

Contratto: pronti per la protesta!



Il Governo continuerà ad ignorare le richieste degli Infermieri?

Lecce, 5-6-7 Novembre

NurSind prepara il

6° Congresso Nazionale

sommario:

Attualità

- 04 - Elezioni RSU 2015: Nursind incassa un + 17%
- 05 - Nursind prepara la battaglia per il rinnovo contrattuale
- 05 - Blocco dei contratti nella P.A.: per la Corte Costituzionale è illegittimo
- 06 - Il contratto che vorremmo
- 08 - Sarà a Lecce il 6° Congresso Nazionale
- 09 - Per una divisa unica nazionale
- 10 - Il punto sulle competenze avanzate
- 12 - Aboliamo l'art. 49
- 13 - A chi spetta pagare la tassa del collegio?
- 14 - Sanità privata ed arretrati contrattuali
- 15 - Nursind sponsorizza lo studio RN4CAST Italia
- 16 - SSN 3.0? Un convegno alla Camera
- 18 - Il riformatore e l'infermiere: il dovere del dissenso

Dal territorio

- 20 - Pescara - La storia infinita dei facenti funzione
- 20 - Reggio Calabria - Prerogative negate a Nursind: il tribunale condanna l'ASL
- 20 - Friuli V.G. - Orario di lavoro: ricorso degli infermieri al CRO
- 21 - Udine: infermieri in fibrillazione nelle T.I. Nursind incalza l'Az.
- 21 - Roma - Osp. Spallanzani: ispettorato del lavoro da ragione a Nursind
- 21 - Frosinone: due esposti del Nursind alla direzione dello Spaziani
- 22 - Ripristinata la regolarità dei turni per gli Infermieri del PS a Fabriano
- 22 - Torrette: Nursind scrive alla Procura la situazione insostenibile del B.O. e rianimazione
- 23 - Audizione Nursind in Regione Lombardia per il nuovo PSSR
- 25 - Milano: attivate due nuove segreterie az. al G. Pini ed al FBF
- 26 - Piemonte: presidio davanti alla Regione contro la riforma
- 26 - Ivrea: iniziativa per il riconoscimento del tempo divisa
- 27 - Lecce: blitz dei NAS al Vito Fazzi
- 27 - Brindisi: proclamato lo stato d'agitazione
- 28 - Sassari: clima rovente con l'asl per trasferimento dirigente sindacale
- 28 - Il coordinamento Sardegna incontra l'assessore Arru
- 28 - Palermo: la manifestazione del Nursind contro le linee regionali sulle dotazioni organiche
- 29 - Catania: denuncia alla Procura per l'area materno infantile
- 30 - Caltanissetta: riassunti gli infermieri licenziati dall'ASP
- 30 - Prato: dalla CGIL a Nursind con orgoglio
- 30 - Nursind Toscana contro la riforma del SSR
- 31 - Pisa: pochi e stanchi gli infermieri dell'ADI
- 31 - Lucca: è ora di dire basta alle scelte inopportune e pericolose
- 33 - Umbria: Nursind difende le unità di degenza infermieristiche
- 34 - Padova: si rinnova la segreteria
- 34 - All'Ulss 5 appaltata la salute dei cittadini
- 35 - Vicenza: chiediamo la possibilità di essere orgogliosi e contenti del nostro lavoro

Formazione professionale

- 36 - Medicine complementari: la neuromodulazione auricolare

Previdenza

- 39 - Il punto sulle pensioni

Normative

- 40 - Cassazione: anche al personale paramedico si estendono i principi di responsabilità
- 40 - D.Lgs. 80/15 come cambiano i congedi parentali
- 40 - Cassazione: è rifiuto di atti d'ufficio l'omessa compilazione della c.c.
- 41 - Cassazione: shock anafilattico e responsabilità per negligenza e imprudenza
- 41 - Consiglio di Stato: amministrazioni obbligate alle procedure di mobilità prima dei concorsi
- 41 - Cassazione: i limiti al licenziamento per doppio lavoro
- 42 - Corte dei Conti: infermiera condannata a risarcire per doppio lavoro
- 42 - Tribunale di Lucca: Nursind assolto dalle accuse dei medici
- 42 - Cassazione: condannato infermiere coordinatore

Lettere alla redazione

- 44 - Ciao Totò
- 44 - Medicina difensiva o palliativa?
- 45 - Quando perdiamo un'infermiera perchè la professione è ingrata
- 46 - Medici e infermieri: non si suona la chitarra con una mano sola

Esteri

- 47 - Spagna: anche il Consiglio di Stato dà la via libera alla prescrizione infermieristica
- 47 - Ecuador: il governo aumenta lo stipendio agli infermieri e triplica le dotazioni organiche
- 48 - USA: il NNU sosterrà il democratico Sanders alla Casa Bianca
- 48 - Portogallo: massiccia adesione agli scioperi del SEP

Infermieristica
Mente
sindacando
NURSIND

Direttore responsabile: Donato Carrara
Redazione: Chiara D'Angelo, Osvaldo Barba, Daniele Carbocci, Andrea Bottega, Stefano Giglio, Vitalia Secci, Salvo Lo Presti, Salvatore Vaccaro, Tiziana Traini.
Progetto Grafico: Donato Carrara - **email:**

infermieristicamente@nursind.it

Stampa: Grafiche GNG Vicenza - Registrazione Tribunale di Bergamo n°4 del 13/03/06

Infermieristicamente è un trimestrale che viene spedito gratuitamente, oltre che agli iscritti Nursind, a numerose U.O. di Ospedali e Cliniche. Qualora i destinatari della rivista non intendano più ricevere la pubblicazione, sono pregati di comunicarlo ai recapiti della redazione: infermieristicamente@nursind.it o al fax 0354512664



La carta usata per questa rivista ha la certificazione ambientale ECOLABEL, cioè utilizza fibre riciclate o fibre vergini provenienti da foreste a gestione sostenibile.

Organizzazione sindacale e organizzazione del lavoro: le sfide dell'infermieristica

Inf. **Andrea Bottega** - Segretario Nazionale NurSind



“That’s the standard technique of privatization: defund, make sure things don’t work, people get angry, you hand it over to private capital.”

(“Questa è la tecnica standard per la privatizzazione: togli i fondi, assicurati che le cose non funzionino, fai arrabbiare la gente, e lo consegnerai al capitale privato”)

Noam Chomsky

Il semestre trascorso è stato pregno di avvenimenti rilevanti per la nostra organizzazione e categoria. Anzitutto va detto che con estrema soddisfazione abbiamo preso atto del risultato ottenuto alle elezioni RSU di marzo 2015. NurSind è stato il sindacato che percentualmente (+17%) è cresciuto di più nel comparto sanità in un quadro che vede in generale una crescita di tutto il sindacalismo autonomo. Mancano ancora i dati complessivi degli iscritti che l’Aran sta processando ma anche lì siamo fiduciosi di avere un buon risultato. Un’investitura da parte dei lavoratori – quella ottenuta – che rilancia l’azione sindacale proprio nell’occasione di riapertura dei tavoli contrattuali. Infatti, con la sentenza della Consulta pubblicata in GU a fine luglio 2015, il Governo si è visto costretto a rinnovare i contratti del pubblico impiego fermi dal 2010 per un blocco ora dichiarato illegittimo.

È la prima volta che Nursind, in rappresentanza degli infermieri, approda al tavolo delle trattative nazionali e, pur in una situazione di evidente ristrettezza economica, c’è l’intenzione di rappresentarli al meglio. Per tale motivo abbiamo scelto di raccogliere le proposte dei lavoratori per formulare la piattaforma rivendicativa. Inviandoci le vostre proposte indicheremo alla controparte e agli altri sindacati cosa chiedono gli infermieri italiani e capiremo chi nei fatti è dalla parte degli infermieri.

Una parte sempre più importante sarà svolta dalla contrattazione aziendale, dove gli aspetti dell’organizzazione del lavoro saranno di fondamentale importanza per la qualità di vita degli infermieri, la qualità dei rapporti interprofessionali e dell’assistenza verso i malati. Su questo piano ci sono due temi caldi nel dibattito di settore. Il primo riguarda la proposta IPASVI sull’evoluzione delle competenze – a cui è legata anche una proposta di carriera – il secondo interessa gli esiti dell’infermieristica per capirne i risvolti in ambito di dotazioni organiche. Riteniamo che ridurre i posti di infermiere, oltre che ad aumentare il fenomeno della disoccupazione infermieristica giovanile, metta a rischio anche la qualità dell’assistenza ai pazienti pre-

senti nelle strutture sanitarie italiane. Mentre si escogitano stratagemmi per gli infermieri avanzati e si guarda all’alto, lo Stato e le regioni con la loro politica sanitaria ci tolgono la terra sotto i piedi: tagli al fondo sanitario, meno assistenza e più disservizi, privatizzazione e terzo settore, morte della sanità pubblica.



In un quadro a tinte fosche – per il nostro futuro – ci stiamo muovendo a difesa del SSN e della categoria. Abbiamo dichiarato lo stato di agitazione nazionale del comparto con la richiesta di far ripartire immediatamente la contrattazione, abbiamo chiesto all’IPASVI di modificare l’art. 49 del codice deontologico (campagna Nursind per il 12 maggio 2015 festa dell’infermiere), abbiamo co-finanziato il progetto dell’RN4CAST@IT (Registered Nurse forecasting in Italy), abbiamo sintetizzato le nostre proposte sul lavoro infermieristico in un libro (“Il riformatore e l’infermiere” a cura di Chiara D’Angelo, Edizioni QS) ed abbiamo chiesto lo svolgimento degli stati generali dell’infermieristica. Abbiamo fatto molto ed è innegabile che dal 2014 per merito di Nursind la categoria degli infermieri è

divenuta protagonista del dibattito istituzionale. Il sito di questa rivista (www.infermieriticamente.it) è divenuto un’agorà dove gli infermieri escono dal timore di dire cosa pensano e contribuiscono a formare una coscienza comune che dovrebbe rendere più forte la categoria.

Questa coscienza si dovrà esprimere necessariamente in un sistema attraverso un’organizzazione e Nursind non può che essere il riferimento della categoria. Per tale motivo al prossimo Congresso Nazionale, il sesto dal 1998, i delegati dei territori si troveranno per discutere sullo sviluppo dell’organizzazione sindacale e su come intervenire nell’organizzazione del lavoro per una valorizzazione del nostro agire professionale. Nell’occasione saranno rinnovati anche i vertici nazionali attraverso le elezioni del nuovo direttivo nazionale.

Elezioni RSU marzo 2015:

Nursind incassa un + 17%

Gli elettori premiano i sindacati autonomi. Nursind il sindacato che in percentuale ha avuto il maggiore aumento

Le elezioni RSU 2015 premiano i sindacati autonomi. Nursind il sindacato che in percentuale ha avuto il maggiore aumento (+17%).

A distanza di 4 mesi dalle elezioni RSU 2015 nel comparto sanità, l'Aran ed il Comitato Paritetico confermano le nostre proiezioni fatte a marzo sulla base del 98% dei votanti.

Il totale dei voti validi è di 356.704. Rispetto ai 371.286 voti validi del 2012 si

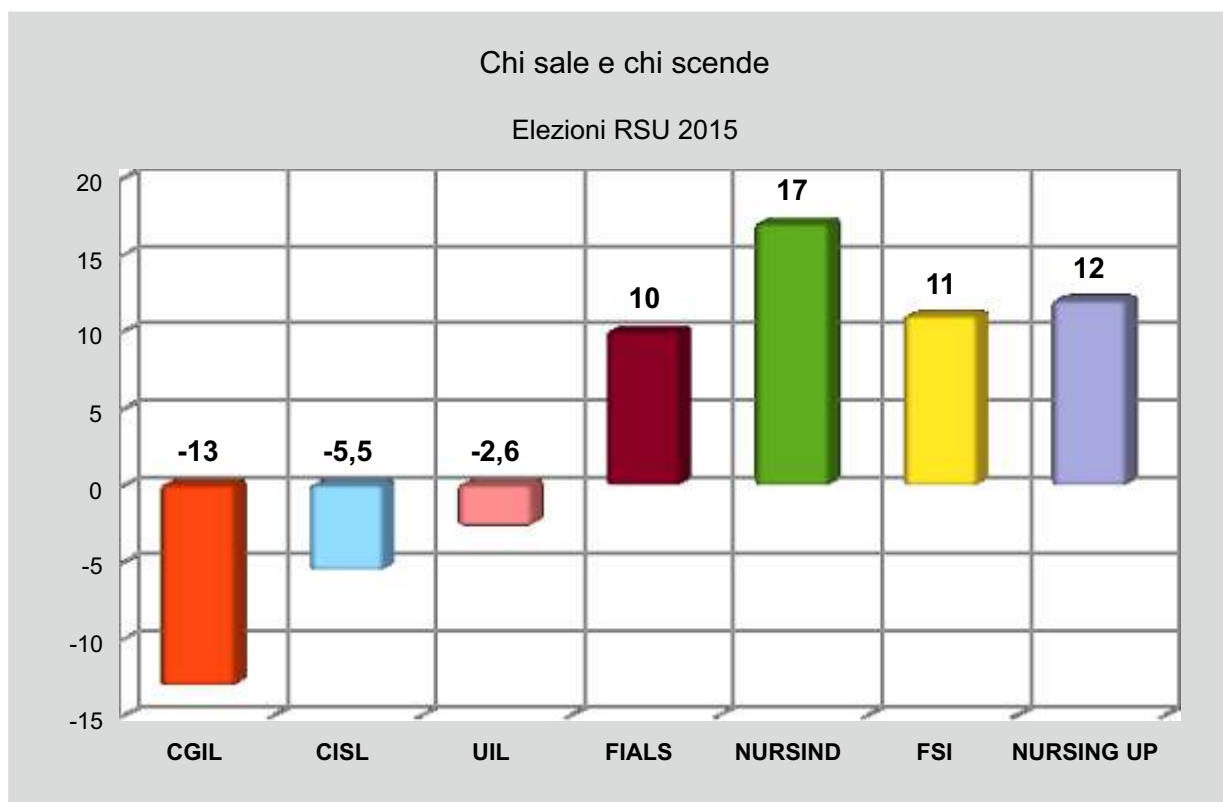
calo/crescita rispetto ai dati delle elezioni RSU 2012.

Nursind dalla tornata elettorale ne esce come il vero vincitore. E' il sindacato del comparto che ha avuto la crescita percentuale maggiore (+17%) e in termini assoluti è poco dietro alla Fials (Nursind 3.061 voti in più rispetto al 2012).

La differenza però è sostanziale a favore del Nursind **se si tiene conto che è un sindacato di soli infermieri e che il**

mente radicato in tre sole regioni (Veneto, Lombardia e Piemonte) dove raccoglie più del 60% dell'elettorato.

Al fine di determinare la rappresentatività come media di voti e deleghe, mancano ancora i dati degli iscritti ai sindacati riferiti al 31 dicembre 2014. Incombe inoltre, al fine della rappresentatività, la riorganizzazione dei comparti con una loro riduzione che potrebbe essere fonte di non pochi problemi e contenziosi.



riscontra un calo di circa 14.582 voti. Ciò in parte può essere dovuto al calo dei dipendenti pubblici e in parte al calo dell'affluenza la voto.

Si specifica che questa tornata elettorale è stata caratterizzata dall'inserimento di tutto il personale a tempo determinato nell'elettorato attivo che negli anni precedenti non è mai entrato nel computo dei votanti. Quindi pur allargando la base elettorale si è riscontrata una sostanziale contrazione dei voti.

L'andamento nazionale del voto ha sostanzialmente promosso i sindacati autonomi e ha segnato un arretramento del sindacalismo confederale.

Il grafico mostra le percentuali di

suo elettorato pesca totalmente in meno della metà degli aventi diritto al voto.

Anche il raffronto con l'altro sindacato autonomo Nursing Up segna un divario che si va sempre più ampliando. Nursing Up cresce solo di 1.728 voti non raggiungendo nel consenso la soglia del 5% (pur con + 11% di crescita complessiva e un abbassamento della soglia derivante dal calo dei votanti). In termini assoluti il divario tra i due passa dai + 3.000 voti per Nursind nel 2012 agli attuali + 4.360 voti del 2015.

È quindi Nursind, tra i sindacati autonomi, il riferimento degli infermieri della sanità pubblica, dimostrando anche una dislocazione sul territorio abbastanza omogenea mentre Nursing Up si trova maggior-

Nonostante ciò esprimiamo la nostra soddisfazione per il successo elettorale che premia la nostra azione sindacale in un momento di difficoltà e di blocco contrattuale.

Le battaglie culminate con lo sciopero del novembre 2014 confermano che lottare per mettere al centro del dibattito il lavoro come chiave del cambiamento, è quanto chiedono i colleghi che vivono quotidianamente le numerose difficoltà di demansionamento e decapitalizzazione della propria opera professionale.

Nursind, per l'azione sindacale svolta e per il crescente consenso che riscuote tra gli infermieri, è dunque associazione di riferimento per le questioni infermieristiche in ambito sindacale.

Esperito il tentativo obbligatorio di conciliazione prepariamo la battaglia per il rinnovo contrattuale

Con lettera datata 27/07/2015 abbiamo comunicato agli Enti competenti, lo stato di agitazione del personale del Comparto Sanità e chiesto l'incontro di conciliazione e raffreddamento.

Tra le motivazioni che sosteniamo c'è:

1. **La mancata attivazione della contrattazione nazionale** per il comparto sanità e l'emanazione dell'atto di indirizzo. A seguito della sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittimo il blocco contrattuale che ha impedito al Nursind, sindacato rappresentativo degli infermieri, di dare voce alla propria rappresentanza non ci è ancora giunta alcuna convocazione;

2. **il mancato rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro** per il comparto sanità per il 2015. Si parla di un suo slittamento alla prossima tornata contrattuale (2016-2018);

3. la previsione nel DDL Enti locali di **taglio delle risorse per la contrattazione integrativa**;

4. la conseguente impossibilità (mancanza di contrattazione e di risorse a livello nazionale e decentrato) di **dare seguito alle modifiche organizzative e alla valorizzazione contrattuale delle competenze cliniche e gestionali**

della categoria;

5. la previsione di ulteriori tagli alla sanità pubblica da inserire nella prossima legge di stabilità che ne metterebbero **in pericolo il carattere universalistico e solidaristico**;

6. il continuo taglio delle **dotazioni organiche** con la conseguente diminuzione dei tempi assistenziali;

7. il perdurare delle situazioni di **demansionamento** della categoria derivante dal blocco del turn over e dalle mancate sostituzioni del personale a vario titolo assente;

8. il mancato riconoscimento del **lavoro usurante** della professione infermieristica.

Il 5 agosto il Ministero del Lavoro, ai sensi della legge 146/90, ha convocato le parti al fine di giungere ad una conciliazione. L'incontro si è concluso con un verbale di non conciliazione che porterà il Nursind alla dichiarazione di una o più giornate di sciopero da fissare nei prossimi mesi.

Alla questione fondamentale del mancato avvio della contrattazione nazionale a seguito della sentenza della Corte Costituzionale, a cui si collega un mancato adeguamento salariale e una mancata valoriz-

zazione professionale nell'organizzazione del lavoro, il sindacato ha ulteriormente espresso formalmente:

- il proprio disaccordo per l'ennesimo taglio lineare alla sanità pubblica spacciato per "risparmio" dal Governo avvenuto con l'approvazione del DDL Enti locali;

- il proprio rammarico per il mancato coinvolgimento delle rappresentanze dei lavoratori nelle politiche di riforma del sistema sanitario pubblico;

- la volontà di porsi, oltre che a tutela dei lavoratori, anche a tutela del diritto costituzionale alla salute, condividendo iniziative di lotta sindacale in sinergia con altre rappresentanze sindacali e istituzionali.

Nella nota allegata la verbale, il Nursind ha inoltre stigmatizzato l'assenza all'incontro di conciliazione previsto dalla legge 146/90 dei rappresentanti dei ministeri chiamati al tavolo.

Stante quanto sopra si è confermato l'intenzione di procedere a manifestare pubblicamente il dissenso verso queste scelte politiche ed organizzative che penalizzano i diritti dei lavoratori e sacrificano i diritti dei cittadini.

Blocco dei contratti nella P.A.: Per la Corte Costituzionale è illegittimo

"Il reiterato protrarsi della sospensione delle procedure di contrattazione economica altera la dinamica negoziale in un settore che al contratto collettivo assegna un ruolo centrale". È il parere della Corte costituzionale nella sentenza n.178/2015 con cui è stato dichiarato illegittimo il blocco economico dei contratti della Pubblica amministrazione che perdura dal 2010 e si protrarrà al 31 dic. 2015.

Nella sentenza la Corte rileva come "Il carattere ormai sistematico di tale sospensione sconfinata in un bilanciamento irragionevole tra libertà sindacale (art. 39, primo comma, Cost.), indissolubilmente connessa con altri valori di rilievo costituzionale e già vincolata da limiti normativi e da controlli contabili penetranti (artt. 47 e 48 del d.lgs. n. 165 del 2001), ed esigenze di razionale distribuzione delle risorse e controllo della spesa, all'interno di una coeren-

te programmazione finanziaria (art. 81, primo comma, Cost.)".

La Consulta segnala proprio come "l'estensione fino al 2015 delle misure che inibiscono la contrattazione economica e che, già per il 2013-2014, erano state definite eccezionali, svela, al contrario, un assetto durevole di proroghe. In ragione di una vocazione che mira a rendere strutturale il regime del "blocco", si fa sempre più evidente che lo stesso si pone di per sé in contrasto con il principio di libertà sindacale sancito dall'art. 39, primo comma, Cost".

E in questo senso "il sacrificio del diritto fondamentale tutelato dall'art. 39 Cost., proprio per questo, non è più tollerabile".

I giudici proseguono sostenendo che "solo ora si è palesata appieno la natura strutturale della sospensione della contrat-

tazione e può, pertanto, considerarsi verificata la sopravvenuta illegittimità costituzionale, che spiega i suoi effetti a seguito della pubblicazione di questa sentenza".

Per il prosieguo la Corte fa notare come "rimossi, per il futuro, i limiti che si frappongono allo svolgimento delle procedure negoziali riguardanti la parte economica, sarà compito del legislatore dare nuovo impulso all'ordinaria dialettica contrattuale, scegliendo i modi e le forme che meglio ne rispecchino la natura, disgiunta da ogni vincolo di risultato. Il carattere essenzialmente dinamico e procedurale della contrattazione collettiva non può che essere ridefinito dal legislatore, nel rispetto dei vincoli di spesa, lasciando impregiudicati, per il periodo già trascorso, gli effetti economici derivanti dalla disciplina esaminata".

NurSind chiama ad esprimersi tutta la categoria:

il Contratto che vorremmo

E' on line un questionario apposito

Con il raggiungimento del requisito di sindacato rappresentativo raggiunto da Nursind nel novembre 2013, non vediamo l'ora di confrontarci con la controparte per rappresentare degnamente tutte le problematiche che stiamo sopportando da tempo immemore. Dal basso del nostro sia pur significativo 5% sappiamo di non poter contare su grossi numeri e quindi di non essere determinanti nella fase della firma contrattuale, ma ciò non ci impedisce di esporre le nostre proposte e mettere in campo la nostra determinazione, supportata dalle azioni di lotta che il sindacato deciderà di mettere in campo.

La presente bozza di piattaforma per il rinnovo del contratto della sanità pubblica 2013-2015 si pone quale traccia di discussione per la categoria infermieristica all'indomani del rilevante risultato delle elezioni RSU del marzo 2015 da parte del sindacalismo autonomo e in particolare di quello infermieristico e della sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità del blocco contrattuale nel pubblico impiego.

Le proposte che si espongono e che chiediamo a tutti gli infermieri del comparto di valutare, integrare e modificare, sono delle linee guida per la discussione pubblica che ha lo scopo di definire un contratto che possa realmente andare verso le esigenze della categoria.

Il contesto economico e strutturale del lavoro è altamente vincolante ma ciò non ci impedisce di proporre dei miglioramenti in un'organizzazione del lavoro fortemente mutata rispetto all'impianto contrattuale che risale agli anni '90 del secolo scorso.

I vincoli economici e legislativi

È innegabile che la parte economica risentirà della quantità di risorse che saranno stanziare dal governo nella legge di stabilità 2016. È innegabile altresì che tali risorse non saranno sufficienti per una valorizzazione completa della categoria. La discussione e le proposte contrattuali pur non potendosi spingere oltre l'impiego di tali risorse vogliono essere la definizione di un quadro di temi che richiedono di essere affrontati da tutti i sindacati e dal Comitato di Settore e Governo (parte datoriale) perché ritenuti dagli infermieri essenziali per garantire un servizio sanitario dignitoso e poter degnamente offrire la propria professionalità. Leggi ed economie sono in questo contesto considerati variabili indipendenti. Le proposte che si avanzano riguardano l'ambito economico e normativo del contratto.

Il contesto lavorativo

In sanità si sono verificati negli ultimi anni cambiamenti determinanti anche dal punto di vista contrattuale. Si pensi ad esempio alle riorganizzazioni dei servizi e dei reparti secondo l'intensità di cura. Ci sono state chiusure di reparti e accorpamenti che hanno di fatto rimesso in discussione le aree del disagio clinico-assistenziale previste dai precedenti contratti e indennizzate sulla base dell'appartenenza a un determinato reparto (indennità ex art. 44 CCNL 1995).

Dall'altra parte si sono aperte aree di alta intensità di cure senza l'attribuzione di particolari indennità perché non presente nei contratti la nuova dizione.

Il blocco del turn over e il taglio del personale hanno costretto gli infermieri ad accollarsi mansioni improprie (per mancanza di personale) e responsabilità penali e civili derivanti da inefficienze organizzative.

comportato maggior aggravio e maggiore responsabilità. Si pensi ad esempio alla responsabilità amministrativa contabile in carico ai coordinatori infermieristici negli ordinativi e nella gestione di farmaci e presidi.

Gli utenti del SSN e le esigenze di risparmio economico sono il fulcro del cambiamento degli ultimi anni. Gran parte dei risparmi e la garanzia dei servizi sono dovuti al personale che ha compensato alle inefficienze del sistema e ha saputo ripensare il proprio lavoro e il proprio agire professionale. A tale personale direttamente a contatto con l'utenza va riconosciuto questo sforzo e valorizzata questa responsabilità. È impensabile vedere delle indennità professionali elevate verso le professioni tecniche mentre chi è a contatto diretto con i pazienti, le malattie e le situazioni di rischio e di alta variabilità hanno un'indennità professionale misera.

Mentre le macchine diventano sempre più automatiche e semplici la realtà clinica



Lo sviluppo tecnologico ha costretto il professionista ad acquisire continuamente nuove conoscenze e a sviluppare capacità tali da poter gestire una vasta gamma di programmi e macchinari che spesso suppliscono funzioni vitali e sono determinanti dal punto di vista diagnostico e terapeutico. Pompe infusionali, sistemi di ventilazione assistita, sistemi di monitoraggio continuo delle funzioni vitali sono divenuti di uso comune in una struttura ospedaliera.

La digitalizzazione e l'informatizzazione che hanno portato enormi vantaggi alle aziende e al personale tecnico amministrativo abbreviando i tempi di lavoro, nell'area sanitaria hanno

è sempre più complessa e fonte di rischio e responsabilità. Questo paradosso va superato.

Le competenze sviluppate sono state il frutto di una formazione spesso individuale e autofinanziata dal dipendente. È giunto il momento di riconoscere il valore economico di una tale competenza.

Alcune proposte su cui avviare il dibattito

La contrattazione nazionale deve maggiormente valorizzare e ampliare la contrattazione decentrata per dare modo e risorse per contrattare a livello aziendale parte della retribuzione da modulare sulla

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

base delle esigenze organizzative. I criteri di assegnazione dovrebbero seguire la logica dei risultati in termini di esiti e di salute.

La partecipazione dei lavoratori nella modifica dell'organizzazione e nel raggiungimento di tali obiettivi deve essere considerata più strategica e più pregnante.

