinico la pone fra i settori fondamentali da studiare ed analizzare. In particolare, il rischio clinico persegue come metodologia operativa: la ricerca delle cause che hanno indotto all'errore (cosa e non chi) e lo studio delle azioni precauzionali/correttive.

La sicurezza in sala operatoria è tanto delicata e riguarda così tante sfaccettature che nell'Ottobre 2009 il Ministero del Lavoro, della Salute

e delle Politiche Sociali, attraverso il Dipartimento della qualità e la Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di Assistenza e dei principi etici pubblica il **“Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”**, nel quale afferma: *...Considerando un atto chirurgico di routine, i problemi principali consistono nel garantire l'asepsi del campo operatorio e nel limitare al massimo gli errori umani... ed ancora... Gli errori umani sono il fattore più ostico da gestire, quelli con più alto indice di incidenza sono:*

- ❖ *Somministrazione di farmaci e prodotti biologici errati*
- ❖ *Errore chirurgico dovuto a scambio di paziente o segmento corporeo da operare*
- ❖ **Ritenzione di dispositivi medici nella ferita chirurgica**
- ❖ **Errore nella asepsi**

Se la somministrazione dei farmaci fa capo unicamente alla figura dell'infermiere, che ne ha la totale responsabilità, e se l'individuazione della persona e del sito chirurgico è una responsabilità condivisa dai sanitari addetti all'atto chirurgico (chirurgo, anestesista, infermiere, come giustamente ed ampiamente suggerito dal ministero della salute anche con la divulgazione dei video “come si usa la checklist in sala operatoria nelle procedure semplici e in quelle complesse”), per quanto riguarda gli ultimi due punti i sanitari possono, attraverso un processo di affidamento di attività semplici e ripetibili, farsi supportare da personale OSS, il cui inserimento necessita di una reingegnerizzazione organizzativa e di un accurato processo di ripensamento delle professionalità, intendendo sia i sanitari storicamente presenti nella sala operatoria che le nuove figure di supporto, gli OSS appunto. A tal fine significativa e indispensabile risulta:

1) L'analisi dei processi di lavoro orientata ad individuare le attività “proprie” dell'Infermiere e valutare

quali attività e quali presupposti sono necessari per poterle “attribuire” all'OSS, nel rispetto del profilo professionale e delle relative competenze e responsabilità;

2) il ruolo della formazione teorico-pratica sui temi della competenza e della responsabilità. In particolare, la formazione deve essere strutturata in step e prevedere lezioni frontali, lavori di gruppo multiprofessionali e sperimentazioni sul campo.

Dall'analisi compiuta è possibile affermare che le attività dell'OSS in Sala Operatoria possono essere riferite a:

1. Fase accoglienza e preparazione del paziente,
2. Fase intra-operatoria
3. Fase di fine intervento,
4. Fase di fine seduta,
5. Gestione della sterilizzazione
6. Gestione dell'archivio

1. Fase accoglienza e preparazione del paziente

L'OSS in questa fase può svolgere un ruolo fondamentale attivando tutti quei meccanismi che permettono di garantire l'asepsi in sala operatoria.

Accettare l'operando significa anche verificare l'idoneità delle condizioni fisiche (capelli



raccolti, camice chirurgico, privo di gioielli e trucco, etc.), la presenza della documentazione sanitaria (cartella, radiogrammi, antibiotici se somministrati in sala, etc.). Collabora nella vestizione del personale autorizzato all'ingresso, fornisce una adeguata informazione sulle regole di asepsi cui devono assoggettarsi (es. vestizione).

2. Fase intra-operatoria

Collabora nel posizionamento del paziente sul letto operatorio per l'atto chirurgico vero e proprio o per l'esecuzione di anestesi periferiche. Il posizionamento della persona sul letto operatorio è una pratica che merita particolari considerazioni ed attenzioni. La posizione supina è sicuramente la più utilizzata ma non è l'unica, soprattutto in alcune chirurgie: per l'esecuzione di interventi su determinati distretti è necessario procedere a manovre di posizionamento multiple.



Nella fase intraoperatoria l'OSS può essere interessato durante il lavaggio chirurgico delle mani, durante le procedure di vestizione dell'equipe operatoria e può collaborare alla predisposizione di campi sterili, mediante l'apertura di materiale e l'eventuale sua registrazione (es. garze

3-4. Fase di fine intervento e fine seduta

Tutte le manovre effettuare per il posizionamento della persona sul letto operatorio devono poi essere eseguite con l'ordine contrario al



termine dell'intervento, per il riposizionamento dello stesso sulla barella e la prosecuzione del processo assistenziale. Naturalmente, considerata la delicatezza del momento, tutte queste manovre possono essere effettuate dall'OSS sotto la stretta osservazione e in collaborazione con l'infermiere, che ne rimane il responsabile.

Maggiore autonomia può essere attribuita all'OSS, se adeguatamente formato e supportato con procedure scritte, nelle operazioni di riordino e sanificazione intermedia (tra un intervento) e di fine seduta e nelle operazioni di sanificazione degli apparecchi elettromedicali semplici. Naturalmente, al termine di ogni singolo intervento, la sala operatoria è sottoposta alla sanificazione intermedia che prevede la pulizia del letto operatorio degli arredi di prossimità (carrelli servitori), l'allontanamento della teleria sia essa monouso o riutilizzabile adoperata durante la seduta, nonché dei rifiuti sanitari e/o urbani; elimina taglienti, aghi e rifiuti sanitari pericolosi, secondo le procedure.

Ed, ancora l'OSS:

- Registra i consumi per ogni paziente in cartaceo o se disponibile nel programma di carico e scarico informatizzato
- Controlla le scorte e la disponibilità di materiali, farmaci e presidi in base a checklist stabilite

- Garantisce al termine dell'intervento la sanificazione e il riordino della SO e al rifornimento di quanto necessario per l'intervento successivo.
- Collabora affinché il paziente successivo sia tempestivamente chiamato: verifica la presenza della documentazione e che le condizioni della persona siano in linea con i protocolli di accesso alle sale operatorie.

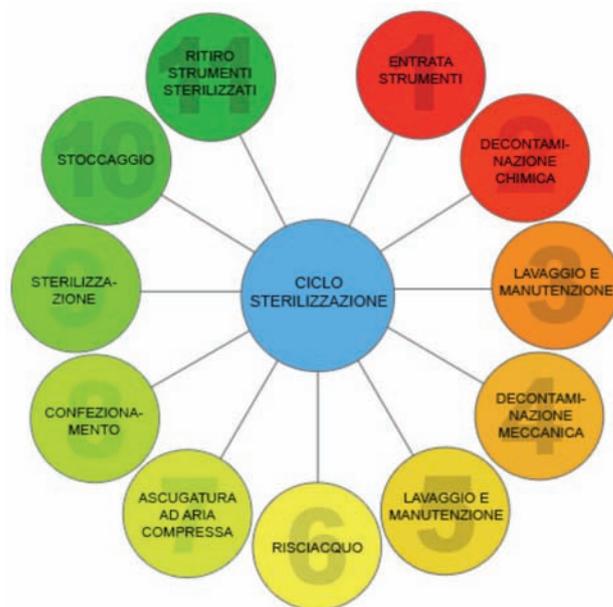
Trattandosi di una attività circolare, tutte le attività si concludono ricominciando la sequenza delle attività con la persona successiva. Al termine della seduta operatoria nella sala operatoria e nelle sale risveglio sono eseguiti i processi di sanificazione finale che corrispondono ad un'accurata igiene ambientale (comprese pareti, grate di areazioni, porte, scialitiche, passafferri e passamaterile sporco, etc.). Prima di chiudere la sala operatoria è necessario controllare la presenza di tutto il materiale e per fare queste operazioni ed evitare eventuali dimenticanze è preferibile utilizzare check list di controllo dove sono enumerati i materiali che devono essere presenti e le relative quantità.

Gestione della sterilizzazione

L'attività di sterilizzazione vede coinvolte più figure professionali sanitarie e tecniche, quali: Direzione Sanitaria, dirigenti medici, infermieri e personale di supporto, personale tecnico sanitario, personale del Servizio Prevenzione e Protezione.

Più interessanti per la presente trattazione e meno dettagliati legislativamente risultano gli ambiti di responsabilità dell'infermiere e le attività che lo stesso può attribuire all'OSS. Prima di addentrarci nell'argomento è necessario precisare che il processo di sterilizzazione presenta due criticità rilevanti.

Da un lato, come è noto a tutti, vi è l'importanza della sterilità dello strumentario chirurgico e delle conseguenze che eventuali errori possono causare sull'uomo, che vanno dalla contaminazione del sito chirurgico, con incremento dei costi, della durata della degenza, delle giornate di lavoro perse fino a



possibili conseguenze estreme come morte e/o invalidità permanente della persona.

D'altro canto la manipolazione dei ferri chirurgici rappresenta un elemento di criticità per i lavoratori che risultano esposti a molteplici rischi ed in particolare a quello biologico. Questo elemento riveste una significativa importanza tanto che Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ha ritenuto utile emanare le "linee guida sull'attività di sterilizzazione quale protezione collettiva da agenti biologici per l'operatore nelle strutture" sanitarie (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.).

Al fine di definire gli ambiti di competenza degli infermieri e degli OSS coinvolti nelle attività di sterilizzazione, è necessaria un'analisi che valuti:

- la possibilità di standardizzazione (unificazione dei comportamenti), la discrezionalità (variabilità del sapere specialistico indispensabile per gestire le circostanze), i requisiti (abilità manuali e capacità di apprendimento), le conoscenze, la formazione e l'addestramento
- le condizioni organizzative
- gli strumenti necessari: protocolli, procedure e supervisione

Dall'analisi comparata delle attività e dei profili in esame si ritiene che: tutti gli operatori addetti alla sterilizzazione necessitano di acquisire a priori una serie di conoscenze specifiche sul contesto e sulle tecniche nonché abilità manuali e dimestichezza nell'esecuzione delle attività; devono essere predisposti, codificati ed implementati protocolli, procedure e checklist che esplichino gran parte delle attività di sterilizzazione e, come tali, presentino le caratteristiche necessarie per l'affidamento al personale OSS.

L'OSS, però, non può essere l'unico referente di tutte le parti del processo in quanto molte sono soggette a decisioni discrezionali; spesso è necessario gestire delle criticità e delle difformità dai parametri stabiliti in procedura, compiti e responsabilità che rientrano nelle competenze infermieristiche. Anche in questo caso, quindi, ampio è il ventaglio di attività che può essere attribuito all'OSS, ma questi deve sempre essere parte di un gruppo di lavoro.



In particolare il ruolo dell'OSS è in stretta connessione con quello dell'Infermiere a cui compete la responsabilità dell'esecuzione e della certificazione dei **"I SISTEMI DI TRACCIABILITÀ"** previsti dalla normativa in vigore che, allo stato attuale possono basarsi su supporti cartacei o informatizzati, e il cui scopo è:

1. Validare la sterilizzazione
2. Limitare l'errore umano
3. Garantire la rintracciabilità di tutti i dispositivi
4. Garantire l'asepsi dei dispositivi

Gestione dell'archivio

Considerato il numero di persone a diverso titolo coinvolti nell'attività di sala operatoria e dei presidi utilizzati in sala sia quantitativamente in termini numerici sia qualitativamente in termini di specificità, nelle sale operatorie è indispensabile la presenza di ambienti dedicati ad archivio e a depositi altamente funzionali, la cui gestione deve far capo a personale fortemente organizzato.

In genere questi locali sono attigui alle sale operatorie e direttamente collegati alle stesse ma comunque esterni per garantire un carico e scarico dei materiali senza possibilità di inquinamento ambientale.

Un OSS impegnato in questo settore:

- Provvede alla manutenzione e stoccaggio dei presidi (es. divise, zoccoli), front-office con l'esterno (emoteca, laboratorio, farmacia, accettazione);
- Aggiorna l'inventario e la logistica dei materiali, gestisce i magazzini e la catena di approvvigionamento
- Conosce ed applica le modalità di trasporto del materiale biologico
- Elimina taglianti, aghi e rifiuti sanitari pericolosi, secondo le procedure
- Conosce, rispetta e applica le regole per garantire i percorsi sporco/pulito.

All'inizio della presente trattazione abbiamo ribadito come sia importante, al fine di stabilire le attività attribuibili all'OSS, osservare alcuni criteri: la standardizzazione, la ripetitività, la scarsa discrezionalità. Dopo questo excursus per valutare tali criteri è importante considerare

come e quanto frequentemente sono stati utilizzati i termini di protocollo, procedura e checklist e quante delle attività descritte possono essere codificate.

Risulta anacronistico, come a volte viene fatto, sostenere che l'attività di sala operatoria è troppo complessa per vedere integrato l'organico con personale OSS.

Resistenze e conflittualità sono prevedibili ma... devono essere risolte attraverso:

Il chiarimento dei ruoli fra infermieri ed OSS, l'acquisizione di competenza da parte degli OSS, la motivazione a migliorare le performance tecniche e relazionali, sono le motivazioni indispensabili per armonizzare le équipe operatorie.

Conclusioni

L'inserimento degli OSS migliora l'assistenza al paziente se si rimodula l'organizzazione infermieristica, si procede seriamente a stilare protocolli e procedure che seguano le regole dell'EBN e la ricerca scientifica e che descrivano il campo d'azione dell'OSS nella logica, appunto, della bassa discrezionalità ed alta ripetitività, ribadendo a tutti i professionisti ed agli operatori coinvolti che la pianificazione, la valutazione e la responsabilità dei risultati rimane infermieristica.

Sitografia

www.aicoitalia.it

<http://www.salute.gov.it>

www.ispesl.it

www.serviziospedalieri.it

Normativa

- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III, Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist,



Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 2009

- SIAARTI, Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per le sale operatorie, 12/12/95
- Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, Dipartimento Igiene del Lavoro, Linee Guida Sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio, Dicembre 2009
- CONFERENZA STATO-REGIONI, Seduta del 22 febbraio 2001, Accordo tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Bibliografia

- Vanzetta M; Vallicella F, L'Operatore Socio-Sanitario. Manuale per la formazione 6/ed., McGraw-Hill Italia, 2014
- Guerriero G; Pirali F; Birbes C; Benedetti A, Dentro il fare il sapere - Guida per la formazione degli operatori socio - sanitari e socio – assistenziali, Piccin Editore, 2013

LA SOLITUDINE DELL'INFERMIERE

Infermiere solo pur in un contesto ospedaliero, territoriale, domiciliare; professionista che esprime conoscenze e competenze, ma, in situazioni border line, anche i limiti dell'esperienza e, talvolta, senza il supporto di omologhi più esperti. Può accadere, ad esempio, ai liberi professionisti o ad infermieri strutturati, che si possono trovare a gestire pazienti in ADI, un paziente oncologico terminale, un anziano allettato, un malato di SLA, un paziente con Aids conclamato.

Gestire un paziente in ADI non è facile. L'assistenza domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come "la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".

Parlare di assistenza domiciliare, pertanto, vuol dire parlare di salute mancante, di salute come diritto-bisogno di tutti i cittadini. La nostra società in questi ultimi anni si è orientata verso un tipo di medicina che esplica la sua funzione, per quanto possibile, al di fuori dell'ospedale, portando i professionisti e le prestazioni, che essi forniscono, al domicilio della persona, con la conseguenza di criticità.

Una di queste è il tipo di rapporto che si instaura con il paziente e con i suoi famigliari, diverso da quello con il degente ospedaliero, perché è l'infermiere che entra nelle case degli assistiti, ognuno con problematiche diverse, con visioni diverse dei rapporti, talvolta con criticità palesi o occulte.

Accade che molti famigliari non accettino il personale perché diffidenti o non ascoltano i consigli perché sfiduciosi; per non parlare del paziente SLA che ha una situazione diversa e complicata, con i famigliari, a causa della malattia, incattiviti ed i pazienti sempre più egoisti, sicché, entrando gli infermieri nelle case, i famigliari stessi si sentono in dovere di assumere atteggiamenti aggressivi nei confronti del professionista, completamente solo, impossibilitato a confrontarsi con alcun collega e, in caso di affiancamento ad un collega, comunque impossibilitato ad acquisire tutte le conoscenze specialistiche per quel tipo di paziente.

I medici di famiglia non si rendono reperibili o comunque disponibili ad un dialogo, ancor peggio gli specialisti che molto spesso non vogliono comunicare con il personale infermieristico perché sempre impegnati.