I lavoratori dovrebbero sentirsi parte del progetto aziendale e dovrebbero poterne godere dei migliori risultati. Dovrebbe essere stabilito un crescendo anche economico per chi inserisce nell'organizzazione del lavoro il personale neoassunto.

Potranno essere riviste le declaratorie e l'inquadramento del personale. Al personale con funzioni di coordinamento deve essere riservata un'apposita categoria.

Non si possono avere coordinatori inquadrati in categorie diverse a parità di responsabilità, mansioni e competenze. L'indennità di coordinamento va significativamente rivista. Deve essere risolta la mobilità interaziendale senza perdita dell'indennità di coordinamento o dell'inquadramento. Deve essere reso più stringente l'obbligo di attribuire le funzioni di coordinamento in modo tale da eliminare lo sfruttamento dei "facenti funzioni".

Questo rinnovo contrattuale deve tenere conto dei processi di professionalizzazione che sono maturati in questi anni, deve tenere conto dell'importanza dell'implementazione dello sviluppo di

chiedere l'esonero dal lavoro notturno.

Il Piano Sanitario Nazionale e i PSR puntano sullo sviluppo dell'assistenza territoriale quale naturale compensazione della chiusura dei posti letto nelle strutture per acuti e della cura nei luoghi di vita. L'organizzazione e lo sviluppo della sanità territoriale non può essere rimandato pena l'insolvenza da parte delle aziende nell'erogazione del diritto alla salute.

La valutazione del professionista infermiere, in un sistema dove la valutazione individuale ha sempre maggiore valore, dovrebbe seguire la logica valutativa "tra pari".

Occorre ripensare anche un livello economico di automatismo iniziale (5 anni) per cui il lavoratore più anziano rispetto al neoassunto ha già un bagaglio di conoscenze tecniche, assistenziali e organizzative che rappresentano un capitale da valorizzare. L'anzianità non è di per sé un valore ma se unita a esperienza e competenza rende il dipendente più esperto e autonomo.

L'adeguamento di tutte le indennità legate al "disagio":

- notturna, festiva e di pronta disponibilità in particolare vanno raddoppiate; è quanto mai doveroso visto che il loro valore risale all'altro secolo.

- Peculiare attenzione dovrà essere riservata alla sanità penitenziaria che, per il particolare contesto in cui si svolge il

1. Classificazione del personale (categorie e fasce; criteri di progressione tra le fasce e progressioni verticali)

2. Posizioni organizzative di coordinamento

3. Orario di lavoro (norma generale, servizio di pronta disponibilità, lavoro notturno, riposo settimanale, festivo infrasettimanale, lavoro notturno)

4. Permessi, congedi e diritto allo studio

5. Aspettative, congedi per formazione

6. Mobilità

7. Tempo determinato (permessi, ferie, ...)

8. Part time

9. Formazione

10. Trattamento economico (indennità per particolari condizioni di lavoro, per turno, per festivi e lavoro notturno, indennità di rischio radiazioni, ADI, SERT, ...)

11. Indennità professionale specifica (oggi pari a 433,82 euro annui a fronte di 1.239,50 euro anno per i tecnici di radiologia)

12. Altro...

Ribadita la necessità assoluta di recupero del potere di acquisto delle retribuzioni quale premessa della contrattazione, con il presente documento si sono forniti alcuni spunti di riflessione per una condivisione ampia all'interno della categoria. C'è oggi, attraverso il sindacato di categoria, l'occasione di mettere sul tavolo della trattativa fattive proposte che valorizzino la professione e ne diano la possibilità di uno sviluppo nell'interesse primario di mettere a disposizione delle aziende datrici di lavoro e dei cittadini fruitori dei servizi sanitari.

Pensiamo sia interesse di tutti contribuire a costruire questa piattaforma modificandola e ampliandola, dando semplicemente un cenno di adesione o una motivazione di dissenso. È questa l'occasione di portare la vostra voce, la voce degli infermieri dalle corsie ai tavoli di contrattazione.

Non si vuole però fornire una piattaforma dei desideri irrealizzabili, ma fornire degli spunti provenienti da chi è impegnato quotidianamente nelle strutture del SSN, per un miglior servizio all'utenza e impiego della propria professionalità.

Nei prossimi mesi nelle aziende, Nursind organizzerà delle assemblee retribuite per raccogliere le proposte di modifica.

Altre vostre proposte potranno essere inviate alla seguente mail:

nazionale@nursind.it

oppure via fax al 0692913943.

Grazie per il vostro contributo.

Valore attuale annuo lordo delle indennità specifiche	
Ausiliario specializzato	278,89 €
Operatore tecnico coordinatore	483,40€
Masso fisioterapista-massaggiatore	516,46€
Puericultrice	640,41€
Inf. generico e psichiatrico con un anno di corso	764,36€
Infermiere – inf. Ped. – ass. sanitario - ostetrica	433,82€
Tecnico sanitario di radiologia medica	1.239,50€

una vera carriera clinica e gestionale. Vanno definite contrattualmente le competenze specialistiche e degli esperti al fine di stabilire un apposito inquadramento con apposite indennità e vincoli organizzativi che garantiscano il dipendente che ha investito in questo percorso professionalizzante. Sul riconoscimento e valorizzazione anche economica di tale percorso di carriera si dovrebbe ottenere la massima condivisione.

Le criticità maggiori dal punto di vista aziendale e professionale si muovono su due livelli: quello dell'assistenza diretta e quello della copertura dei servizi nelle 24 ore. Con l'aumentare dell'età della categoria principalmente impegnata su questi due livelli aumentano anche gli esoneri e le difficoltà psicofisiche nello svolgimento del lavoro a turni. La contrattazione nazionale potrebbe definire un limite di età (ad esempio 55 anni) dopo il quale è possibile

mandato professionale, richiede un'apposita indennità di disagio.

- Prevedere la "patente per lavoro" per la guida degli automezzi aziendali.

- Deve essere definita la destinazione dell'indennità infermieristica ex art. 40 CCNL 1999 che a nostro parere deve ritornare agli infermieri. L'adeguamento e la valorizzazione dell'indennità professionale specifica è doverosa anche in riferimento alle altre figure (e alle relative responsabilità e rischi). Non rivedere gli importi significherebbe continuare a penalizzare gli infermieri italiani.

Le attuali indennità sono definite dalla Tabella C, CCNL 05.06.2006 (vedi riquadro).

Il questionario che sarà on-line dai primi di settembre riporta alcuni punti del CCNL per raccoglierne le proposte di modifica.

6° Congresso Nazionale, Lecce, 5-6-7 novembre 2015

Organizzazione del lavoro e organizzazione sindacale: quale futuro per l'infermieristica?

I delegati da tutto il Paese affronteranno le strategie future e indicheranno chi guiderà il sindacato nei prossimi tre anni

Sembra ieri quel 12 maggio 1998 che vide la nascita di Nursind. Eppure sono già trascorsi 17 anni e paragonandolo al percorso di vita di una persona, stiamo per uscire dall'adolescenza. Chi l'avrebbe detto che la sua crescita non si sarebbe arrestata alle prime difficoltà? E ce ne sono state, come in tutte le famiglie d'altronde. Erano in molti a scommettere che sarebbe stato un fuoco di paglia, subito ridotto a cenere dopo la prima fiammata. Così non è stato. Non è stato facile far convivere le necessità di un'organizzazione con le impellenti e mai risolte problematiche del nostro lavoro. I colleghi, giustamente, pretendono dal sindacato immediate soluzioni ai loro problemi e solo in pochi pensano e lavorano a risolvere quelli organizzativi del sindacato, non meno importanti, specie a livello strategico.

All'inizio è stata una crescita come quella dei funghi porcini nel bosco: qualcuno qua, qualcuno là, poi più niente. Qualcuno grosso, altri piccoli.

Così è stato per la crescita del Nursind, piccolo ed insignificante tentativo di unire tutti gli infermieri italiani sotto un'unica sigla, e farlo diventare un grande sindacato di categoria, prescindendo dalle convinzioni politiche dei soggetti che lo rappresentano.

Per molto tempo il primo problema è stato quello di farsi conoscere, in primis alla stessa categoria, specie nelle città dove eravamo sconosciuti, quindi sperare che anche li nascessero dei grossi porcini. Insomma, riuscire a mettere le basi (aprire nuove segreterie provinciali) ovunque.

Pensate che ad un anno dalla nascita, al 1° Congresso Nazionale svoltosi a Cagliari il 26 ottobre del 2002, Nursind contava solo 350 iscritti ed era presente solo in 5 province. Non è stato facile ma ci siamo riusciti. Credo che oggi sia difficile incontrare un infermiere che non sappia della nostra esistenza. Un tempo invece, quando ci si interfacciava con i colleghi, ci chiedevano che cosa fosse

Nursind, nonostante la spiegazione sia intrinseca nel nome.

Nessuno pensava si trattasse di un sindacato, specie di infermieri. Per tutti i colleghi i sindacati erano solo

Ministeri, passando per le amministrazioni comunali e i governi regionali. Ma anche questo gradino è stato conquistato, grazie alle nostre convinzioni ed alla passione per un progetto che



quelli storici.

Oggi per fortuna non è più così ed anche i sindacalisti nostri rivali si sono fatti una ragione ed hanno accettato la nostra presenza. Sì, proprio anche solo la nostra presenza fisica gli dava fastidio, sia in RSU che alle trattative ed hanno fatto qualsiasi cosa pur di tenerci fuori.

avrebbe potuto cambiare le sorti del nostro agire professionale.

Altro problema è stato quello del rapporto con gli organi di informazione e di stampa: da sconosciuti siamo ormai divenuti il riferimento naturale per ogni giornalista che sia alla ricerca di chiarimenti sulle problematiche sanitarie e non solo riguardanti la nostra categoria.

Il nostro sito internet, la rivista cartacea, arrivata alla 33a edizione, ed oggi anche on-line su www.infermieristicamente.it hanno fatto il resto, consentendo di amplificare le nostre idee e le nostre intenzioni.

Quindi il fuoco continua a bruciare ed è ben alimentato! La scorta di legna non mancherà mai finché esisterà la nostra bella ed unica professione!

Non abbiamo certo risolto i problemi della categoria, ma per farlo era necessario creare una struttura seria e solida che resistesse nel tempo. Un tempo che all'inizio speravamo fosse minore, invece ha richiesto i tempi naturali per i quali solo oggi stiamo uscendo dall'adolescenza. Dobbiamo quindi strutturarci nel carattere e scegliere quale strada percorrere da adulti. Fino ad ora l'intera organizzazione si è basata su puro volontariato. Nessuno stipendio,

solo rimborsi spese, tante delusioni ma anche tante soddisfazioni.

Stiamo per raggiungere la quota di



Altro problema è stato quello di farci conoscere e riconoscere dalle istituzioni, dai vertici delle aziende fino ai

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NURSIND

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

30.000 iscritti. Meno di un decimo dei 360.000 infermieri italiani. C'è ancora tanta strada da fare quindi. Riusciremo a mantenere questa efficienza e

di Lecce.

Un mese prima verranno svolti i congressi provinciali/territoriali ed eletti i nuovi dirigenti. Una buona



questa costanza con lo stesso modello organizzativo? Non credo, per una semplice ragione: gli iscritti più datati conoscono la storia e sanno che siamo semplici volontari, ma la maggioranza dei nostri iscritti non lo sa e quando si iscrive ci considera giustamente un sindacato con la S maiuscola, maturo e ben organizzato. Alla maturità ci stiamo arrivando; in quanto

occasione per chi volesse provare, da infermiere, a fare sindacato nella propria realtà e chissà, un domani, anche diventare un dirigente nazionale se ha a cuore la categoria.

E' l'occasione giusta per Ringraziare quanti hanno lavorato, gratuitamente, per il sindacato, spendendo e spandendo energie fisiche e morali. Così anche per ringraziare quanti vor-



all'organizzazione, mantenere efficiente una macchina con 30.000 iscritti comincia ad essere difficile e se vogliamo crescere ancora nei numeri, occorre ripensare l'organizzazione specie negli aspetti strutturali, senza sfigurarla. Ecco spiegata la sfida che ci attende dal 6° Congresso Nazionale

ranno raccogliere il testimone e dare nuova linfa oltre che fare una nuova esperienza.

Auguri a tutti i partecipanti alle varie sessioni congressuali, ai dirigenti che saranno riconfermati ed ai nuovi eletti!

Per una divisa unica nazionale

Nursind scrive ai ministri competenti affinché si attivino per definire una modalità unica sul territorio nazionale per l'individuazione delle varie figure che lavorano in sanità.

"Pensiamo sia anche questa una questione di trasparenza - afferma Andrea Bottega - dare la possibilità immediata ai cittadini di capire con chi si stanno relazionando in modo da poter avanzare le corrette richieste alle persone giuste. Molte risposte ai cittadini utenti sono ritenute inadeguate perché in realtà sono rivolte alle professionalità sbagliate. Nel diritto all'accessibilità piena ai servizi ci deve essere anche la possibilità di poter relazionarsi chiaramente con i vari responsabili dei servizi e delle attività clinico-assistenziali. È buona cosa che il cittadino sia a conoscenza se un'informazione gli è pervenuta da un volontario, un medico, un infermiere, un coordinatore, un operatore di supporto, un tecnico o un'altra persona."

La proposta che il Nursind avanza è quella di istituire **una divisa unica con un unico colore o un'etichetta ben visibile stampata sulla divisa**. Infatti, le divise e le modalità di riconoscimento



cambiano da azienda ad azienda anche all'interno della stessa regione. A livello normativo nazionale il decreto legislativo 150/2009 all'art. 55-novies indica una modalità di riconoscimento del dipendente pubblico nel rendere noto il proprio nome e cognome ma nulla dice sulla conoscibilità della propria qualifica che spesso è desunta arbitrariamente dal tipo e colore di divisa che il dipendente indossa.

"Abbiamo letto le dichiarazioni del sottosegretario Vito De Filippo alla nota IPASVI e abbiamo apprezzato la sensibilità dimostrata verso la questione. Pertanto abbiamo deciso di formalizzare - conclude Andrea Bottega - la nostra richiesta di modifica al Dlgs 150/2009 nella speranza che questo giovi sia ai cittadini che alla Pubblica Amministrazione."

Competenze avanzate, Comma 566...

L'infermieristica in cammino verso il suo futuro

di Chiara D'angelo

Da mesi ormai la "questione infermieristica" ha assunto due declinazioni molto e controversamente dibattute, attraverso tutti gli organi di informazione, da ogni categoria coinvolta: competenze avanzate, da un lato, e comma 566 della Legge di Stabilità 2015 dall'altro.

Di competenze avanzate in realtà si parla da molto più tempo, fin dal 2006 (legge 43/06), quando il legislatore ha formalmente aperto la strada alle specializzazioni per gli infermieri.

Di fatto però poi tutto è rimasto fermo e **nella realtà abbiamo assistito all'incancrenirsi di un fenomeno drammaticamente diffuso di decapitalizzazione del lavoro degli infermieri, chiamati a esercitare competenze di per sé "avanzate" senza il minimo riconoscimento né in termini professionali né in termini economici.**

La "questione infermieristica" infatti, nasce principalmente dal concorrere di due fenomeni simili ma opposti: da un lato la decapitalizzazione del lavoro e dall'altro il demansionamento, ossia la situazione in cui l'infermiere (per una serie di ragioni variamente combinate fra loro - carenza di organico, precarietà lavorativa, organizzazione del lavoro, stato di necessità, ecc) si ritrova a svolgere "mansioni" che competono ad altri profili, segnatamente di diverso e inferiore livello contrattuale (gli OSS, tanto per intendersi).

Una professione, assurda da oltre 20 anni a "professione intellettuale", stretta in una tenaglia che alla prova dei fatti la priva del suo significato più profondo. Una discrasia evidente e ormai inaccettabile tra stato giuridico e realtà lavorativa.

Nel frattempo anche il resto del sistema sanitario è mutato, e con esso (anzi, prima di esso) è mutato il fabbisogno di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

La questione infermieristica quindi si innesta in un più ampio processo di rinnovamento necessario e dovuto



che porti il sistema sanitario a svolgere nel modo più efficiente ed efficace la sua mission; senza dubbio una sfida enorme, ma ineludibile e non più rinviabile.

Il Patto per la Salute per l'anno 2015 ha cercato una strada in questa direzione, muovendosi sul difficile substrato di una congiuntura economica disastrosa, in cui le risorse si vanno riducendo ad ogni passo e le riduzioni spesso si traducono in tagli anziché risparmi ed efficientamenti propriamente detti (ne abbiamo visto un esempio proprio nei giorni scorsi, con l'approvazione del DDL Enti Locali).

Il Ministero della Salute, ad oggi, ha messo sul piatto due questioni: competenze avanzate e specialistiche (da discutere in sede di Conferenza Stato Regioni) e comma 566 della Legge di Stabilità 2015. Non si tratta di due aspetti distinti della discussione, bensì uno (comma 566) il rafforzamento e la spinta dell'altro (Bozza di accordo Stato Regioni), poiché la sintesi di entrambi è l'evoluzione delle competenze infermieristiche verso un modello "avanzato".

Il dibattito che si è sollevato su questi argomenti ha però preso due strade, a mio parere, diverse: da un lato si discute del modello di evoluzione delle competenze (con annesse ripercussioni in termini di relazioni interprofessionali, di riconoscimento interno alla professione, di percorsi formativi e di carriera, di contrattazione, ecc) e dall'altro si discute di quali siano gli strumenti per poter mettere in atto una riforma del sistema.

Comune denominatore **una forte resistenza al cambiamento e una decisa opposizione verso l'evoluzione delle competenze infermieristiche soprattutto da parte della componente medica del servizio sanitario,** dettata dal radicamento di un retaggio culturale e di prassi lavorativa totalmente medicocentrici e il timore che un'evoluzione dell'infermiere possa "togliere" qualcosa al medico. Niente di più infondato, dal momento che nella mente degli infermieri è chiaro qual è la loro missione, mentre invece **pare proprio che la missione della professione infermieristica non**

sia ben chiara ai medici. Ma tant'è, e sul comma 566, che introduce con forza di legge l'evoluzione delle competenze per le professioni sanitarie non mediche, si è aperto un durissimo confronto-scontro tra rappresentanze mediche e rappresentanze infermieristiche, con la concretizzazione di una vera e propria spaccatura fra le due categorie, tradotta in due distinti tavoli di discussione con il Ministero (voluti e ottenuti dai medici, è bene ribadirlo a onore del vero, poiché gli infermieri hanno sempre tenuto aperta la porta del dialogo, purtroppo aspettando sempre l'ospite invano).

Di fronte alle tendenze fortemente conservatrici dei camici bianchi, che hanno chiesto l'abolizione del comma 566 e la definizione per legge dell'"atto medico" (ovvero la stesura di un vero e proprio "re-



cinto legislativo" per le professioni sanitarie peraltro totalmente sbilanciato in quanto, secondo le dichiarazioni lette, "tutto" sarebbe atto medico), gli infermieri hanno voluto invece sostenere l'avanzamento dell'iter tracciato dal comma 566 e la sua applicazione, nonostante alcune riserve comunque presenti circa la sua reale efficacia per dare risposta alle rimostranze e alle difficoltà della professione di cui abbiamo accennato prima.

Nel frattempo da parte del Ministero si è cercato di dare attuazione al primo degli strumenti necessari per l'attuazione del disposto del comma 566, la cosiddetta Cabina di Regia, ovvero l'assise in cui a discutere di sanità si dovrebbero confron-





tare le Istituzioni (Ministero, Regioni e Province autonome), tutte le rappresentanze professionali e le rappresentanze sindacali. Dico dovrebbero perché la volontà dei medici di trattare con il Ministero su tavoli separati non fa certo ben sperare nella loro partecipazione alla Cabina di Regia, come peraltro apertamente minacciato.

Su questo fronte della questione, dunque, il processo è in sensibile rallentamento, dovuto a questa diversità di vedute e alle spaccature interprofessionali che ne conseguono. Ci auspichiamo che l'invito degli infermieri ad andare avanti e il dichiarato intento del Ministero per proseguire lungo la strada imboccata con il comma 566 con-



vergano in una risposta riformatrice forte. Il timore principale, infatti, è che, anche qualora il percorso non si interrompesse, esso stesso possa perdere la sua forza a causa delle resistenze storicamente, socialmente e politicamente importanti, dei medici e in conseguenza di ciò portare ad un esito debole e, per ciò stesso, insoddisfacente.

Questo per quanto riguarda gli strumenti per la realizzazione del rinnovamento e dell'evoluzione.

Sui contenuti, poi, si è acceso il secondo filone della discussione che, stavolta, ha una natura segnatamente interna alla pro-



fessione infermieristica. Il grosso del dibattito si è sviluppato intorno a una bozza di documento per l'evoluzione delle competenze infermieristiche divulgato dall'IPASVI nazionale, elaborato da Annalisa Silvestro e da un gruppo di "esperti".

Due "assi" (clinico e gestionale) e quattro livelli di competenze, correlati al percorso formativo (laurea triennale, corso di specializzazione, master, laurea specialistica) individuano, secondo il documento IPASVI, la mappa della professione e della sua evoluzione. Il modello, fortemente teorico, lascia però molti ed importanti interrogativi aperti non appena si prova a calarlo nella realtà del sistema, a misurarlo sulle persone che lavorano in sanità. **Perché uno dei problemi è proprio questo: pensare un modello che dia risposta all'esigenza di evoluzione della professione in prospettiva futura ma che sia applicabile ed efficace per i professionisti che già operano, poiché sarebbe inaccettabile un processo che crei una spaccatura generazionale delle cui conseguenze non si è in grado di definire la portata.**

Inoltre la sfida, oggi, è quella di far evolvere tutta la professione, di dare uno slancio a tutti gli infermieri e non, o non solo, creare delle opportunità per alcuni di essi. **La sofferenza professionale degli infermieri si consuma ogni giorno nelle corsie, e non nelle Direzioni.**

Sullo sfondo del processo di evoluzione, poi, aleggia il timore che demansionamento legalizzato, decapitalizzazione strutturale del lavoro, mortificazione economica possano venire servite alle Regioni come strumenti pronti all'uso per il riassetto di sistemi sanitari regionali in sofferenza.

Siamo in cammino, dunque, verso il futuro della professione con molte incognite davanti, molti ostacoli e un percorso che (ma questo lo sapevamo) è più in salita che in piano.

La consapevolezza ormai consolidata sia a livello Istituzionale, che professionale (le dichiarazioni della Presidente Mangiacavalli danno il segno di un'impronta nuova e decisa di un IPASVI che scende sul campo di battaglia insieme e a fianco di tutti gli infermieri, agevolando la strada del ritrovamento della coesione della cui carenza abbiamo sofferto e stiamo soffrendo), che sindacale della necessità



del cambiamento alimentano la tenacia nel perseguirlo.

Il Nursind è intervenuto su tutti i fronti, sostenendo l'avanzamento del comma 566 (non perché sia l'optimus – le critiche al disposto legislativo non sono mancate e le perplessità sulla sua adeguatezza al compito che si prefigge sono tutt'ora presenti – ma perché lasciar cadere questo spunto costituirebbe un arretramento da cui sarebbe veramente difficilissimo, poi, ripartire) ma anche individuando e criticando le debolezze del modello di evoluzione professionale disegnato dall'IPASVI. Non manca l'attività di Nursind nei confronti del Governo di cui abbiamo fortemente criticato il DDL Enti Locali con il quale si falciano le risorse per la sanità nei prossimi anni e, in dissenso dal quale (fra le altre ragioni), abbiamo indetto e confermato lo stato di agitazione.

La disponibilità al dialogo e al confronto, comunque, fanno parte del nostro DNA così come il Valore del dissenso critico (ci abbiamo scritto un libro...) e fanno sì che la critica non diventi polemica e che da una diversità di vedute si possa immaginare realisticamente un progresso complessivo, che trova mordente, oggi, anche nella concordanza tra il nostro sindacato e le posizioni espresse dall'IPASVI sulle recenti diatribe tra infermieri e OSS.

Si affaccia quindi una stagione di rinnovato dialogo tra sindacato e rappresentanza professionale in cui ciascuno è chiamato a portare il proprio contributo all'evoluzione dell'infermieristica sia dal punto di vista della caratterizzazione professionale che della contrattazione, sui cui Andrea Bottega, nostro segretario nazionale, ha chiaramente espresso le posizioni del Nursind lanciando anche una vasta campagna di partecipazione e dibattito interno, in vista dei lavori di rinnovo contrattuale nazionale.

La strada è lunga e dura, ma di qui dobbiamo passare e non possiamo permetterci di fare un solo passo indietro.



Questo articolo non appartiene alla deontologia

Aboliamo l'art. 49 del Codice Deontologico!

Non è presente una disposizione simile in alcun codice deontologico di altre professioni sanitarie e viene utilizzato contro il personale per colmare carenze e disservizi

In occasione del 12 maggio, festa internazionale dell'infermiere, quest'anno il sindacato Nursind ha deciso di impegnarsi in una campagna a difesa del diritto all'assistenza infermieristica quale parte rilevante del più ampio diritto alla salute, costituzionalmente fondato.

Le ormai innumerevoli norme a carattere finanziario (DEF, Patto per la salute, legge di stabilità, accordi stato-regioni, ...) hanno come filo conduttore il definanziamento del sistema e il taglio delle risorse contrattuali, organizzative, strutturali e umane.

Le organizzazioni dei servizi sanitari vivono in perenne riorganizzazione al fine di ridurre continuamente le spese di gestione. L'impatto più rilevante e costante si ha verso il personale, visto come spesa piuttosto che come valore di produzione.

Le carenze organizzative non rappresentano più un'eccezione ma strategia di risparmio a scapito della sicurezza degli operatori (non a caso è sempre più rilevante la necessità di una norma che deresponsabilizzi il personale sanitario) e della qualità dei servizi che si vogliono formalmente sempre più ampi ma con minor personale (vedi il fenomeno delle liste d'attesa, delle code al pronto soccorso, del taglio dei posti

letto ad invarianza del fabbisogno, ...).

Per questo motivo il Nursind nel recente libro "Il riformatore e l'infermiere. Il dovere del dissenso" ha declinato parte della questione infermieristica attraverso la descrizione di fenomeni come il demansionamento della categoria, della decapitalizzazione e dello sfruttamento degli infermieri occupati che fanno da contraltare alla sempre maggiore disoccupazione della categoria.



Dotazioni organiche sottostimate, blocco del turn over, blocco contrattuale, taglio di istituti contrattuali, sovraccarico di lavoro pongono a rischio la qualità dell'assistenza infermieristica.

Tutto ciò è spesso colmato e compensa-

to citando la deontologia.

Il codice deontologico dell'infermiere del 2012 prevede all'art. 49 che:

"L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale."

Nursind ritiene che non sia possibile una giustificazione deontologica delle situazioni che minano il mandato professionale visto che queste sono organiche al sistema come sopra descritto.

Pertanto, attraverso una lettera aperta rivolta a tutti i colleghi e alla federazione della rappresentanza infermieristica che emana il codice stesso, si chiede di abrogare questo articolo che contrasta con la tutela della professione e il diritto dei cittadini di ricevere assistenza infermieristica professionale adeguata.

Per sostenere l'iniziativa potete inviare un'email alla presidente IPASVI Barbara Mangiacavalli.

B.Mangiacavalli@smatteo.pv.it

11/05/2015 - Lettera aperta alla Federazione nazionale Ipasvi e ai Collegi provinciali

Iniziativa Modifichiamo il codice deontologico dell'infermiere

E' stata già annunciata l'ipotesi di lavoro di revisione del codice deontologico del 2009. Salutiamo favorevolmente la necessità di rivedere un codice che, in alcune parti, deve essere rivisto per adeguarlo ai tempi.

In alcuni casi non si tratta di vetustà delle norme, bensì di disposizioni sbagliate all'origine.

Ci riferiamo all'articolo 49 del codice deontologico. Questo articolo non appartiene alla deontologia - tanto è vero che non è presente una disposizione simile in alcun codice deontologico di altre professioni sanitarie - e viene utilizzato contro il personale infermieristico per colmare carenze e disservizi che sono quotidiani dovuti alla politica di definanziamento del Servizio sanitario nazionale e ai loro corollari: blocco del turn over, politiche di demansionamento e di sfruttamento.

Cerchiamo di spiegarci meglio. Le carenze e i disservizi oggi non sono più un elemento di patologia del sistema, sono elementi strutturali del sistema stesso. Personale carente, mancanza di assunzioni, invecchiamento e usura degli infermieri dipendenti sono all'ordine del giorno. A queste situazioni se ne aggiungono altre come la diminuzione delle ore di pulizia appaltate, la minore qualità e quantità degli approvvigionamenti, i servizi esternalizzati a sempre minor prezzo.

Sono ventisei anni che questo articolo - precedentemente il codice del 1999 sosteneva cose pressoché identi-

che - ci penalizza nell'esercizio professionale e viene sistematicamente utilizzato contro gli infermieri nelle politiche demansionanti e di sfruttamento.

Nelle politiche demansionanti in quanto l'infermiere viene utilizzato per compensare le carenze delle gare di appalto delle pulizie, dei servizi di trasporto, dell'assistenza di base generica e, nelle strutture del sud, delle carenze pressoché totale di operatori di supporto.

Nelle politiche di sfruttamento relative soprattutto agli infermieri che svolgono attività gestionali senza formali incarichi di coordinamento, di posizioni organizzative e dirigenziali.

Ci sono colleghi, c.d. "facenti funzioni", che vengono sistematicamente sfruttati da anni sotto la copertura del codice deontologico Ipasvi. Queste attività, infatti, non pregiudicano il "mandato professionale".

Non si tratta di produrre l'ennesimo cambiamento di questo articolo: si tratta di abrogarlo!

Per questo, in questa giornata del 12 maggio abbiamo lanciato una campagna per l'abrogazione dell'articolo 49 del Codice deontologico.

Chiediamo formalmente alla Federazione Ipasvi di aprire una fase revisione del codice deontologico in modo partecipato, con gruppi di lavoro che siano espressione di tutte le anime della professione, aperto ai contributi di cittadini ed esperti e che non siano solo espressioni, più o meno mascherate di vari "cerchi magici".

Noi siamo pronti a fare la nostra parte.

Il Segretario Nazionale Nursind
Dr. Andrea Bottega

Se il demansionamento... nasce già all'Università!

Di Andrea Lucchi Lucchi

Ricordo ancora il rabbioso imbarazzo quando la coordinatrice infermieristica ci dispose, noi otto malcapitati, a due a due accanto al letto del paziente: al passare del Chirurgo in visita dovevamo scoprire le lenzuola, stare attenti a non mostrare le nudità del degente, staccare cerotti e medicazioni, far trovare padelle pulite e anche lucidare le aste della flebo arrugginite. E delle nottate di nausea passate sugli appunti? Le serate intere a spezzarmi la schiena nei ristoranti per pagarmi libri e tasse? La sveglia alle cinque del mattino e il rientro alle quattro del pomeriggio per andare in reparto? **Tutti sacrifici immensi per poi demansionarmi fin dal tirocinio ambendo comunque al 110 e lode. Complimenti!** Adesso sono Infermiere e nonostante "goda" (sempre che non pensi alla miserrima retribuzione oraria) di un lavoro composto totalmente da interventi infermieristici **non dimentico l'umiliazione bruciante** di quelle mattinate ed ho molto a cuore la situazione studentesca (forse perché fino a Marzo 2014 lo ero).

Il demansionamento infermieristico che sta affogando il Titanic sanitario ha la grave responsabilità non solo, in primis, di ledere la dignità professionale dell'operatore che lo subisce ma anche di creare una generazione filiale di cloni che si omologhino allo status quo senza speranza di cambiamento.

Questa è l'eredità che ci hanno lasciato? Tristemente sì.

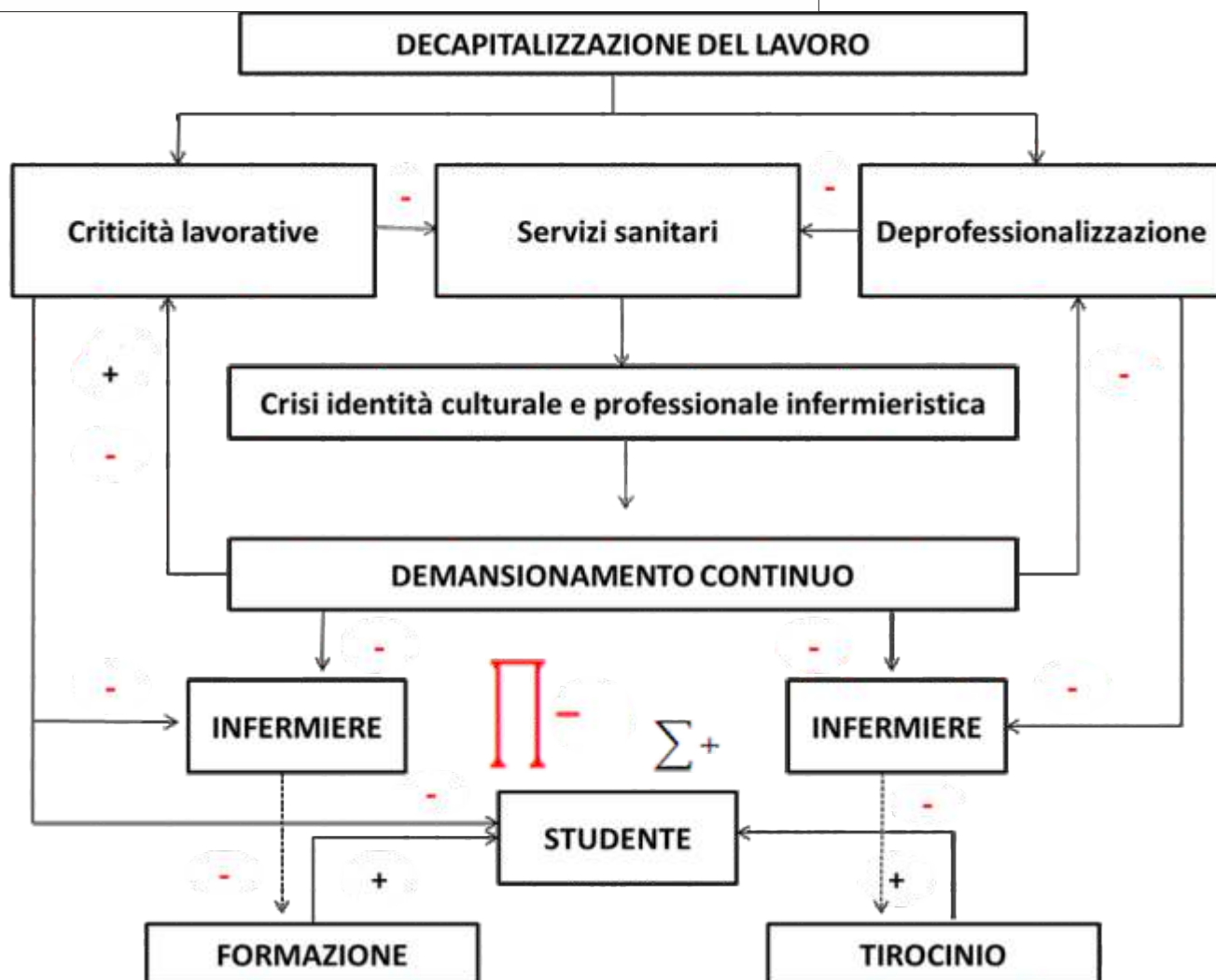
Quando dibatto di questo tema con qualche alunno del primo anno non voglio risparmiarmi perché sento la lusinghiera responsabilità di dire le cose come stanno. – E di chi è il problema? E perché siamo arrivati a questo punto? – si chiedono questi studenti, ancora incantati e protetti dall'aura accademica. Come lo ero io del resto nonostante la dignità puntualmente incerozzata per le corsie del tirocinio. Pur non potendo competere in materia di demansionamento da un punto di vista legislativo e sindacale ed anche grazie alle esplicazioni del Prof Cavicchi, io credo che il pericolo che si corra adesso nella forma-



zione degli studenti sia riassumibile secondo uno schema del tipo indicato in **fig. 1**.

Mi venga perdonata la geometria del grafico non perfettamente simmetrica in ogni sua forma: sono un teoretico e per natura, quando posso, non ambisco alla perfezione tecnica nella pratica. Come analizzato dal Prof Cavicchi il problema principale non nasce in seguito ad una disordinata organizzazione del processo lavorativo a monte dell'assistenza, ne è un errore ascrivibile a qualche realtà sanitaria isolata ma è

Fig. 1 - FORMAZIONE UNIVERSITARIA - CORSO DI LAUREA



la conseguenza delle scelte decapitanti (turn over bloccati – costi zero – sbilanciamento tra figure professionali – compressione dei tempi di assistenza) che amputano la testa al sistema aziendale.

La qualità del servizio di salute erogato al cittadino (outcome) si basa principalmente sull'equilibrio tra condizioni lavorative sottese alla base dell'atto sanitario (input) ed atto pratico vero e proprio (output, la prestazione erogata).

Quando le condizioni che vengono ancor prima del processo produttivo sono già dimezzate ne consegue che **anche questo equilibrio viene ad essere precario**. Le criticità lavorative (mancanza di personale, complessità assistenziale sproporzionata rispetto al tempo) e **il tappa-**

libro che ingigantisce le dimensioni del fenomeno stesso.

Abbiamo reparti dove Infermieri spaziano per terra; puliscono tutti gli armadietti e ancora si fanno la guerra tra loro (confusione di varie identità professionali) sull'argomento "OSS e somministrazione dei farmaci". E gli studenti? Soffrono della stessa patologia, seppur partendo da una base che dovrebbe costituire un'evoluzione positiva verso l'alto. **Anche i più motivati e meritevoli sono esposti al rischio di essere risucchiati dalla marea**. Perché di per se la formazione universitaria ed il tirocinio potrebbero davvero creare dei professionisti. Ma gli (noi) studenti sono fragili, sanno che si accingono ad affrontare un percorso dove dovranno imparare a vivere simultaneamente un doppio ruolo: umano/sensibile e scientifici-

bolizzare e coltivare. Normale che ci si senta spaventati e si tenda a seguire (quasi ad emulare) i tutor di tirocinio o gli Infermieri di reparto fino a che non si è in grado di camminare da soli. E queste figure non possono, adesso. Non possono più seguirci. Perché sono affette, loro malgrado, da patologie dell'identità professionale. In queste condizioni ciò che possono offrire ai tirocinanti è solo una visione altamente dissonante dalle prime informazioni cliniche e scientifiche che gli studenti ricevono all'Università (che costituirebbero di per se spinte positive).

Possono trasferire solo la risultante (il prodotto) delle forze svalutanti che derivano dal demansionamento. **Proprio perché questi studenti sono come tavole bianche, la sommatoria delle loro uniche armi (tutte accademiche) non potrà mai essere più forte del prodotto delle forze demansionatrici aziendali di cui sopra, e quindi il sistema li schiaccia e relega, gioco-forza, ad inclinarsi ad un sistema lavorativo deprofessionalizzante, quasi esso fosse la norma da seguire nel domani quando saranno anch'essi Infermieri.**

Periranno sotto il pesante macigno che gli dovrebbe in realtà garantire quella formazione ad hoc per diventare professionisti. Periranno e si assoggetteranno alla corrente. Il rischio è l'omologazione. Una nuova generazione di cloni (mi ricorda il romanzo 1984 di Orwell già citato in un mio precedente articolo) malati di questa crisi di identità infermieristica. Che diventeranno nuovi Infermieri tra vecchi Infermieri anch'essi smarriti, spaventati, confusi.

co/razionale. Un quadrinomio sempre perfettamente mescolato di fronte al paziente. Dovranno imparare, assorbire, captare, riconoscere, crescere, capire, sbagliare, arrendersi, combattere, cadere, rialzarsi e ricominciare ad imparare.

E' un corso di laurea che dovrebbe fornire un background elevatissimo da meta-

buchi infermieristico (deprofessionalizzazione) che viene fatto per portare comunque a termine ogni tipo di mansione provoca ovviamente un risultato negativo e quindi un servizio sanitario scadente, di bassa qualità, dove le figure professionali che dovrebbero renderlo un outcome utile al cittadino **sono declassate a sotto-ruoli**.

Questo crea una prima crisi di identità degli infermieri, un vero e proprio buco nel loro background culturale tanto grande quanto basta per farli sentire dispersi nel proprio ruolo (che tra l'altro non sarebbe comunque mai congruo alla formazione per via del periodo storico di passaggio che la figura infermieristica sta vivendo) e non stimolati dunque a crescere.

Qui riprendo l'illuminante Prof Cavicchi – **la deprofessionalizzazione in un contesto lavorativo avverso e nel disorientamento dell'identità infermieristica apre le porte del demansionamento**.

Ho riflettuto un po' su questa disgrazia e ritengo che se da una parte il demansionamento continuo con l'impiego di infermieri in attività non proprie può tamponare certe criticità (forza positiva) dall'altra aumenta la voragine della deprofessionalizzazione proprio per l'assoggettamento dell'Infermiere a un ruolo inferiore, e quindi si ripiomba in una situazione di disequi-



Attenzione alla demagogia fatta da alcuni sindacati

A chi spetta il pagamento della tassa del Collegio Ipasvi?

Le aziende rispondono negativamente al rimborso finché non sarà un giudice a stabilirlo! Nursind ha da tempo avviato una causa pilota ed è ricorso in Appello.

I professionisti abilitati, è noto, devono essere iscritti ai relativi albi professionali. Dopo molti anni il legislatore ha chiarito che deve essere obbligatoriamente iscritto all'albo anche l'infermiere dipendente (legge 43/2006).

L'infermiere dipendente pubblico però, a differenza dei medici e dei dipendenti privati ha l'obbligo di "esclusiva" e non può esercitare la professione in altri contesti libero professionali.

Unica eccezione è il regime di lavoro a tempo parziale al cinquanta per cento e per attività non in concorrenza con il datore di lavoro e per eventuali incarichi autorizzati. Con l'entrata in vigore della legge anticorruzione, inoltre, il datore di lavoro, al fine del conferimento degli incarichi, deve verificare la carenza di situazioni, "anche potenziali" di conflitto di interesse.

Per il resto l'ordinamento giuridico richiede l'assoluta fedeltà al datore di lavoro pubblico.

Una recente sentenza della Corte di cassazione (sezione lavoro 7776/2015), in riferimento a un avvocato, dipendente di una pubblica amministrazione ha stabilito un importante principio di diritto. Il pagamento della tassa di iscrizione all'albo professionale, essendo un costo per lo svolgimento dell'attività "deve gravare" sul datore di lavoro pubblico. Il professionista, infatti, si iscrive all'albo per un'attività il cui unico beneficiario è l'ente pubblico e non il professionista stesso. Un costo quindi che non deve gravare sul lavoratore.

Sempre la Cassazione specifica che "se tale costo viene anticipato dal dipendente" questi deve essere rimborsato dall'ente stesso.

Precedentemente il Consiglio di Stato in un parere del 2010 aveva affermato che quando sussiste il vincolo di esclusività, l'iscrizione all'Albo è funzionale allo svolgimento di un'attività professionale svolta nell'ambito di una prestazione di lavoro dipendente, e la relativa tassa deve gravare sull'Ente che beneficia in via esclusiva dei risultati di detta attività.

In relazione a questo abbiamo da tempo iniziato una riflessione su come muoversi per non fare gravare, contrariamente a quanto ha affermato il Consiglio di Stato, la tassa dell'iscrizione all'albo sulle tasche degli infermieri dipendenti.

Abbiamo quindi convenuto in giudizio, presso il Tribunale di Alessandria, tramite il segretario provinciale **Salvatore Lo Presti** ed il collega **Andrea Amello** assistenti

sti dagli avv. **Michele Branzoli** e **Saverio Biscaldi** (dell'omonimo studio legale Branzoli&Biscaldi) l'azienda sanitaria per il rimborso della tassa Ipasvi. Il Tribunale ha respinto la nostra richiesta sulla base di una sentenza che ci è apparsa più politica che giuridica: il contenimento della spesa pubblica (considerazione che non è richiesta neanche alla Corte costituzionale).



Abbiamo presentato il ricorso presso la Corte di appello di Torino dove, fiduciosi, attendiamo gli esiti giudiziari.

La nostra è una battaglia di equità e di giustizia. E' infatti del tutto paradossale che il costo di una tassa che serve per esercitare la professione da dipendenti e il cui beneficio ricade tutto sulle strutture del Servizio sanitario nazionale, senza alcuna possibilità di sfruttare l'iscrizione all'albo in contesti libero professionali, debba ricadere sugli infermieri.

A questo punto non ci sono che due strade:

- 1) le aziende del servizio sanitario nazionale devono pagare la tassa di iscrizione agli infermieri dipendenti;
- 2) oppure si proceda a una modifica normativa che permetta la libera professione agli infermieri alle stesse condizioni previste per la professione medica nelle modalità intra ed extra muraria e con il riconoscimento, per chi opta per la prima opzione, di

un'indennità di esclusività similare a quella prevista dal contratto della dirigenza medica.

Confidiamo, una volta tanto, nell'intervento del legislatore che anticipi e non subisca l'azione di supplenza della magistratura per risolvere il problema del pagamento della tassa Ipasvi nel senso da noi indicato.

In merito alla questione sul pagamento della tassa di iscrizione all'IPASVI e la richiesta di rimborso avanzata alle aziende sanitarie pubbliche usata strumentalmente da alcune sigle sindacali va precisata la delicatezza della questione (si parla di centinaia di migliaia di euro per ogni singola azienda).

E' assai probabile che la questione si risolva per gli infermieri a distanza di tempo e all'ultimo grado di giudizio, cioè in Cassazione. Nel frattempo è necessario mettere in conto la sostenibilità delle spese legali della perdita dei giudizi in primo e secondo grado. Per tale motivo si è scelto la causa pilota e la sostenibilità della spesa a carico del sindacato piuttosto che del singolo lavoratore il quale si vedrebbe addebitare il costo di migliaia di euro di spese legale a fronte di un risarcimento di alcune centinaia.

Al fine di addivenire al più presto ad un esito sulla questione abbiamo scelto di agire presso una regione dove i tempi di giudizio e l'efficienza dei tribunati fosse maggiormente garantita. La nostra scelta è stata il Piemonte. Come previsto il primo grado ha visto la perdita del giudizio. Quindi per ora esiste per la categoria una sentenza negativa al rimborso. Ciò potrà essere un ulteriore motivo di diniego ad eventuali richieste di pagamento che la pubblica amministrazione non potrà fare anche in virtù di una mancata disposizione normativa specifica.

Nursind ha quindi promosso il ricorso in appello per continuare la sua battaglia che dovrebbe, in caso di esito positivo, portare a due possibili conseguenze: o il pagamento da parte dell'ente della quota di iscrizione all'albo professionale o la rimozione del vincolo di esclusività mettendo la professione di infermiere al pari di quella medica.

Chiarito quanto sopra consigliamo di attendere l'esito della nostra "causa pilota" per valutarne le possibilità dopo la sentenza della Corte di Appello di Torino ed evitare inutili e costosi contenzioni individuali.

Sanità Privata e arretrati 2006-2010:

Occhio alla prescrizione!

Azioni entro il 15 settembre! Nursind attivo!



Ancora moltissimi operatori della Sanità privata aspettano la liquidazione degli arretrati contrattuali relativi al periodo 2006-2010.

Infatti in occasione dell'accordo nazionale per il contratto AIOP del 15 settembre 2010 venivano rideterminati i minimi tabellari e si rinviava alla contrattazione regionale per quel che riguarda gli arretrati contrattuali concernenti l'arco temporale 2006-2010.

Sta di fatto però che in molte Regioni (in particolare quelle con il piano di rientro, ma anche altre, come ad esempio la Sardegna) non è stato trovato l'accordo, per cui ai lavoratori ad oggi non è stato liquidato alcunché.

La situazione è quanto mai allarmante se si pensa che il 15 settembre 2015 scatterà la prescrizione per cui gli interessati non potranno percepire più nulla.

Non resta dunque da fare altro che adire le vie legali per il recupero di tali spettanze.

A tal proposito l'avvocato Domenico de Angelis, convenzionato con il NURSIND nazionale, nell'esprimere il proprio disappunto per l'incresciosa situazione venutasi a creare, ha così commentato: *"siamo di fronte ad un diritto inviolabile dei lavoratori. E' assolutamente inconcepibile il meccanismo ideato con l'accordo economico del 15 settembre 2010 che rinviava per la determinazione, la definizione e la liquidazione degli arretrati contrattuali alla contrattazione decentrata regionale. Ci sono però tutte le condizioni per far valere il diritto dei lavoratori, peraltro indisponibile da parte delle stesse organizzazioni sindacali firmatarie del contratto nazionale. Si può pertanto agire per il recupero di tali arretrati contrattuali, registrandosi una evidente e macroscopica violazione dell'art 36 della Costituzione. L'unico vero problema è rappresentato dal fatto che il diritto è prossimo alla prescrizione, per cui occorre*

immediatamente mettere in mora l'AIOP e i datori di lavoro entro il 15 settembre 2015".

Sul punto è altresì intervenuta la Responsabile nazionale NURSIND sanità privata Inf. Romina Iannuzzi che ha dichiarato il fattivo impegno del sindacato a mobilitare i lavoratori per la vertenza in questione, osservando come sia quanto



mai necessario ed urgente informare tutti gli operatori interessati per interrompere i termini di prescrizione. *"Lavoreremo anche nel mese di agosto per raccogliere le sottoscrizioni dei lavoratori, perché la tutela dei diritti non va in vacanza!"* ha detto la sindacalista.

Intanto è proseguita a ritmo incalzante la raccolta delle adesioni degli operatori sanitari del settore privato alla vertenza per il recupero degli arretrati dei contratti AIOP per il periodo 1/1/2006 – 31/8/2010. Si contano ormai qualche migliaio gli infermieri ed O.S.S. che stanno mettendo in mora l'AIOP nazionale, l'AIOP regionali e le singole aziende private datrici di lavoro.

Le regioni in cui il fenomeno è particolarmente diffuso sono l'Abruzzo, la Campania, il Lazio, il Molise, il Piemonte, la Puglia, la Sardegna e la Toscana, sebbene non

mancono situazioni del genere, a macchia di leopardo, anche in altre regioni.

Il termine della prescrizione è ormai prossimo per cui gli operatori interessati si stanno allertando un po' dovunque. Occorre precisare che la vertenza prevede una prima fase in cui viene inoltrata la messa in mora all'AIOP e alle aziende private ed una seconda in cui si agisce giuridicamente nei confronti dell'AIOP affinché vengano istituiti i tavoli per la determinazione e quantificazione degli arretrati, con chiamata in causa anche delle singole aziende per quel che concerne l'effettiva liquidazione di tali emolumenti.

Particolarmente soddisfatta dell'andamento della vertenza si è dichiarata Romina Iannuzzi, la quale sottolinea come *"nell'occasione, purtroppo, però, si è avuto modo di registrare anche situazioni ancor più gravi di cliniche che non hanno mai provveduto all'adeguamento dei minimi tabellari, neppure a far data dal 1/9/2010, fatto questo quanto mai inquietante e che sollecita ulteriormente il Nursind ad esercitare un ruolo di sentinella a tutela dei lavoratori e per la corretta applicazione degli istituti contrattuali"*.

L'avv. Domenico de Angelis osserva come occorre far particolare attenzione per quel che concerne la redazione della messa in mora, che deve provenire da ogni singolo lavoratore e non può consistere in una nota a firma semplicemente di uno o più organizzazioni sindacali, non producendo in tal caso alcun effetto interruttivo della prescrizione.

L'avv. de Angelis mette in guardia inoltre tutti gli operatori sanitari interessati osservando come *"la mancata personale attivazione dell'azione determina la decadenza dal diritto, ciò comportando per le stesse aziende l'impossibilità dell'estensione della liquidazione di detti emolumenti a tutti i lavoratori, una volta determinato il quantum dell'una tantum degli arretrati da parte dell'AIOP"*.

De Angelis e Iannuzzi invitano dunque tutti i lavoratori interessati a contattarli ai seguenti indirizzi:

forum.tutelalegale@gmail.com

sanita_privata@nursind.it



Presentato a Genova l'avvio di

RN4CAST Italia

Grazie al contributo e voluto fortemente dal Nursind

A cura di Chiara D'Angelo

Si è svolto il 24 febbraio presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova l'importante Conferenza di presentazione del progetto RN4CAST@IT (Registered Nurse Forecasting) ed in particolare dell'ingresso dell'Italia in questo rilevante studio, che ha già coinvolto quindici tra Paesi europei ed extra-europei (Belgio, Inghilterra, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia, Svizzera e Olanda, USA, Cina e Sud Africa).

Lo studio ha messo in evidenza, in ogni contesto, collegamenti e relazioni tra il

sa Loredana Sasso (responsabile scientifico del progetto italiano presso l'Università di Genova) e del suo team lo studio offrirà, a livello nazionale, l'opportunità di misurare il rapporto tra carico di lavoro e personale infermieristico, inserendo il nostro Paese in una visione di sistema, finalmente comparabile a livello europeo ed internazionale; al tempo stesso consentirà alla politica e alle strutture sanitarie (ospedali) aderenti di avere una fotografia aggiornata e realistica del tessuto professionale e sanitario italiano fornendo, si spera, le basi cognitive per intraprendere le opportune

sidente CNAI Sironi e della Professoressa Loredana Sasso stessa, che ha sottolineato quanto questo progetto prenda vita in Italia in un momento in cui "è importante lavorare tutti insieme e a tutti i livelli" sia per rispondere ad una necessità dei professionisti infermieri, sia, e soprattutto, per le conseguenti ricadute sui bisogni dei cittadini. La Professoressa Sasso ha altresì posto l'attenzione sulla necessità di reperire ulteriori fondi per il finanziamento dello studio RN4CAST, rimarcando il preziosissimo contributo del Nursind (senza il quale il progetto non avrebbe mai potuto prendere avvio), rappresentato in sala dal segretario nazionale Andrea Bottega, e chiedendo a tutti un supporto morale per questa importante ricerca.

L'evento è entrato nel vivo, dinnanzi ad una platea silenziosa e molto attenta, con la relazione del Professor Walter Sermeus (Professore in Management sanitario, Direttore del Master in Healthcare Management & Nursing Science all'Università Cattolica di Leuven - Belgio - e Coordinatore del progetto RN4CAST) con la magistrale traduzione di Giuseppe Aleo (membro del team di ricerca RN4CAST in Italia). Il Prof. Sermeus ha presentato i risultati del progetto internazionale, dapprima delineandone la storia e concludendo infine sull'importanza che l'adesione a questo progetto riveste in termini di esiti ed analisi dei risultati per i decisori. Ha colpito particolarmente il passaggio in cui il professore, citando i dati pubblicati su The Lancet, ha asserito che assumere decisioni coerenti con i risultati dello studio avrebbe potuto consentire di salvare 3.500 persone



numero degli infermieri, i livelli di competenza, le condizioni del lavoro infermieristico e la sicurezza dei pazienti, fornendo una buona base di predittività circa la stabilizzazione della forza lavoro e la qualità delle cure negli ospedali (a tale proposito è opportuno ricordare la pubblicazione degli esiti dello Studio sulla prestigiosa rivista The Lancet).

Grazie all'impegno della Professoressa

scelte strategiche.