Esiste, anche, una non adeguata formazione per poter assistere con professionalità i pazienti che diventando sempre più "esigenti¹", dato che hanno coscienza dei propri diritti, che pensano alla cura come autocura, che sono molto informati e che non delegano più, ma vogliono partecipare direttamente alle scelte che riguardano la loro salute, pretendendo un'assistenza idonea alla loro situazione, e per quanto si possa avere autonomia gestionale poiché professionisti, ci sono limiti da rispettare in base alle proprie competenze, con aumentate responsabilità, dirette sulla persona/utente. Ci si trova molto spesso in situazioni difficili quale, ad esempio, la non corretta funzionalità del respiratore, che crea problemi all'infermiere sfornito di una adeguata conoscenza dello strumento.

Altra criticità è rappresentata dalla manovra di tracheoaspirazione che consente la rimozione delle secrezioni presenti nell'albero bronchiale, per mezzo di un sondino inserito nelle vie aeree o tramite via naturale (bocca-naso) o artificiale (stoma protesi respiratoria), manovra molto delicata spesso non eseguita correttamente, per un deficit di formazione con adeguati corsi.

Allora, può capitare la fuoriuscita della cannula tracheale, estremamente imbarazzante per l'infermiere, preoccupante per paziente e

¹ Autonomia e responsabilità. Prof. Ivan Cavicchi, Docente nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata di Roma.



parenti, situazione che, se non si ha una formazione adeguata o non si ha esperienze di reparto come la Rianimazione, non si è capaci di risolvere o comunque di gestirla nel miglior modo possibile. Analoga situazione per la gestione della peg che richiede una conoscenza adeguata al riguardo.

Confusione nelle medicazioni delle lesioni da decubito, perché, non essendoci un confronto con specialisti e, non essendoci dei protocolli e delle linee guida uniformi, non vengono applicati gli stessi metodi, creando confusione nei famigliari che perdono la fiducia nei confronti degli infermieri. Quando l'infermiere si trova in difficoltà, non ha punti di riferimento e si ritrova da solo, sviluppando così una condizione di burn out.

Non può lavorare in équipe poiché l'organizzazione non lo consente, aumentando sempre più lo stress psicologico dell'infermiere.

Molti famigliari, per l'assistenza del proprio caro, esigono degli orari che devono essere

rispettati dagli infermieri, altrimenti assumono atteggiamenti non idonei come minacce verbali. Spesso si trova a dover fare anche cose che non competono come guidare la macchina, per non parlare dello stress che comporta trovare parcheggio e spostarsi in domicili lontani da un assistito all'altro.

Ma ciò che più "scoraggia", è il non poter discutere con nessuno di questi problemi, perché ci si trova di fronte un muro di gomma.

Emerge chiaro che ogni infermiere deve svolgere la propria attività professionale in base alle competenze acquisite e, laddove non ha un bagaglio di conoscenze teorico – pratiche adeguate in grado di soddisfare nella sua globalità i bisogni non solo dell'individuo, ma anche della rete sociale che lo circonda, occorrerà formare il professionista con corsi di formazione adeguati, che garantiscano conoscenze all'infermiere ed un'assistenza ottimale al paziente.

L'ASSISTENZA OLTRE CONFINE



Dott.ssa Angelica Ricciato
Infermiera Scout

“L’infermiere riconosce la salute come BENE fondamentale della PERSONA e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione” (art. 6 Codice Deontologico dell’Infermiere, 2009).

Due anni fa ebbi il mio primo approccio con il fenomeno dell’immigrazione. Persone che decidono di intraprendere un viaggio, *un viaggio della speranza*, molto lungo, che parte da paesi quali il Corno d’Africa, la Libia, Nigeria, Siria e molti altri, che li porta su una terra libera, promessa...in Italia.

Affrontano viaggi che durano settimane, si spostano a piedi, salgono su mezzi di trasporto spesso di fortuna, con l’obiettivo di arrivare sulle coste africane. Sulle spiagge li aspettano alcuni trafficanti che al “momento giusto” li spediscono in mare su barconi vecchi, malandati, insicuri, non in condizioni di trasportare centinaia e centinaia di persone, per un lungo percorso, viaggiando in condizioni marittime spesso molto pericolose.

In alcuni momenti mi chiedo “Chi sono loro?”. Sono delle PERSONE simili a noi che, per ragioni di sopravvivenza (a noi sconosciuta), decidono di prendere coraggio e di affrontare l’ignoto, sperare in una vita migliore.

Quello che mi ha colpito in maniera particolare è stata l’accoglienza dei cittadini tarantini, la disponibilità delle persone a collaborare per le prime necessità, anche portando cibi e vestiario ai centri di accoglienza, volendo collaborare con le associazioni di volontariato presenti. Il mondo istituzionale sanitario locale, tranne l’accoglienza e la visita al momento dello sbarco, non sembra aver garantito continuità assistenziale in termini di prevenzione e cura.

Vorrei riflettere sull’aspetto di questo fenomeno, che potrebbe ascrivere ad una catastrofe sociologica, perché al suo interno prevede persone ferite nel corpo e nell’anima, in ambito di conflitti armati, uso di armi, migrazioni forzate di popolazioni, perdita di vite umane, dispersione di famiglie.

Nei centri di accoglienza arrivano e passano migliaia di persone, troviamo uomini, ragazzi, donne giovani, spesso gravide o con bambini piccoli, fragili, i quali sono più a rischio di ammalarsi o di morire. Pensare che nonostante

ciò sfidano un viaggio pieno di insidie, viaggiano ammassati sui barconi, senza servizi, a volte chiusi e nascosti in vani senza luce né ricambio d'aria. Molti di loro arrivano stremati dal viaggio, affamati ed assetati, disidratati ed infreddoliti, senza scarpe, con lo sguardo spento. Queste persone vanno incontro a lesioni da freddo (come assideramento o congelamento) o lesioni da calore (come colpi di calore, colpi di sole, ipotermia, ustioni). Alcuni sono affetti da malattie infettive trasmissibili quali la scabbia, la pediculosi, ed altre temibili. La proporzione di persone nate fuori dall'Italia sul totale dei malati di TBC è andata aumentando nell'ultimo decennio ed è ormai prossima al 50%.

Dal 1999 al 2007, i casi di TBC registrati in "cittadini non italiani" hanno rappresentato, nel complesso, il 35% del totale dei casi notificati nel nostro paese. Sarebbe comunque da prevedere e garantire un'assistenza preventiva e curativa organizzata e programmata senza scatenare false paure ma garantendo continuità d'assistenza perché molte di queste malattie sono insidiose, spesso latenti o non chiaramente sintomatiche, trasmissibili facilmente anche per le scarsi condizioni igieniche e stretta vicinanza a cui sono costretti durante il viaggio.

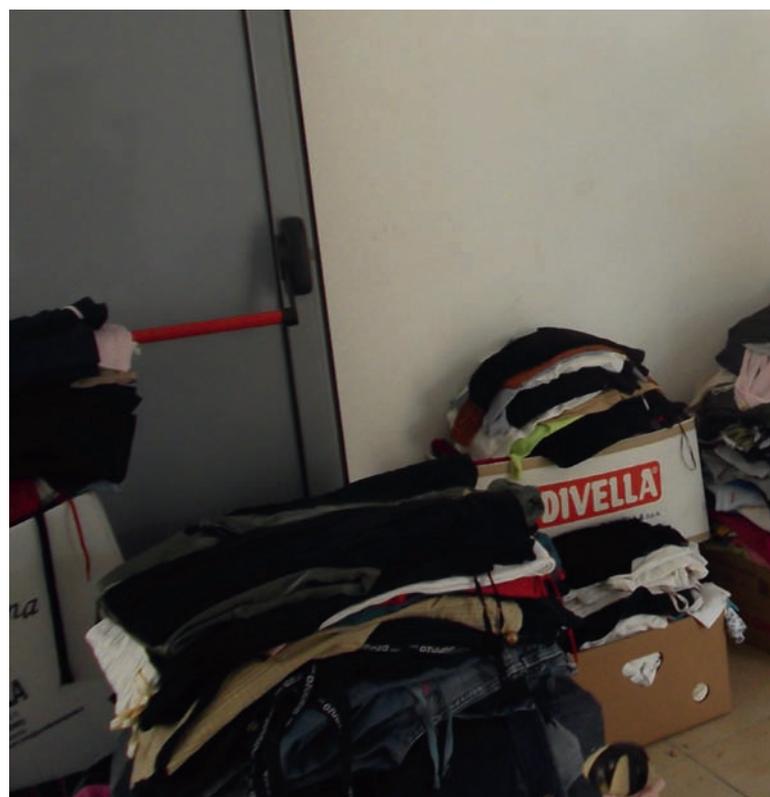
L'obiettivo della mia riflessione e della mia esperienza nell'ambito del volontariato scout, raccordata alle mie competenze da studente e da neoinfermiera poi, è quello di sensibilizzare sull'importanza dell'assistenza sanitaria, scuotere un po' gli animi delle istituzioni e di tutto il mondo sanitario, e che nonostante il tempo passi ed il fenomeno delle immigrazioni e degli sbarchi non si riduce, mi rendo conto che le difficoltà non diminuiscono e l'organizzazione dei soccorsi continua ad essere mal organizzata in termini di risposta e di continuità assistenziale.

La garanzia d'assistenza sanitaria non è riscontrabile nell'immediatezza dello sbarco, ma nei momenti successivi. Per ricevere assistenza, nei campi/luoghi di accoglienza spesso bisogna insistere, aspettare giorni affinché un immigrato possa essere visitato od eseguire

indagini diagnostiche. Per contro voglio mettere in evidenza la disponibilità, la competenza, i mezzi che gli Infermieri e le Associazioni di volontariato degli Infermieri mettono a disposizione a servizio della comunità.

Tutto questo mondo di professionisti che, spesso in silenzio ed in sordina, risponde ai bisogni della popolazione in situazioni di calamità e di emergenza in clima di catastrofi. Infermieri che rendono ancora più nobile la nostra professione e la nostra attività. Un'associazione di volontariato che ci rappresenta a livello nazionale è il CIVES, acronimo che sta a significare: Coordinamento Infermieri Volontari nelle Emergenze Sanitarie. Questa organizzazione, nata nel 1998, per volontà della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, con ispirazione ai valori e ai principi contenuti nel Codice Deontologico degli Infermieri, garantisce la possibilità di poter schierare equipie di professionisti Infermieri, modulandone la quantità e la specializzazione a seconda delle caratteristiche dell'evento, in situazioni di emergenza e calamità naturali e sociali.

Il progetto CIVES si sviluppa nell'ambito delle attività di protezione civile ed emergenza sanitaria di massa, in Italia e all'estero, con l'obiet-



tivo di offrire uno strumento organizzativo per ottimizzare la disponibilità dei professionisti infermieri per un intervento immediato. Questa organizzazione è nata con l'idea di organizzare lo spirito di solidarietà dei professionisti, costruendo un sistema di intervento volontario che sappia esaltare la competenza e le specializzazioni che gli infermieri sono in grado di esprimere.

Dopo l'esperienza del CIVES nell'ambito dell'emergenza del terremoto dell'Aquila, l'associazione si è dotata di un modulo infermieristico avanzato PASS (tenda autogonfiabile di assistenza socio sanitaria), mezzi di trasporto per moduli di servizio (centrale operativa/segreteria compresa di servizi, rimorchi logistici, mezzi di trasporto) e successivamente si è deciso di evolvere il SARI (Sistema avanzato di risposta infermieristica) a unità essenziale all'interno della struttura campale (PASS).

Ai PASS, allestiti in tempo ordinario per essere impiegati nell'emergenza, è affidato il perseguimento delle attività di assistenza di base e sociosanitaria che l'ospedale garantirebbe in situazioni di normalità. Il PASS è strutturato in modo tale da avere stanze separate dove poter organizzare attività di medicina genera-

le, pediatria, infermieristica, psicologica e di assistenza sociale. Inoltre può essere implementata mediante l'attivazione di un presidio farmaceutico, di un ambulatorio di ginecologia e ostetricia consultoriale, o di altre aree specialistiche. Il PASS garantisce un'assistenza H 24 con attività organizzata nella seguente modalità: dalle ore 8:00 alle ore 20:00 si svolge attività ambulatoriale; dalle ore 20:00 alle ore 8:00 viene garantito il servizio di guardia medica.

Il CIVES è nato con lo spirito di organizzare lo spirito di solidarietà dei professionisti, costruendo un sistema di intervento ben strutturato nel tempo e nello spazio e che sappia esaltare la competenza e le specializzazioni degli infermieri.

Parlare dell'argomento del volontariato nella nostra professione, sensibilizzare molti di noi sull'importanza del dono del nostro tempo e della nostra competenza, potrebbe aiutare a diventare sempre più numerosi, a moltiplicare le voci a tutela della salute e del benessere delle persone in situazioni di difficoltà al compimento dell'[articolo 5](#) del nostro codice deontologico che recita in questo modo:

Non pretendo che tutti gli infermieri facciano volontariato nei centri di accoglienza, ma che, uniti per una stessa causa, si possa organizzare e garantire un'assistenza migliore per tutti. Nell'assistenza transculturale la diversità è considerata una risorsa, un valore da tutelare. La diversità è l'elemento più costitutivo delle relazioni umane ed è proprio attraverso le differenze che possiamo accrescere la conoscenza della realtà che ci circonda e migliorare il nostro orizzonte culturale e professionale. La conoscenza delle diverse culture, l'accoglienza dell'altro, l'ascolto, rende il professionista più consapevole del proprio mondo interiore, lo stile comunicativo personale, la propria reazione emotiva nell'incontro con la diversità, le proprie credenze e gli stereotipi personali nei confronti dello straniero ma soprattutto aiuta a migliorare ed a perfezionare la competenza personale nell'assistenza, rendendo nobile l'essenza della nostra professione.



IL PROGETTO DI TIROCINIO PER GLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA POLO JONICO

Dott.ssa **Carmela Lacatena**
Direttore delle attività pratiche,
Corso di Laurea Infermieristica



Cittadella della Carità, nuova sede del Corso di Laurea in Infermieristica

La sanità ha subito negli ultimi decenni un mutamento sostanziale, grazie anche al cambiamento della formazione infermieristica, determinata dal passaggio all'ordinamento universitario. Di fatto, l'assistenza infermieristica è definita dalla legge 42/99 professione intellettuale e non ausiliaria, cioè fondata su un sapere proprio, sull'autonomia e sulla responsabilità professionale nei confronti dell'utente.

Una professione, allora, arricchita dal "sapere". La parola chiave quindi è: CAMBIAMENTO, un "cambiamento" che ha prodotto modifiche dei problemi da affrontare, delle metodologie, delle tecnologie ma anche delle aspettative della comunità.

Non basta più "sapere, saper essere e saper fare" ma un "saper divenire" dinamico e al passo con i tempi. Infatti, esiste un legame stretto tra i processi di apprendimento, innovazione e cambiamento.

Nel libro Bianco della Commissione Europea "Crescita, competitività e occupazione", la formazione professionale è definita come "catalizzatore del cambiamento tecnologico".

L'apprendimento, quindi, come processo dinamico che comporta un cambiamento nel modo di pensare, di agire dello studente, implica un cambiamento totale. La formazione mira a modificare il comportamento degli individui inteso come il pensare, il sentire e l'agire.

Non bisogna "storicizzare" la formazione con aggiustamenti o perfezionamenti del percorso passato. La realtà odierna ci impone di progettare e realizzare un sistema infermieristico assistenziale e formativo di elevata qualità, orientato su obiettivi in grado di garantire all'utente risultati assistenziali in costante miglioramento.

Nel contesto formativo universitario il tirocinio è un pilastro fondamentale.



La parola tirocinio (dal vocabolario TRECCANI) deriva dal latino tirocinium “apprendista, novizio, recluta”, ovvero, ampliando il concetto, periodo di addestramento pratico all’esercizio di una professione, di un’arte che viene compiuto da un allievo, sotto la guida di una persona esperta, nel luogo dove quell’attività viene svolta.

Il tirocinio svolto dagli studenti infermieri è lo spazio operativo principale per implementare e realizzare forme concrete di collaborazione tra sedi formative e sedi operative.

L’apprendimento avviene attraverso tre fasi::

1. Il laboratorio dove si simulano le prime esercitazioni pratiche
2. Il briefing, la preparazione alla pratica
3. Il debriefing, la riflessione alla pratica.

Da quanto sopra esposto è nata l’esigenza di formulare un “Progetto di Tirocinio” per gli studenti del Corso di Laurea di Infermieristica.