La giornata si è aperta con i saluti delle autorità regionali (la Regione Liguria ha infatti accolto con estremo favore lo Studio e intende stilare un meccanismo di raccordo che garantisca una collaborazione attiva tra Università e Regione) del Direttore di Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova e membro del team di ricerca (Prof. G. Icardi), della Pre-

Tieniti aggiornato quotidianamente su

www.infermieristicamente.it

Infermieristica *Mente*
sindacando NURSIND



HOME DAL TERRITORIO COMUNICATI STAMPA CENTRO STUDI LA RIVISTA AREA GESTIONAL INTERVISTE LEGGI & SENTENZE

FORMAZIONE SATIRA COMPETENZE AVANZATE NURSING STANDARD ASSISTENZIALI LETTERE ALLA REDAZIONE

Le notizie in diretta dalle corsie, dalle aziende e dalla politica sanitaria
infermieristicamente@nursind.it

e che non esiste un'assistenza "non complessa", ma che, al contrario, tutta l'assistenza lo è.



A seguire la relazione della Prof. Loredana Sasso (professore associato e responsabile scientifica del progetto RN4CAST in Italia). La professoressa è entrata nel dettaglio della realizzazione della ricerca illustrando le fasi dell'intero processo. Le strutture sanitarie (ospedali con più di 200 posti letto) che hanno aderito sul territorio nazionale al momento sono 42, a cui se ne aggiungeranno altri che devono ancora completare le formalità necessarie. Gli obiettivi dello studio sono di due ordini: un obiettivo primario, che consiste nel valutare l'impatto dell'assistenza infermieristica sulla sicurezza del paziente e la qualità delle cure nei reparti di medicina e chirur-

gia generale ed un obiettivo secondario che consiste nel voler offrire un metodo innovativo per pianificare il fabbisogno di infermieri nel futuro.

Lo studio RN4CAST permetterà, infatti, di:

- colmare il gap d'informazione sulle cause e gli effetti legati ai modelli attuali utilizzati nella pianificazione del nursing manpower in Italia;
- fornire previsioni oggettive ed accurate a medio-lungo termine sulla pianificazione della forza lavoro infermieristica
- promuovere un dibattito più informato tra tutti i soggetti ai vari livelli istituzionali.

La professoressa Sasso ha inoltre illustrato aspetti più "tecnici" della ricerca, descrivendo le fonti da cui verranno attinti i dati (caratteristiche generali dell'ospedale, infermieri, pazienti, banche dati amministrative), i criteri di inclusione ed esclusione. Riguardo alle tempistiche di realizzazione, si prevede che lo studio venga avviato nel mese di maggio-giugno 2015 e duri circa 12 mesi, dei quali i primi 6 circa dedicati alla raccolta dei dati, cui seguiranno un paio di mesi per il follow up ed infine la presentazione dei risultati a giugno 2016.

Dopo l'intervento della professoressa Sasso è intervenuto il Prof. Federico Spandonaro (membro del gruppo di ricerca RN4CAST Italia, analista economico, professore aggregato all'Università Tor Vergata di Roma e presidente di CREA Sanità) le cui conclusioni si possono riassumere in questi due concetti: tutti i monitoraggi esi-

stenti girano intorno a variabili (cliniche, economiche, soddisfazione/comfort, offerta) ma il ruolo dell'assistenza infermieristica non è "quantificabile"; a livello internazionale abbiamo evidenza di una correlazione fra organico e mortalità, LOS, complicazioni ecc. e registriamo un ritardo storico e culturale di percezione del ruolo del nursing. La conclusione finale è quindi la conferma di una relazione diretta fra staffing e NSO in Italia ma anche la necessità di perseguire un obiettivo di matrice culturale; a questo scopo è dunque importante realizzare studi che, come RN4CAST, vadano a misurare e a dare una dimensione oggettiva alle variabili in gioco, oltre che contribuire alla diffusione della conoscenza di questa realtà alla cittadinanza e ai decisori.



La Conferenza si è conclusa nel tangibile entusiasmo e reale apprezzamento di relatori e partecipanti.

Un convegno alla Camera dei Deputati organizzato da GIMBE e fond. G. Dossetti

La sostenibilità delle cure ai cittadini riparte con il SSN 3.0?

a cura di **Patrizia Leoni**

Si è tenuto, presso la Camera dei Deputati a Palazzo Montecitorio, il convegno dal titolo: SUPREMAZIASTATALE "La nostra proposta per un Servizio Sanitario Nazionale 3.0" - terza Giornata degli Stati Generali della Salute, organizzato dall'Associazione Culturale G. Dossetti in partnership con la Fondazione GIMBE.

Il tema della giornata verteva sull'importanza di chiedere al Parlamento la modifica dell'articolo 117 del titolo V della Costituzione, per restituire il potere legislativo e di controllo allo Stato Centrale ridimensionando il potere affidato alle Regioni.

La richiesta di restituire alla centralità dello Stato il ruolo di garante della salute nasce dalla necessità di assicurare, in maniera uniforme su tutto il territorio italiano, la fruizione dei servizi sanitari da

parte dei cittadini.

Invitate a partecipare, tutte le categorie professionali e aziendali che si occupano di sanità e di salute, che hanno condiviso, ognuno per esigenze diverse, l'obiettivo della modifica del suddetto articolo Costituzionale.

Ad introdurre l'inizio dei lavori le parole dell'onorevole Vargiu, Presidente della Commissione Sanità e Affari Sociali, attraverso la voce dell'On. Ombretta Fumagalli Carulli, che ha voluto sottolineare quanto l'Equità e l'Universalità delle cure sanitarie, prevista dall'articolo 32 della costituzione, siano, oggi come non mai, in grande sofferenza nel nostro Paese e di come si apra sempre più il divario di trattamento tra il nord e il sud. Per risolvere il problema, a suo avviso, la necessità del rafforzamento di garanzia statale su tutti i livelli di assistenza.



#Supremaziastatale

La Nostra proposta
per un Servizio Sanitario Nazionale 3.0
Terza Giornata degli Stati Generali della Salute



Camera dei Deputati
Palazzo Montecitorio - Italia della Repubblica
Lunedì, 17 giugno 2015
ore 9.30 - 10.00

A seguire la Senatrice Paola Binetti che ha chiesto vivamente di uscire dall'individualismo delle varie categorie satelliti del mondo della Sanità per guardare agli interessi delle professioni confinanti, perché solo in questo modo si può condire appieno ciò che si è legiferato.

Inoltre, ha chiosato, la fondamentale importanza di dire no a tutte le forme di spreco e di investimento inadeguato per poter prendersi davvero cura dei bisogni di salute della gente.

Tra tutte le figure di spicco, notevole il contributo del Segretario Nazionale del Nursind, Andrea Bottega (Clicca) che ha voluto evidenziare il crescente divario di offerta di salute nelle varie Regioni, che viene perpetrata a scapito dei cittadini. Egli ha voluto mettere l'accento su problematiche di grande importanza strategica per risollevare le sorti del nostro Servizio Sanitario come: il blocco del turn over del personale sanitario e infermieristico in particolare; la drastica e continua riduzione del professionista infermiere a favore di personale laico e badanti; l'appiattimento verso il basso della qualità dell'assistenza dovuto alla precarietà del rapporto del lavoro sempre più appaltato a cooperative che hanno come obiettivo ultimo il guadagno; il problema della aziende sanitarie sempre più grandi, che perdono di fatto il diritto ad essere chiamate unità sanitarie locali; le liste d'attesa che negano il diritto alla salute dei cittadini che vengono così "spinti" verso il privato; di come gli ospedali siano gestiti attraverso la politica dell'efficienza industriale che nulla ha a che fare con la salute; come le Regioni danno prova della loro inefficienza nei servizi e nella spesa per la Sanità; di come sia fondamentale abbandonare la retorica per investire effettivamente sulla medicina territoriale. A conclusione del suo intervento il Segretario Nazionale del Nursind ha voluto ribadire che: "Come infermieri non possiamo non essere preoccupati di questa deriva e chiediamo allo Stato di farsi garante fino in fondo del diritto fondamentale sancito dalla nostra Costituzione".

Per concludere Alessandro Mostaccio del Movimento dei Consumatori ha evidenziato l'importanza di darsi da fare, ognuno con i propri mezzi, senza più aspettare ricordando le parole di Bertolt Brecht: "prima di tutto vennero per..... Un giorno vennero a prendere me, e non c'era rimasto nessuno a protestare".

Di seguito riportiamo il testo dell'intervento di Andrea Bottega

«Un grazie alla Presidente e al segretario nazionale per l'invito.

Come sindacato infermieristico ci sta particolarmente a cuore la tutela del diritto alla salute e in particolar modo la sua declinazione come diritto a una assistenza infermieristica professionale, sicura e di qualità. La fruibilità di tale diritto oggi, più che in passato, è messa in discussione. Stiamo riscontrando in diverse regioni, non solo quelle soggette a piano di rientro, una riduzione qualitativa e quantitativa del personale infermieristico. Quantitativa perché con il blocco del

turn over e la creazione di standard per le dotazioni organiche che seguono principi economici più che basarsi sugli esiti di salute si sceglie di ridurre il personale che fornisce assistenza professionale; qualitativa perché si scelgono forme di rapporto di lavoro sempre più precarie, in appalto, attraverso cooperative che comprimono i costi oppure si demanda l'assistenza infermieristica a personale laico o a badanti. In sostanza si punta a dare un servizio minimo e delle condizioni di lavoro che potrebbero far pensare alla privatizzazione quale soluzione auspicata da cittadini e lavoratori.



Una tale situazione non solo diversifica da regione a regione l'esigibilità del diritto all'assistenza infermieristica e del diritto alla salute ma mina alle fondamenta il sistema sanitario pubblico.

Le pagine dei giornali ci raccontano continuamente del malaffare delle politiche regionali negli appalti, nella finanza di progetto per l'edilizia sanitaria, nella fornitura dei presidi e dei farmaci. Le regioni purtroppo non hanno dato prova in questi anni di un'efficienza nei servizi e nella spesa. Anche le regioni considerate virtuose sono state coinvolte in scandali che hanno evidenziato sprechi a scapito della salute dei cittadini.

Le modifiche proposte al titolo V della Costituzione possono essere la soluzione di questa inefficienza? Possono aiutare la sostenibilità del

SSN pubblico?

Abbiamo sostenuto in diverse occasioni che una presenza più forte dello Stato dovrebbe essere garanzia di più uguaglianza nell'esigibilità del diritto alla salute. Per tale motivo riteniamo che allo Stato dovrebbe essere data anche la possibilità di entrare nel merito dell'organizzazione dei servizi, materia esclusiva delle regioni, nel momento in cui l'organizzazione sia causa limitante della fruizione del diritto alla salute.

Nursind è preoccupato della fuga in avanti di alcune regioni proprio su alcuni aspetti organizzativi. Oltre a quanto già detto sul personale penso all'istituzione di aziende sanitarie sempre più grandi da rasentare il ridicolo a chiamarle ancora unità sanitarie locali; a forme organizzative definite centrate sul paziente che forse sono il cavallo di Troia per ulteriori riduzioni di personale e per un'assistenza di tipo organizzativo più che clinico-professionale. Alle liste d'attesa che sono una negazione del diritto alla salute e rappresentano un incentivo verso il privato per il soddisfacimento dei propri bisogni. Un'assistenza nel territorio ancora poco presente e ospedali sempre più all'insegna dell'efficientismo industriale.

È sotto gli occhi di tutti che l'organizzazione data in mano alle regioni chiedendo semplicemente come contropartita il contenimento della spesa e l'equilibrio di bilancio ha quindi prodotto diversi esiti di salute, diverse possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie. Come infermieri non possiamo non essere preoccupati di questa deriva e chiediamo allo Stato di farsi garante fino in fondo del diritto fondamentale sancito dalla nostra Costituzione.»



Disponibile su Google Play

Il riformatore e l'infermiere: IL DOVERE DEL DISSENSO

Attraverso l'esperienza di Infermieristicamente da più di un anno stiamo lavorando per diffondere fra gli infermieri una maggiore consapevolezza che la professione è nelle nostre mani. Abbiamo incontrato strada facendo il prof. Cavicchi che, anche attraverso le nostre interviste, ci ha aiutato a capire i problemi degli infermieri in un'ottica di sistema, partendo dalle riforme degli anni '90 fino alla "guerra sulle competenze" di cui il recente Ddl sull'atto medico né è logica conseguenza. Dall'organicità e sistematicità del materiale fin qui prodotto da Cavicchi negli scritti presenti nella rete, reperiti soprattutto dalle pagine di Quotidiano Sanità e nella sua letteratura ha progressivamente preso forma il progetto del nostro libro.

Si tratta di un volumetto che segna un momento storico nella storia infermieristica italiana; in quelle 208 pagine si dispiega un progetto di ridefinizione della professione e delle professioni.

Il Sistema Sanitario ha bisogno di un vestito nuovo perché quello che indossa da 20 anni è a brandelli ormai;

attraverso il libro abbiamo voluto raccontare la nostra idea di come fare quel vestito, con un tessuto nuovo, con un taglio diverso, e non solo spostando un bottone o cucendo una tasca o mettendo una toppa che, pur apparentemente bella, sempre una toppa è.

L'attuale situazione lavorativa degli infermieri è il punto di partenza e di arrivo del libro. **Nel libro affrontiamo il problema dalla radice, andando ad analizzare lo stato dell'arte e il percorso storico-normativo che ha portato gli infermieri di oggi e essere quello che sono oggi e a non essere quello che dovrebbero essere, per effetto di una combinazione di "inconseguenza e indeterminazione" che li hanno consegnati al "demansionamento" e alla "postausiliarietà".**

L'infermiere, oggi infatti, è nel pieno della postausiliarietà, ovvero della condizione di inconseguenza dell'essere incompiuto, normativamente autonomo e responsabile ma nei fatti della realtà lavorativa ancora una professione ausiliaria, demansionata e decapitalizzata utilizzata come tappabuchi delle carenze organizzative. La decapitalizzazione e il blocco del turn over sono condizioni aggravati questo fenomeno di un'organizzazione del lavoro che nega la costruzione di un reticolo professionale che veda i professionisti come "autori" (autonomi e



responsabili) della propria "opera".

Da questa analisi si vuole partire per proporre un nuovo pensiero strategico che punti non più sulla introduzione di nuove norme ma su un cambiamento riformatore dell'organizzazione del lavoro. Nei capitoli 2 e 5 queste tematiche vengono sviscerate e viene proposto il vero cuore del progetto di ridefinizione della professione: il concetto di "opera", come strumento nuovo da cui partire per definire il complesso insieme di cura, assistenza, presenza, operatività e modi di operare che individuano la professione infermieristica partendo dalle necessità del malato.

Ma non solo questo. L'infermiere, nella nostra visione, è elemento centrale dei processi di assistenza e pertanto non ci si può sottrarre alla definizione di strumenti che governino le relazioni con le altre professioni sanitarie. La proposta di recuperare il rapporto con i medici e superare la guerra delle competenze e il gap tra norma e prassi punta a creare un cambiamento nel modo di lavorare che permetta a ciascuna professione di evolvere insieme all'altra.

Per fare questo cambiamento è necessario riformare l'organizzazione del lavoro ove si definiscono i ruoli e le funzioni di medici e infermieri in modo che ciascuna professione possa coevolire per stare al passo, ancora una vol-



IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NURSIND

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

ta, con il più profondo cambiamento in ambito sanitario degli ultimi anni: il malato. Nel libro si traccia il profilo delle “convenzioni dei punti di vista”, del “reticolo professionale”, di nuovi modelli organizzativi, finanche di nuovi modelli retributivi e contrattuali (capitolo 3).

Si tratta dunque di ripercorrere un pensiero riformatore attraverso le pubblicazioni del prof. Ivan Cavicchi, selezionate, ordinate e commentate approfonditamente per arrivare nell'intimo della “questione infermieristica” e per spiegare come, attraverso le proposte formulate e illustrate, sia possibile tracciare un nuovo percorso per gli infermieri.

E' per questo che con Andrea Bottega abbiamo deciso di lavorare a questo libro, e così è nato “Il riformatore e l'infermiere – il dovere del dissenso” con la supervisione di Ivan Cavicchi e recentemente pubblicato nella collana “Medicina e società” di Quotidiano Sanità Edizioni. Era il momento, nel tumultuoso contesto contingente, di dare una rappresentazione organica di questo pensiero, di sintetizzarlo e renderlo disponibile a tutti gli infermieri e a chiunque voglia interessarsi della “questione infermieristica”.

Queste stesse 208 pagine sono state, per me, il frutto di un processo difficilissimo e faticoso non per la mera stesura materiale, ovviamente, ma perché derivate da una rielaborazione profonda di quelle che fino a poco più di un anno fa erano delle convinzioni che rite-

nevo solide, ma che ho poi capito essere solo il risultato di una stratificazione non critica.

Nutrovo una certa forma di diffidenza verso il professor Cavicchi, ritenendolo poco vicino ed interessato ai problemi degli infermieri e più dedito alla questione medica, ma quell'8 febbraio 2014, quando per la prima volta lo incontrai, a Padova, prese l'avvio un intenso interscambio con un pensiero riformatore, che mi portò a riformulare i miei convincimenti.

Questo mio breve ma grande percorso personale sintetizza perfettamente lo spirito autentico del libro: partiamo dai problemi, capiamone la natura e l'origine, immaginiamo delle soluzioni, confrontiamoci apertamente, impariamo ad affinare l'attitudine a sintetizzare e conciliare i punti di vista, saper creare quelle “convenzioni dei punti di vista” che imprimano alla discussione una matrice inclusiva e non esclusiva, che ci permettano di esprimere liberamente il dissenso e ne riconoscano il valore nell'alveo del confronto nella cui sintesi ciascuno merita di trovare riconoscimento.

In questi termini dissentire non è solo un diritto ma anche un dovere, quindi un valore di cui non doversi imbarazzare, ma, anzi, da mettere a disposizione della comunità professionale.

Il nostro libro dunque non un atto di accusa, ma la presentazione di un progetto. Come ha scritto in precedenza

Andrea Bottega, non si è voluto dissentire da qualcuno, ma dissentire da qualcosa, da un sistema e da un metodo, per costruire un pensiero autonomo, libero, indipendente, riformatore.

Se mi si chiedesse un motivo per leggere questo libro, risponderei che leggere queste pagine ci regala una finestra su un panorama nuovo che è lì, che siamo noi a dover (e voler) aprire. Ci fa capire quanto sia indispensabile non conformare il pensiero, dubitare, interrogarsi, immaginare, proporre, discutere.

Ma soprattutto questo libro parla degli infermieri e dei loro problemi veri, profondi, come nessuno prima ha saputo o voluto fare, perché certi argomenti possono essere scomodi, ma non per questo non dobbiamo avere l'onestà intellettuale e il coraggio di riconoscerli, affrontarli, di cercare la strada per risolverli.

Offre un progetto complesso, su cui invita a riflettere e discutere. Ci aiuta anche a comprendere, analizzando la storia recente, quali difficoltà ci aspettano su questo cammino. In poche parole è il compagno che ogni infermiere in viaggio verso il terzo millennio dovrebbe portare con sé per essere certo di non smarrire la strada al canto delle sirene.

Chiara D'Angelo

A cura di: **Chiara D'Angelo**
Introduzione di: **Ivan Cavicchi**
Postfazione di: **Andrea Bottega**

Caratteristiche:

Ideale per Web, tablet
Pagine, 210
ISBN 9788894052213
Venditore Google Ireland Ltd
Costo 8,16 €
Disponibile su dispositivi Android



Pescara. La storia infinita dei coordinatori f.f. "illegali"...

La storia infinita dei coordinatori ff "illegali" alla ASL di Pescara si è "conclusa" con un presunto caso di conflitto di interessi.

Con deliberazione n. 91 del 29/01/2015 sono stati indetti avvisi interni per il conferimento di n. 8 incarichi di Coordinamento Area Infermieristica e n. 2 incarichi di Coordinamento Area Infermieristica Pediatrica, fin qui tutto regolare.

Con le successive deliberazioni n.229 del 05/03/2015, n.282 del 09/03/2015 e successive deliberazioni di modifica del 17/03/2015 e n. 373 del 25/03/2015 è stata disposta l'ammissione dei candidati nonché l'esclusione dei candidati non in possesso dei requisiti richiesti e sono state nominate le commissioni esaminatrici preposte alle attività di valutazione previste; successivamente le commissioni esaminatrici, espletate le procedure di valutazione dei titoli ed effettuate le prove scritte ed i colloqui previsti per i giorni 26 e 27 marzo 2015, hanno rimesso gli atti e i verbali delle procedure in parola, con i relativi allegati, comprese le graduatorie finali di idoneità e di merito. Tutto sembrerebbe di normale amministrazione, ma a quanto pare così non è stato, in quanto non si capisce il motivo per il quale il responsabile delle professioni sanitarie Dott. Bozzi all'ultimo minuto sia stato rimosso e sostituito come membro della commissione, dal direttore sanitario, mentre sono rimaste in commissione le coordinatrici che hanno valutato ed esaminato i propri infermieri.

Si ricorda che la normativa sui conflitti di interessi è chiara:

Art. 3 "Principi generali" Codice generale approvato con DPR 62/2013 Comma 2. Il dipendente rispetta altresì i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi;



dosi in caso di conflitto di interessi;

Art. 7 "Obbligo di astensione" Codice generale approvato con DPR 62/2013 1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Detto ciò questa O.S. auspicava che le coordinatrici, membri della commissione, palesassero questo "presunto" conflitto di interessi e ricusassero la propria nomina, ma purtroppo così non è stato.

Ora alla ASL di Pescara non resta che porre rimedio, in quanto siamo sicuri che in caso contrario ci saranno candidati pronti ad impugnare gli atti del concorso e adire le vie legali, con conseguente sperpero di denaro pubblico.

Il Dirigente Sindacale
NurSind Pescara
Dott. **Andrea Liberatore**

Reggio Calabria: prerogative sindacali negate al Nursind. Il Tribunale condanna l'Azienda Sanitaria.

Il Giudice del Lavoro di Reggio Calabria, dott.ssa Patrizia Morabito, con sentenza del 12 agosto 2014 ha finalmente posto fine alla controversia che ha visto il Nursind doversi attivare per vie legali al fine di ottenere dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria il riconoscimento di tutte le prerogative sindacali spettanti alla sigla, in virtù della rappresentatività nazionale attestata dall'ARAN.

In base a quanto previsto dall'art. 28 della legge 300/1970 il Giudice, accogliendo in pieno le richieste del Nursind, ha dichiarato antisindacale e pertanto ha censurato la condotta dell'ASP (che ha tardato nell'assegnazione delle ore di permessi sindacali, anzi, nell'attivare l'iter per l'assegnazione delle stesse - peraltro non ancora concluso - e non ha affatto assegnato spazi idonei nelle bacheche aziendali né l'uso dei locali aziendali per l'attività sindacale). Per tale motivo ha condannato l'Azienda a porre immediatamente fine a tale condotta e a riconoscere senza ulteriori ritardi tutte le prerogative spettanti al Nursind, oltre che al pagamento delle spese legali.



Una sentenza accolta con soddisfazione dal segretario provinciale Nursind di Reggio Calabria, Angelo Passarello, dall'avv. difensore Mauro Priolo e, più in generale, dal mondo delle Organizzazioni Sindacali per il giusto riconoscimento della loro importante funzione e della necessità del rispetto delle prerogative garantite dalla legge per consentire ai sindacati di adempiere compiutamente alla propria missione.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Orario di lavoro, ricorso degli infermieri del CRO

da MESSAGGERO VENETO, Edizione Pordenone, di Donatella Schettini

PORDENONE. Ventidue infermieri e il Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, hanno impugnato davanti al giudice del lavoro del tribunale di Pordenone il regolamento dell'orario lavorativo al Cro di Aviano. La prima udienza è stata fissata per domani.

Sono tre i motivi che hanno spinto i lavoratori e il sindacato a ricorrere al giudice, a partire dagli straordinari effettuati sino a due anni fa e non ancora liquidati, che secondo il sindacato sono a rischio.

«Il regolamento – spiega il segretario provinciale del Nursind, Gianluca Altavilla – prevede che gli straordinari accu-



mulati prima del 2013 possano essere cancellati tutti a fine anno. Una previsione che secondo noi va contro la legge».

Il regolamento è stato sottoposto prima dell'approvazione anche alle organizzazioni sindacali, «ma noi avevamo detto di essere contrari su questo punto. Di fronte alla carenza degli infermieri dovuta a diverse ragioni – prosegue l'esponente sindacale – chi ha fatto gli straordinari adesso è oggetto di valutazione con il rischio che vengano cancellati. Una vera e propria beffa. Noi chiediamo, invece, che questo articolo della norma transitoria venga cancellato perché non c'è niente che preveda che lo straordinario confermato e autorizzato possa essere azzerato».

Il secondo motivo riguarda un altro articolo «che – sottolinea ancora Altavilla – prevede che i primi 10 minuti di straordinario del lavoratore vengano automaticamente cancellati e anche in questo caso non c'è alcuna norma che lo stabilisce».

La terza richiesta è relativa alla pausa di 30 minuti di cui ha diritto il lavoratore: gli infermieri chiedono di poter timbrare quando sono in pausa.

«La pausa è sacrosanta – prosegue il segretario provinciale del Nurisind – e la prevede la legge, ma il regolamento stabilisce che vengano decurtati automaticamente 30 minuti. Invece noi chiediamo che la pausa sia sotto timbratura per una questione di etica e di sicurezza per i pazienti e perché gli infermieri che non vogliono incorrere in fattispecie che possono avere un risvolto penale o civile».

Altavilla rileva che, in altre realtà sanitarie, si è configurato un reato nel caso di personale in pausa in reparto in una situazione di emergenza. Per questo motivo ritiene indispensabile che attraverso la timbratura si certifichi ufficialmente quando il lavoratore si trova in pausa.

Nursind Udine: soddisfazione per il prossimo concorso per infermieri, ma non basta...

Nursind Sindacato delle Professioni Infermieristiche riceve Con immensa soddisfazione le dichiarazioni dell'Assessore Dr.ssa M.S. Telesca in merito al prossimo concorso regionale per infermieri. Il dato riportato dall'assessore riguardo il saldo positivo di 125 unità infermieristiche nell'ultimo quadriennio ci impone, però, alcune riflessioni tenuto anche conto della nostra richiesta dati riferita agli infermieri.

Prendiamo l'esempio dell'Azienda ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia convinti anche che l'analisi possa essere parimenti valida anche per le altre aziende. Emerge che al 31.12.2014 il numero dei dipendenti infermieri è di 1465 unità. Di questi 618 unità presentano diverse limitazioni fisiche che necessitano di specifico piano di lavoro. Altri 137 infermieri fruiscono dei 3 giorni della ex Legge 104, ed altre 64 unità non sono impiegati direttamente nell'assistenza diretta al paziente. Si aggiungono 36000 ore straordinarie (senza tener conto delle ore già recuperate), 50000 ore di ferie e 15400 ore di assenza per malattia. Inoltre, non possiamo non tener conto di 104 infermiere assenti per gravidanza. Non si può non tener conto di e 860 giorni

di assenze per gravidanza. Aggiungiamo, per dovizia di particolari, che L'Azienda Ospedaliera Universitaria è anche sede di tirocinio clinico per gli studenti del corso di laurea infermieristica, ai quali vengono dedicati dagli infermieri tutor clinici un'indescrivibile monte ore di tirocinio.

Tirando alcune somme possiamo affermare che l'organizzazione del lavoro, a parità di attività, opera con circa il 23-25% di personale con limitazioni, il 13-15% di personale a part-time e/o con ex Legge 104. Possiamo comprendere la seria preoccupazione descritta da alcuni dirigenti e coordinatori infermieristici riguardo la gestione del personale stesso. Gestione con importanti ricadute su alcuni istituti contrattuali che spesso sono sistematicamente violati come quello riferito alla reperibilità che ne prevede 6 al mese quando molti infermieri garantiscono 12-13 (come nei blocchi operatori dell'ortopedia e della neurochirurgia).

La costante esagerata presenza di turni aggiuntivi sulle 12 ore o con mattino/notte nella stessa giornata impone al personale un impegno fisico importante, talvolta eccessivo rispetto allo standard. Ormai inizia ad essere di prassi nemmeno la garanzia di effettuare il riposo dopo il turno notturno! Il paradosso, a quasi dieci anni dall'unificazione, è rappresentata da degenze specialistiche compresse fra organizzazioni affiancate ospedaliero-universitarie che operano ancora con percorsi diversi e modalità consolidate nel tempo. Non nascondiamo che Molti di questi colleghi sono intenzionati a rivolgersi alle autorità competenti per il rispetto del dovuto contrattuale. Stiamo cercando di concordare alcuni correttivi con la direzione, ma a fronte di questa situazione critica cogliamo che i tempi non sono così celeri.

Pur Riconosciamo l'impegno della Direzione Regionale dobbiamo ammettere che questo non è sufficiente. È necessaria, a nostro parere, una corretta rimappatura delle dotazioni organiche e sulle modalità d'impiego del personale infermieristico per capire quanti di questi in realtà garantiscono l'assistenza al malato. Non è possibile considerare che un dipendente assunto valga sempre come tale al di là di quanto riesce a produrre. Ora il carico totale dell'assistenza ricade sul 60% del personale assunto che, purtroppo, troppo spesso non è gestito correttamente. E' il legislatore stesso inoltre che con il DL. 165 prevede che le aziende si impegnino a migliorare il benessere psicofisico dei dipendenti andando a conciliare maggiormente il tempo lavoro/famiglia. Tutti dobbiamo quindi chiederci se l'offerta sanitaria che crediamo di erogare sia di fatto un'assistenza di qualità o se invece tutto questo sia un dei tanti giochi pericolosi che chi amministra la parte pubblica è abituato a fare.

La Direzione del Nursind pertanto si rende disponibile ad aprire un tavolo di discussione e di approfondimento con l'Assessorato Regionale al fine di intraprendere un dialogo costruttivo che porti al miglioramento degli standard assistenziali degli ospedali regionali. Inoltre propone all'Assessore alla Salute Dr.ssa M.S. Telesca di effettuare una ricognizione in ogni ospedale regionale incontrando in assemblea il personale turnista per apprendere direttamente le criticità reali del vissuto quotidiano. Sarebbe una bella dimostrazione di interesse verso una delle più importanti risorse che le Aziende ospedaliere hanno e che non riescono a valorizzare concretamente.



LAZIO

Roma - Ospedale Spallanzani, Ispettorato del lavoro: ha ragione il NurSind!

A causa della ormai cronica carenza di infermieri e ausiliari, nella nostra struttura il personale è spesso sottoposto a turni massacranti, riposi non rispettati, casi in cui non si riesce a smontare dopo il turno della notte ecc.. Per questo motivo, dopo ripetuti appelli alla Direzione dell'Istituto rimasti sostanzialmente inascoltati, la scrivente Organizzazione Sindacale NurSind ha richiesto l'intervento degli Ispettori della Direzione Territoriale del Lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.



Dopo aver effettuato i controlli, gli Ispettori hanno trovato conferma di quanto denunciato dal NurSind, riscontrando violazioni degli art. 7 comma 1 e art. 4 comma 3 del decreto Lgs. n. 66 del 08/04/03 e dell'art. 26 comma 3 del CCNL del 07/04/99, sanzionando quindi l'Istituto per "illecito amministrativo" (art. 14 legge n. 689 del 1981).

Una delle violazioni riscontrate riguarda anche lo sfondamento del tetto di 250 ore di straordinario annuale. Ci sono infatti colleghi che hanno abbondantemente superato le 400 ore, per di più in massima parte poste a recupero invece che retribuite.

La Dirigenza, che in questi anni ha sempre negato la carenza di risorse umane evidenziata dal NurSind, dovrà ora prendere atto della situazione reale in cui si opera quotidianamente nell'Istituto.

A futura memoria...

di **Adriano De Iullis**
RSU e Segretario Aziendale NurSind

Frosinone: due esposti del Nursind alla direzione dello "Spaziani"

La segreteria provinciale di Frosinone, per voce del segretario Giovanni Petrucci, ha presentato due esposti alla direzione dell'ospedale "F. Spaziani" per denunciare e chiedere soluzione a due annosi problemi.

Nella prima istanza si chiede, infatti, di porre urgente rimedio alla grave e pericolosa situazione dei "ricoveri in corridoio" che sempre più spesso hanno luogo nel reparto di Medicina e Chirurgia Generale del nosocomio. E' un problema grave, che espone i cittadini a pesanti rischi per la propria salute e per la propria incolumità e intacca significativamente il loro diritto ad ottenere prestazioni sanitarie ed assistenziali adeguate e conformi agli standard, anche in tema di tutela della privacy. Per il personale infermieristico, inoltre, oltre che essere costretto ad operare in condizioni lavorative pessime, subentra un problema di responsabilità verso la sicurezza del paziente, di cui l'infermiere (e non il medico accettante che firma il ricovero) deve rispondere.

Il secondo problema che il Nursind pone all'attenzione della

direzione dello "Spaziani" è quello della grave carenza di personale infermieristico nel reparto di Cardiologia /UTIC. Un reparto sottoposto a pesanti flussi di pazienti (provenienti anche da altre strutture per ottenere prestazioni specialistiche) dove ai posti letto "ordinari" e attrezzati se ne aggiungono spesso due che non sono dotati di tutti i dispositivi di monitoraggio necessari e il numero di infermieri in organico è inferiore al minimo richiesto. Oltre alla carenza numerica, per gli infermieri che operano nel reparto subentra anche una condizione di diffuso demansionamento, dovendo provvedere anche alle attività che sarebbero di spettanza del personale di supporto (OSS) che però nel reparto non c'è.

Per queste due criticità, al fine di evitare la colpa che la Cassazione attribuisce a chi, pur non avendo responsabilità diretta e non avendo il potere di assumere decisioni al riguardo, non informa i superiori o l'azienda di situazioni di rischio o pericolo di cui è a conoscenza, la segreteria Nursind di Frosinone ha preso carta e penna e, codice deontologico alla mano, ha formulato i due esposti, chiedendo incontri urgenti al fine di trovare insieme soluzioni condivise ed efficaci.

Giovanni Petrucci

MARCHE

Infermieri P.S. Fabriano (AN) Ripristinata la REGOLARITÀ Nursind Ancona ESULTA!!!

Finalmente, il 20 agosto, dopo una lunga vertenza iniziata nell'ottobre del 2014, gli infermieri del P.S. di Fabriano (AN), con il sostegno del Nursind segreteria territoriale di Ancona, possono esultare!

L'azienda ASUR Marche area vasta 2 provvederà ad ampliare la dotazione organica con il personale infermieristico necessario, termineranno così le "turnazioni forzate" alle quali erano costretti.

I colleghi in situazione di evidente disagio, con personale insufficiente, erano impiegati addirittura, per sopperire a carenze di personale infermieristico in unità operative diverse dal P.S., in turni anche diurni feriali di pronta disponibilità.

Il Dott. Enzo Palladino, responsabile settore legale della Segreteria Nursind Ancona, ha prontamente richiesto, all'Azienda e all'Ispettorato del Lavoro, di porre in atto ogni misura per interrompere questi abusi che compromettono sia i diritti contrattuali degli infermieri che la loro salute.

Nell'istanza proposta, il Dott. Palladino ravvedeva diversi elementi di illegittimità:

1. Non è mai stato concertato con le organizzazioni sindacali il piano annuale delle emergenze, con conseguenza che vi è una sistematica disapplicazione delle modalità contrattuali di attuazione dei turni di pronta disponibilità, che non si svolgono solo nei turni notturni e nei giorni festivi, ma consistono anche in turni diurni nei giorni feriali.

2. Viene richiesto di effettuare il turno di reperibilità fuori dal normale orario di lavoro, interventi e prestazioni in unità operative e reparti differenti da quello di assegnazione. Tra l'altro la turnistica così come è organizzata dall'Azienda, non permette adeguati periodi di riposo con potenziali danni alla salute dei dipendenti e, di riflesso, anche dell'utenza".

In forza di queste ragioni, si è richiesto l'intervento all'Ispettorato del Lavoro (art. 7 D.Lgs. 124/2004), per la sua specifica competenza nel vigilare sulla corretta applicazione dei contratti e accordi collettivi di lavoro e con la facoltà di promuovere la conciliazione monocratica.

La Direzione Territoriale del Lavoro di Ancona, ha seguito e controllato la situazione descritta e condiviso le ragioni del Nursind, che in base alle normative contrattuali vigenti, vede la pronta disponibilità così delineata:

- La pronta disponibilità deve essere organizzata secondo un piano annuale concertato con i Sindacati.



- Il personale può essere richiamato in servizio solo per svolgere attività nella propria unità operativa.

- Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni notturni ed ai giorni festivi.

- I turni mensili di reperibilità non possono essere più di 6 in un mese.

- Ogni turno non può protrarsi per oltre 12 ore.

Al tavolo di conciliazione promosso dalla Direzione Territoriale del Lavoro di Ancona alla presenza del Dott. Vinicio Morgoni Responsabile del Servizio Politiche di Lavoro, si sono confrontati, assistiti dall'Avvocato Anna Antonelli, il Segretario Nursind Ancona Giuseppino Conti, l'infermiere Sauro Provvedi del P.S. di Fabriano (AN), con i Dirigenti dell'ASUR Marche area vasta 2, infine, l'accordo è raggiunto, le richieste e i diritti degli infermieri affermate. VITTORIA!

Elsa Frogioni

Infermiera Segreteria Nursind Ancona

Torrette (Ancona): Nursind scrive alla Procura. In rianimazione e blocco operatorio situazione inaccettabile

L'Ufficio legale del Nursind (UCOVEL) di Ancona ha deciso che è tempo di porre fine al permanente stato di emergenza nei reparti di rianimazione e nel blocco operatorio dell'azienda ospedaliera Torrette di Ancona.

Il reparto di rianimazione è assolutamente insufficiente a contenere i degenti, che vengono "parcheggiati" nel blocco operatorio, senza disporre delle dotazioni infrastrutturali e logistiche che il reparto di rianimazione può e dovrebbe garantire (telemetria, personale in numero adeguato) e l'azienda, più volte sollecitata al riguardo, continua a sostenere che si tratta di casi occasionali e straordinari.

Ma il sindacato non la pensa così, e osserva come invece la situazione stia tramutandosi in ordinarietà. Da qui la decisione di non poter attendere oltre la soluzione del problema e di rivolgersi alle autorità: Procura della Repubblica, Regione, Governo e Ministeri.

Non è più tollerabile erogare un'assistenza di questo livello, al di sotto dei limiti di sicurezza, sia per i cittadini che per il personale impiegato (soprattutto infermieristico), nei confronti del quale vengono sistematicamente perpetrati abusi contrattuali che riguardano la turnazione, la pronta disponibilità e la effettiva possibilità di esercitare il proprio ruolo in relazione ai gradi di responsabilità che fanno comunque capo agli infermieri.

Ascoli Piceno-Fermo: fissate le udienze della vertenza per il riconoscimento del cambio divisa

Il 7 Luglio 2015 presso il Tribunale di Ascoli Piceno-Sez. Lavoro (udienza n. cronol. 3414/2015 del 07/07/2015 RG n. 276/2015), con il patrocinio dell'Avv. Carmine Ciofani, si è svolta la prima udienza tra i 158 ricorrenti dipendenti dell'ASUR Area Vasta 5 e l'Asur Marche, per il contenzioso dovuto alle differenze retributive seguenti al mancato riconoscimento del tempo di vestizione/svestizione della divisa di lavoro.

L'Avv. Ciofani, insistendo per l'accoglimento delle conclusioni ivi rassegnate, impugna e contesta punto per punto in fatto ed in diritto quanto dedotto nella memoria di costituzione Asur

qualora il giudice dovesse ammettere la prova per testi richiesta da controparte, chiede di essere ammesso a prova contraria sui capitoli della resistente con gli stessi testi e con la sig.ra Dott.ssa Tiziana Traini.

IL GOT Avv. Tiziana D'Ecclesia, udita la discussione orale, ritenuta inammissibile la prova come richiesta dalle parti, fissa per la discussione l'udienza del 18/12/2015 ore 11.00, autorizzando le parti al deposito di eventuali note difensive fino al 04/12/2015.

L'udienza di primo grado per i ricorrenti dell'AV4 di Fermo è invece fissata per il giorno 17 Settembre 2015

LOMBARDIA

Audizione Nursind in regione Lombardia sul nuovo PSSR

Lunedì 30 marzo 2015 una delegazione Nursind Lombardia è stata invitata dal Presidente della III Commissione Sanità della Regione Lombardia, dott. Fabio Rizzi, ad esprimere direttamente davanti alla Commissione il punto di vista del sindacato infermieristico sulla questione del nuovo piano socio sanitario in discussione in regione. Ecco quanto abbiamo ribadito in quella sede:

"Egregio Presidente, egregi Consiglieri, a nome dei 3000 infermieri ed ostetriche lombardi iscritti al nostro sindacato vi ringraziamo per averci concesso questa opportunità di portarvi direttamente la visione di chi tutti i giorni, h24, sostiene sulle proprie spalle il servizio sanitario in Lombardia.

La nostra è una categoria che conta grossi numeri ma anche grosse difficoltà e disagi e che sta affrontando nell'ultimo decennio oltre che le trasformazioni repentine del sistema sanitario, anche una propria crisi d'identità legata all'ormai indifferibile applicazione delle norme che dal '98 ci hanno liberato dall'ausiliarità conferendoci, almeno sulla carta, piena autonomia professionale e quindi offrendoci l'opportunità di essere protagonisti importanti del cambiamento in sanità.

Non abbiamo alcuna pretesa di presentare un progetto complessivo di riforma del SSR, competenza che giustamente è in mano a voi ed alle vostre scelte politiche. Vogliamo però evidenziarvi il nostro punto di vista e alcune proposte concrete che pensiamo possano migliorare il sistema e le condizioni di lavoro.

La Lombardia pur essendo una tra le 21 regioni, si prende cura di 1/6 degli italiani. Questa enorme mole di lavoro è stata mantenuta ed accresciuta nel tempo in condizioni di **virtuosismo** indiscutibili. Abbiamo subito gli stessi tagli e sacrifici richiesti anche al resto del Paese eppure i conti non sono in rosso. Un virtuosismo, a nostro parere, dovuto soprattutto alle caratteristiche del popolo lombardo che, nel caso della nostra categoria professionale, si associa allo spirito di abnegazione ed al principio etico/morale che mette al primo posto il malato. Noi che al malato ci siamo perennemente vicini, siamo empaticamente coinvolti nei bisogni d'assistenza, tanto da spingerci ad arrangiarci



nell'affrontare ogni nuova situazione pur in presenza di gravi carenze organizzative e strutturali a danno della nostra stessa incolumità psico/fisica. Abbiamo tamponato in ragione del sacrificio assistenziale ma ora siamo logorati e non pensiamo di resistere in queste condizioni a lungo!

Una categoria invecchiata paurosamente, logorata ed usurata da uno sfruttamento sempre più intensivo che non da tregua. I numeri, la complessità e la casistica della "produzione" sanitaria lo stanno a dimostrare.

Analizzando le dotazioni organiche delle strutture sanitarie pubbliche della regione negli ultimi 10 anni (dati della Ragioneria Generale dello Stato) si evince che sulla nostra categoria i tagli si sono abbattuti per l'1,3% con una perdita secca di 500 infermieri. Ha tenuto bene il personale amministrativo che registra un +0,9% (102 unità), aspetto alquanto curioso se si pensa ai passi avanti nell'informatizzazione del sistema sul quale le aziende hanno investito non poche risorse e che lo riguarda per la maggior parte. E' vero, negli ultimi 10 anni è aumentata di molto la burocrazia e la necessità di documentare, ma ciò ha riguardato indistintamente tutte le figure professionali. In particolare gli infermieri lamentano un carico di burocrazia del 30-35% a discapito dell'impegno assistenziale.

Di contro assistiamo per la prima volta nella storia al fenomeno della **disoccupazione infermieristica**. Oggi in Italia solo un infermiere su quattro trova impiego. In Lombardia il fenomeno è contenuto ad uno su due ma per il 28% non si tratta di impiego in campo sanitario, sprecando in questo modo anni di studio, risorse e capacità professionali irrecuperabili. Solo tra il 2011 e il 2013 non hanno trovato lavoro un migliaio di giovani infermieri lombardi.

Chi l'ha trovato solo il 15% è dipendente del SSN mentre il restante è assunto da cooperative (29%) sanità privata (28%) false partite iva (18%) e società di somministrazione lavoro (10%). Assistiamo dunque ad una precarietà forzata così come all'arretramento dei diritti contrattuali oltre che delle retribuzioni. Un giovane neolaureato assunto da una cooperativa in part time al 96% viene retribuito con 1200 euro mensili tutto compreso.

Se poi si scopre che le **cooperative** vengono utilizzate negli ospedali pubblici (solo a titolo di es. l'ospedale di Vaprio dell'Az. Osp. di Melegnano, dove ho fatto un recente sopralluogo) per sopperire alle carenze di personale dipendente c'è da chiedersi se economicamente sia un reale vantaggio per le aziende pubbliche piuttosto che una forma di speculazione. Su questo punto vorremmo da voi un impegno affinché l'assistenza ospedaliera, il core business della sanità, non venga assolutamente appaltata, sotto ogni qualsiasi forma e rimanga saldamente in mano a dipendenti pubblici a tutela delle condizioni assistenziali garantite dalla Costituzione.

Sulle **dotazioni organiche** vi chiediamo un'attenzione particolare che da una regione virtuosa come la nostra ci attendiamo. La proposta della regione Veneto di abbassare i minuti di assistenza/paziente ci vede fortemente contrari. Ci supporta in ciò anche uno studio internazionale, il RN4CAST pubblicato su The Lancet nel 2014, dove emerge infatti che la mortalità a 30 giorni dei pazienti chirurgici è significativamente correlabile ai due indici analizzati: dotazione organica (n° di pazienti per infermiere) e livello di istruzione (infermieri laureati e non). E' sorprendente leggere che ad ogni aumento di 1 unità nel rapporto pazienti/infermiere la probabilità di decesso del paziente entro i 30 gior-



ni dalla dimissione aumenta del 7%, mentre ad ogni aumento del 10% di infermieri laureati nel personale corrisponde una diminuzione del 7% della probabilità di decesso a 30 giorni. Studio a cui l'Italia non ha partecipato ma alla cui lacuna stiamo provvedendo direttamente con nostri finanziamenti e grazie alla collaborazione con l'università di Genova. Con queste premesse pensare ad una contrazione del personale infermieristico a favore di un incremento del personale di supporto dovrebbe scoraggiare ogni serio analista e di conseguenza anche i politici.

Abbiamo bisogno di **incrementare le figure di supporto** (OSS) ma per consentire di dedicarci appieno al nostro profilo professionale, cioè la pianificazione e personalizzazione dell'intervento assistenziale. Sono ancora molte purtroppo le strutture ospedaliere dove prevale il nostro demansionamento a causa della mancanza degli OSS.

La bandiera sventolata da Regione Lombardia a favore della libera scelta sul dove curarsi per il cittadino tra sanità pubblica e privata è franata ed inesistente nell'assistenza territoriale (ADI) garantita per lo più da cooperative. Oggi che si favorisce la deospedalizzazione precoce, l'assistenza sanitaria si sposta sul territorio dove però di strutture pubbliche che la erogano direttamente non ve ne sono. Quindi **viene a cadere il principio della libera scelta?** Facciamo una riflessione su questo! Se valgono quei principi liberali in ambito ospedaliero dovrebbero valere anche in ambito territoriale. Nelle regioni del nord nostre confinanti l'ADI è ancora strettamente in mano al pubblico. Solo in Lombardia si è dismessa in cambio dei voucher. Limitare la funzione delle asl a puri controlli documentali o ispettivi random, a nostro avviso significa lavarsene le mani.

Sull'**infermiere di famiglia** c'è bisogno di concretizzare. Appurato che la sua funzione è importante ed insostituibile, non è ancora chiaro come verrà inquadrato e con quali modalità. A nostro parere la sua diffusione non dovrebbe scendere sotto i 1000 assistiti attualmente in carico ai medici di medicina generale. Questa figura darà al massimo i suoi frutti quanto più sarà ancorata al proprio quartiere dove già sono conosciuti infermieri esperti residenti. Sarebbe anche un'opportunità di conciliare l'età non più giovane dei professionisti con la fatica di sostenere i turni di servizio, specie quelli notturni. Riguardo al loro inquadramento contrattuale è ora che cominciamo a definire se saran-



no in convenzione oppure dipendenti del SSR. Di certo la loro attivazione farebbe calare di parecchio gli intasamenti ai P.S. ed anche le sale d'attesa dei MMG. Ma in tal senso bisognerebbe legiferare affinché nelle loro competenze rientrino la prescrizione di presidi sanitari e di medicinali comuni così come la certificazione dello stato di impossibilità a svolgere temporaneamente l'attività lavorativa. Tutte cose già esistenti oltr'alpe! Uno scatto d'orgoglio di regione Lombardia in tal senso sarebbe auspicabile!

Come saprete, l'87% degli infermieri è donna e quindi madre. Condizione questa che può precludere l'esercizio professionale se non si hanno i nonni o l'asilo nido aziendale a cui affidare i bimbi. Una forte politica di **incentivazione degli asili nido** aziendali consentirebbe a molte infermiere mamme per la seconda o terza volta di non rinunciare al lavoro in alternativa alla prole. L'utilizzo del **part time** in Lombardia è al culmine solo in alcune aziende ospedaliere mentre è sottoutilizzato in provincia di Milano, Mantova e Pavia. La proposta che vi facciamo è che il limite del 35% sia considerato come dato regionale anziché aziendale, in modo che le aziende in sofferenza possano oltrepassarlo concedendo il part time più facilmente e soddisfacendo in questo modo la forte richiesta della categoria anche per la necessità di accudire i genitori anziani. Ciò consentirebbe l'assunzione di giovani infermieri che porterebbero nuova linfa negli ospedali ed un naturale ricambio generazionale non traumatico. Stimiamo una potenzialità tra i 4000 e i 6000 nuovi posti di lavoro.

Insieme con la Bocconi, l'Univ. Di Brescia ed il patrocinio di regione Veneto, Val d'Aosta, Friuli ed Emilia Romagna ed il supporto di AGENAS e del Min. della Salute, stiamo affrontando la tematica delle **limitazioni lavorative** legate alle condizioni fisiche che ne limitano l'idoneità alla mansione. Si riscontrano crescenti difficoltà nella gestione degli organici aziendali a causa dell'invecchiamento ed all'usura del personale difficile da ricollocare e da riutilizzare. A fine anno i risultati dello studio. Peccato che regione Lombardia abbia dato forfait assicurando che avrebbe condotto la ricerca da per conto proprio.

Occorre affrontare di petto l'**intasamento dei P.S.** con provvedimenti di breve e lungo periodo. Tra quelli di breve periodo occorre prevedere la presenza h24 del medico rianimatore almeno nei presidi con forti numeri d'accesso in quanto la gestione dei codici rossi affidata a medici non rianimatori ingolfa a catena tutti gli altri codici. I pazienti stazionano anche 3-4 giorni in barella senza una presa in carico efficace lasciando agli infermieri il compito di sopperire alla mancanza di prescrizioni mediche. Un vero e proprio limbo in cui il paziente se pur ricoverato, resta in attesa di essere preso in carico.

Il sistema del **118 lombardo** è atipico. Con soli 20 dipendenti l'AREU gestisce tutte le emergenze della regione. Come fa? Semplice! Utilizza il personale dipendente delle strutture ospedaliere che in questo modo si ritrova a dover assolvere a due compiti, quello dell'assistenza in pronto soccorso e quello della chiamata del 118 che inevitabilmente lascia solo l'infermiere del PS con tutte le conseguenze che ne derivano. Bisogna che ci mettiamo a ripensare il 118 lombardo!

L'**infermiere insegnante di educazione sanitaria** nelle scuole! Questa è la vera soluzione di lungo periodo. Del nostro profilo professionale la funzione dell'educazione sanitaria è rimasta letteralmente sulla carta mentre potremmo esercitare un'importante funzione in tal senso sulla popolazione ai fini di utilizzare in modo appropriato le strutture sanitarie, i P.S. in particolare. L'infermiere è il professionista sanitario più adeguato ad educare la popolazione grazie alla sua capacità di farsi capire. Dedicare quindi a tutti i livelli di istruzione tempo e docenti che se ne occupino è la migliore prevenzione. Lasciare il compito delle informazioni sanitarie alla popolazione agli spot pubblicitari delle ditte del settore è deleterio e crea false aspettative oltre che essere controproducente.

L'unico **dirigente infermieristico** delle nostre aziende si ritrova a gestire mediamente 1500 collaboratori. Un'assurdità tutta nostra se si pensa che invece, tutti i medici sono considerati

dirigenti pur senza dirigere alcuno e che nell'ambito amministrativo vi è un dirigente ogni 10 dipendenti. E' evidente che la legge 251 del 2000 istitutiva della dirigenza infermieristica è stata palesemente sottovalutata e/o comunque contrastata nella nostra regione e fatica ad essere riconosciuta pur a distanza di 14 anni! Chiediamo pertanto che Regione Lombardia si adoperi efficacemente verso le aziende al fine del rispetto della normativa in funzione del miglioramento dell'efficacia assistenziale e della valorizzazione delle professioni sanitarie, adeguando il numero di dirigenti infermieristici a rapporti più consoni alla comune governance aziendale.

In 39 anni di servizio ospedaliero non ho mai assistito ad una demotivazione così allarmante tra il personale infermieristico. Pur con notevoli difficoltà vi era sempre la positività a primeggiare sul pessimismo. Ora si incontrano ai cambi turno facce depresse, in **burn out**, che hanno o stanno perdendo la speranza di un cambiamento. Il blocco prolungato dei già bassi stipendi a fronte di un incremento esponenziale di responsabilità e di carico lavorativo la acuisce ulteriormente. La politica delle RAR ha di poco differenziato l'area sanitaria dal resto del comparto oltre che aver ridotto negli anni i finanziamenti. Inoltre assistiamo ad un utilizzo indecente dei fondi disponibili se tra gli obiettivi di miglioramento che ritroviamo assegnati al personale amministrativo e tecnico vi era per il 2014 il corso sul corretto lavaggio delle mani! Così come lo sperpero di RAR assegnato alla dirigenza medica senza obiettivi propri bensì appoggiandosi al risultato di quelli infermieristici.

Disponibili al confronto con chi voglia approfondire le tematiche illustrate, ringraziamo della vostra preziosa attenzione.

Milano: attivata la Segreteria Aziendale NurSind al Fatebenefratelli

La mia storia lavorativa inizia, per scelta, a Milano.

Estate 2009. Primo impiego. Inizio a lavorare presso l'Istituto Neurologico "Carlo Besta". Magnifica esperienza, come la successiva, che mi gratifica e mi arricchisce professionalmente, presso l'A.O. "Luigi Sacco."

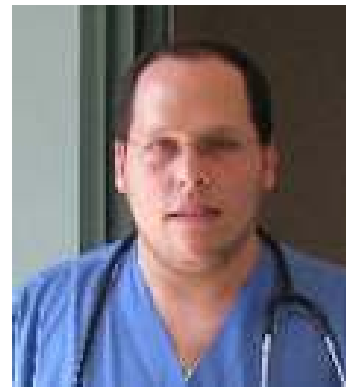
Oggi, che posso vantare, e allo stesso tempo ringraziare, di avere un Lavoro a Tempo Indeterminato, spesso, quando mi capita di rapportarmi con qualche collega definito "precario" non posso che avere, almeno, la piena consapevolezza di quel periodo in cui lavoravo con contratti a Tempo Determinato.

Mai dimenticare da dove si è partiti. Se non fossi diventato un infermiere... non avrei nemmeno avuto tutte quelle opportunità per intraprendere anche questo piccolo cammino sindacale.

Come per l'Infermiere, ritengo che il Sindacalista è un modo di essere. Anzi, entrambi esprimono lo stesso professionista irrequieto che cerca di dare tutto se stesso per la propria causa. Ecco il perché della scelta, forse "non comoda" di seguire un Sindacato di Categoria, che mette al centro gli Infermieri ed anche la giusta Informazione.