Nell’anno accademico 2014/2015 nel Polo Jonico i corsi di laurea delle professioni sanitarie hanno rischiato il fermo, per problemi legati allo stato di agitazione dei docenti universitari incardinati che rivendicavano la mancata applicazione di un vecchio “lodo” arbitrale che attribuiva loro riconoscimenti economici.

Il lodo, parzialmente risolto, ha dato la possibilità di partire quest’anno nei tempi previsti.

Le matricole nell’a.a 2015/2016 che si iscriveranno al Polo di Taranto saranno 104 di cui 74 presso il Politecnico, sede attuale dei corsi di Laurea Professioni Sanitarie, 30 presso le Scuole CEMM di San Vito Taranto, di cui 10 posti riservati alla Marina Militare, 20 ai civili.

L’obiettivo dello scorso anno accademico

per me era quello di dare alle matricole uno strumento per migliorare la qualità del tirocinio, da qui il Progetto di Tirocinio, il primo, presentato il 27/7/2015 alla presenza della Presidente del Collegio IPASVI Benedetta Mattiacci, del Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica, Prof. Luigi Santacroce, del Dirigente Responsabile della Formazione della ASL dott. Donato Salfi e Direttore delle attività pratiche dott.ssa Carmela Lacatena.

L’apprendimento “sul campo” implica il conseguimento di obiettivi derivanti dalle competenze professionali sancite dal Profilo Professionale, dal codice deontologico e dall’ordinamento didattico.

Il progetto di tirocinio permette l’acquisizione di una serie di abilità mentali quali:

- capacità di porre e porsi domande
- riflettere ed elaborare nuove conoscenze per poi acquisire nuove abilità.

I risultati attesi sono:

- corretta programmazione dell’attività di tirocinio
- arricchimento formativo/didattico
- crescita della qualità assistenziale erogata

Il progetto di tirocinio consta di

- un manuale che descrive il percorso didattico professionalizzante per la laurea in Infermieristica,
- una scheda personale anagrafica dove vengono riportate le polizze assicurative, l’idoneità fisica ed i corsi obbligatori (privacy e sicurezza sul lavoro), il tutto firmato dal Presidente del C.di L., dal Dirigente ASL della Formazione, dal Direttore delle attività pratiche e dallo studente che firma anche il codice di comportamento dove si impegna ad assumere un comportamento conforme con valori di rispetto ed eticità nell’ambiente clinico e accademico.

La seconda parte del progetto prevede:

- Fogli di presenza giornaliera dove il tutor apporrà la firma,



- griglia per le conoscenze ed abilità, del comportamento etico-deontologico, area tecnico-operativa, area della relazione organizzativa, area della metodologia assistenziale.

Inoltre, all'interno è stato inserito un modulo dove ogni studente potrà esprimere la valutazione del tutor e del coordinatore infermieristico che l'ha seguito.

Il Regolamento didattico ex D.M. 270/2004 a.a. 2015/2016 della Scuola di Medicina, Università di Bari "Aldo Moro" all'art. 8 punto d) dichiara che il Direttore delle attività pratiche è scelto tra i docenti in servizio presso la struttura del C.di L. Infermieristica a cui sono affidati uno o più insegnamenti.

Il Direttore di Tirocinio si avvale della collaborazione dei Tutor, figura altrettanto importante regolamentata dall'art 8, comma 4 che recita:

Il Tutor professionale è un Infermiere esperto sia nello specifico campo professionale, sia in ambito pedagogico, appositamente formato

in numero rispondente a quanto previsto dal protocollo d'intesa, dura in carica un anno e può essere rinnovato, deve essere scelto dal Direttore di Tirocinio sulla base dei curriculum professionale, accademico e scientifico, nonché delle capacità attitudinali della figura professionale.

Bibliografia

- ✓ Regolamento didattico ex D.M. 270/2004 a.a. 2015/2016 della Scuola di Medicina, Università degli studi di Bari Aldo Moro
- ✓ Protocollo UNIBA/ regione
- ✓ Convenzione attuativa tra Università di Bari e ASL di Taranto, giusta deliberazione del Direttore Generale n.1141 del 25/3/209
- ✓ "Strategie Sanitarie applicate alle Scienze Infermieristiche" AA. VV. Società Editrice Universo.2007.

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA: LE NOVITA'

Progetto di Tirocinio, nuovi criteri per la scelta dei tutor, nuova sede: ne parliamo con il presidente del Corso di laurea, prof. SANTACROCE.

“Sarà una svolta radicale per una serie di motivazioni teorico-pratiche, grazie anche all’Ufficio formazione Asl impegnato a migliorare radicalmente il percorso formativo pratico. In quest’ottica si inserisce la possibilità, ad oggi direi certezza, di trasferire i Corsi in un nuova sede che consenta di unire percorso teorico con la pratica. Rimane la difficoltà per un unico corso di laurea (tecnico per la prevenzione ambiente) in merito ad una migliore collocazione. La nuova sede, la Cittadella della Carità, offre la possibilità di coniugare didattica e ricerca, il che agevola la possibilità di una strutturazione stabile del Polo tarantino”.

FORMAZIONE DEI TUTOR?

“Anche qui l’impegno per migliorare la formazione tutor a partire dalle finalità perché lo studente deve essere portato a sapere quali sono le tecniche conditio sine qua non della professione.

Il tutor deve conoscere le finalità, come va fatto, quindi a monte è necessario l’aggiornamento costante, il dover far capire tutti gli aspetti della professione, il dover dare il buon esempio. Per ottenere questo, momento importante, si è pensato di far partecipare gli aspiranti tutor ad uno short master erogato a tutto il personale interessato che potrà avere indicazioni precise sul modo di rapportarsi con studenti delle professioni sanitarie e rappresenterà un ulteriore stimolo per l’efficientamento professionale”

Per **Short Master universitari** si intendono i corsi di studio di livello avanzato, progettati

per l’immediata spendibilità, organizzati anche per classi di fruitori omogenei per interessi formativi e/o di professione, di competenze specialistiche e trasversali, articolati in lezioni, workshop tematici di approfondimento, seminari di ampliamento delle competenze, anche con formula weekend.

Gli **Short Master universitari** sono orientati essenzialmente al mondo del lavoro allo scopo di favorire esigenze di aggiornamento e acquisizione di nuove competenze, con metodologie didattiche che valorizzano le maturate esigenze lavorative e accrescono la professionalità dei singoli partecipanti anche rispetto alle esigenze competitive del mercato.

“Quindi, Nuovo Progetto Formativo, Short Master, nuova sede nella quale svolgere il tirocini ed i corsi avanzati “ai quali- aggiunge il prof. Santacroce- potranno partecipare anche i professionisti delle struttura accreditate dalla Asl in convenzione con Università. Nell’ottica dell’efficientamento abbiamo ritenuto opportuno come Università e Asl di offrire questo corso anche a quelle figure professionali non direttamente impegnate nel percorso formativo dei corsi di laurea, comunque importante nell’approccio multiprofessionale e multidisciplinare al paziente.

Taranto sarà, ancora una volta, apripista con questo progetto”

LA SANITA' STA CAMBIANDO CON UN, PARE, TENTATIVO DI DARE IMPORTANZA ALLA CLINICA. COSA COMPORTEREBBE QUESTO

“Un salto nel buio. Va benissimo la gestione da parte dell’Infermiere di aree di competenza specifica. Bisognerebbe creare percorsi per gestione competenze in base a preparazione. In questa ottica stiamo cercando di migliorare la preparazione nella sede di Taranto e va detto che molti laureati nel Polo jonico sono richiestissimi all’estero, anche in strutture prestigiose come l’Ospedale Universitario di Oxford, che ha assunto una infermiera laureata un paio di anni fa, inserendola in un importante progetto di ricerca. Non abbiamo nulla da invidiare ad altre realtà formative. L’Università di Bari ha eccellenze che permettono di garantire una formazione teorico-pratica di alto livello. Personalmente ho cercato di dare un’impronta europea (sono responsabile del Progetto Erasmus dell’Università di Bari per l’infermieristica), con studenti andati all’estero allo scopo di conoscere la realtà degli altri Paesi, ad esem-

pio la Spagna, da dove è appena tornata Marinuzia Scalera, che ha testimoniato una strutturazione completamente diversa del Corso di laurea in Infermieristica, della durata di 4 anni, ma con l’ultimo completamente dedicato al tirocinio.

Di fatto, in Europa- conclude Santacrocesi dà moltissimo spazio alla pratica e ad alcune discipline, come la farmacologia, da noi con spazi limitati, e, appena qualche settimana fa, la Spagna ha aperto agli infermieri le prescrizioni di farmaci da banco, e di altri da definire.

Per quel che ci riguarda, l’opportunità della nuova sede nella Cittadella della Carità permetterà di far vedere praticamente gli aspetti clinici, potrà essere di notevole aiuto per spunti nelle ricerche, ovvero migliorerà la preparazione dei nuovi infermieri e la qualità assoluta di chi già lavora”.



Interno della Cittadella della Carità

L'INCONTINENZA URINARIA

Dott. Franco Miccoli *Infermiere*

Dott. Antonio Miccoli *Fisioterapista Osteopata*

L'Incontinenza Urinaria secondo l'International Continence Society (ICS) è definita come qualsiasi perdita involontaria di urina, al di fuori dell'atto della minzione, e colpisce entrambi i sessi, con prevalenza per quello femminile.

CLASSIFICAZIONE DELLE INCONTINENZE URINARIE

1) I. U. A DA SFORZO (STRESS INCONTINENCE)

Perdita involontaria di urina a seguito di sforzi fisici (tosse, sollevamento pesi) che comportano un aumento della pressione intraddominale. Sono interessati sia il sesso femminile che maschile, con prevalenza nelle donne dopo il parto per cambiamenti ormonali, perdita di tono e delle masse muscolari. Negli uomini la causa è quasi sempre iatrogena dopo intervento di prostatectomia.

2) I. U. DA URGENZA (URGENCY URINARY INCONTINENCE)

Perdita involontaria di urine precedente a desiderio di minzione improvvisa e impellente e difficile da posporre. La fuga di urine avviene a contrazione involontaria del MUSCOLO DETRUSORE della vescica.

3) I.U. MISTA(MIXED URINARY INCONTINENCE)

Presenza simultanea di incontinenza da sforzo e incontinenza da urgenza

4) INCONTINENZA CONTINUA GOCCIA A GOCCIA (DRIBBLING INCONTINENCE)

Fuoriuscita continua di urine dall'uretra secondaria ad una lesione completa dello sfintere uretrale o a perdita completa della capacità vescicale.

5) INCONTINENZA DA RIGURGITO (OVER FLOW INCONTINENCE)

Si associa ad una ritenzione urinaria cronica completa, dove la minzione spontanea è sostituita dal rigurgito di urine per via uretrale della vescica sovradistesa. Tale situazione porterà ad una vescica talmente piena con fuoriuscita di urine volontariamente sotto forma di gocciolamento più o meno continuo.

6) ENURESIS . E' sinonimo di minzione involontaria.

ENURESIS NOTTURNA: minzione durante il sonno

ENURESIS RISORIA: minzione involontaria durante una risata.

7) SGOCCIOLAMENTO POST MINZIONE : perdita di gocce di urina dopo aver compiuto la minzione

CAUSE DELL'INCONTINENZA MASCHILE POST CHIRURGIA PROSTATICA (per cancro della prostata 10.50%)

- Post cistectomia con neovescica 0,20%
- Post TURP 2%

POST TRAUMATICHE

- Trauma del pavimento pelvico
- Ricostruzione dell'uretra
- Congenita (ipofadia estrofia vescicale)
- Neurogena (mielomeningocele- trauma del midollo spinale)

TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA

La condizione di trattamento dell'I. U. lieve prevede l'impiego di trattamenti riabilitativi e, in seguito, farmacologici.

Per le forme severe, invece, il trattamento è chirurgico.

Nel caso di incontinenza media si preferisce

ricorrere come primo approccio alla terapia riabilitativa del pavimento pelvico (P.P).

Obiettivi di questo tipo di riabilitazione sono:

- Ginecologico, per la prevenzione delle perdite della statica pelvica
- Uro-ginecologico e colon-proctologico per la incontinenza urinaria e fecale.

VALUTAZIONE

Prima di iniziare un programma riabilitativo, occorre una adeguata valutazione che comprenda l'anamnesi con osservazione dello stato generale del paziente, eventuali disabilità, lo studio delle condizioni cognitive e integrità del S.N.C. e Periferico. Ancora, un esame fisiatrico con lo studio della statica pelvica, della consistenza del muscolo pubo-coccigeo attraverso il PC test. Inoltre, per quantificare l'entità della perdita di urine vengono suggeriti:

- I fogli minzionali, raccolti per più di 8-10 gg., con orario e quantità di urine emesse ad ogni minzione e le eventuali perdite;
- Il PAD TEST o test del pannolino.

I dati saranno raccolti in una cartella riabilitativa per una valutazione continua del percorso.

METODI

Tecniche riabilitative del Pavimento Pelvico

Le tecniche riabilitative sono rappresentate da:

- **Bladder-retraing (tecniche comportamentali)**
- **Chinesiterapia pelvi-perineale**
- **BFB**
- **SEF**
- **Coni vaginali**

Le tecniche riabilitative per il P.P. saranno rappresentate da

Essenziale l'importanza della Riabilitazione nella terapia della disfunzione del Pavimento Pelvico, come riconosciuto già nel 1990

Tecniche riabilitative del Pavimento Pelvico

BLADDER RETRAING (condizionamento vescicale)

- Si intendono le tecniche comportamentali atte a ristabilire un controllo vescicale nell'adulto tramite l'educazione del paziente nei riguardi della continenza:
 - Utilizzo di programmi a tempo con intervalli crescenti
 - Controllo dello stimolo minzionale mediante tecniche di rilassamento
 - Compilazione del diario minzionale per monitorare il trattamento
 - Supporto psicologico e tecniche di rilassamento
 - Correzione di tosse, obesità e stipsi

Tecniche riabilitative del Pavimento Pelvico

BLADDER RETRAING (condizionamento vescicale)

- Si intendono le tecniche comportamentali atte a ristabilire un controllo vescicale nell'adulto tramite l'educazione del paziente nei riguardi della continenza:
 - Utilizzo di programmi a tempo con intervalli crescenti
 - Controllo dello stimolo minzionale mediante tecniche di rilassamento
 - Compilazione del diario minzionale per monitorare il trattamento
 - Supporto psicologico e tecniche di rilassamento
 - Correzione di tosse, obesità e stipsi

dall' ICS (INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY), che sottolineava come la tecnica riabilitativa costituisca il primo approccio nella cura delle patologie vescico-sfintere-perineali.

BIBLIOGRAFIA

- **INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE** Manuale per la riabilitazione, ed 2007 (Donatella Giraud, Gianfranco Lamberti) ; EDI -ERMES editore ;
- **RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO** ,(Arianna Bortolami); MASSON editore 2014;
- **RIABILITAZIONE UROGINECOLOGICA** (Paolo Di Benedetto); MINERVA editore 1995;
- **RIABILITAZIONE DEL PIANO PERINEALE**, (Concetta Conte), SOCIETA' SICULO CALABRA DI UROLOGIA 2003.



AZIENDA SANITARIA LOCALE TA
DIREZIONE GENERALE
 VIALE VIRGILIO 31 – 74121 TARANTO

Ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri
Direttori dei Distretti Socio Sanitari
Direttori dei Dipartimenti

- *di Prevenzione*
- *di Salute Mentale*
- *di Dipendenze Patologiche*
- *di Riabilitazione*

e per il loro tramite ai Direttori di SSCC e Semplici

Ai Rappresentanti OO.SS.
Al Presidente RSU

OGGETTO: Disposizioni in materia di orario di lavoro per l'applicazione dell'art.14 Legge 161/2014.