L'Infermiere-Sindacalista, uomo o donna che esso sia, deve essere capace di assumersi delle responsabilità, attraverso l'impegno. Questo fa la differenza. Assumendosi un impegno si esce allo scoperto, abbandonando porti sicuri e protetti da eventuali tempeste. Così facendo, si può assicurare, forse, una miglior presenza nella società, auspicando in risultati più concreti per i Colleghi.

L'Infermiere-Sindacalista, raccoglie le storie, gli accaduti dei Colleghi, degli altri. È sempre acceso, anche quando è stanco



e sacrifica il suo tempo, i suoi spazi. Costui raggiunge gli altri sul proprio posto di lavoro, percorrendo in lungo e in largo l'Azienda. Si rapporta come farebbe col Collega di turno. Ma anche se gli riesce bene, ha bisogno dell'aiuto dei Colleghi, perché l'Infermiere-Sindacalista ha a che fare con qualcosa che va oltre alcune questioni routinarie.

C'è tanto da migliorare e da capire. Ritengo, con ferma convinzione, che la sfida è grande, ed anche se i Nostri problemi sono già sul tavolo, occorre che cominciamo ad aiutarci veramente tra di Noi, affrontando e condividendo seriamente la Nostra questione.

Rosario Pagana
Az. Osp. FBF

Milano: attivata la Segreteria Aziendale Nursind al Gaetano Pini



Orgogliosa di essere infermiera. Ho 35 anni, e dopo un lungo percorso burocratico e formativo, ho iniziato il mio, tanto desiderato, percorso lavorativo come infermiera in Italia, precisamente a Milano.

Dal 2007 al 2008, ho svolto la mia professione presso un ospedale privato. Il primo contatto con la realtà infermieristica italiana è stato pieno di emozioni, insicurezze, ma anche di grandi soddisfazioni.

Nel 2008 presi la decisione di cambiare ambiente, di conoscere la realtà ospedaliera del pubblico, prendendo servizio all'Istituto Ortopedico Gaetano Pini, dapprima a tempo determinato, e successivamente, dopo aver sostenuto il concorso nel 2009, a tempo indeterminato.

Sempre nel 2009, pensai di conoscere il mondo sindacale italiano, avendo avuto modo di acquistare qualche nozione da mio nonno, sindacalista in Romania.

Senza convinzioni importanti, scelsi di iscrivermi ad un Sindacato Confederale, essendo venuta a contatto con il Responsabile Aziendale.

Purtroppo, mi ricordo ancora molto bene, non ho ricevuto informazioni, notizie in merito al lavoro svolto dalla Cisl in Azienda, non sono stata coinvolta in nulla.

Nel 2012, a seguito di una problematica di tipo personale sul posto di lavoro, ho avuto modo di entrare in contatto con la Segreteria Territoriale, e dal 2014 ho avuto modo di iniziare a frequentare alcuni corsi inerenti la materia sindacale.

In una di queste occasioni avevo avuto modo di conoscere il nuovo Referente per la Segreteria Territoriale nella mia realtà Aziendale, con il quale sono riuscita a collaborare per quest'ultima Campagna Elettorale che ha portato al rinnovo delle RSU.

L'impegno e il lavoro di gruppo svolto, il programma innovativo, tutto focalizzato sui giovani Operatori Sanitari, sul cambiamento, con proposte realistiche e realizzabili,

nonostante le tante ostilità dimostrate da qualcuno, ha portato i suoi frutti.

In pochi mesi, il numero degli iscritti è raddoppiato, come il numero di voti presi alle Elezioni, e lo stesso numero di componenti entrati a far parte della RSU Aziendale, di cui attualmente faccio parte. Terminata la campagna elettorale e raggiunto l'obiettivo è cresciuta man mano in me una sorta di insoddisfazione, di malessere, nella mia realtà lavorativa Aziendale tenuta a bada da vincoli e da anestesie varie gratuite e continue.

Mi sono detta: "Occorre, e credo sia necessaria, aria nuova".

Cercavo un sindacato che rappresentasse la Nostra Categoria: gli Infermieri.

Categoria ignorata da tutti, troppo a lungo, che porta e sopporta il peso dell'assistenza 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno.

Infermieri che, le storiche sigle sindacali, con le loro politiche, in tutti questi anni, non hanno forse saputo/voluto rivalutare nonostante l'urlo derivante dalle costanti rivendicazioni.

Dopo varie ricerche e analisi, ho scelto NurSind, pensando che nessuno può tutelarci meglio di chi conosce e vive quotidianamente il Nostro Lavoro, la nostra professione. Sono convinta che le proprie istanze non vanno delegate ad altri, e che la propria rappresentatività è indispensabile.

Attraverso un colloquio, nel mese di Maggio 2015, concordato con il collega Donato Carrara, mi sono presentata ed ho espresso il desiderio ed il gran piacere di costituire all'interno della mia realtà Aziendale, l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano la SAS NurSind. Mi sono promessa di impegnarmi al massimo come Infermiera componente della Rsu NurSind auspicando per un Nuovo Ottimismo e Nuove Speranze tra Noi Infermieri.

Nicoleta Veronica Voichescu
Delagata RSU NurSind A.O.G. Pini

PIEMONTE

Presidio sindacati contro la riforma sanitaria regionale. Nursind presente!

COMUNICATO STAMPA NURSIND TORINO

Ieri 27 aprile, in occasione delle nomine dei nuovi Direttori Generali delle ASL Piemontesi, le R.S.U. della A.S.L. TO3, rappresentate dalle OO.SS. (NURSIND - CGIL - CISL - UIL - NURSING UP) ha organizzato un presidio sotto la Regione Piemonte in P.zza Castello, per denunciare la difficile situazione in cui versano i servizi del distretto per effetto dei tagli su posti letto, servizi e personale che sono stati fatti negli ultimi anni e che si vorranno fare in futuro. Questa situazione associata al previsto ridimensionamento/declassamento del San Luigi di Orbassano, di fatto sta costantemente riducendo il diritto alle cure per la popolazione della Zona Ovest di Torino.



Una delegazione dei manifestanti - Ospedale San Luigi e dell'A.S.L. TO3 - ha incontrato l'Assessore alla Sanità Antonio SAITTA. I partecipanti confermano di non aver assolutamente avuto risposte ai quesiti proposti da parte dell'Assessore né tantomeno soluzioni a cittadini ed operatori, i sindacati ed il comitato "salviamo il San Luigi" escono insoddisfatti e contrariati. Annunciando di andare avanti e che questo è solo un inizio della contestazione.

Il Segretario Provinciale del Nursind Torino Summa Giuseppe (presente in piazza), amareggiato dopo l'incontro con l'Assessore Saitta, fa sapere che è stanco di assistere a questi "teatrinetti inconcludenti" e chiede urgente concretezza!

Scomersich Daniele R.S.U. ASL TO3 NURSIND dichiara: "siamo di fronte ad una realtà caratterizzata da scarse risorse economiche e mezzi. La riforma per la riorganizzazione sanitaria ci è stata solo illustrata a parole ma i riscontri reali sono altri e preoccupanti. Sono state prese misure a fronte di denunce delle condi-

zioni disumane per utenza e lavoratori nei Pronto Soccorso di Rivoli, Pinerolo e Susa pochi mesi fa, infatti per ovviare ai problemi di sovraffollamento e per permettere una sufficiente ed adeguata assistenza, è stato aperto un nuovo reparto con 26 posti letto di medicina e 10 posti di continuità assistenziale. Nella sede di trattativa, a gennaio, è stato presentato un progetto approvato di ampliamento del Pronto Soccorso di Rivoli e la creazione di una Medicina di Urgenza che aveva come data di ultimazione lavori il mese di Ottobre. Queste le promesse ma oggi siamo di fronte alla realtà, nessun lavoro di ampliamento iniziato e chiusura del reparto di Medicina, facile trarne conclusioni avremo 58 operatori tra Infermieri ed O.S.S. licenziati ed un rapido ritorno a condizioni disumane nei confronti della nostra utenza e degli operatori.

L'Assessore, giustamente, porta attenzione al potenziamento del territorio per minimizzare le affluenze ma forse non è a conoscenza di problematiche primarie, nella nostra ASL mancano persino le auto di servizio per gli Infermieri Domiciliari. Nella Sanità non è mai stata affrontata la mancanza della figura dell'Infermiere di Famiglia, in Europa questa figura esiste da anni.

Parte del territorio è il 118, da non molto abbiamo avuto una riorganizzazione sostanziale, abbiamo infermieri abilitati al servizio e vincitori di mobilità verso il 118 che sono bloccati nelle loro ASL, nella nostra ne contiamo ben 12, per mancanza di nullaosta. Ciò comporta un sottodimensionamento di organico Infermieristico nel servizio 118 ed aumento della spesa di comparto per coprire le postazioni di soccorso con Infermieri in prestazione aggiuntiva.

Gli Infermieri sono esausti di carichi di lavoro insostenibili, di dover lavorare in rapporto utenza/operatore insufficiente, chiediamo queste assunzioni subito e di non eliminare nessun posto letto mantenendo i rispettivi lavoratori interinali che vi operano fino a quando i lavori di ampliamento non siano conclusi ed operativi e che le tante famigerate assunzioni non siano solo un'utopia.

Alla manifestazione, presente anche una delegazione di Nursind Alessandria ed Asti

Ivrea. Infermieri: «Dovete pagare anche il tempo per vestirci»

IVREA. Il primo appuntamento davanti al giudice del lavoro sarà giovedì 6 agosto. Il tema, sollevato dal Nursind attraverso il suo segretario provinciale Giuseppe Summa, infermiere in servizio al reparto di medicina dell'ospedale di Ivrea, riguarda il cosiddetto "tempo di vestizione", ovvero i minuti in cui il personale infermieristico, dopo avere bollato l'ingresso in servizio, si cambia per lavorare. Quel tempo, nonostante l'ingresso in servizio sia registrato, non viene considerato un tempo di lavoro e quindi di fatto non concorre a completare l'orario. Stessa cosa per l'uscita.

Il Nursind, in sostanza, attraverso l'avvocato Michele Branzoli, chiede che quei minuti a inizio e fine turno siano considerati a tutti gli effetti un tempo di lavoro. E quindi, a Summa debba essere riconosciuta una maggiorazione della retribuzione giornaliera per ogni volta (cioè ogni turno) in cui ciò sia avvenuto negli ultimi cinque anni.

La causa è pilota perché l'orientamento della giurisprudenza non è univoco sul punto. In estrema sostanza, la giurisprudenza risulterebbe chiara nel considerare un tempo di lavoro le azioni legate agli aspetti funzionali dell'esercizio specifico delle mansioni, pur non sempre entrando nel merito di quella che viene chiamata la vestizione. Per il Nursind, quello è un tempo di lavoro vero e proprio perché non prevede alternative e deve essere fatto in un certo modo anche per ragioni di igiene e sicurezza. Dalla sua, ci sono alcune pronunce di tribunali arrivate alla Cassazione, quelle sì su casi specifici in varie regioni, che sostengono che, a

prescindere se il cartellino si timbri prima o dopo la vestizione, se questa è stabilita dal datore di lavoro e non può che avvenire all'interno della struttura sanitaria per ragioni igieniche, debba essere considerata un tempo di lavoro a tutti gli effetti e quindi retribuito.

L'Asl/To4, da parte sua, si è costituita con gli avvocati Dario Gamba e Monica Durante. E, in sostanza, sottolinea che la vestizione, nella To4, avviene dopo la timbratura, quindi l'entrata in servizio. Il punto, per gli infermieri, è proprio questo: per essere in servizio all'ora prestabilita, la timbratura avviene qualche minuto prima proprio per potersi vestire.

La questione del tempo di vestizione, in realtà, non è nuova. Era stata sollevata, nel 2013, in occasione della discussione e della firma del primo contratto integrativo dell'Asl/To4, arrivato dopo una significativa mediazione legata alle condizioni (in alcuni casi molto diverse, anche sotto il profilo del salario accessorio, delle ex aziende sanitarie precedenti alla fusione ovvero quelle di Ivrea, Chivasso e Ciriè. Oltre al Nursind, anche in Nursing up, forte delle pronunce di legge, aveva chiesto il riconoscimento del tempo di vestizione.

L'integrativo, con un nuova modulazione di orario avviata nel giugno 2013, non regolamentava il tempo di vestizione, ma prevedeva per gli infermieri la sovrapposizione di dieci minuti tra un turno e l'altro per il passaggio di consegne, questo si riconosciuto come tempo di lavoro.

Da LA SENTINELLA DEL CANAVESE

Rita Cola

PUGLIA

Lecce: blitz dei NAS al "Fazzi" dopo esposto dei sindacati

Intervento immediato dei NAS di Lecce, ieri in mattinata, dopo una segnalazione appena depositata dai sindacati dei medici e degli infermieri (tra cui il Nursind, rappresentato da Graziano Accogli) del "Vito Fazzi".

Ieri mattina, infatti, i sindacati hanno formalizzato una denuncia di irregolarità nelle sale operatorie dell'ospedale salentino. Detto fatto, nella stessa mattinata di ieri i NAS hanno bussato alle porte del nosocomio leccese per verificare se quanto denunciato corrispondesse al vero. Sotto esame le 12 sale operatorie dell'ospedale, nelle quali sono state rilevate alcune irregolarità; una porta che non si chiude, sistema di condizionamento non perfettamente funzionante, pavimentazioni danneggiate.

L'amarezza e la sorpresa della direzione dell'ospedale passano attraverso la voce del direttore Frassanito, che definisce la denuncia "ingenerosa" nei confronti della struttura.



La parola ora passa all'ASL che ha disposto verifiche straordinarie in tutte le strutture del Salento volte a garantire la sicurezza di pazienti ed operatori, mentre comunque trapela l'informazione che al momento "non emergono rilievi tali da pregiudicare la prosecuzione dell'attività chirurgica".

La denuncia di medici e infermieri del Fazzi è l'ultimo episodio di una situazione di tensione che ormai ha superato i limiti di guardia nel nosocomio, nata in seguito alla decisione di accorpate diversi reparti, con conseguenti disagi e peggioramento delle condizioni lavorative degli operatori.

Brindisi. Nursind proclama lo stato di agitazione

COMUNICATO STAMPA

Nursind comunica oggi lo stato di agitazione per la preoccupante decisione, del Management della ASLBR, sulla apertura della ex Astanteria, ora Osservazione Breve Intensiva, del pronto soccorso dello S.O. "A. Perrino" di Brindisi.

L'amministrazione della ASLBR si era impegnata ad assegnare il personale necessario alla apertura della O.B.I., mentre ad oggi si vorrebbero attivare i relativi posti letto senza l'adeguata dotazione organica dedicata.

Il Nursind è stato fra i primi a sollecitare la riapertura della O.B.I., che pur non rappresentando la panacea per tutti i mali può, comunque, dare respiro al sovraffollamento del P.S., ma si pensava fosse chiaro ed ovvio ciò avvenisse a fronte di assunzione di personale dedicato e in numero adeguato.

Dura la reazione del Nursind che non lascia spazio ad interpretazioni: si metterà in atto ogni forma di protesta legalmente possibile per far recedere il Management dalle sue attuali posizioni.

09 giugno 2015

La segreteria Nursind Brindisi

SARDEGNA

Sassari: clima rovente con l'ASL dopo il trasferimento del dirigente sindacale!



Le relazioni interne del personale dell'ASL di Sassari con la propria dirigenza non sembrano esordire nel migliore dei modi, dopo l'insediamento dei nuovi vertici.

Fra i primi provvedimenti del commissario straordinario Sassarellu il trasferimento, avallato da

Zedda e Marras (collaboratori sanitario e amministrativo) e richiesto da Delongu, del collega Andrea Tiroto dal 118 al Centro Ustioni.

Tiroto, dirigente sindacale, pare essersi inimicato la dirigenza con la sua attività sempre improntata alla trasparenza, alle pari opportunità, alla difesa delle prerogative contrattuali e contro gli ingiusti privilegi di pochi.

Questo quanto si legge nel comunicato stampa del Nursind sassarese, che continua riferendo che le stesse denunce avevano "già portato allo spostamento del sindacalista dalla centrale operativa delle auto mediche e il legale incaricato di avviare il procedimento a tutela attende da mesi le motivazioni scritte del provvedimento".

Il sindacato indice quindi una conferenza stampa e un sit-in di

protesta per il 13 marzo prossimo, alle ore 10:00 davanti al "palazzo rosa" di via Monte Grappa per manifestare e pubblicare lo sdegno per questa che viene a tutti gli effetti definita una gestione autoritaria e sfrenatamente clientelare della sanità, in cui le prerogative dirigenziali vengono arrogantemente abusate.

Il coordinamento regionale Nursind incontra l'assessore Arru

Il 16 Aprile 2015 il NurSind, sindacato delle professioni Infermieristiche, con tutti i rappresentanti di tutte le Segreterie della Regione è stato ricevuto dall'Assessore Igiene e Salute Dott. Arru per discutere salienti punti inerenti la condizione infermieristica nelle strutture sanitarie sarde, le quali, per quanto dichiarato dal sindacato, risulta insostenibile e pericolosa, sia per gli operatori che per l'utenza.



L'incontro, incentrato soprattutto sui temi relativi alla carenza di operatori sanitari, inosservanza delle coercitive regole sugli accreditamenti di gran parte delle UU.OO. degli ospedali, nonché sull'implicita dequalificazione della professione infermieristica, ha posto le basi per un approfondimento a breve sui punti elencati in un documento che il NurSind ha presentato circa un mese orsono, nonché sugli sviluppi della riorganizzazione del SSR.

Le varie argomentazioni hanno prodotto un reciproco impegno delle parti, volto ad analizzare prospettive e condivisione di percorsi comuni, miranti alla garanzia di un SSR sostenibile da un punto di vista economico, normativo, contrattuale, scientifico e di evoluzione progressiva delle professioni sanitarie nel contesto organizzativo di ciascuna azienda sanitaria, la quale, secondo l'osservazione del NurSind, appare troppo lacunosa e sconvolgente per chiunque.

Infatti, per NurSind, al fine di evitare inutile dispendio di risorse in contenziosi legali vari, risulta urgente diramare nei confronti dei commissari delle aziende, le opportune linee guida e disposizioni volte all'applicazione di fermi correttivi di gestione, i quali devono incidere nel ripristino e l'osservanza dei dettami normativi di varia estrazione a beneficio dell'assistenza infermieristica e sanitaria.

Per NurSind, nel contesto carico di costrizioni e logica di revisione economica, solamente identificando e valorizzando le professioni sanitarie ed infermieristiche in particolare, si può ottenere una riorganizzazione del sistema salute che garantisca agli utenti una migliore percezione di risposta dal SSR con il minor costo istituzionale e sociale possibile.

Il Segretario del Coordinamento Regionale Nursind
Fabrizio Anedda

Palermo. NurSind manifesta contro la bozza delle linee d'indirizzo Regionali per il calcolo delle dotazioni organiche

COMUNICATO STAMPA NURSIND SICILIA

Palermo, 30 giugno 2015

E' una giornata triste per sanità Siciliana. Se la Commissione Sanità darà il via libera alle linee d'indirizzo regionali per la determinazione delle dotazioni organiche nelle aziende sanitarie, dobbiamo solo sperare che la gente cominci a migrare in altre regioni per curarsi – Salvatore Vaccaro dirigente nazionale NurSind manifesta tutta la sua preoccupazione per le drammatiche ricadute in termini di salute dei cittadini, nel caso in cui venga licenziato un atto normativo che NurSind Sicilia ritiene in netto contrasto con l'articolo 32 della carta costituzionale.

Abbiamo già dichiarato, in data 6 giugno, lo stato di agitazione regionale con richiesta di conciliazione al Prefetto di Palermo perché seriamente preoccupati per la ricaduta, anche in termini occupazionali che questa bozza, potrebbe determinare e, soprattutto, per lo status quo dei livelli essenziali di assistenza che, attualmente sono già critici.

Dopo l'attuazione del progetto dell'Assessore alla Salute invece, saranno da quasi da denuncia alla Procura della Repubblica per lo stato di grave rischio clinico in cui verseranno tutti gli ospedali Siciliani. – Ad affermarlo è Osvaldo Barba Coordinatore Regionale NurSind che descrive una situazione già di per sé drammatica che rischia lo sfacelo definitivo del Sistema Sanitario Regionale.



La nostra richiesta è di rivedere i coefficienti di attribuzione d'infermieri e figure di supporto per posto letto partendo dal presupposto che devono essere elevati di almeno il 25 % nei coefficienti minimi e massimi per evitare l'aumento vertiginoso dei casi di malasanità che vedono la nostra regione già in cima alla classifica in Italia.

Vorremmo sapere anche di quali assunzioni l'assessorato parla ogni volta, se da una ricognizione effettuata utilizzando i coefficienti preventivati, nelle unità operative risulta personale in esubero, sia nelle terapie intensive sia in quelle ad alta Complessità Assistenziale.

Se le linee d'indirizzo verranno pubblicate in gazzetta, allora inizieremo una dura battaglia che sarà condotta a tutti i livelli istituzionali. Abbiamo già affermato che il documento non è ricevibile per la nostra O.S., i motivi sono fondati su quello che la nostra categoria vive tutti i giorni. Demansionamento, carenza cronica di personale infermieristico, precariato, solo per citarne alcuni.

Tempo fa in diverse occasioni in commissione sanità avevamo chiesto scelte coraggiose da parte del governo regionale. E possiamo serenamente affermare che siamo stati ascoltati. Infatti, ci vuole proprio coraggio ad approvare questi coefficienti di calcolo per le dotazioni organiche!

Osvaldo Barba - Salvatore Vaccaro

Catania. Denuncia alla Procura della Repubblica per l'area materno infantile del Cannizzaro, NurSind: Atto Dovuto

La Sanità Siciliana mette in pericolo la Salute dei cittadini, da tempo ormai ed in maniera perpetrata, ed in nome del profitto, e di una fantomatica spending review si è deciso di adottare PERICOLOSE politiche che tradiscono i più elementari diritti sanciti dalla Costituzione, come il tanto citato quanto rinnegato, abiurato art. 32 che statuisce l'imprescindibile DIRITTO ALLA SALUTE.

Dai pronto soccorso al collasso alle corsie desolate e sottorganico, il cittadino che si rivolge ad un ospedale pubblico rischia di vedersi negato il DIRITTO ALLE CURE.

Sono innumerevoli le criticità che in questi anni ci siamo trovati a fronteggiare, più volte ci siamo rivolti a chi di competenza, abbiamo chiesto ed aperto tavoli tecnici per fare il punto della situazione, cercando le soluzioni migliori sia a vantaggio del cittadino che dell'operatore sanitario, e volta dopo volta abbiamo assistito nostro malgrado alla disfatta nella nostra regione, l'abbiamo vista morire in una lenta agonia, lottando sempre con ogni mezzo.

Proprio in questi giorni, ormai allo stremo e senza nessuna altra possibilità di mediazione abbiamo presentato un Esposto con contestuale denuncia al Procuratore della Repubblica in riferimento all'Azienda Ospedaliera Cannizzaro per "l'area materno infantile del Cannizzaro".

Da due anni che cerchiamo di far capire alle direzioni strategiche che si sono susseguite al Cannizzaro che nell'area Materno-Infantile la situazione è disastrosa e continuamente a rischio – Salvo Barbagallo segretario aziendale NurSind denuncia una situazione drammatica che definisce ai limiti della Legalità in quanto lesiva dei diritti dei pazienti – "avevamo pensato che i recenti casi di malasanità potessero insegnarci qualcosa; ci accorgiamo invece che con noncuranza dei fatti si procede in modo identico, probabilmente fino alla prossima disgrazia".

Da troppo tempo in alcune unità operative dell'A.O Cannizzaro si lavora costantemente in una situazione di pericolo per i degenti; nello specifico nelle Unità operative dell'area materno infantile si rileva un carico di lavoro elevato a causa di risorse sottodimensionate in relazione alla complessità assistenziale che richiedono gli utenti afferenti alla struttura.

Più volte ci siamo rivolti alla Direzione dell'azienda ospedaliera Cannizzaro, cercando di indirizzare questa, in quelle che potevano essere le soluzioni a situazioni fuori norma e pericolose per i degenti.

In Ginecologia e Ostetricia, come si evince dalla documentazione presentata, i ricoverati superano le 50 unità, mentre gli infermieri assegnati nel turno pomeridiano e in quello notturno sono in n. di due (un infermiere per 25 pazienti). Non va meglio nella terapia intensiva neonatale, dove, a fronte di una normativa che prevede 28/29 unità come livello minimo di personale, le unità presenti sono 22, per cui del tutto insufficienti.



Nonostante la situazione disastrosa e pericolosa sia stata più volte da noi messa in evidenza nelle sedi competenti in azienda, le risposte avute sono state mediocri, quando del tutto mancanti.

Questo modus facendi, è estremamente pericoloso sia per i cittadini che afferiscono alla struttura, sia per gli operatori costretti a lavorare sottorganico sobbarcati da carichi di lavoro eccessivi che li espongono innanzitutto a rischio di ERRORE, che potrebbe essere fatale per il paziente.

Siamo di fronte alla tanto discussa Malasanità, gestita dalla Malapolitica, da chi fa del risparmio il proprio caposaldo, lasciando che nei nostri ospedali si consumino le tragedie che riempiono tutti i giorni i notiziari.

Non possiamo permettere che tutto questo continui ad essere perpetrato ad oltranza, e, se l'unica arma che ci rimane è Denunciare, allora il Nursind Denuncierà a tutti i livelli i casi più gravi, come quello del Cannizzaro.

“Pensiamo che sia una vergogna oggi – afferma Francesca Fusco delegata RSU – che gli infermieri vengano utilizzati per attività non infermieristiche in perdurante carenza di organico, sottraendole quindi all'assistenza ai pazienti”.

Abbiamo un mandato da parte dei nostri iscritti, e senza paura, senza sottomettersi a logiche economiche, siamo in prima linea nella difesa dei lavoratori come in fossimo veramente in uno stato di diritto.

Siamo pienamente convinti che se la Direzione Aziendale vorrà trovare la soluzione, essa non tarderà ad arrivare.

Gli RSU Nursind del Cannizzaro

Giancarlo Scammacca, Francesca Jlenia Fusco, Salvatore Barbagallo, Nicola Ferro

Caltanissetta: riassunti gli infermieri licenziati all'ASP

MUSSOMELI – Saranno riassunti in servizio martedì 21 luglio gli infermieri e gli appartenenti alle categorie sanitarie a tempo determinato che erano stati licenziati tra il 15 ed il 30 giugno scorso, per il raggiungimento dei 36 mesi di servizio.

“Siamo davvero molto orgogliosi e felici di quello che è stato ottenuto – Osvaldo Barba coordinatore regionale Nursind Sicilia – dopo due sit-in e soprattutto dopo la protesta regionale dello scorso 30 giugno avvenuta davanti la sede dell'Assessorato alla Salute. Mi preme ringraziare e soprattutto sottolineare la coerenza del management di Via Cusmano, da sempre sensibile alle vicissitudini di questi lavoratori e che, con un atto di grande responsabilità amministrativa, ha riammesso in servizio i dipendenti che avevano cessato la loro prestazione d'opera a giugno. Sono molto dispiaciuto del fatto che, lo stesso sforzo alla data odierna, non è stato possibile farlo per il ruolo tecnico per cavilli burocratici al momento senza soluzione di sorta. Abbiamo lottato per tutti indistintamente, senza distinzione di ruolo e soprattutto di appartenenza sindacale. Nulla possiamo contro un decreto legge, o peggio ancora, contro un comma qualsiasi che rappresenta un ostacolo insormontabile. Certamente non siamo stati con le mani in mano. Poco importa se poi lo sforzo non viene apprezzato”.