Come noto, in materia di orario di lavoro il D.Lgs. 8-4-2003 n. 66, di recepimento della Direttiva 93/104/CE del Consiglio, del 23 novembre 1993, così come modificata dalla Direttiva 2000/34/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 giugno 2000, dirette a *regolamentare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, e nel pieno rispetto del ruolo della autonomia negoziale collettiva, i profili di disciplina del rapporto di lavoro connessi alla organizzazione dell'orario di lavoro*, ha sancito l'obbligo del riposo giornaliero (art.4) e della durata massima dell'orario di lavoro (art.7), come segue:..... *Omissis... La durata media dell'orario di lavoro non può in ogni caso superare, per ogni periodo di sette giorni, le quarantotto ore, comprese le ore di lavoro straordinario...Omissis.....ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.... La medesima norma, tuttavia, all'art. 17, comma 6 bis esplicitamente dispone la non applicabilità di quanto innanzi ed in particolare..... Le disposizioni di cui all' articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori.*

1

Con diverse disposizioni successive il legislatore ha confermato l'inapplicabilità del decreto legislativo 66/03, da ultimo con la Legge 133/08 di conversione del DL 112/08 che all'art. 41, comma 13 ha stabilito che.... *Al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, in ragione della qualifica posseduta (dirigenza) e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche.*

A seguito della messa in mora del Governo italiano da parte della Ue, relativa all'esclusione del personale medico da alcuni diritti previsti dalla direttiva 2003/88/CE e cioè la norma quadro europea conosciuta come *direttiva sulle 48 ore di lavoro settimanali*, che ha fissato le tutele nei confronti di tutti i lavoratori dei Ventisette e quindi anche dei medici che lavorano nel pubblico, è stata varata la Legge Comunitaria 30-10-2014 n. 161, che all'art. Art. 14, comma 1) ha stabilito che *Decorso dodici mesi dalla data di entrata in*

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PUGLIA
 74100 TARANTO, VIALE VIRGILIO, 31 - TEL. 099.7786111

C.F. - P.I. 02026690731
 730 - 238



AZIENDA SANITARIA LOCALE TA
DIREZIONE GENERALE
 VIALE VIRGILIO 31 – 74121 TARANTO

vigore della presente legge, sono abrogati il comma 13 dell'articolo 41 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e il comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66..omissis.

La norma citata entrerà in vigore il prossimo 25 novembre 2015 e con essa verranno disapplicate anche le clausole contrattuali correlate.

Nelle more delle disposizioni regionali in materia che la legge n. 161 espressamente rimette in capo alle regioni per *una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili* e dell'attuazione di appositi processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari, in applicazione dei nuovi standard dei posti letto e della rideterminazione della dotazione organica, correlata alle disponibilità finanziarie della stessa Regione, si ritiene necessario sensibilizzare le SSSL in indirizzo alla scrupolosa ed attenta applicazione delle nuove disposizioni, si ribadisce in vigore dal prossimo 25 cm.

Con il riallineamento alla normativa europea e l'abrogazione delle disposizioni contrattuali ed aziendali in tema di orario di lavoro dei dirigenti medici, occorrerà pertanto assicurare obbligatoriamente le nuove disposizioni normative e garantire direttamente ed immediatamente le tutele introdotte a tutti i lavoratori. Ciò anche al fine di evitare azioni di risarcimento.

Pertanto si invitano le SSSL a vigilare affinché sia assicurato il rispetto dell'orario di lavoro ed il conseguente periodo di riposo ed in particolare:

- Rispetto del limite massimo di 12 ore e 50' di lavoro giornaliero (derivante dalla differenza fra la giornata di 24 ore e le 11 ore di riposo obbligatorio, detratti 10 minuti di pausa obbligatoria minima).
- Rispetto del limite massimo di 48 ore di durata media dell'orario di lavoro settimanale, compreso lo straordinario, che dovrà comunque rientrare nel tetto massimo di 250 ore annue.
- Rispetto del limite minimo di 11 ore continuative di riposo nell'arco di un giorno.

Cancellazione delle deroghe esistenti in materia e la nullità degli accordi aziendali nei diversi livelli e comparti di contrattazione, atteso che eventuali deroghe alla durata minima del riposo continuativo giornaliero, alla durata delle pause, al periodo temporale di calcolo dell'orario di lavoro medio settimanale e al lavoro notturno possono essere introdotte solamente dal contratto collettivo nazionale o da accordi nazionali.

In particolare per tutto il personale sanitario interessato si ritiene indispensabile vigilare affinché non vi sia programmazione di:

- turni di lavoro ravvicinati quali ad esempio: notte/mattina, notte/pomeriggio, notte/notte, fatte salve condizioni eccezionali e imprevedibili;
- inserimento del lavoratore nel turno di mattina successivo alla pronta disponibilità notturna;
- effettuazione di due turni di lavoro notturno consecutivi, ovviamente fatte salve condizioni eccezionali e imprevedibili;
- mancato rispetto della durata del riposo giornaliero di 20 ore continuative, dopo un turno di lavoro o guardia notturna, nonché dei termini per il computo dell'inizio delle 12 ore di lavoro notturno, che sono da calcolare a partire dall'inizio del turno stesso;
- utilizzo di deroghe introdotte con accordi aziendali che sono da considerare nulle con l'entrata in vigore delle disposizioni normative in commento.

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PUGLIA
 74100 TARANTO, VIALE VIRGILIO, 31 - TEL. 099.7786111

C.F. - P.I. 02028690731
 101 - 020



AZIENDA SANITARIA LOCALE TA
DIREZIONE GENERALE
 VIALE VIRGILIO 31 – 74121 TARANTO

Per la dirigenza medica si precisa che i periodi di attività resi in regime di libera professione sono da considerare al di fuori dell'orario di lavoro, salvo che la stessa attività sia resa in regime di sedute aggiuntive o per attività richieste dall'azienda per abbattere le liste d'attesa, poiché in tal caso sono da computarsi ai fini della durata massima dell'orario di lavoro e del riposo giornaliero. Ciò in quanto tali prestazioni, libero professionale, sono rese nell'esclusivo interesse dell'azienda e quindi da considerare attività istituzionale e per l'effetto prosecuzione della normale attività del dirigente.

Si precisa, inoltre, che il periodo di reperibilità non è computato all'interno dell'orario di lavoro in quanto trattasi di pronta disponibilità passiva che non configura la presenza sul luogo di lavoro, né l'esercizio delle funzioni del dipendente.

Sono invece rientranti all'interno dell'orario di lavoro le prestazioni effettuate a seguito di chiamata, che come noto sospendono e non interrompono il periodo di riposo. E' del tutto evidente che al termine della prestazione resa il lavoratore non avrà diritto ad un altro periodo intero di riposo, ma solo al numero di ore che sommate a quelle precedenti la chiamata consentono il completamento delle 11 ore.

I turni di guardia devono essere considerati a tutti gli effetti periodi lavorativi.

Per quanto poi rileva in particolare per il personale del Comparto occorrerà vigilare affinché sia assicurato il rispetto di quanto di seguito:

- Limite massimo di 12 ore e 50' di lavoro giornaliero.
- Limite massimo di 48 ore di durata media dell'orario di lavoro settimanale, compreso lo straordinario (ivi incluso il tetto massimo di 250 ore annue).
- Limite minimo di 11 ore continuative di riposo nell'arco di un giorno.
- Turno h 24 articolato su 8 ore di servizio per turno, con inizio alle ore 7:00, con matrice in quinta (M P N S R) 3
- Divieto di cambi turni salvo situazioni di comprovata urgenza a garanzia della continuità assistenziale e comunque previa autorizzazione delle Direzioni delle Professioni Sanitarie.
- Fruizione del riposo dopo la pronta disponibilità notturna a cui segue a compensazione dell'invarianza del debito orario turno di servizio in h12.
- Fruizione del riposo compensativo derivante dalla pronta disponibilità diurna festiva, a cui segue a compensazione dell'invarianza del debito orario turno di servizio in h12;
- Il riposo settimanale è di 24 ore consecutive, da cumulare con le ore di riposo giornaliero (11 ore); il suddetto periodo di riposo consecutivo (35 ore) è calcolato come media in un periodo non superiore a 14 giorni;
- E' fatto divieto di programmare due turni consecutivi: notte/mattina, notte/pomeriggio, notte/notte, salvo situazioni di comprovata urgenza a garanzia della continuità assistenziale e comunque previa autorizzazione delle Direzioni delle Professioni Sanitarie.

Fermo restando la responsabilità del Dirigente, si ribadisce che, la responsabilità della corretta elaborazione dei turni di servizio è in capo al coordinatore della struttura il quale è tenuto a comunicare tempestivamente e per iscritto eventuali situazioni che si discostano da tale modello.

Si rammenta che il mancato rispetto delle disposizioni di cui alla Legge 161/2014 comporta l'applicazione delle sanzioni di cui al D.lgs.66/03, cui si rinvia per le singole fattispecie.



AZIENDA SANITARIA LOCALE TA
DIREZIONE GENERALE
VIALE VIRGILIO 31 – 74121 TARANTO

Al fine di evitare quanto innanzi e le eventuali implicazioni per la tutela assicurativa, si invitano i diretti responsabili, salva l'applicazione di diverse disposizioni regionali, che dovessero nel frattempo intervenire e comunque nelle more della nuova contrattazione aziendale in merito alla organizzazione del lavoro, a dare attuazione a quanto di seguito.

Il Direttore Amministrativo
Dot. Andrea CHIARI

Il Direttore Generale
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Maria LEONE

Comunicato Stampa

È appena entrata in vigore la legge 161/2014 sugli orari di lavoro ed è effetto domino per la Sanità, costretta a fare i conti, a Taranto come nel resto del Paese, con organici decimati dal blocco del turnover in nome del contenimento della spesa sanitaria, organici costretti a turni massacranti di lavoro. Da oggi è stop, occorre un più regolare assetto a tutela della salute del personale sanitario e dei cittadini destinatari delle prestazioni; scatta l'obbligo di massimo 48 ore di lavoro settimanali - straordinario compreso -, turni di 11 ore consecutive di riposo per ogni 24 ore lavorative.

Le disposizioni contenute nella legge costringono le realtà territoriali ad un tour de force per la totale rivisitazione dell'organizzazione del lavoro nell'ottica di indirizzi urgenti che coniughino il lavoro con i diritti dei professionisti, la cui carenza è strutturale, non conosce soluzioni se non le assunzioni a tempo determinato. A tal proposito, la Commissione europea ha aperto una procedura di infrazione a seguito dell'utilizzo abusivo dei contratti a termine nel settore pubblico, con esplicito riferimento al settore sanitario.

Numerose sono state le sentenze della Corte di giustizia che hanno condannato lo Stato italiano per l'abuso dei contratti a termine.

Il 1 dicembre 2015 presso le Sezioni Unite della Corte di Cassazione ci sarà l'udienza proprio sulla questione dei contratti a termine in sanità, dovrà essere individuata la sanzione adeguata per la pubblica amministrazione che ha utilizzato in maniera illegittima lo strumento del contratto a tempo determinato, quindi a fronte del rischio di pesantissimi risarcimenti per le ASL a seguito delle centinaia di ricorsi pendenti presso la Magistratura del lavoro, perché non prevedere una stabilizzazione del personale, quindi, adempiere anche agli obblighi europei sul nuovo orario di lavoro?

Comunque vada l'udienza, rimane la latitanza del governo regionale che ha chiesto 10 giorni di tempo per la riorganizzazione della rete ospedaliera con la previsione di accorpamenti e chiusure - nella Asl Ta a rischio il Pronto Soccorso dello stabilimento ospedaliero "Moscati" di Statte e "S. Marco" di Grottaglie- per risolvere la "questione Infermieri", ovvero facendo confluire gli infermieri nei reparti a maggiore flusso di utenti. Basterà? No, a nostro avviso no, perché la pianta organica è decisamente sottodimensionata, per cui non sono poche decine a fare la differenza, a risolvere il problema. Nel frattempo, anziché puntare sulla innovazione, sulla valorizzazione e sul sostegno del patrimonio umano esistente nel nostro territorio, si chiedono agli infermieri ancora sacrifici, proponendo turni di 8 ore, incuranti dei rischi-stress correlati, dell'appropriatezza delle prestazioni, degli incidenti, dei possibili errori, dell'aumento del rischio di morte dei pazienti, incidenti che in paesi come l'Inghilterra hanno spinto i governi ad adottare "misure di sicurezza urgenti" con l'assunzione di infermieri, anche stranieri tra cui italiani. Infatti, registriamo su Taranto l'esodo, l'emorragia, dei neo laureati, che ormai guardano sempre più all'estero come sbocco lavorativo, di fatto impoverendo di nuova linfa la realtà lavorativa territoriale.

Emerge, quindi, in tutta la sua drammaticità la carenza di infermieri strutturati, carenza che obbliga ad un surplus di lavoro peraltro da oggi vietato pena il pagamento per l'azienda di pesanti sanzioni. E' nostra responsabilità vigilare per evitare che vengano disattese le norme di legge o che vengano interpretate in modo errato.

PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO COLLEGIO IPASVI

La Presidente

Benedetta Mattiacci

Taranto, 25/11/2015

LE AVVERSITÀ POSSONO ESSERE DELLE FORMIDABILI OCCASIONI

Dott. Francesco Lena, Infermiere

Alcune semplici idee, considerazioni e riflessioni, sulle avversità che si possono incontrare nel percorso della nostra vita. Le avversità che ci possono capitare, se affrontate con un sereno ottimismo, possono diventare una grande opportunità, aprendo nuovi orizzonti di speranza e di riscatto della vita.

Per trovare il coraggio della vita quotidiana, per chi è stato colpito da una malattia rara, bisogna percorrere la via migliore, quella del cuore, credere nella forza che abbiamo dentro di noi, agire con semplicità ma con determinazione avendo fiducia nelle proprie energie, anche se la paura ci può prendere, bisogna proseguire con creatività il cammino della vita, tirar fuori quella luce meravigliosa che abbiamo dentro di noi, ci illumina le idee e ci dà la capacità di dirigere la nostra vita verso obiettivi formidabili, belli, universali e di valori alti, di amore, di amicizia, dello stare bene con se stessi e con gli altri.

Le sofferenze non bisognerebbe temerle, ma con lucidità, con umana consapevolezza e naturalezza, affrontarle nella collaborazione di parenti, amici e con la gente che ci sta vicino, poi agire con cuore aperto e positivamente, fa crescere anche la buona volontà di essere protagonisti in questa società, in questo mondo meraviglioso, fa venire fuori la voglia di vivere a pieno la vita, di amare ed essere amati, che è un sentimento bellissimo.

S'impara il coraggio tenendo controllata la paura e aprendosi al mondo, alla bellezza delle persone, per trovare e vedere quella luce stupenda che ci circonda, nelle piccole cose che la natura ci regala, i fiori, i suoni, i colori, la musica, il canto degli uccelli, la freschezza dell'aria, ma soprattutto dare spazio a quella magnifica luce che abbiamo dentro di noi, che illumina ogni passo che facciamo e ci aiuta

“Le avversità possono essere delle formidabili occasioni.”

- Thomas Mann

ad aprire la mente, per trovare quelle energie positive e risvegliare l'interesse della generosità, di saper costruire relazioni di solidarietà, e di una sana e serena cerchia di amici, poi costruire una buona collaborazione con quelle persone che soffrono di una malattia rara, di saper condividere il coraggio di raccontare il dolore, la sofferenza, le preoccupazioni, che ci rende sicuramente più liberi e più forti e imbattibili nel vivere il valore della solidarietà, ci fa ritrovare pure la speranza, la voglia di amarsi, di sognare una vita piena di cose belle, magiche e positive, quelle che fanno superare tutte le avversità che ci possono avere colpiti, ma ci dobbiamo credere, nella creatività, nella fantasia e serenità, la vita va vissuta a pieno, ogni istante, perché è il valore più bello che ci sia sulla nostra madre terra e va amata con il cuore sempre.

LA PIÙ BRUTTA STORIA DELLA NOSTRA TARANTO: L'INQUINAMENTO



Dott. Gerardo Mecca, Infermiere S.C. "UTIC" Ospedale SS: Annunziata - Taranto
Referente Collegio IPASVI - TA in "Osservatorio Jonico delle Professioni"

Inquinanti trattati

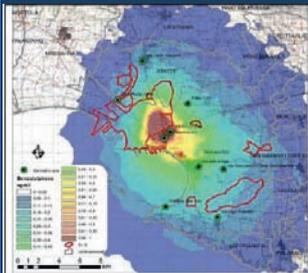


Macroinquinanti:
benzene, SO₂, NO_x, PM10 e PM2.5;

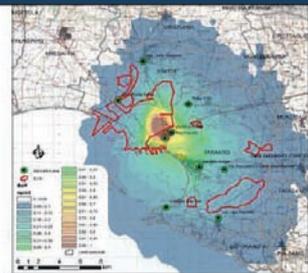
Microinquinanti:
BaP, IPA 4, diossine, PCB, As, Cd, Cr, Cu, Hg, Ni, Pb, Se, Zn.

In questa prima analisi non è stato valutato il rischio connesso all'esposizione a PM10, anche perché altre istituzioni (in particolare l'EPA) non lo includono nelle procedure di risk assessment.