Osvaldo Barba

Pistoia: dalla CGIL a Nursind con orgoglio

Infermiera presso l'usl 3 di Pistoia, turnista nel reparto spdc dell'ospedale San Jacopo. Eletta delegata rsu 2015 con la lista Nursind.

Perché ho deciso di portare Nursind a Pistoia e candidarmi alle elezioni rsu? Perché sono un'infermiera, non sono una sindacalista (sto studiando per questo) mentre sono e rimango infermiera. Quando ho cominciato come infermiera, ero veramente convinta che il nostro lavoro fosse una "missione" ed anche se mi venivano richiesti "sacrifici" dall'azienda, comunque, il beneficiario ne era il paziente ed il suo benessere.

Con il tempo, ho capito che non era proprio così. Il paziente era l'ultimo della catena a cui sarebbe potuto arrivare un beneficio.

Infatti ho cominciato a chiedermi che beneficio può trarne una persona ricoverata, quando viene assistita da un infermiere la cui professionalità viene strumentalizzata, sfruttata, svilita, sottopagata? Ed io infermiere, che assistenza sono costretto ad erogare e che qualità assistenziale posso garantire se sono stanco, demotivato, stressato ed in burn-out?

Sono una ex iscritta cgil ma, questo è e rimane un mio pensiero, che la cgil non abbia abbastanza tempo ed abbastanza "sensibilità" per il complicato mondo professionale degli infermieri.

Sono anche, una ex iscritta Nursing Up, il primo sindacato di categoria in cui ho creduto ma anche lì non ho trovato una vera e propria salvaguardia degli infermieri; ho trovato poco incisività a livelli decisionali pro-professione infermieristica.

Circa un anno fa, l'incontro casuale con colleghi Nursind Firenze proprio durante un corso di formazione organizzato da loro e rivolto ad infermieri! Finalmente! Non perdita di tempo e soldi ma concretezza! Pratiche assistenziali applicabili, già dal giorno dopo, nel nostro lavoro quotidiano, non derivanti da studi filosofici e sponsorizzati, ma da lavoro di colleghi che si sono specializzati e formati a loro volta e che il giorno dopo, tornano a lavorare sul campo e non dietro a scrivanie.

Fino ad allora avevo riposto in altre figure la speranza affinché mi tutelassero e conducessero la partita professionale al posto mio, ma concretamente chi può sapere più di noi infermieri di cosa abbiamo bisogno? Come facciamo a tutt'oggi a permetterci di demandare ad altre figure la lotta per le nostre rivendicazioni? Come può sapere cosa vuol dire lavorare nelle condizioni attuali in cui noi infermieri lavoriamo, chi infermiere non lo è? Come possiamo permetterci di pretendere di essere i protagonisti della nostra professione, se per primi ci togliamo la possibilità di esserlo? Colleghi rendiamoci protagonisti della nostra professione e impariamo a scegliere infermieri Nursind.

Rosa Scelta



Nursind contro la riforma del SSR della Toscana

Tagli del personale

La riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale toscano procede a passi da gigante tra proclami e rassicurazioni fatte dal presidente Enrico Rossi e dall'Assessore Luigi Marroni nei comizi regionali e sui mass media.



La parte drammatica di questa riorganizzazione, che ci sconvolge come operatori e al tempo stesso come cittadini, riguarda i tagli annunciati sul personale e sui servizi. Nessuna riorganizzazione si è mai sognata di attuare, o quanto meno di “anticipare” lo sfacelo di quanto proposto.

Si annuncia un risparmio di cento milioni di euro dall’espulsione di circa 1500/2000 operatori fra medici, infermieri e personale amministrativo.

Si impone alle aziende di mettere in atto un’analisi organizzativa finalizzata alla riorganizzazione aziendale locale che tradotto in pratica, significa che il personale indicato come eccedente può essere mandato in pensione se aveva i requisiti prima della riforma Fornero, altrimenti viene messo in mobilità (sorta di cassa integrazione della durata di 24 mesi). E dopo?

I tagli al personale fanno capire che il Presidente della Regione Toscana fa finta di non conoscere l’attuale situazione di carenza di personale dovuta proprio ai tagli già effettuati e al blocco del turn over. In questo scenario ci chiediamo come faccia la Regione Toscana anche solo ad ipotizzare ulteriori riduzioni di operatori invece della necessaria inversione di tendenza, con l’avvicinamento alla media Europea nel rapporto cittadini/infermieri per un miglioramento della qualità dell’assistenza.

Il presidente Rossi non può non sapere che una sanità con pochi infermieri e infermieri stanchi porta a carenze assistenziali, ritardi e disagi nell’erogazione dei servizi offerti, a complicanze ed errori, talvolta anche letali.

Non possiamo credere che il Presidente Rossi non sappia quali già oggi siano le condizioni durissime in cui operano gli infermieri:

- gli infermieri vivono quotidianamente situazioni lavorative demansionanti e dequalificanti;
- gli infermieri sono i primi che risentono a livello psichico e fisico dei sovraccarichi di lavoro e per questo sempre più spesso si ammalano e si infortunano;
- gli infermieri vengono sempre più spesso richiamati in servizio oltre il proprio turno, per “coprire” i colleghi malati o le colleghe in maternità che non vengono sostituite;

Riorganizzazione o depotenziamento del SSR

Il primo appuntamento della riforma di riorganizzazione del Servizio Sanitario Toscano, sarà quello del prossimo primo Luglio con il commissariamento delle ASL. Atto che vedrà, di fatto, una gestione “ordinaria” delle attuali aziende sanitarie. Questo significa che ogni tipo di relazione e confronto sulle problematiche legate al lavoro e ai servizi erogati, sarà più difficile, se non impossibile.

D’altro canto è solo il primo passo verso un accentramento dei poteri di gestione e decisionali, che renderà inutile persino l’assessore alla sanità.

Nella riforma, infatti, la gestione si identifica in figure di diretta emanazione presidenziale: tre direttori di area vasta, tre di aziende ospedaliere e tre di aziende ASL, consegnando decisioni fondamentali sulla salute dei cittadini in mano a pochissime persone.

Riassumiamo i punti cruciali della legge 28/2015, “Disposizioni urgenti per il riordino dell’assetto istituzionale e organizza-

tivo del servizio sanitario regionale:

- 1) Riduzione delle aziende sanitarie da 12 a 3 (Toscana centro, Toscana nord-ovest, Toscana sud-est) con bacini di utenza di oltre un milione di persone e interprovinciali;
- 2) commissariamento delle attuali ASL dal primo luglio;
- 3) istituzione dei dipartimenti interaziendali ASL/aziende ospedaliere;
- 4) istituzione del direttore di area vasta, figura inesistente, fino ad oggi, sul piano nazionale.

La centralizzazione dei poteri di gestione del servizio sanitario regionale si scontra paurosamente con l’evoluzione dei principi espressi dalla legislazione degli anni novanta ovvero la deospedalizzazione, il potenziamento dei distretti, dell’assistenza domiciliare integrata e delle strutture come RSA ed Hospice.

E’ deduttivo che l’accentramento dei poteri di gestione del Servizio Sanitario Regionale, potrà solo aggravare le difficoltà, già presenti oggi, di “intercettare” i bisogni dei cittadini. Problematica, questa, che si amplificherà conseguentemente all’accorpamento dei territori che, come anticipato, di fatto farà

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE

siamo **CONTRO**
LA RIFORMA DELLA SANITA' TOSCANA
VOLUTA DA ENRICO ROSSI

diciamo **NO**
AI TAGLI DEI SERVIZI

diciamo **NO**
ALLE PRIVATIZZAZIONI DIFFUSE

diciamo **NO**
AI TAGLI SUL PERSONALE

GLI INFERMIERI:
SI SCHIERANO A DIFESA DELLA SANITA' PUBBLICA
A FAVORE DI SERVIZI VICINI ALLA COLLETTIVITA' e GRATUITI
PER LA DIFESA DEL DIRITTO ad una ASSISTENZA QUALIFICATA
NURSIND A DIFESA DEI CITTADINI

NURSIND - IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE - COORDINAMENTO REGIONALE DELLA TOSCANA

crescere in modo esponenziale il bacino d'utenza. Il rischio è quello di "dimenticare" o "non vedere" i reali bisogni della cittadinanza.

In questa cornice non è difficile immaginare l'avvio di un processo di privatizzazione dei servizi e delle prestazioni che invece dovrebbero essere garantite dal servizio sanitario regionale.

E' innegabile che tale processo, d'altronde, sia già iniziato con la costruzione dei quattro ospedali (Prato, Pistoia, Lucca e Massa) con la tecnica del "project financing" che di fatto consente al privato di gestire i servizi non sanitari per almeno venti anni. Tecnica vantaggiosa solo per il privato, come denunciato dalla stessa Corte dei Conti.

Nessun progetto di investire nell'assistenza

La continuità delle cure, i processi di presa in carico, i percorsi, l'appropriatezza degli stessi e la prevenzione, necessitano inequivocabilmente di un'assistenza qualificata e integrata Ospedale-Territorio. Senza infermieri si muore (Lancet) e la qualità legata all'assistenza si perde, come si perde la qualità della vita.

Avremmo voluto assistere ed essere parte integrante di una riorganizzazione che metta davvero al centro il cittadino, nell'ottica di una visione universalistica della sanità: una visione nella quale i veri sprechi si combattono altrove e non con tagli di risorse fondamentali che oggi sono il cuore del servizio sanitario.

Non si parla di Infermiere di famiglia, previsto dalle raccomandazioni dell'OMS dal 2003; non si parla di percorsi a "gestione Infermieristica" ospedaliera e territoriale come esistono in altre realtà anche vicine e che hanno portato a importanti riduzioni dei costi e miglioramento della qualità assistenziale quali l'ambulanza Infermieristica (attualmente carente in molte zone); il See and Treat; il riconoscimento dell'infermiere "specialista" e numerosi altri progetti di valorizzazione.

Per noi la riforma sanitaria regionale del governatore Rossi è inaccettabile, come inaccettabili sono tutte quelle condizioni che mettono a rischio la salute dei cittadini o solo la difficoltà all'accesso ai servizi e il diritto a cure e assistenza qualificata e non "surrogata" o improvvisata.

Una riorganizzazione fatta in fretta, che ha escluso la partecipazione e la condivisione con i professionisti interessati al processo di cura e assistenza e alla collettività stessa, non può avere il nostro consenso.

A nome degli infermieri delle strutture sanitarie toscane chiediamo ai cittadini di comprendere il nostro disagio nel non poter garantire l'assistenza come vorremmo e di aiutarci nella difesa di un'assistenza infermieristica adeguata, sicura e professionale.

COORDINAMENTO NURSIND TOSCANA
toscana@nursind.it



tempo che riescono a dedicare ai singoli pazienti e dell'aumento dei tempi di attesa per effettuare le prestazioni.

A rendere tutto più difficile che in passato è l'aumento esponenziale dei pazienti da assistere sul territorio a fronte della diminuzione degli infermieri e delle risorse in genere.

Sono solo 12 (che si riducono a 9 nel periodo estivo) gli infermieri dedicati al domiciliare su un territorio che comprende la città di Pisa e si estende fino a Calambrone e Stagno.

Gli infermieri del domiciliare e cure primarie, assistono i pazienti oncologici che non possono ancora accedere all'hospice, i pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere dopo interventi chirurgici, i pazienti anziani che necessitano di nutrizione artificiale o idratazione (soprattutto in questo periodo), gestiscono i pazienti con lesioni difficili (ad es. piaghe da decubito, lesioni da insufficienza vascolare) e si occupano dei prelievi di routine e i prelievi TAO (per i pazienti in terapia anticoagulante che necessitano di controlli frequenti per tarare la terapia).

Come se non bastasse il carico di lavoro, gli infermieri debbono combattere anche con la scarsità del materiale di cui hanno bisogno i pazienti, spesso hanno a che fare con materiale di qualità scadente (frutto delle scelte di risparmio di questi ultimi anni) o non sufficiente per sopperire all'elevato fabbisogno giornaliero.

Gli infermieri domiciliari, benché ne abbiano fatto più volte richiesta all'azienda, non hanno a disposizione nessuno strumento e nessun presidio sanitario (pallone di Ambu, canola orofaringea Guedel, ghiaccio istantaneo saturimetri per ossigeno, Stick glicemici) per affrontare un eventuale per emergenza al domicilio del paziente.

Infine il paradosso: le infermiere sono responsabili e debbono gestire la manutenzione dell'auto di servizio assegnata e effettuare il controllo di olio, acqua, freni, validità dell'assicurazione, usura delle gomme.

Senza contare il fatto che le auto a disposizione sono insufficienti per garantire tutti gli accessi i domiciliari.

Altra nota dolente è il fatto che gli infermieri domiciliari non sono dotati di cellulari di servizio per cui per comunicare con i medici di famiglia e tutti i servizi necessari ai pazienti debbono usare il proprio cellulare o il telefono dell'utente.

Più volte le problematiche del personale infermieristico sono state segnalate ai responsabili aziendali dell'assistenza domiciliare, che fino ad oggi hanno fatto orecchie da mercante.

Chiediamo che questa volta si intervenga in maniera tempestiva e seria: deve essere chiaro che la responsabilità dei disservizi e delle carenze assistenziali che si dovessero verificare non sono responsabilità del personale infermieristico ma di chi ha l'obbligo di fornire e organizzare le risorse sia di personale che del materiale.

Lucca: è ora di dire BASTA alle scelte inopportune e pericolose!

Ancora dobbiamo adeguarci al taglio dei servizi territoriali (villetta nella VdS e l'imminente trasferimento della centrale

Pisa: pochi e stanchi gli infermieri dell'assistenza domiciliare



Allo stremo gli Infermieri dell'assistenza domiciliare e cure primarie dell'area pisana.

"Ci scusiamo con gli utenti, ma non siamo messi nelle condizioni di riuscire a dare quell'assistenza di qualità di cui saremo capa-

ci".

Sempre più difficile per gli infermieri deputati all'assistenza domiciliare dell'area pisana garantire un'assistenza di qualità e sempre più sottoposti a stress fisico e psicologico per i sempre più frequenti dissapori con l'utenza per la diminuzione del

118 all'ospedale Versilia) e dei posti letto dello scorso mese, dove i due ospedali di Lucca e della Valle del Serchio si sono visti depauperare di svariate unità di degenza, causando una riduzione sempre più consistente dell'assistenza alla collettività, che i Responsabili Aziendali ci comunicano ulteriori processi riorganizzativi effettuati in nome di un'efficienza sanitaria. A giugno, trascorso un anno di attività del nuovo ospedale S. Luca di Lucca, si contavano circa 70 posti letto in meno di quanto programmato in fase di attivazione. Questi drastici tagli includono degenze ordinarie, degenze specialistiche e terapia intensiva, senza considerare le scelte dei vertici sanitari di impoverire anche l'attività di sala operatoria, trasferendo alcuni interventi programmati, mediante convenzioni ad hoc, presso strutture private.



Lo scenario è veramente preoccupante: si sta minando il diritto alla salute, previsto dalla nostra costituzione, avviandoci sempre più verso una sanità privata. E il cittadino? ...La persona bisognosa di assistenza cosa è costretta a fare?? Sicuramente a rivolgersi ad altre strutture pubbliche fuori provincia o fuori regione, quando non potrà essere accolto nella struttura sanitaria di appartenenza

o addirittura dovrà pagare alcuni servizi assistenziali rivolgendosi ad istituti privati.

Ultima grossa novità è stata la proposta di chiusura dei 12 posti letto della specialistica oncologica medica di Lucca. La persona affetta da malattia tumorale non potrà essere più ricoverato in un reparto dedicato, ma sarà costretto, se "fortunato" (in base alla disponibilità del momento dei posti letto), ad essere seguito estemporaneamente dallo specialista oncologo in un qualsiasi reparto di medicina.

Siamo veramente preoccupati e pensiamo che tale chiusura possa arrecare un grosso danno ai cittadini lucchesi, che, probabilmente, per ricevere cure adeguate dovranno rivolgersi altrove. In secondo piano, ma sempre di primaria importanza per la qualità assistenziale offerta ai cittadini lucchesi, dobbiamo evidenziare alla collettività le criticità e le difficoltà che il personale infermieristico e oss deve nuovamente affrontare per poter ancora una volta adeguarsi a questa nuova organizzazione. Nel dettaglio va specificato che non solo chiude il reparto di oncoematologia, ma contemporaneamente viene spostata anche la degenza nefrologica nel setting dove attualmente vengono ricoverati i pazienti oncologici. Tale spostamento, motivato dai vertici Aziendali per una migliore organizzativa, mostra come di consueto la sua natura di origine economica: recuperare operatori sanitari che risultano palesemente insufficienti a garantire un'appropriata continuità assistenziale alle persone ricoverate.

Infatti, in tutti questi processi organizzativi, non viene considerato minimamente la professionalità acquisita dagli infermieri e da tutto il personale sanitario, che si trova costretto ad improvvisare nella gestione dell'assistenza alla persona con specifici bisogni di salute e che si trova all'improvviso senza un periodo di affiancamento, costretto ad utilizzare strumenti gestionali (procedure-protocolli operativi, programmi informatizzati..) differenti da quelli utilizzati routinariamente.

Si assiste, in queste circostanze, ad un vero e proprio atto di disorganizzazione totale, che coinvolge tutti gli operatori assistenziali, costringendoli a "girare come trottole" da un reparto all'altro per tamponare la mancanza di personale; senza considerare minimamente le loro esigenze personali, costringendoli a modificare le loro ore lavorative programmate (dipendenti turni-



sti sulle 24 ore vengono obbligatoriamente passati a lavorare a giornata sulle 12 ore e viceversa) con un minimo preavviso di uno o due giorni.

I vertici Sanitari non si curano di tutte queste difficoltà che vivono gli operatori e che purtroppo ricadono inesorabilmente sulla qualità delle cure della persona, della collettività; infatti a breve si effettuerà anche questo nuovo taglio dei 12 posti letto della specialistica onco-ematologica, che immediatamente non è visibile, ma a breve-medio tempo, avrà delle ripercussioni in termini assistenziali significative sia per gli operatori che per la collettività.

Siamo ormai giunti ad un crollo inesorabile sia da un punto di vista quantitativo (riduzioni drammatiche dei posti letto in seguito a carenza di personale) che qualitativo (commistione di specificità professionali) dell'assistenza sanitaria locale. In funzione del mero risparmio i responsabili aziendali non rispettano più né ruoli né specificità professionali dei dipendenti. Di recente si stanno osservando fenomeni insoliti dettati dai vari responsabili di zona con disposizioni infondate, le cui motivazioni non ritrovano alcun riscontro contrattuale e giuridico e che obbligano il dipendente a compiere attività improprie. Ne è a testimonianza l'ultima disposizione del direttore di Macrostruttura dott. Luca Lavazza, che impegna gli infermieri e i medici alla chiusura e stoccaggio dei rifiuti speciali, dato che l'Azienda, seguendo solo obiettivi di risparmio, non ha assunto personale preposto o non ha previsto di includere tale attività nei capitolati dei servizi esternalizzati.

Da parte nostra siamo veramente stanchi di sottostare ad una Direzione miope, che non si prende a cuore né le persone bisognose di cura né gli operatori preposti all'assistenza; siamo veramente stanchi delle risposte evasive e forvianti date dai vari responsabili ai dipendenti, che esprimono la loro difficoltà ad effettuare un'assistenza adeguata e sicura alla persona in un contesto così caotico ed invivibile.

Siamo esterrefatti del lungo silenzio delle autorità locali, consiglio dei sindaci, ordini, associazioni e collegio e chiediamo loro un immediato impegno nel salvaguardare tutte le persone coinvolte sia direttamente che indirettamente a tutela della salute della nostra collettività. Non si può più temporeggiare, è necessario un'azione immediata affinché i nostri ospedali si riappropriino del loro mandato ufficiale di cura ed assistenza e non "fabbriche produttrici di bottoni", come sembrerebbe apparire da questi nuovi processi riorganizzativi in cui la professionalità, la motivazione ed il rispetto non parrebbero elementi fondamentali per "produrre salute".

Per tali motivi non siamo più disposti ad accettare continue riorganizzazioni estemporanee, che non prevedono adeguati tempi di



preparazione e formazione dei dipendenti e che dovrebbero passare prioritariamente da un'informativa preventiva di contrattazione locale.

Il nostro sindacato è aperto ad un immediato e serio confronto con le autorità e i responsabili aziendali, al fine di creare chiari presupposti per migliorare le condizioni lavorative dei dipendenti e la sicurezza assistenziale al cittadino. Se ciò non fosse accolto, sarà nostra premura dichiarare uno stato di agitazione del personale sanitario del comparto.

Lucca, 29/07/2015

Roberto Pasquinelli, Teresa Porta

U M B R I A

Unità di degenza a gestione infermieristica: le ragioni del Nursind

In relazione agli articoli apparsi nell'ultima settimana sulla stampa locale relativi a comunicati stampa di varie OO.SS. della Professione Medica, la Segreteria di Perugia di NurSind (il Sindacato delle Professioni Infermieristiche) intende precisare quanto segue:



L'organizzazione di un reparto a Gestione Infermieristica non è tesa ad estromettere la figura del Medico, che rimane comunque unico punto di riferimento nell'iter terapeutico per gli atti di diagnosi e prescrizione.

Risulta chiaro dalla Delibera dell'Azienda Ospedaliera di Perugia n° 770 del 4 maggio 2015, all'allegato 1 pagina 1, che gli utenti afferenti all'U.D.I. sono di fatto dimessi dai Medici dell'Unità Operativa di provenienza ma necessitano ancora di Assistenza prevalentemente Infermieristica, in attesa del rientro presso il proprio domicilio, RSA, Servizi Territoriali o altre strutture sanitarie.

Si ricorda che il personale infermieristico afferente all'U.D.I. è composto dagli stessi professionisti che durante ogni turno nelle 24 h. assicurano continuamente la loro presenza nei reparti di degenza ed allertano il Medico di riferimento all'aggravarsi delle condizioni cliniche.

Non comprendiamo perciò quale possa essere, per le OO.SS. mediche scriventi il paventato elemento di confusione nel personale e nell'utenza.

Comprendiamo invece che questa iniziativa delle suddette OO.SS. faccia parte di quella resistenza al cambiamento e alla ridefinizione delle autonomie professionali in sanità.

A nostro parere, la nascita delle Unità di Degenza a Gestione Infermieristica (realtà ormai radicate in altri Paesi europei) utilizza e valorizza le competenze proprie della Professione Infermieristica (riconosciute dalle leggi italiane come per tutte le altre Professioni Sanitarie), per migliorare la qualità dell'Assistenza erogata al cittadino utente e basata sulla centralità della persona, la continuità assistenziale ed il coinvolgimento

della famiglia.

Le U.D.I. pertanto sono un passaggio intermedio a maggior tutela del cittadino e dei medici verso la deospedalizzazione classica.

Ovviamente pensiamo che questa iniziativa, da sola, non possa risolvere le problematiche della disponibilità dei posti letto nell'Azienda Ospedaliera di Perugia senza un accordo/progetto tra Ospedale e Territorio che regolamenti l'accoglienza degli utenti che non necessitano più un trattamento in acuzie; disponibilità di posti letto che l'Azienda Ospedaliera con questa iniziativa tende ad aumentare, andando in sostanziale controtendenza verso la politica di riduzione massiccia messa in atto in questa Regione da qualche anno, politica dei "tagli" responsabile anche dell'aumento dei letti aggiunti in corridoio e del "terzo letto" in camera.

Definire analiticamente le rispettive aree di competenza tra il più grande Ospedale regionale e gli altri Ospedali e Servizi Territoriali è una priorità non più rimandabile, anche al fine di una razionalizzazione della spesa che vada verso una implementazione di servizi che tengano conto delle reali esigenze della popolazione della Regione.

NurSind Perugia vigilerà sulla corretta applicazione della Delibera aziendale, segnalando a chi di dovere eventuali anomalie che mettano a rischio la sicurezza di utenti e del personale infermieristico/OSS; altresì si troverà sempre in prima linea per cercare di trovare soluzioni ove si riscontrino intromissioni nello svolgimento della professione infermieristica, nella confusione dei ruoli e competenze tra le professionalità coinvolte.

La Segreteria NurSind Perugia
Erozardi Marco

V E N E T O

Padova: si rinnova la segreteria

Cari colleghi,

colgo l'occasione per farvi conoscere quale nuovo segretario provinciale nursind padova.

La mia esperienza in campo sindacale è iniziata circa due anni fa tramite la partecipazione a diversi convegni e corsi quadri.

Nel corso di questo periodo ho avuto modo di conoscere il segretario nazionale, il direttivo e altri segretari provinciali i quali hanno fatto maturare in me la voglia di dedicarmi alla tutela e possibile miglioramento della nostra professione. Prima delle elezioni RSU 2015 sono stata contattata dai colleghi del direttivo nazionale, Andrea Bottega e Stefano Giglio, i quali mi hanno proposto la candidatura per il ruolo di RSU in azienda ospedaliera a seguito delle dimissioni del precedente segretario provinciale.

Da allora è iniziata la mia collaborazione attiva nel sindacato. Sono riuscita nonostante numerose difficoltà a raggiungere un importante obiettivo, la conquista del primo seggio nursind all'interno dell'azienda ospedaliera di Padova.

A seguito del risultato raggiunto il direttivo nazionale mi ha inoltrato la proposta per acquisire la direzione della segreteria provinciale di Padova.

Con coraggio e determinazione ho accettato



l'incarico.

Ora che mi trovo a perorare gli impegni presi, invito chiunque voglia prendere parte a questa esperienza e che come me abbia a cuore la nostra professione, a contattare la sottoscritta, per contribuire alla realizzazione dei nostri futuri obiettivi. Mi auguro siate in molti a cogliere questa opportunità poiché, oltre ad essere particolarmente gradita la vostra partecipazione attiva, potrebbe rappresentare un'esperienza molto gratificante.

Augurandovi buon lavoro vi lascio i miei recapiti

Silvia Buccarelli

Segretario Provinciale Nursind Padova

cell. 3349211902

silvianursindpadova@libero.it



Santorso, 10 luglio 2015

Gentili colleghi, oggi si è svolto un incontro alla presenza del Prefetto di Vicenza con Andrea Gregori nostro Segretario Provinciale e l'Amministrazione dell'ULSS4, i toni sono a volte molto accesi e accorati ma hanno sempre come riferimento primario l'Infermieristica e i Pazienti e l'Assistenza.

Non chiediamo soldi, a quelli penserà la segreteria nazionale al rinnovo del contratto il prossimo anno.

Da tempo oramai facciamo appello alla dirigenza aziendale perché ci sia premesso di lavorare con serenità e con professionalità vogliamo prestare la nostra "opera" dignitosamente nel rispetto del tempo, sia del nostro tempo di professionisti che del tempo del paziente. I nostri Assistiti devono essere al centro del nostro impegno non a chiacchiere proclami o numeri ma con i fatti, la gente da noi Infermieri si aspetta "umanità" e noi vogliamo il giusto tempo per non deludere il diritto di questa loro attesa.

Chiediamo di vedere valorizzata la nostra professionalità con una visione meno anacronistica del nostro "lavoro" e del nostro percorso culturale e formativo. Chiediamo di praticare e di vedere valorizzata la nostra "expertise" clinica; far mobilitare un paziente vertebrale da un collega di otorino non sembra una buona idea, gestire un paziente critico a volte con rapporti Paz/Inf 5:1, accogliere 6/7 nuovi ingressi in area medica o geriatrica in un breve lasso di tempo, lo facciamo ma a che prezzo ?? Per dimettere un paziente con tutte le informazioni serve tempo, ma il tempo costa, o costerà più al paziente e alla comunità un accesso in PS per aver assunto una dose o un farmaco erronei. Esiti e effetti negativi dovuti a un'inadeguato numero di infermieri sono ben noti in letteratura, noi non vogliamo essere indotti a cattive pratiche ma avere il tempo giusto per fornire un'assistenza infermieristica di alto livello.