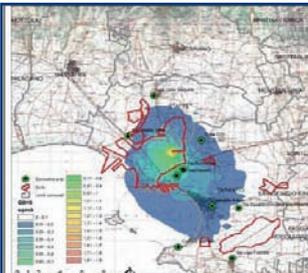
Pag 15



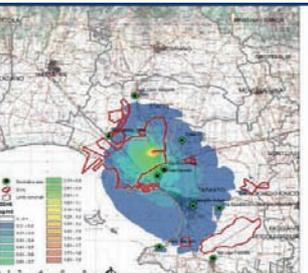
Mappa della concentrazione media annuale di BaP (Situazione 2010)



Mappa della concentrazione media annuale di BaP (Scenario 2016)*

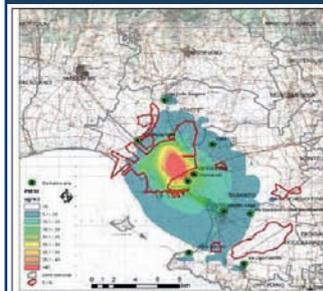


Mappa della concentrazione media annuale di benzene (Situazione 2010)

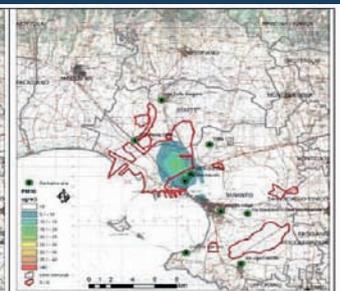


Mappa della concentrazione media annuale di benzene (Scenario 2016)*

Nel caso del benzene, si evince un leggero aumento, in termini di concentrazioni attese, plausibilmente dovuto alla capacità massima considerata nel 2016 (superiore a quella reale 2010). Tale aumento non risulta adeguatamente controbilanciato dalla riduzione sulle concentrazioni al suolo prodotte dalle prescrizioni in ambito riesame AIA per tutti i processi che presentano emissioni di questo tipo di inquinante.

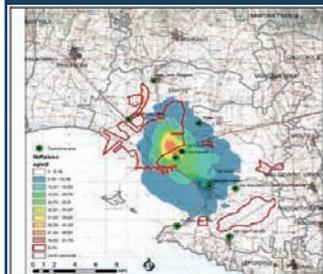


Mappa della concentrazione media annuale di PM10 (Situazione 2010)

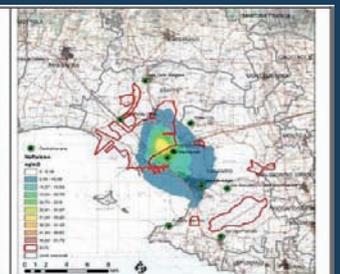


Mappa della concentrazione media annuale di PM10 (Scenario 2016)*

Fig.19 Mappe di concentrazione media annuale al suolo di PM10 relative alla situazione 2010 e allo scenario 2016 * Alla massima capacità produttiva prevista nel riesame

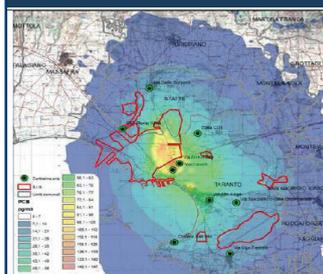


Mappa della concentrazione media annuale di Naftalene (Situazione 2010)

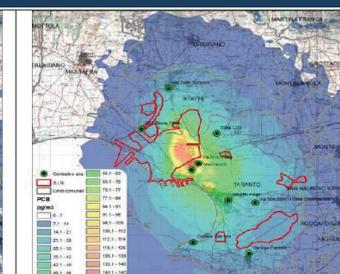


Mappa della concentrazione media annuale di Naftalene (Scenario 2016)*

Fig.21 Mappe di concentrazione media annuale al suolo di Naftalene relative alla situazione 2010 e allo scenario 2016



Mappa della concentrazione media annuale di PCB (Situazione 2010)



Mappa della concentrazione media annuale di PCB (Scenario 2016)*

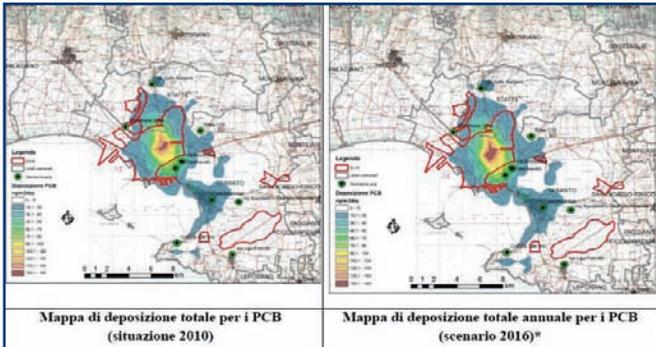


Fig.23 Ma Sebbene i dati emissivi totali per i PCB mostrino una diminuzione del 6% tra il 2010 e il 2016 (rif. Tab. 9), l'effetto dell'attribuzione della maggiore capacità produttiva determina un aumento delle emissioni attribuite a camini mediamente più bassi, determinando quindi un incremento per lo scenario 2016 dei corrispondenti valori di concentrazione al suolo.

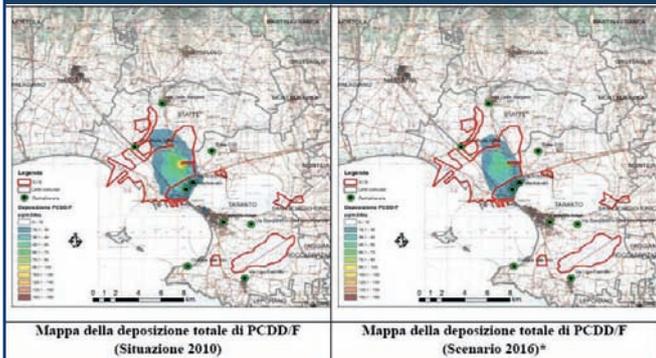


Fig.22 Mappe di concentrazione media annuale al suolo e di deposizione totale di PCDD/F relative alla situazione emissiva 2010 e allo scenario 2016.

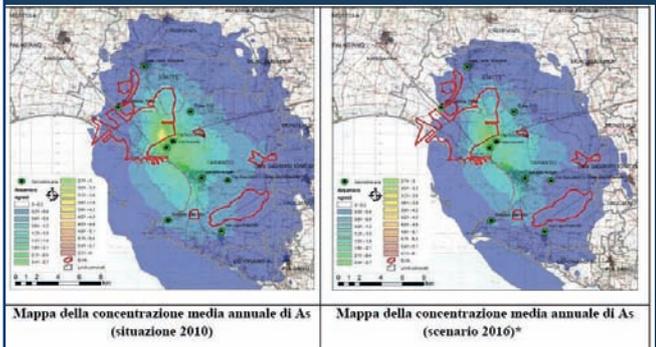


Fig.26 Mappe di concentrazione media annuale al suolo e di deposizione totale di As relative alla situazione emissiva 2010 e allo scenario 2016.

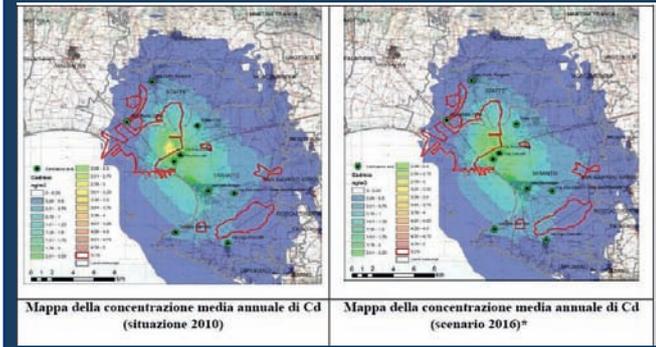


Fig.27 Mappe di concentrazione media annuale al suolo e di deposizione totale di Cd relative alla situazione emissiva 2010 e allo scenario 2016.

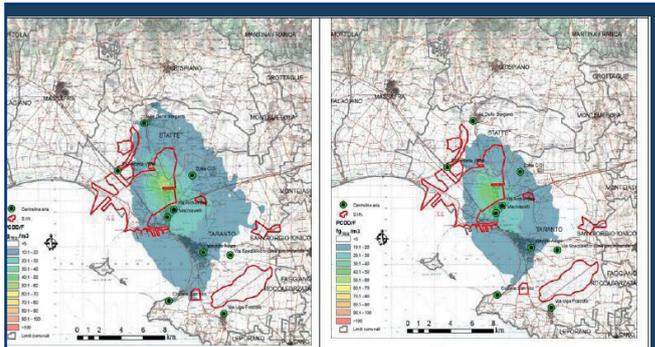


Fig.25 Mappe di concentrazione media annuale al suolo e di deposizione totale di Ni relative alla situazione emissiva 2010 e allo scenario 2016.

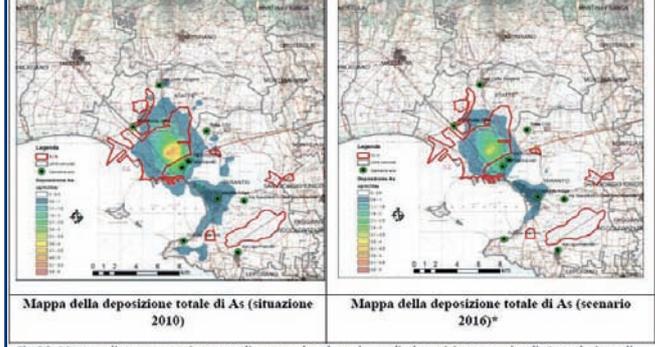
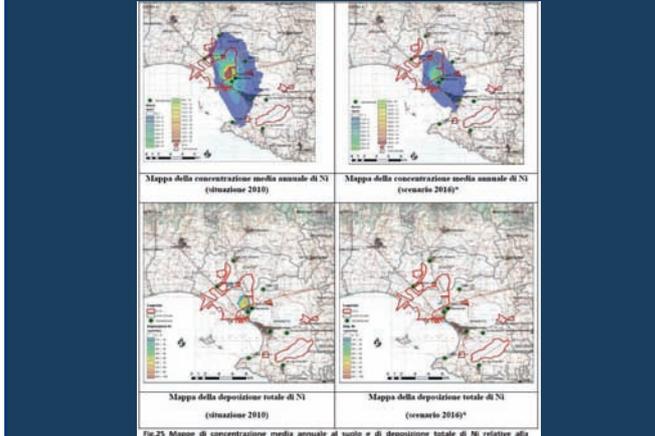


Fig.26 Mappe di concentrazione media annuale al suolo e di deposizione totale di As relative alla situazione emissiva 2010 e allo scenario 2016.

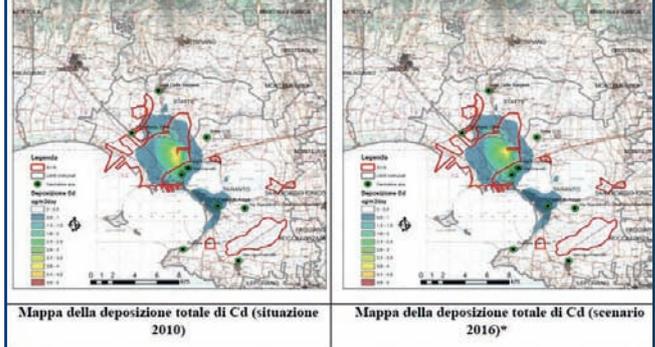
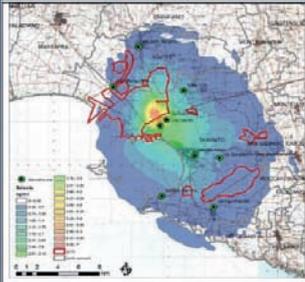
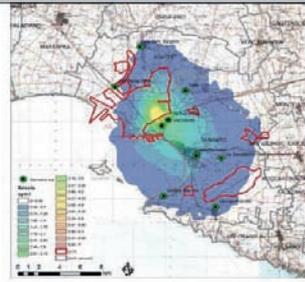


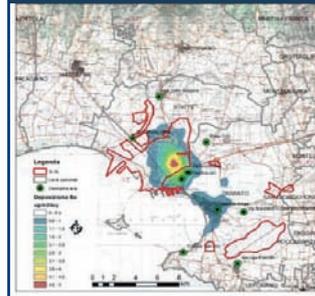
Fig.27 Mappe di concentrazione media annuale al suolo e di deposizione totale di Cd relative alla situazione emissiva 2010 e allo scenario 2016.



Mappa della concentrazione media annuale di Se (situazione 2010)



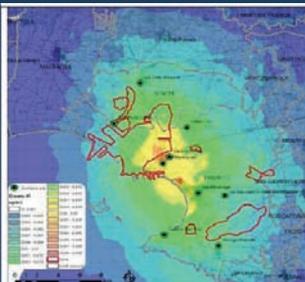
Mappa della concentrazione media annuale di Se (scenario 2016)*



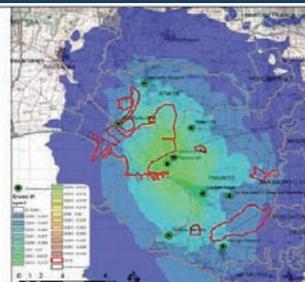
Mappa della deposizione totale di Se (situazione 2010)



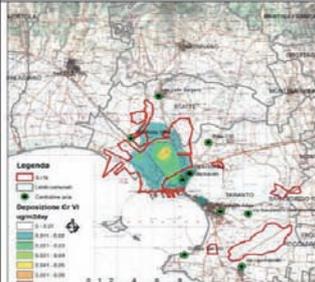
Mappa della deposizione totale di Se (scenario 2016)*



Mappa della concentrazione media annuale di Cr VI (situazione 2010)



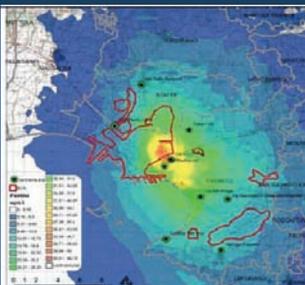
Mappa della concentrazione media annuale di Cr VI (scenario 2016)*



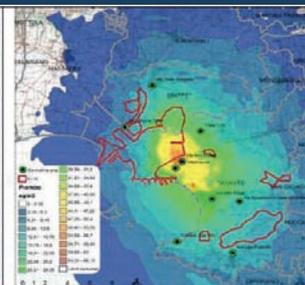
Mappa della deposizione totale di Cr VI (situazione 2010)



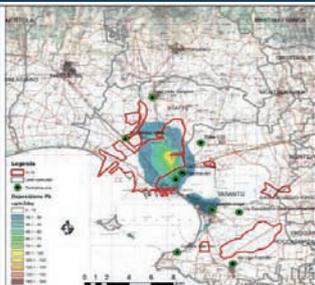
Mappa della deposizione totale di Cr VI (scenario 2016)*



Mappa della concentrazione media annuale di Pb (situazione 2010)



Mappa della concentrazione media annuale di Pb (scenario 2016)*



Mappa della deposizione totale di Pb (situazione 2010)



Mappa della deposizione totale di Pb (scenario 2016)*

Per quanto riguarda il piombo non si apprezzano sostanziali differenze tra le mappe delle concentrazioni annuali relative alla situazione emissiva 2010 e lo scenario 2016. Ciò è

12. Conclusioni

La valutazione del rischio cancerogeno inalatorio prodotto dalle emissioni in aria dello stabilimento ILVA di Taranto ha evidenziato, sia per il quadro emissivo 2010 che per lo scenario successivo all'adempimento all'AIA, una probabilità aggiuntiva di sviluppare un tumore nell'arco dell'intera vita superiore a 1:10.000 per una popolazione di circa 22.500 residenti a Taranto (situazione precedente all'AIA) e per una popolazione di circa 12.000 residenti a Taranto (situazione post-AIA).

Tali risultati dimostrano che le prescrizioni previste dall'AIA hanno l'effetto di ridurre il numero di soggetti esposti a un rischio cancerogeno non accettabile, ma che ulteriori misure devono essere adottate da parte dell'Autorità competente.



Procedura di valutazione del rischio



LA MORTALITA' PER NEOPLASIE A TARANTO: IL RISCHIO ESPOSITIVO A SOSTANZE CANCEROGENE DEI LAVORATORI DELLA COKERIA

A. Miccio*, R. Rinaldi**

* INAIL - Sede di Taranto, Centro Medico Legale

** INAIL - Direzione Regionale Puglia - Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione

Per le sostanze cancerogene è generalmente ammessa una curva dose/effetto di tipo lineare passante per l'origine delle coordinate. Non sembra in altre parole esistere per queste sostanze una condizione di non rischio (effetto stocastico)

Il rischio cancerogeno nullo non esiste; esiste tuttavia la possibilità di stimare la probabilità di accadimento dell'evento nella popolazione degli esposti e di definire, arbitrariamente, una soglia di "accettabilità" della probabilità stessa.

Nei paesi occidentali vengono definiti le seguenti soglie di rischio incrementale di cancro:

- 1/1.000.000 - Trascurabile, individuata per la popolazione generale;
- 1/1.000.000 - 1/100.000 - Accettabile, ad esempio per un farmaco di grande utilità;
- 1/100.000 - 1/10.000 - Tollerabile, per esposizioni lavorative (livello di rischio di mortalità generica per infortunio nell'industria);
- > 1/10.000 - Inaccettabile.

Report trasmessi dall'ENI periodicamente al Ministero dell'Ambiente e al Registro Europeo Emissioni e Trasferimenti di Sostanze Inquinanti siglato E-PRPT.

Sui documenti che il gestore Eni ha inviato al Ministero troviamo **diossido di zolfo-SO2, ossidi di azoto-NOx, polveri sospese totali-PST, monossido di carbonio-CO, composti organici volatili-COV, idrogeno solforato-H2S, ammoniaca e composti a base di Cloro.**

Sul Registro Europeo ci sono anche i numeri relativi ai metalli pesanti come **Nichel, Zinco, Cromo** e i gas come **Anidride Carbonica (CO2), COV (Composti Organici Volatili), ossidi di azoto (NOx/NO2), ossidi di zolfo (SOx/SO2).** [1] [2]

Ministero dell'Ambiente <http://aiia.minambiente.it/>
Registro Europeo Emissioni e Trasferimenti di Sostanze Inquinanti siglato E-PRPT <http://prtrece.europa.eu/>

...e per l'ENI ?

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2011, n. 2515
L.R. n. 11/01 e ss.mm.ii., D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii. - Parere di compatibilità ambientale e di Autorizzazione Integrata Ambientale - Progetto di adeguamento delle strutture della Raffineria di Taranto per lo stoccaggio e la movimentazione del greggio proveniente dal giacimento denominato Tempa Rossa (PZ), proposto da Eni S.p.A. - Divisione Refining & Marketing.

Nello stesso parere viene rilevato che la raffineria di Taranto ha dichiarato le seguenti emissioni di VOC:

Emissioni dai serbatoi 85.7 t/anno
Caricamento prodotti 36.1 t/anno
Vasche trattamento effluenti 31.3 t/anno
Valvole, pompe, flange 479.6 t/anno
Per un totale di 633 t/anno.

A fronte di tale **"consistente" quadro di emissioni**, è

Dati finali Emissioni e contributi

Foonte	Emissioni DM (kg/anno)	Incidenza delle singole fonti emissive sul totale (%)	Tipologia (C=Compostio, D=Idrocarburi, S=Solforati)	Metodica (misura/dimostrazione)
ACQUA	0,10	0,001	C	M, Rapporti di analisi
ACQUA DI RIFIUTO	0,03	0,00	C	M, Rapporti di analisi
CENITRIZ	10,20	0,12	C	M, Rapporti di analisi
ENI	46,56	0,56	D	S, Corinair 2009, EPA-AH22
IPPA ENERGIA	15,01	0,18	S	S, Rapporti di analisi
ATOS	1,60	0,02	C	M, Rapporti di analisi
ACQUA DI RIFIUTO	0,239	0,003	C+D	H+S, BREF + rapporti di analisi
ACQUA DI RIFIUTO	1,25	0,01	D	S, Corinair top-down
TRAFICO	31,83	0,38	L	S, Corinair
ACQUA DI RIFIUTO	2,40	0,03	D	S, Corinair top-down
TOTALE Dimessa	8356,98	100,00		

* Impianto attivato nel 2010
** Refrattari senza calcare
*** Emissioni di IPA di intero Comune di Taranto

SlidePlayer 22 / 25

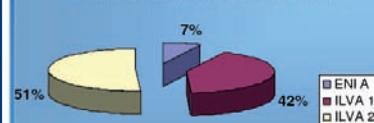
Dott Spagnolo ARPA Puglia 5-10-2010

Quantità oraria di idrocarburi alifatici (C10-C36) scaricati nel Golfo di Taranto.

	Portata	Conc. media idrocarburi alifatici (mg/L)	Quantità scaricate/ora
ENI	10 000 m³/ora	0,10	1 Kg/ora
ILVA 1	100 000 m³/ora	0,06	6 Kg/ora
ILVA 2	45 000 m³/ora	0,16	7,2 Kg/ora

In totale vengono mediamente scaricati ogni ora **13,2 Kg** di idrocarburi alifatici (C10-C36) di cui il 7% proveniente dallo scarico ENI e il 93% dagli scarichi ILVA.

% di idrocarburi alifatici scaricati in mare



Percentuale di idrocarburi alifatici scaricati in mare dagli scarichi ILVA e ENI

Cardellicchio CNR ENI 28-7-2008 ambiente marino e inquinamento

Quantità di IPA scaricati nel Golfo di Taranto

	Portata	Conc. media IPA (mg/L)	Quantità orarie scaricate
ENI A	10 000 m³/ora	0,0005	0,005 Kg/ora
ILVA 1	100 000 m³/ora	0,0228	2,28 Kg/ora
ILVA 2	45 000 m³/ora	0,0263	1,18 Kg/ora

Cardellicchio CNR ENI 28-7-2008 ambiente marino e inquinamento

L'idrogeno solforato H2S

“Tutte le operazioni di trattamento dei prodotti petroliferi, a qualsiasi livello, hanno la possibilità di emettere quantità più o meno abbondanti di idrogeno solforato, sia sottoforma di disastri accidentali, sia sottoforma di un continuo rilascio all'ambiente durante le fasi di estrazione, stoccaggio, lavorazione e trasporto del petrolio “

L. Skrtic, "Hydrogen Sulfide, Oil and Gas and People's Health", Energy and resources group, University of California at Berkeley (2006)

9 e 20 giugno 2014, <http://www.tarantosociale.org/tarantosociale/g/40292.html>



si ritiene verosimile che il fenomeno emissivo sia, in qualche modo "costitutivo" dell'azienda in questione, e che il verificarsi degli eventi olfattivi sia più legato a criticità meteo climatiche che a transitori, i quali possono influire sull'entità delle emissioni ma appaiono costituire una costante degli impianti."

“Va però precisato che l'evento registrato – come peraltro noto ai cittadini – non è nuovo, e le modalità con cui si è verificato, fatta salva la particolare intensità del fenomeno olfattivo nelle date in oggetto, non sono diverse da quelle dei numerosi altri eventi odorigeni registrati in passato nella città di Taranto.”^[1]

9 e 20 giugno 2014, <http://www.tarantosociale.org/tarantosociale/g/40292.html>



“Gli ulteriori elementi prodotti dal nuovo sistema di registrazione e monitoraggio di tali eventi odorigeni hanno, in effetti, confermato la convinzione di ARPA, secondo cui tali eventi sono dovuti alla emissione di sostanze odorigene contenenti zolfo (acido solfidrico, mercaptani e composti consimili) da parte della Raffineria ENI di Taranto.

Tali emissioni, in funzioni delle condizioni meteo climatiche e, in particolare, della velocità e direzione del vento, vengono trasportate sull'abitato, producendo i disagi e i disturbi lamentati dalla popolazione..”

Evento emissivo ENI 10-7-2013

“Si comunica inoltre che i composti all'origine dei problemi segnalati dagli esponenti, quali quelli contenenti zolfo, sono, in generale, caratterizzati da una odorsità molto elevata e, quindi, da una soglia olfattiva estremamente bassa, in modo da essere ben percepibili anche a concentrazioni che non producono effetti tossici gravi e irreversibili, ma possono essere all'origine di disagi e disturbi comunque significativi per la salute e il benessere della popolazione.”^[1]

^[1] http://www.arpa.puglia.it/c/journal/view_article_content?groupid=13879&articleId=2277648&version=1.1&resultGroupId=13879

27-1-2014^[1]

“Data la tipologia degli inquinanti e dell'odore rilevato, si ritiene verosimile che tali inquinanti abbiano avuto origine dal ciclo della Raffineria ENI.”

28/09/11



In data di ieri, 27 settembre 2011, si è registrato a Taranto un fenomeno di dispersione di sostanze odorigene, che ha interessato varie zone della città. I tecnici del Dipartimento Provinciale ARPA di Taranto sono intervenuti prontamente, anche grazie alla vicinanza della sede del Dipartimento ARPA di Taranto (l'Ospedale Testa) con la sorgente delle emissioni, accertando che la dispersione si è originata verosimilmente dalle operazioni di caricamento di greggio dalla Raffineria ENI su una nave collocata nel Porto Mercantile. Nonostante il sistema di recupero dei vapori presente sul sistema di caricamento del pontile fosse in funzione all'atto del sopralluogo, questo non è stato in grado di assicurare un efficace abbattimento delle sostanze odorigene emesse durante le operazioni.

In conseguenza dell'intervento di ARPA, alle ore 8 le operazioni di caricamento del greggio sulla nave sono state sospese. Tuttavia, il regime dei venti, che ha avuto nel corso della giornata del 27 un andamento variabile (prima da sud, poi da nord-ovest, poi nuovamente da sud) con una velocità del vento non elevata, tale da non consentire una rapida diluizione, ha fatto sì che la "bolla" di aria con presenza di sostanze odorigene si sia spostata, in successione, su varie zone della città, continuando a produrre disturbi, allarmi e lamenti.

^[1] http://www.arpa.puglia.it/c/journal/view_article_content?groupid=13879&articleId=916315&version=1.0&resultGroupId=13879

28/09/11



“L'esame dell'andamento degli inquinanti rilevati dalla rete di qualità dell'aria gestita da ARPA ha evidenziato un valore particolarmente alto di benzene e, in minor misura, di toluene nell'aria alle ore 4,00 presso la centralina di via Machiavelli ed un incremento della concentrazione di H2S dalla ore 6, con un dato invalido alle ore 5, che potrebbe essere dovuto ad un valore istantaneo troppo elevato, che ha mandato in saturazione il sensore. Ciò conferma che la dispersione delle sostanze organiche, con prevalenza di quelle più bassobollenti (più volatili), e dei composti odorigeni solforati è iniziata nelle primissime ore della giornata, interessando prima le aree limitrofe al porto e all'area industriale, e quindi le altre zone della città.”

2. Cancer in Humans

In *IARC Monographs Volume 29* ([IARC, 1982](#)) the Working Group concluded there was *sufficient evidence* in humans for the carcinogenicity of benzene, noting that a series of cohort and case-control studies showed statistically significant associations between occupational exposure to benzene and benzene-containing solvents and leukaemia (predominantly myelogenous leukaemia). In *IARC Monographs Supplement 7* ([IARC, 1987](#)) benzene was classified as a Group-1 carcinogen, citing additional evidence of an increased incidence of acute nonlymphocytic leukaemia (ANLL) in workers exposed to benzene in three cohort studies, including an update of a cohort cited in Volume

Incendio 5-6-2011

“Le mappe prodotte indicano che l’impatto al suolo, visibile a partire dalle ore 3:00 a circa 3km dalla sorgente nell’area del centro città, successivamente si sposta verso sud-est estendendosi nelle aree di campagna tra Talsano e Leporano “

http://www.arpa.puglia.it/c/document_library/get_file?uuid=212a5e2c-3a00-4a95-b83e-7d149a8ed922&groupId=13883
RELAZIONE TECNICA
 Valutazione Area di impatto - Incendio Raffineria Eni Taranto Data 5/06/2011

DECRETA

la compatibilità ambientale del progetto “Raffineria di Taranto - Adeguamento stoccaggio del greggio proveniente dal giacimento “Tempa Rossa” da realizzarsi nel Comune di Taranto”, proposto dalla Società ENI S.p.A. - Divisione Refining & Marketing, e la contestuale autorizzazione all’esercizio, a condizione che vengano ottemperate le seguenti prescrizioni:

P 23

Ministero Ambiente

d. Il Proponente deve operare preventivamente per minimizzare gli effetti di eventuali eventi incidentali ed a tal fine deve dotarsi di apposite procedure per la gestione degli eventi incidentali, anche sulla base della serie storica degli episodi già avvenuti. A tal proposito si considera una violazione di prescrizione autorizzativa il ripetersi di rilasci incontrollati di sostanze inquinanti nell’ambiente secondo sequenze di eventi incidentali, e di conseguenti malfunzionamenti, già sperimentati in passato e ai quali non si è posta la necessaria attenzione, in forma preventiva, con interventi strutturali e gestionali.



ARPA PUGLIA
 Agenzia regionale per la prevenzione e la protezione dell’ambiente

Sede legale:
 Casa Trilussa 21, 70126 Bari
 Tel. 080 5460111 Fax 080 5460150
 PEC: aripa@arpa.puglia.it
 C.F./P.IVA: 0580420724

Casa Trilussa 21, 70126 Bari
 Tel. 080 5460151 Fax 080 5460150
 E-mail: aripa@arpa.puglia.it

Direzione Generale

Dall’esame della relazione istruttoria preparata da ISPRA, emergono le seguenti criticità:

1. gli impianti sorgeranno in un’area in cui la precedente caratterizzazione aveva evidenziato alcuni superamenti sia per il terreno che per la falda;
2. il greggio proveniente da Tempa Rossa verrà solamente stoccato a Taranto o non lavorato, in quanto di qualità scadente (ricco di Metilbenzolo);
3. l’esercizio di questi impianti comporterà un aumento delle emissioni di composti organici volatili pari a 10 ton/anno che si aggiungeranno alle 85 ton/anno già prodotte (con un incremento del 12%).

Vista la situazione di criticità ambientale di Taranto, durante la riunione, questa Agenzia ha evidenziato la possibilità di realizzare un simile impianto, in quanto lo stoccaggio del greggio, che verrà mantenuto ad una temperatura di 40°C, comporterà la emissione di composti organici volatili, tra cui anche gli IPA.

Il G.L. ha risposto che la sede opportuna per fare tali rilievi ed eccezioni non fosse la riunione AIA ma la Commissione VIA, peraltro già riunitasi in data 25 febbraio u.s., cui sembra non sia stata convocata la Regione Puglia.

Tanto si comunica per eventuali azioni che gli enti intendano intraprendere.

Il Direttore Scientifico ARPA Puglia
 Dott. Massimo Biondi

Il Direttore Generale ARPA Puglia
 Prof. Riccardo Ascenzi

http://www.regione.puglia.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1111&Itemid=1393&lang=it

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2011, n. 2515
 L.R. n. 11/01 e ss.mm.ii., D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii. - Parere di compatibilità ambientale e di Autorizzazione Integrata Ambientale - Progetto di adeguamento delle strutture della Raffineria di Taranto per lo stoccaggio e la movimentazione del greggio proveniente dal giacimento denominato Tempa Rossa (PZ), proposto da Eni S.p.A. - Divisione Refining & Marketing.

QUADRO DI RIFERIMENTO PROGRAMMATICO

Il Sito di Interesse Nazionale
 Le aree oggetto dell’intervento progettuale rientrano completamente nella perimetrazione del Sito di Interesse Nazionale (SIN) di Taranto sia per quanto riguarda le opere a terra che per quanto riguarda le opere a mare.



divisione refining & marketing

Raffineria di Taranto
 Strada Stazione Jonica 106, 74100 Taranto
 P.O. Box 543, Taranto Sud.12 PF, 74100 Taranto
 Fax +39 099 4760471
 Tel. +39 099 4762.111 (MultiLinea)
 www.eni.it

Nota Tecnica

Attività di Monitoraggio odori Raffineria di Taranto

Conclusioni

Da un’analisi globale dei risultati dei monitoraggi olfattometrici effettuati dal laboratorio esterno accreditato Lab Analysis s.r.l., si riscontra come la media delle concentrazioni di odore riportate nei relativi report ed espresse in UO/m3, evidenzia per i punti di campionamento interni di Raffineria - e relativamente ai 3 Periodi temporali di osservazione sopra indicati - una tendenziale riduzione di quanto misurato, aspetto che sottende un evidente miglioramento a valle del completamento dell’intervento in parola.

TEMPA ROSSA

4.2.9. Fase di Esercizio - Interferenze con l’Ambiente

4.2.9.1. Emissioni in Atmosfera

Le uniche emissioni in atmosfera di tipo convogliato, generate dalle nuove installazioni saranno quelle dall’impianto recupero vapori. Il nuovo impianto integrerà l’impianto recupero vapori attualmente esistente e propedeutico alle attività di carico delle piattaforme P1 e P2. L’efficienza di recupero del nuovo sistema sarà pari al 98%, in linea con le migliori tecniche disponibili. Le portate saranno discontinue nel tempo, strettamente collegate alle operazioni di carico batch previste nella movimentazione. La Raffineria ha stimato un quantitativo di vapori dalla caricazione del greggio Tempa Rossa pari a circa 1.300.000 kg/anno. I nuovi impianti di recupero vapori permetteranno di convogliare e trattare tali streams gassosi in modo da recuperare parte degli idrocarburi, limitando il rilascio di sostanze in atmosfera. Gli scarichi gassosi finali dagli impianti di recupero vapori saranno tali da rispettare i limiti di legge, in linea con valori di performance delle migliori tecnologie disponibili secondo le BAT di settore e sono stimati pari a circa 25.000 kg/anno di VOC. Il contributo delle nuove installazioni alle emissioni convogliate di Raffineria può essere considerato trascurabile.

Le nuove installazioni genereranno emissioni diffuse e fugitive in corrispondenza delle nuove aree di stoccaggio e in corrispondenza degli accordi fianchi (stazioni di pompaggio, stazione di raffreddamento), aumentando le emissioni diffuse/fugitive complessive di Raffineria di circa il 11,12%. Tale incremento è determinato principalmente dalla superficie dei nuovi serbatoi, di dimensione alta a contenere il quantitativo di greggio movimentato. Le perdite di frazione volatile lungo le linee saranno rese poco significative dalla messa in posa di tubazioni saldate. L’incremento delle emissioni diffuse/fugitive dall’impianto di trattamento acque può essere considerato trascurabile.

http://www.regione.puglia.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1111&Itemid=1393&lang=it

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2011, n. 2515
 L.R. n. 11/01 e ss.mm.ii., D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii. - Parere di compatibilità ambientale e di Autorizzazione Integrata Ambientale - Progetto di adeguamento delle strutture della Raffineria di Taranto per lo stoccaggio e la movimentazione del greggio proveniente dal giacimento denominato Tempa Rossa (PZ), proposto da Eni S.p.A. - Divisione Refining & Marketing.

- 2 - “gli impianti sorgeranno in aree in cui la precedente caratterizzazione aveva evidenziato alcuni superamenti sia per il terreno che per la falda”;
- 3 - “l’esercizio di questi impianti comporterà un aumento delle emissioni diffuse pari a 10 t/a che si aggiungeranno alle 85 t/a già prodotte”;
- 4 - “lo stoccaggio del greggio comporterà la emissione di composti organici volatili tra cui anche gli IPA”;

<http://www.regione.puglia.it/ndov.php?zone=burp&pos=titolo&anno=2011&titolo=1&num=1895&vch>

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2011, n. 2515
L.R. n. 11/01 e ss.mm.ii., D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii. - Parere di compatibilità ambientale e di Autorizzazione Integrata Ambientale - Progetto di adeguamento delle strutture della Raffineria di Taranto per lo stoccaggio e la movimentazione del greggio proveniente dal giacimento denominato Tempa Rossa (PZ), proposto da ENI S.p.A. - Divisione Refining & Marketing.

Si rileva che la realizzazione del progetto in esame comporterà un consistente incremento del traffico navale che attualmente è valutato in 43 navi/anno (export greggio Val D'Agri) e prevede un incremento di 90 navi/anno. A fronte di tale considerevole incremento del traffico navale petrolifero in un'area già ad elevato traffico di tipo militare e commerciale, si prevede come unico provvedimento di mitigazione "una programmazione efficiente delle operazioni di carico" ed una automazione delle operazioni di disormeggio previste in relazione alla realizzazione del nuovo pontile". Si ravvede pertanto la necessità di provvedere alla quantificazione di ulteriori misure di mitigazione e compensazione a fronte sia dell'inquinamento dovuto all'incremento del traffico navale che dell'incremento del rischio di inquinamento delle coste circostanti, a forte vocazione turistica e di elevato pregio ambientale, dovuto a incidenti di navigazione o avarie dei vettori.

<http://www.regione.puglia.it/ndov.php?zone=burp&pos=titolo&anno=2011&titolo=1&num=1895&vch>

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2011, n. 2515
L.R. n. 11/01 e ss.mm.ii., D.Lgs n. 152/2006 e ss.mm.ii. - Parere di compatibilità ambientale e di Autorizzazione Integrata Ambientale - Progetto di adeguamento delle strutture della Raffineria di Taranto per lo stoccaggio e la movimentazione del greggio proveniente dal giacimento denominato Tempa Rossa (PZ), proposto da ENI S.p.A. - Divisione Refining & Marketing.

Tuttavia, si ritiene che il probabile incremento delle emissioni diffuse debba essere debitamente tenuto in considerazione in relazione ai possibili effetti che potrebbero essere esercitati, oltre che sulla salute umana, anche sugli habitat rappresentati dalle diverse fitocenosi naturali e sugli habitat di specie presenti nei Siti Rete Natura 2000 ubicati nelle vicinanze della zona di intervento.



ENI - Società Non Veneta - Raffineria di Taranto
Progetto di adeguamento delle strutture della Raffineria di Taranto per lo stoccaggio e la movimentazione del greggio proveniente dal giacimento denominato Tempa Rossa

Salute pubblica

Eventuali impatti sulla componente "Salute pubblica" potrebbero derivare dalle emissioni in atmosfera, dal rilascio di rumore in ambiente esterno e da infortuni sul luogo di lavoro.

- Gli effetti dell'esposizione della popolazione alle sostanze inquinanti sono riconducibili a due categorie principali: effetti non oncogeni (che possono essere tossici, nocivi o irritanti) ed effetti oncogeni (teratogeni e mutageni, che non presentano necessariamente manifestazioni immediate, ma che possono indurre nel tempo modificazioni a livello di biologia cellulare). I limiti normativi sono stati identificati, sulla base di studi epidemiologici, al fine di garantire l'assenza di effetti sia di tipo non oncogeno che di tipo oncogeno, pertanto il pieno rispetto dei limiti previsti per gli inquinanti emessi, implica l'assenza di impatti sulla salute pubblica.

Le emissioni diffuse previste dal nuovo progetto non comportano variazioni apprezzabili rispetto allo stato attuale della qualità dell'aria e di conseguenza il rischio derivante per la salute della popolazione restano quindi immutati. Per quanto riguarda l'impianto di recupero vapori, l'efficienza di recupero prevista, superiore al 98%, comporterà il rispetto dei limiti di legge previsti.



"In particolare, sulla valutazione dell'esposizione ci pare importante considerare che a fronte dell'approccio valutativo per singolo inquinante si sta facendo un approccio basato sulla misurazione della dose interna assorbita di più inquinanti, riassumibile nel concetto di esposoma"

"Infatti, da una parte i valori di riferimento per le sostanze tossiche sono in continua rivalutazione (si veda solo per esempio l'intera letteratura scientifica sugli effetti delle polveri che individua effetti sanitari per livelli ben al di sotto dei valori di legge), dall'altra l'esposizione di quote grandi di popolazione a livelli anche molto bassi può comportare effetti sanitari importanti, e, in aggiunta, gruppi più suscettibili possono essere vulnerabili a livelli anche molto inferiori alle soglie. Inoltre non possono essere trascurati gli effetti sinergici tra varie sostanze."

DECRETA

la compatibilità ambientale del progetto "Raffineria di Taranto - Adeguamento stoccaggio del greggio proveniente dal giacimento "Tempa Rossa" da realizzarsi nel Comune di Taranto", proposto dalla Società ENI S.p.A. - Divisione Refining & Marketing, e la contestuale autorizzazione all'esercizio, a condizione che vengano ottemperate le seguenti prescrizioni:

Ministero Ambiente AIA

f. In caso di eventi incidentali di particolare rilievo e impatto sull'ambiente quindi tali da poter determinare potenzialmente il rilascio di sostanze pericolose nell'ambiente, il Proponente ha l'obbligo di comunicazione immediata scritta (pronta notifica per fax e nel minor tempo tecnicamente possibile) all'Autorità Competente e all'Ente di Controllo. Inoltre, fermi restando gli

DECRETA

la compatibilità ambientale del progetto "Raffineria di Taranto - Adeguamento stoccaggio del greggio proveniente dal giacimento "Tempa Rossa" da realizzarsi nel Comune di Taranto", proposto dalla Società ENI S.p.A. - Divisione Refining & Marketing, e la contestuale autorizzazione all'esercizio, a condizione che vengano ottemperate le seguenti prescrizioni:

Ministero Ambiente

d. Il Proponente deve operare preventivamente per minimizzare gli effetti di eventuali eventi incidentali ed a tal fine deve dotarsi di apposite procedure per la gestione degli eventi incidentali, anche sulla base della serie storica degli episodi già avvenuti. A tal proposito si considera una violazione di prescrizione autorizzativa il ripetersi di rilasci incontrollati di sostanze inquinanti nell'ambiente secondo sequenze di eventi incidentali, e di conseguenti malfunzionamenti, già sperimentati in passato e ai quali non si è posta la necessaria attenzione, in forma preventiva, con interventi strutturali e gestionali.



VALUTATO pertanto che, sulla base degli elementi forniti dal proponente, l'esercizio delle attività oggetto di valutazione da parte della scrivente Commissione determina un incremento contenuto delle emissioni complessive di inquinanti organici VOC della Raffineria, rispetto al quale il proponente si è assunto l'impegno di presentare entro l'avvio dei lavori di costruzione un piano di intervento composto di interventi gestionali e/o tecnologici che permetta di conseguire la totale compensazione del suddetto incremento di emissioni di VOC (36 t/anno) dovute al progetto Tempa Rossa e quindi mantenere l'assetto emissivo inalterato rispetto all'ante operam.

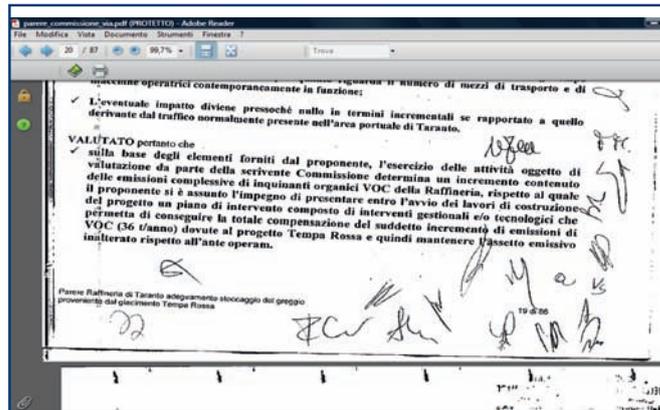
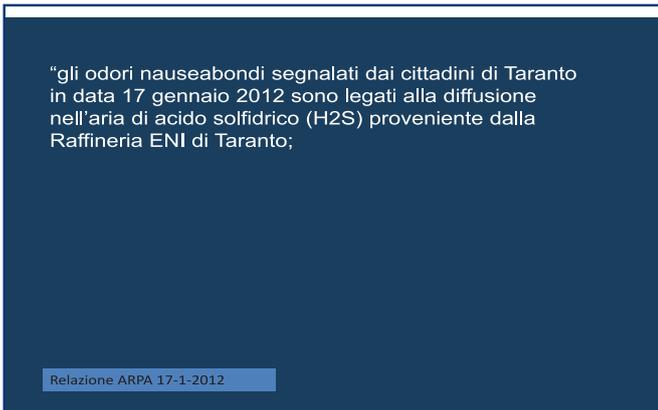
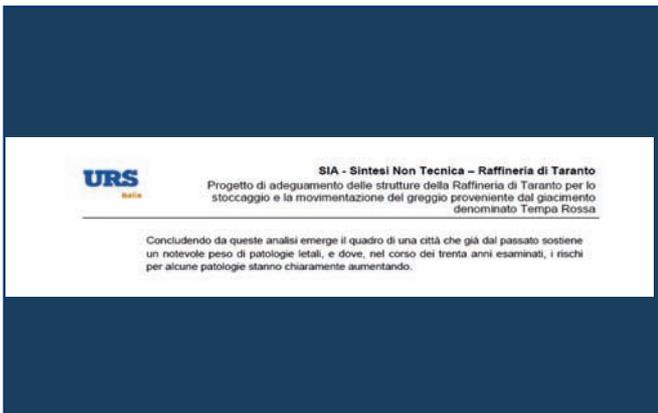
Parere Raffineria di Taranto adeguamento stoccaggio del greggio proveniente dal giacimento Tempa Rossa

SIN che presenta un eccesso di mortalità per malattie collegate agli inquinanti immessi in ambiente viene enfatizzata dalla ISS la "urgenza indifferibile" di fare prevenzione primaria.

ILVA AIA r manterrà un rischio inaccettabile cancerogeno per 12000 persone e incrementata immissione di alcuni inquinanti

ENI Prevede un intervento ampliamento con incremento di immissione di inquinanti .

(Reg Puglia) "possibili effetti sulla salute pubblica"
che non esclude (Min Amb) la possibilità di "eventi incidentali di particolare rilievo e impatto sull'Ambiente" tali da poter determinare potenzialmente il rilascio di sostanze pericolose nell'ambiente ". Tanto a dover prescrivere :immediata comunicazione scritta , la minimizzazione degli effetti ,da parte di un'azienda che nel passato si sarebbe resa responsabile di "sequenze di eventi incidentali" cui non sarebbe stata posta la "necessaria attenzione"



SEDUTA DI LAUREA IN INFERMIERISTICA 26 - 27 OTTOBRE 2015 - TARANTO

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Taranto si complimenta con Te per il completamento degli studi e per essere entrato/a nella grande Famiglia dell'IPASVI e in quella Casa che è il Collegio, luogo di incontro, di discussioni, di confronti e di approfondimento delle tematiche e dei problemi che riguardano la professione. A Te, neofita, vogliamo confermare la nostra piena disponibilità affinché possa sentirti sempre parte integrante di un unicum che è il Collegio, "tua casa professionale"

*Infine, non dimenticare mai le basi su cui poggiare il tuo essere professionista:
- Il profilo professionale dm 739/94 - Il codice deontologico - La legge 42/99
Ad maiora, semper!*

*La Presidente del Collegio IPASVI di Taranto
Benedetta Mattiacci*

PRECARIATO PUBBLICO NEL DIALOGO TRA LE ALTE CORTI (CORTE DI GIUSTIZIA, CORTE DI CASSAZIONE E CORTE COSTITUZIONALE) E IL RISPETTO DELLE DIRETTIVE EUROPEE. IL RUOLO DELLA COMMISSIONE EUROPEA.

Dott. Pierpaolo Volpe, Master in infermieristica forense

Il precariato nel settore pubblico pur avendo raggiunto alti livelli di insostenibilità, vede il Governo italiano immobile e privo di ogni iniziativa, per questo la lotta al precariato si è intensificata a tal punto da aver indotto la Commissione europea ad aprire una nuova procedura di infrazione nei confronti dello Stato italiano.

La Commissione europea a seguito delle mie denunce presentate nel 2013 e 2014 ha aperto nei confronti dello Stato italiano una nuova procedura di infrazione NIF 2014/4231 per violazione della clausola 4 (principio di non discriminazione) della direttiva 70/1999/ce, in quanto risultano esserci diversi casi di trattamento sfavorevole di dipendenti pubblici con contratto a tempo determinato rispetto a quelli con contratto a tempo indeterminato.

Nella mia denuncia ho segnalato alla Commissione europea come in Italia, ai precari della Pa vengono negati diversi istituti contrattuali, tra cui i permessi per lutto, permessi studio, per partecipare a concorsi ed esami ecc., ponendo in essere una chiara e netta violazione del principio di non discriminazione di cui alla clausola 4 della direttiva 70/1999/ce.

Ho inoltre denunciato alla Commissione come nel settore pubblico in generale, ma soprattutto in sanità, vi è una inefficacia e inadeguatezza delle misure adottate dall'Italia per far fronte all'abuso di contratti di lavoro a tempo determinato per i precari che abbiano superato i 36 mesi di servizio anche non continuativo presso la stessa pubblica amministrazione con mansioni equivalenti.

Il percorso non è stato affatto facile, in quanto è stato necessario richiedere l'intervento del Mediatore europeo per indurre la Commissione europea a riscontrare celermente le mie denunce.



Cerchiamo ora di mettere in ordine le questioni attraverso un breve excursus storico delle procedure di infrazione.

Il 25 ottobre 2012 la Commissione europea ha avviato nei confronti dell'Italia la procedura di infrazione n° 2010/2124 per la non corretta applicazione della direttiva 1999/70/CE, relativa all'accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato nella scuola pubblica. Uno dei rilievi avanzati dalla Commissione riguarda l'insufficiente efficacia delle misure destinate a contrastare l'utilizzo abusivo di contratti a tempo determinato nelle scuole pubbliche italiane, identica condizione presente in tutto il settore pubblico. Il 20 novembre 2013 la Commissione europea ha inviato un parere motivato all'esito della procedura di infrazione n° 2010-2124, per il quale non ha ricevuto alcuna risposta da parte del Governo italiano in termini di modifiche normative che consentano di rimuovere la situazione interna di totale inadempimento alle clausole 4 e 5 dell'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato per tutto il personale della scuola pubblica.

La stessa Commissione europea ha ammesso però, rispondendo all'interrogazione E-010721-14 presentata dall'europarlamentare

Ignazio Corrao, “che la questione dell’efficacia e dell’adeguatezza delle misure adottate dall’Italia per far fronte all’abuso di contratti di lavoro a tempo determinato successivi nel settore pubblico è oggetto di una procedura di infrazione” confermando che procedura di infrazione n° 2010/2124 è stata estesa a tutto il settore pubblico, con intuibili risolti per il settore della sanità.

A maggio 2015 la Commissione europea con l’apertura della procedura di infrazione NIF 2014/4231 censura nuovamente la condotta dello Stato italiano, contestandoci tra l’altro “che soltanto di recente la Corte di cassazione, nella sentenza n. 26951 del 2.12.2013, ha stabilito un indennizzo per il tempo realisticamente necessario a trovare un nuovo posto di lavoro”.

Viene sollevato, quindi, l’annoso problema dell’assenza di una sanzione che rispetti i canoni adeguatezza, effettività, proporzionalità e dissuasività come richiesto dalla Corte di giustizia.

1. Precari della sanità e obbligo di trasformazione del contratto da determinato a indeterminato una volta superati i 36 mesi

In Italia, i Giudici del lavoro, continuano a negare nel caso delle Aziende sanitarie locali, definite dalla Corte Costituzionale “Enti pubblici economici” (vedi ordinanza 49/2013), la riqualificazione del rapporto di lavoro da determinato ad indeterminato, in applicazione dell’art. 5 comma 4 bis Dlgs 368/2001, stante il divieto, a loro dire, posto dall’art. 36 d.l.vo 165/01.

La Corte di cassazione a Sezioni Unite con sentenza 4685/2015 del 09/03/2015 ha statuito invece al punto 14 che “Quanto ai limiti soggettivi di applicabilità di questa disciplina, è il tenore stesso della formulazione dell’art. 36 ad indicare un primo limite al suo campo di applicazione. Esso si applica, infatti, solo alle “amministrazioni pubbliche”, ovvero, secondo la definizione contenuta nell’art. 1, c. 2, dello stesso d.lgs. 30.03.01 n. 165 a “... tutte le amministrazioni dello Stato..., le Regioni, le Province, i Comuni, le comunità montane e loro consorzi e associazioni ... tutti gli enti pubblici

non economici nazionali, regionali e locali..”; **sono dunque esclusi gli enti pubblici economici** (Sez. Lavoro 18.02.11 n. 4062, nonché 18.10.13 n. 23702, con riferimento alle società di capitale controllate dagli enti pubblici cui è demandato lo svolgimento di servizi a favore della collettività).”

A fonte di questa importante sentenza della Corte di cassazione a Sezioni Unite si deve esprimere notevole disagio¹ sul fatto che siano state sollevate tre cause pregiudiziali sul precariato sanitario nei giudizi definiti dalle sentenze Marrosu-Sardino e Vassallo e dall’ordinanza Affatato sull’applicazione dell’art.36, comma 2 (poi 5), del d.lgs. n.165/2001 per poi scoprire che il Testo Unico sul Pubblico Impiego non è applicabile alle aziende sanitarie, che sono dal 1999 Enti pubblici economici e quindi soggetti imprenditori.

In effetti, la Suprema Corte di Cassazione a Sezioni Unite ha definitivamente concluso al pt. 14 per la non applicazione del divieto di conversione in caso di abusivo ricorso a contratti a tempo determinato almeno nei confronti del personale precario degli Enti pubblici economici e delle società in house, con conseguente diritto alla riqualificazione a tempo indeterminato dei contratti flessibili almeno nella vigenza del d.lgs. n. 368/2001.

I Giudici italiani nel negare la conversione del contratto da determinato a indeterminato, una volta superati i 36 mesi, non prendono inoltre, in considerazione quanto statuito dalla Corte di Cassazione al punto 3.1 della sentenza 27363/14 del 23/12/2014, la quale con un *obiter dictum* chiarisce che in base all’ordinanza Papalia, l’unica sanzione adeguata nel pubblico impiego è l’art.5, comma 4 bis, d.lgs. n.368/2001, con la trasformazione a tempo indeterminato dei rapporti di lavoro a termine successivi, anche non consecutivi, una volta superati i 36 mesi con lo stesso datore di lavoro, richiamando indirettamente il punto 55 della sentenza Mascolo della Corte di giustizia del 26/11/2014 «**55. Lo stesso Tribunale di**

¹ V. DE MICHELE, LA (IN)COMPATIBILITÀ DELLA RIFORMA DEI LICENZIAMENTI NEL JOBS ACT 2 NEL PRISMA DEL DIRITTO DELL’UNIONE EUROPEA.

Napoli, infatti, constata, nella sua ordinanza di rinvio nella causa C 63/13, che la ricorrente nel procedimento principale beneficia, a differenza delle ricorrenti nei procedimenti principali nelle cause C 22/13, C 61/13 e C 62/13, dell'applicazione dell'articolo 5, comma 4 bis, del decreto legislativo n. 368/2001, disposizione che prevede la trasformazione dei contratti a tempo determinato successivi di durata superiore a 36 mesi in contratto di lavoro a tempo indeterminato. Da tale constatazione detto giudice rileva, giustamente, che la citata disposizione costituisce una misura che, nei limiti in cui previene il ricorso abusivo a siffatti contratti e implica l'eliminazione definitiva delle conseguenze dell'abuso, è conforme ai requisiti derivanti dal diritto dell'Unione (v., in particolare, sentenza *Fiamingo e a.*, C 362/13, C 363/13 e C 407/13, EU:C:2014:2044, punti 69 e 70, nonché giurisprudenza ivi citata).».

Questa resistenza nell'uniformarsi alla giurisprudenza comunitaria da parte Magistratura del lavoro ha portato all'attivazioni di ricorsi seriali presso il Tribunale di civile di Roma per flagrante violazione del diritto comunitario, con richiesta di risarcimento danni in forma specifica (trasformazione del contratto da determinato a indeterminato), secondo quanto statuito dalla sentenza Francovich, procedimenti riuniti C-6/90 e C-9/90, della Corte di giustizia del 19 novembre 1991, dove al punto 37 della sentenza si afferma che *“da tutto quanto precede risulta che il diritto comunitario impone il principio secondo cui gli Stati membri sono tenuti a risarcire i danni causati ai singoli dalle violazioni del diritto comunitario ad essi imputabili”*.

2. La sanzione per illegittima apposizione del termine nella pubblica amministrazione giunge finalmente all'attenzione delle Sezioni Unite della Corte di cassazione.

Con l'ordinanza interlocutoria n. 16363/15 del 4/08/2015, la Cassazione ha cercato di dirimere il contrasto venutosi a creare tra i diversi collegi giudicanti.

Un primo collegio, escludendo la conversione del contratto, con sentenza n. 19371/2013 ha

individuato come sanzione adeguata per la Pa a seguito dell'utilizzo abusivo dei contratti a termine, il risarcimento previsto dall'art. 32 commi 5 e 7 della legge 183/2010 (dalle 2,5 alle 12 mensilità), mentre un secondo con sentenza n. 27481 del 30.12.2014, ha introdotto il concetto di “danno comunitario”, mutuando la sanzione dall'art. 8 della legge 15 luglio 1966, n. 604 (dalle 2,5 alle 6 mensilità), a cui si contrappongono però, diverse pronunce dei diversi giudici di primo grado e Corti d'appello, che hanno individuato invece come sanzione effettiva e sufficientemente dissuasiva, che rispetti di canoni imposti dalla giurisprudenza comunitaria, il risarcimento di venti mensilità (15 + 5) previsto dall'art 18 della legge 300/70.

A queste sentenze si contrappone quella emanata da un altro collegio della Suprema Corte, il quale con sentenza 27363/14 del 23/12/2014, al punto 3.1, ha statuito con un *obiter dictum* che in base all'ordinanza Papalia della Corte di giustizia, l'unica sanzione adeguata nel pubblico impiego è l'art.5, comma 4 bis, d.lgs. n.368/2001, con la trasformazione a tempo indeterminato dei rapporti di lavoro a termine successivi, anche non consecutivi, una volta superati i 36 mesi con lo stesso datore di lavoro.

A breve anche la questione della conversione del contratto finirà all'attenzione delle Sezioni Unite e potremo così finalmente decretare, l'effettivo rispetto dell'Italia della direttiva 70/1999/ce e delle sentenze della Corte di giustizia.

Piena fiducia nella Corte di cassazione, che non può più permettersi scivoloni come quello fatto nel 2012 con la sentenza 10127/2012, palesemente smentita e criticata dalla Corte di giustizia con la sentenza Mascolo del 26/11/2014.

Risarcimento del danno o conversione del contratto, una sanzione effettiva, proporzionata e dissuasiva deve essere individuata, pertanto il Governo farebbe bene a procedere ad una celere ricognizione dei posti vacanti nei vari comparti della Pa, tra cui le ASL, al fine di avviare urgentemente un processo di stabilizzazione del personale precario, al fine di evitare che lo Stato italiano sia inondato di ricorsi con conseguente assolutamente prevedibili.

3. Dalla Corte giustizia una sentenza che conferma il diritto dei precari al riconoscimento degli scatti di anzianità.

La Corte di giustizia con la sentenza nella causa C 177/14 del 09/07/2015 ha definitivamente concluso per il riconoscimento degli scatti di anzianità anche al personale precario, pena la violazione della clausola 4 della direttiva 70/1999/ce (principio di non discriminazione), statuendo i seguenti principi di diritto:

54 - Secondo una costante giurisprudenza della Corte, la nozione di «ragioni oggettive», ai sensi della clausola 4, punto 1, dell'accordo quadro, dev'essere intesa nel senso che essa non consente di giustificare una differenza di trattamento tra i lavoratori a tempo determinato e i lavoratori a tempo indeterminato per il fatto che quest'ultima sia prevista da una norma interna generale ed astratta, quale una legge o un contratto collettivo (sentenze Del Cerro Alonso, C307/05, EU:C:2007:509, punto 57, e Gavieiro Gavieiro e Iglesias Torres, C444/09 e C456/09, EU:C:2010:819, punto 54, nonché ordinanze Montoya Medina, C273/10, EU:C:2011:167, punto 40, e Lorenzo Martínez, C556/11, EU:C:2012:67, punto 47).

55 - La nozione suddetta esige che la disparità di trattamento constatata sia giustificata dall'esistenza di elementi precisi e concreti, che contraddistinguono la condizione di lavoro in questione, nel particolare contesto in cui essa si colloca e in base a criteri oggettivi e trasparenti, al fine di verificare se detta disparità risponda ad un reale bisogno, sia idonea a conseguire l'obiettivo perseguito e sia necessaria a tal fine. I suddetti elementi possono risultare, segnatamente, dalla particolare natura delle mansioni per l'espletamento delle quali sono stati conclusi contratti a tempo determinato e dalle caratteristiche inerenti alle mansioni stesse o, eventualmente, dal perseguimento di una legittima finalità di politica sociale di uno Stato membro (v. sentenze Del Cerro Alonso, C307/05, EU:C:2007:509, punti 53 e 58, e Gavieiro Gavieiro e Iglesias Torres,

C444/09 e C456/09, EU:C:2010:819, punto 55, nonché ordinanze Montoya Medina, C273/10, EU:C:2011:167, punto 41, e Lorenzo Martínez, C556/11, EU:C:2012:67, punto 48).

56 - Per contro, il riferimento alla mera natura temporanea del lavoro del personale della pubblica amministrazione non è conforme a tali requisiti e non può dunque costituire una ragione oggettiva ai sensi della clausola 4, punto 1, dell'accordo quadro (sentenza Gavieiro Gavieiro e Iglesias Torres, C444/09 e C456/09, EU:C:2010:819, punto 56, nonché ordinanze Montoya Medina, C273/10, EU:C:2011:167, punto 42, e Lorenzo Martínez, C556/11, EU:C:2012:67, punto 49).

57 - Infatti, una disparità di trattamento che riguardi le condizioni di impiego tra i lavoratori a tempo determinato e i lavoratori a tempo indeterminato non può essere giustificata mediante un criterio che, in modo generale ed astratto, si riferisce alla durata stessa dell'impiego.

Ammettere che la mera natura temporanea di un rapporto di lavoro basti a giustificare una siffatta disparità priverebbe del loro contenuto gli scopi della direttiva 1999/70 e dell'accordo quadro. Invece di migliorare la qualità del lavoro a tempo determinato e di promuovere la parità di trattamento cui mirano sia la direttiva 1999/70 sia l'accordo quadro, il ricorso ad un siffatto criterio equivarrebbe a rendere permanente il mantenimento di una situazione svantaggiosa per i lavoratori a tempo determinato (v. sentenze Gavieiro Gavieiro e Iglesias Torres, C444/09 e C456/09, EU:C:2010:819, punto 57, e Nierodzik, C38/13, EU:C:2014:152, punto 38, nonché ordinanze Montoya Medina, C273/10, EU:C:2011:167, punto 43, e Lorenzo Martínez, C556/11, EU:C:2012:67, punto 50).

Questi principi sono validi anche ai fini del riconoscimento del periodo pre-ruolo per il computo degli scatti di anzianità per quei lavoratori che hanno superato un concorso e/o sono stati stabilizzati.



PER UNA GUERRIERA

*Ciao, Paoletta,
inutile chiederti “come stai?”, sappiamo già che la tua risposta sarebbe un “Sto bene!”*

Non avremmo mai voluto scriverti una lettera in queste circostanze, non così presto, ma è importante per noi che tutti sappiano chi eri. Oltre ad essere una collega, sei stata un’amica, l’Amica che tutti vorrebbero avere. Sei stata un esempio per ognuno di noi!

È vero, agli occhi di chi non ti ha vista combattere ha vinto lui, ma la verità è che a vincere sei stata tu... la forza, la dignità, il coraggio e l’umiltà, che hai avuto nell’affrontare questa ennesima sfida, ha lasciato tutti noi senza parole.

Trovavi in tutto e in tutti uno spiraglio per andare avanti, perfino nel tuo amico Thomas, fedele compagno di avventura!

Nonostante le innumerevoli sconfitte la tua dolcezza ed il tuo altruismo non sono mai venuti meno.

Siamo sicure che, ovunque tu sia, continuerai a portare avanti il tuo progetto di vita, ad illuminare con i tuoi grandi occhi ed il tuo gioioso sorriso la strada di quei bambini che tanto avresti voluto aiutare.

Ed è per questo che noi, nel nostro piccolo, cercheremo di esaudire il tuo desiderio... Grazie per aver incrociato il nostro cammino!

*Ti vogliamo bene
CIAO GUERRIERA!
Ae³ C*

Programma Scientifico

PROGETTO FORMATIVO ANNO 2016

“LA QUALITÀ DELLE RELAZIONI: COMUNICAZIONE PAZIENTE/INFERMIERE”

“RAPPORTO INFERMIERE – OSS”

“LESIONI CUTANEE”

“CORSO AVANZATO PER INFERMIERI COORDINATORI”

“RETI TERRITORIALI E PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI
NELL'EMERGENZA IMMIGRAZIONE”

“CORSO DI BLS/D”

“CORSO DI FORMAZIONE TRIAGE”

“REGOLAMENTO DEL RAPPORTO DI LAVORO: RUOLO DELL'IPASVI”

“LO STUDIO INFERMIERISTICO: ELEMENTI BASE PER LA SUA
COSTRUZIONE-ORGANIZZAZIONE E GESTIONE”

“IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE STRUTTURE
RIABILITATIVO-PSICHIATRICHE”

“L'ACCREDITAMENTO PERSONALE DELL'INFERMIERE: LA DIMENSIONE
ETICA E DEONTOLOGICA”

“RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO NELL'INCONTINENZA
URINARIA”