Chiediamo una trasparente condivisione delle scelte da parte della nostra dirigenza professionale quando gli effetti, negativi o positivi che siano, ricadono sui professionisti Infermieri. Informarsi sulle scelte da chi è sul campo per far funzionare meglio le cose, agire con autorevolezza e non con autorità, sono principi cardine per una azienda come la nostra che fornisce servizi e conoscenza attraverso il suo "capitale umano".

Chiediamo rispetto, per una professione che passa più tempo di tutti con i pazienti, vorremmo avere con i pazienti una serena relazione di aiuto, come ci ha raccontato recentemente una Infermiera americana invitata dalla nostra stessa Azienda. Come gruppo Professionale ci siamo prontamente adattati ad un nuovo sistema informatico di registrazione clinica, disposti a una organizzazione del lavoro e a una logistica spesso osteggiata da altri professionisti. Affrontiamo un coordinamento indotto sempre più verso una logica manageriale e meno Clinica, senza l'introduzione di modelli infermieristici di governo dell'assistenza diretta alternativi. Se molti di noi dicono no a delle attività professionali remunerate oltre lo straordinario, con istituti come la legge 1-2002 ci sarà un motivo? la Direzione si chiederà il perché; si darà una risposta matematico/numerica o cercherà un'analisi profonda delle ragioni di queste richieste.

Non chiediamo soldi ma la possibilità di essere Infermieri orgogliosi e contenti del nostro lavoro.

I delegati aziendali Nursind

All'Ulss 5 Ovest Vicentino appaltata la salute dei cittadini

Vicenza, 17 aprile 2015. Stato di agitazione in atto all'Ulss 5 Ovest Vicentino, dove la Direzione sta valutando, a seguito di disposizioni della Regione Veneto, di appaltare il servizio emergenze, meglio noto come 118, dell'ospedale di Valdagno attivo dalle 8 alle 20 (medico, infermiere ed autista) e l'analogo servizio dell'ospedale di Lonigo.

Una decisione che non risponde a criteri di economicità, ma consentirà uno spostamento della spesa ad un diverso capitolo di bilancio, rendendo quindi disponibili i fondi a copertura della spesa stessa. Con questa decisione l'Ulss 5 conquisterà il triste primato di aver appaltato interamente il servizio ambulanze, essendo già stati appaltati i cosiddetti trasporti interni.

Nel merito il Nursind di Vicenza assume una posizione chiara: "siamo fermamente contrari alle esternalizzazioni riguardanti i servizi alla salute diretti ai cittadini – spiega il segretario provinciale Andrea Gregori – in quanto il cuore del servizio sanitario deve rimanere a gestione pubblica diretta. La salute non può essere appaltata".

La carenza di personale all'Ulss 5 Ovest Vicentino non è certo una novità. E più volte il sindacato delle Professioni infermieristiche ha denunciato questa grave situazione, chiedendo all'amministrazione sanitaria di assumere decisioni adeguate per porvi rimedio. "Abbiamo chiesto più volte alla Direzione di colmare le carenze al pronto soccorso di Valdagno – aggiunge il segretario Andrea Gregori – ma solo oggi comprendiamo quale fosse il disegno: impoverire il servizio di risorse ed esaurire il più possibile quelle rimaste, così da rendere comprensibile, meglio inevitabile, un'eventuale esternalizzazione".

Non si può non evidenziare, poi, il fatto che l'appalto di servizi che le pubbliche amministrazioni potrebbero espletare in proprio non fa altro che alimentare il sospetto che le risorse della comunità vengano distratte in rivoli non sempre giustificabili. "Ultimo aspetto che ci corre l'obbligo di citare – conclude il segretario Andrea Gregori – non trattandosi certo di un dettaglio, è il fatto che tutte le amministrazioni pubbliche dovrebbero considerare che l'aumento degli appalti porta ad un incremento di corruzione e concussione, fenomeni che da più parti vengono condannati e che si tenta, invano, di debellare.

Ed il Veneto, almeno in questo momento, non si può certo dire estraneo ad episodi di corruzione da condannare e di fronte ai quali occorre agire con fermezza, assumendo una posizione rigida contro il compromesso".

Vicenza: chiediamo la possibilità di essere Infermieri orgogliosi e contenti del nostro lavoro.

Vicenza: chiediamo la possibilità di essere Infermieri orgogliosi e contenti del nostro lavoro.



Medicine Complementari

Neuromodulazione Auricolare

Scopi e potenzialità (professionali e cliniche)
di questa disciplina terapeutica

Dott. **Giancarlo Bazzoni*** - Prof. **Alessio Pirino****



Unica realtà nel panorama europeo, CERNATEC è il Centro di Ricerca sulla Neuromodulazione Auricolare e sulle Terapie Complementari, nato all'interno del Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Sassari (www.uniss.it/cernatec).

Nel centro sassarese si svolge attività di ricerca teorica e pratica su modelli sperimentali e clinici per valorizzare e diffondere gli studi sulla neuromodulazione vagale e trigeminale condotta a livello del padiglione auricolare a fini terapeutici e sulle terapie complementari riconosciute dall'OMS.

Oltre all'attività di ricerca, il Centro svolge anche attività di formazione attraverso percorsi formativi, informativi e di aggiornamento dedicati a Medici e Odontoiatri (per Agopuntura Auricolare Clinica, corso di Alta Formazione) e alle Professioni Sanitarie (Corso di Perfezionamento in Neuromodulazione Auricolare).

Questi ultimi, rivolti segnatamente ad Infermieri e Fisioterapisti, mirano a fornire loro una "formazione specifica avanzata, sia dal punto di vista culturale che da quello pratico, su questa tecnica terapeutica non invasiva, efficace e sicura, conferendo loro un'ulteriore competenza terapeutica da utilizzare nei propri campi di intervento".

Il Dr. Giancarlo Bazzoni e il Prof. A. Pirino del CERNATEC (che ringraziamo sentitamente per il prezioso contributo) ci spiegano che cos'è la neuromodulazione auricolare, su cosa si fonda e come funziona, e ci presentano l'attività e le finalità del Centro di Ricerca.

Per "Neuromodulazione Auricolare" si intende una particolare disciplina terapeutica che utilizza la stimolazione delle branche auricolari dei nervi trigemino - vago e del plesso cervicale superficiale C2-C3.

Con il termine "neuromodulazione" vengono attualmente identificate metodiche che, con l'impiego di stimoli farmacologici o fisici, modificano la fisiopatologia dei processi nervosi e neuro-endocrino-immunologici implicati nella genesi delle più diverse malattie. Si vuole anche significare che le azioni terapeutiche a distanza della stimolazione auricolare sono mediate da ben definite strutture del SNC.

La "Neuromodulazione Auricolare" nasce dall'integrazione

dell'Auricoloterapia - Agopuntura Auricolare (appartenente alle cosiddette MC - Medicine Complementari) con tecniche non invasive di stimolazione del padiglione auricolare, quali la Trigeminal Nerve Stimulation (TNS) e la Transcutaneous Vagus Nerve Stimulation (t-VNS), che si sono sviluppate in ambito clinico e di ricerca. La scelta del nome Neuromodulazione Auricolare da parte della nostra scuola non è stata casuale o soltanto di immagine, ma ha voluto



indicare il percorso fatto da queste discipline che, partite da un approccio empirico, hanno finalmente raggiunto una completa dignità scientifica.

Allo scopo di promuovere e sistematizzare la ricerca sperimentale e clinica su questo argomento, il Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Sassari ha istituito un Centro di Ricerca sulla Neuromodulazione Auricolare e sulle Terapie complementari - CERNATEC (www.uniss.it/cernatec), attualmente unico nel panorama europeo.

Tra le finalità del CERNATEC, oltre alla ricerca, c'è l'organizzazione di eventi formativi sul tema. In particolare, il Centro ha già attivato un Corso di Alta Formazione in Agopuntura Auricolare Clinica, per medici ed odontoiatri, ed un Corso di Perfezionamento in Neuromodulazione Auricolare nelle

Professioni Sanitarie. Quest'ultimo ha lo scopo di offrire ai Professionisti della Sanità, primi fra tutti Infermieri e Fisioterapisti, una formazione specifica avanzata, sia dal punto di vista culturale che da quello pratico, su questa tecnica terapeutica non invasiva, efficace e sicura, conferendo loro un'ulteriore competenza terapeutica da utilizzare nei propri campi di intervento.

Il padiglione auricolare: il comune territorio d'azione.

L'orecchio esterno possiede delle specificità da cui è importante partire: è presente solo nei mammiferi, la densità delle fibre nervose presenti rispetto ad altre regioni della testa sembra piuttosto elevata, è l'unica struttura del nostro corpo dove il nervo vago raggiunge la superficie cutanea. Il padiglione presenta una superficie laterale (anteriore, esterna) sulla quale incidono la maggioranza dei punti e zone a significato terapeutico e una superficie mediale (posteriore, interna o mastoidea). La sua struttura include una lamina cartilaginea che ne forma lo scheletro, i legamenti, alcuni muscoli e il rivestimento cutaneo.

L'innervazione sensitiva è fornita da quattro nervi (Peucker e Filler, 2002): N. Grande auricolare (II e III ramo cervicale), Ramo auricolare del n. vago, Ramo auricolotemporale del n. trigemino, N. piccolo occipitale.

Auricoloterapia - Agopuntura Auricolare.

L'Auricoloterapia, chiamata anche Agopuntura Auricolare, è una disciplina appartenente alle medicine complementari (MC) che utilizza il padiglione auricolare (microsistema) a scopo diagnostico e terapeutico.

Ne è principio fondante, vero e proprio dogma per alcune scuole, l'esistenza di una qualche forma di rappresentazione di strutture e funzioni dell'organismo (mappa auricolare), in un rapporto bidirezionale diagnostico e terapeutico. Per spiegare le azioni della stimolazione auricolare sono stati proposte diverse teorie: 1) Riflessoterapica e dei microsistemi di agopuntura (proposta dallo stesso P. Nogier e seguita dalla scuola francese. Esistenza di una mappa auricolare, somatotopia, ad ogni punto presente sul padiglione corrisponde una precisa struttura anatomica, intervengono meccanismi riflessi locali, spinali e centrali); 2) della Medicina Tradizionale

Cinese (esistenza di una mappa auricolare, rappresentazione degli Zang-Fu, organi e visceri della MTC, la diagnosi e la terapia seguono le regole della MTC); 3) Medicina Ayurvedica, yoga e chakra (Oleson e Bahr); 4) Modello olografico. Sul padiglione è rappresentato uno dei tanti microsistemi che contengono l'informazione globale del nostro organismo - Dale RA, 1999; 5) Neurochimico-fisiologica. Specificità di punti e zone auricolari, studi con la f-MRI, la stimolazione auricolare ha un'azione sul SNC intervenendo nella cinetica di neurotrasmettitori, neuromediatori e ormoni.

Dolore acuto e cronico, ansia e patologie correlate, turbe del sonno, riequilibrio della postura, sindromi vertiginose, tabagismo e dipendenze da sostanze, obesità e disturbi del comportamento alimentare sembrano rappresentare i campi d'intervento per i quali esistono le maggiori evidenze cliniche e s'intravedono numerose e interessanti linee di ricerca.

Nervo vago e padiglione auricolare.

Il nervo vago è un nervo cranico misto ed è il principale nervo parasimpatico. Ha decorso e distribuzione più ampi rispetto a quelli degli altri nervi cranici e decorre lungo il collo, il torace e l'addome. È anche il maggior nervo afferente viscerale; le fibre afferenti sono quattro volte più numerose delle efferenti.

Il vago presenta due gangli, un piccolo ganglio superiore o giugulare e un grande ganglio inferiore o nodoso. Entrambi i gangli vagali sono esclusivamente sensitivi e ricevono afferenze neuronali somatiche, viscerali speciali e viscerali generali. Il ganglio superiore è tipicamente somatico e la maggior parte dei suoi neuroni entra nel nervo auricolare; i neuroni del ganglio inferiore sono correlati con la sensibilità viscerale proveniente dal cuore, dalla laringe, dai polmoni e dal tratto alimentare dalla faringe al colon trasverso.

I neuroni sensitivi vagali del ganglio nodoso possono avere un'organizzazione somatotopica. Entrambi i gangli sono attraversati da fibre parasimpatiche e forse anche da alcune fibre simpatiche.

Il ramo auricolare origina dal ganglio giugulare, è raggiunto da un ramo proveniente dal ganglio inferiore del nervo glossofaringeo e si divide in due rami: uno si unisce al nervo auricolare posteriore del nervo faciale, mentre l'altro si distribuisce a parte della cute del padiglione auricolare (conca, trago) e al meato acustico esterno.

La Transcutaneous Vagus Nerve Stimulation (t-VNS) è un metodo terapeutico che prevede la stimolazione elettrica dei rami auricolari del nervo vago. Si è sviluppata nell'ambito di una particolare forma di terapia non farmacologica: la Vagus Nerve Stimulation - VNS. Dal 1988 la stimolazione elettrica del n. vago (VNS) viene utilizzata nel paziente "non responder" alla terapia farmacologica in corso di epilessia (indicazione validata negli USA dalla Food and Drug Administration nel 1997) e in quello affetto da depressione severa (FDA 2005). Un generatore di impulsi, impiantato sotto cute nella parete toracica

(ischemia miocardica, insufficienza cardiaca, turbe del ritmo), azione metabolica favorente il calo ponderale, azione sul comportamento alimentare. Ancora in fase di studio ma estremamente promettenti sono gli studi che riguardano il tinnitito, le alterazioni dei sistemi dopaminergici nel Parkinson, le turbe cognitive e della memoria associativa nel paziente anziano.

La VNS non è però priva di effetti collaterali, quali dispnea, raucedine, tosse, disfagia; la stimolazione del vago dx può provocare bradicardia e per questo non viene mai praticata.

Al fine di minimizzare gli effetti negativi di tale procedimento e per migliorare la compliance alla terapia alcuni ricercatori hanno proposto la t-VNS (transcutaneous Vagus Nerve Stimulation) praticata sul padiglione auricolare.

La possibilità di raggiungere gli stessi effetti terapeutici della VNS, con una stimolazione non invasiva e di più facile applicazione, apre nuove interessanti prospettive per questa disciplina. Nel contempo lo studio dei meccanismi neurobiologici che ne stanno alla base permette di comprendere anche gli effetti terapeutici già conosciuti dell'Auricoloterapia, favorendo la nascita di un approccio integrato alla stimolazione terapeutica del padiglione, definita dal nostro gruppo di studio Neuromodulazione Auricolare.

Mappe centrali e rappresentazione auricolare, mito o realtà.

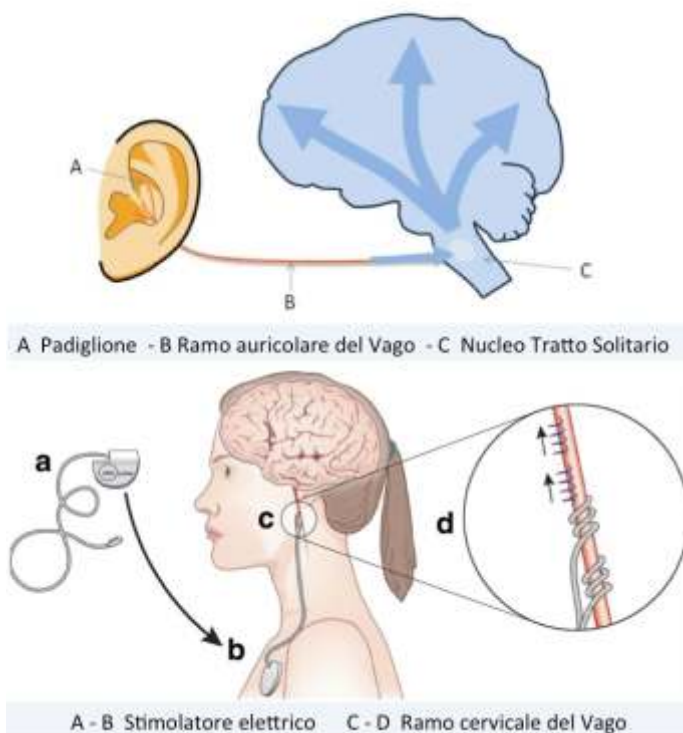
Uno degli aspetti peculiari della Neuromodulazione Auricolare è la nuova interpretazione che viene proposta del concetto di mappa auricolare. I punti salienti di questo modello possono essere così sintetizzati:

- Sul padiglione abbiamo una rappresentazione precisa e puntuale (topografica e somatotopica) delle mappe centrali del mondo esterno, però soltanto del dolore e della propriocezione. Anche il dolore viscerale (mondo interno) ha una rappresentazione topografica, ma più vaga e meno precisa.

- L'estensione della rappresentazione auricolare è legata alla ricchezza dell'innervazione periferica somatica e viscerale.

- I punti corrispondenti sulla "mappa" auricolare si individuano con il "test del dolore alla pressione" e sono chiamati "Punti neuroriflessi". Sul padiglione auricolare si possono trovare dei punti e/o zone che non veicolano alcuna informazione somatotopica. Sono punti ad azione generale, psichica, di riequilibrio di funzioni dell'organismo, sintomatici (rappresentano in un certo senso il mondo

AURICULAR VAGUS NERVE STIMULATION VAGUS NERVE STIMULATION



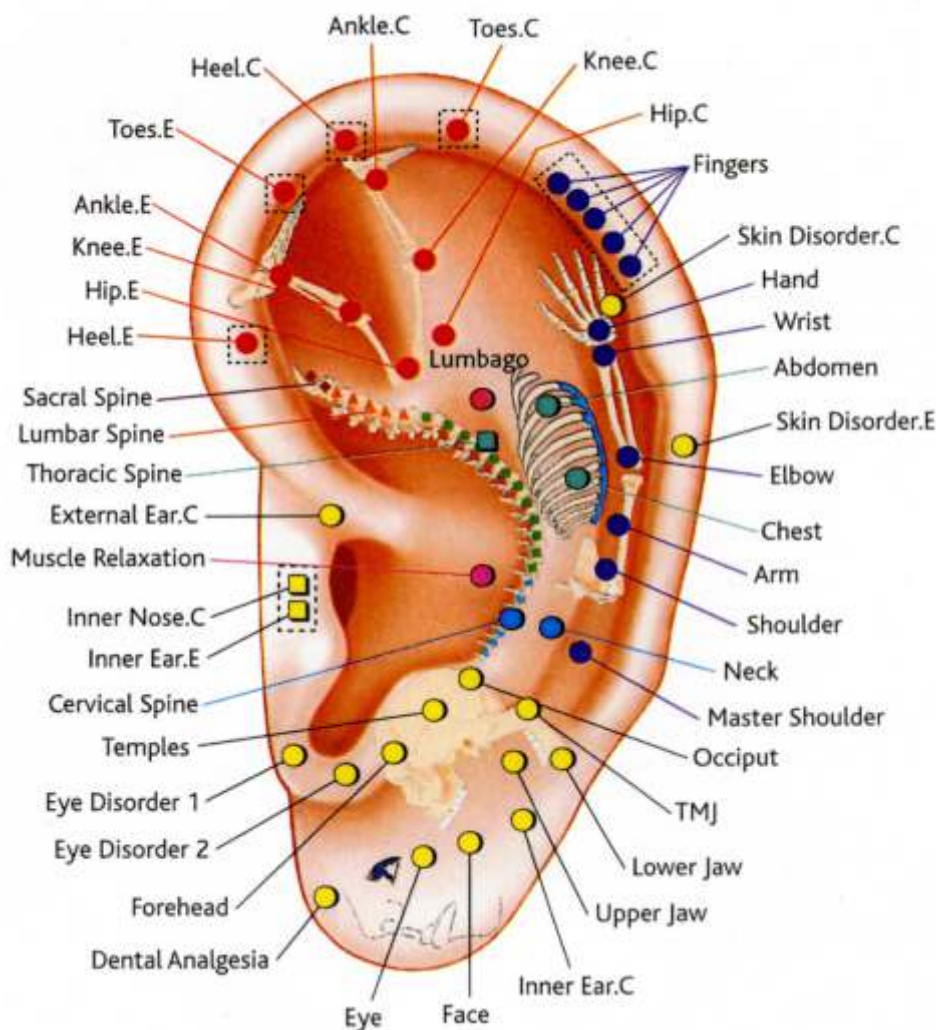
con un intervento chirurgico, invia segnali elettrici intermittenti al ramo cervicale del nervo vago di sinistra.

Questa forma di terapia rappresenta dunque una interessante possibilità di modulare le funzioni di quello che sempre più frequentemente viene definito "sistema vagale".

Facendo una ricerca su Medline, la banca dati bibliografica della US National Library of Medicine, limitando la ricerca alla voce Vagus Nerve Stimulation, si trovano numerosi riferimenti a studi sui meccanismi neurobiologici della stimolazione vagale che hanno o possono avere un riscontro terapeutico.

Le azioni validate o in corso di studio sono: antiepilettica, antidepressiva, antinfiammatoria, analgesica, neurotrofico protettiva nel danno vascolare centrale, ansiolitica, azione sulla funzione cardiaca

Musculoskeletal points



interno), sono positivi al “test della resistenza elettrica cutanea”. Sono chiamati “Punti Funzionali” e sono stati individuati con un procedimento empirico - clinico.

- La stimolazione di questi punti e/o zone ha una azione terapeutica.

Stimolazione terapeutica del padiglione auricolare: una scelta razionale.

Il modello terapeutico della Neuromodulazione Auricolare prevede diverse modalità di stimolazione del padiglione che provengono dall’esperienza clinica dell’Auricoloterapia e della t-VNS.

La stimolazione è mediata dalla cute che possiede una ricca innervazione, mentre la cartilagine auricolare non possiede terminazioni nervose. L’epidermide del padiglione è un epitelio pavimentoso composto cheratinizzato, contiene cellule di Langerhans e di Merkel, a cui sono associate fibre nervose mieliniche. Nel sottile strato dermico sono presenti terminazioni nervose libere, mieliniche e amieliniche. Rispondono a stimoli termici di moderata intensità, lievi stimolazioni tattili, stimolazioni lesive calde, fredde o deformanti (nocicettori unimodali), stimoli lesivi di diverso tipo (nocicettori polimodali). I dati

dell’anatomia microscopica forniscono il quadro su cui inserire in maniera razionale le diverse forme terapeutiche utilizzate. Gli studi neurofisiologici sulla t-VNS sottolineano che, per attivare il sistema vagale, la stimolazione elettrica transcutanea (senza infissione di ago) debba possedere specifici parametri (forma d’onda, intensità, frequenza, durata) capaci di stimolare le fibre mieliniche Aβ che originano dai dischi di Merkel. Queste terminazioni rispondono prevalentemente a stimoli pressori. Le zone auricolari innervate dal vago sono la zona della conca superiore (100% vagale), la radice dell’elice (punto zero) e parte della fossa triangolare (punto o zona Shen Men). Ne deriva che la modulazione vagale privilegia una stimolazione elettrica transcutanea e pressoria. Viene praticata dal terapeuta nel suo studio o a domicilio, dallo stesso paziente come autoterapia, o da un operatore sanitario formato su questo metodo. La stimolazione pressoria continua nel tempo viene praticata sempre dal paziente con lievi stimolazioni portate su microsferette vegetali (semi di vaccaria), metalliche o di altro materiale, tenute in situ sul padiglione da un cerottino dedicato. Il padiglione auricolare è innervato anche da rami del trigemino e del plesso cervicale, per cui è probabile

che le terminazioni nervose libere presenti del derma, debbano essere stimolate in maniera differente. Nella terapia delle patologie dolorose, dove i punti auricolari sono disposti secondo una precisa distribuzione topografica, la stimolazione si effettua con aghi a semipermanenza leggermente più invasivi (0,6 – 0,9 – 1,2 mm), anch’essi tenuti in situ da un cerotto per giorni o anche settimane. Gli stessi punti vengono stimolati elettricamente secondo parametri diversi da quelli utilizzati nella stimolazione vagale.

Conclusioni e prospettive future.

La neuromodulazione auricolare rappresenta una interessante possibilità di modulare le funzioni di quello che sempre più frequentemente viene definito “sistema vagale”. Nel 2012 sulla rivista “Frontiers in endocrinology” è apparso un articolo dal titolo “The conductor of autonomic orchestra”, in cui l’autore Aaron Vinik ha voluto sottolineare il ruolo centrale del nervo vago nella regolazione di molteplici funzioni del nostro organismo. Il tono vagale è ormai considerato unanimemente come un importante indicatore psicofisiologico di molti aspetti del comportamento e dello stato psico-emotivo dell’individuo.

Stephen Porges, neuroscienziato e psicofisiologo di Chicago, ha proposto nel 1994 la sua ormai classica “teoria polivagale”. Questa prevede che il Vago si possa dividere in due componenti: mielinico (complesso ventro-vagale, nucleo ambiguo) e amielinico (complesso dorso-vagale, nucleo motore dorsale), diversi tra loro sul versante neuroanatomico, filogenetico, neurofisiologico e funzionale. Il vago mielinico interviene nel controllo degli stati affettivi e del comportamento sociale (Sistema delle relazioni sociali).

Il vago in toto, sempre secondo la teoria polivagale, svolge un ruolo primario nella risposta di stress e di rilassamento. La possibilità di modulare il sistema vagale tramite la stimolazione auricolare permette non solo di attivare i meccanismi neurobiologici - terapeutici di cui abbiamo precedentemente parlato, ma anche di ottimizzare i meccanismi dello stress, rimanere nell’ambito dell’eustress e non precipitare nella condizione di stress cronico. Questo significa mantenere lo stato di salute, nell’ottica di quella che viene definita “medicina del ben-essere”.

Prof. **Alessio Pirino** **

Professore associato di Anatomia Umana, Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Sassari

Dott. **Giancarlo Bazzoni** *

Medico Chirurgo, Esperto di Agopuntura e Auricoloterapia

Facciamo il punto sulle PENSIONI

A cura di **Gianantonio Maistrello** del Servizio Previdenziale

Possibili modifiche alla legge Fornero

In questi ultimi tempi il problema delle pensioni ha assunto un particolare rilievo nei mass media. Sull'argomento abbiamo assistito agli interventi di molti esponenti politici e governativi: dal presidente del consiglio Matteo Renzi al Ministro del lavoro e politiche sociali Giuliano Poletti, dal presidente dell'Inps Tito Boeri alla ministra della funzione pubblica Marianna Madia, dal presidente della commissione lavoro Cesare Damiano a vari onorevoli ed esperti.

L'unica cosa certa che sembra si profili è la ferma volontà di ritoccare profondamente la riforma Fornero, cosa che verrà sicuramente effettuata con la prossima legge di stabilità; le eventuali modifiche che saranno adottate avranno effetto quindi dal 1 gennaio 2016.

Si spera che le nuove modifiche alle pensioni non siano prese, come purtroppo è successo finora, per fare cassa ma riescono finalmente a dare un po' di certezze e tranquillità ai pensionati e ai pensionandi finora solamente tartassati.

Le proposte più significative per correggere la riforma Fornero riguarderanno:

1. la possibilità di lasciare prima l'attività lavorativa utilizzando le regole del sistema contributivo cioè prendendo meno di pensione per ogni anno di anticipo;
2. un contributo di solidarietà su chi ha redditi pensionistici elevati, in virtù di trattamenti molto più vantaggiosi dovuti al calcolo retributivo rispetto a quelli che avranno i pensionati che usciranno con il contributivo;
3. Rendere possibile la ricongiunzione fra diversi regimi pensionistici senza oneri a carico del lavoratore per ottenere una pensione unica mettendo insieme ai contributi versati in diverse gestioni compresa quella di parasubordinati della gestione separata Inps. Sarebbe una disposizione molto importante e vantaggiosa poiché attualmente dipendenti che transitano dal settore pubblico a quello privato per poter ricongiungere i periodi assicurativi devono sobbarcarsi un contributo molto oneroso, mentre fino al 30 giugno 2010 la ricongiunzione era del tutto gratuita.

Nessuna penalizzazione per chi ha maturato il requisito

Ai dipendenti che hanno già maturato o stanno per maturare il diritto a pensione e che sono prossimi a prendere la decisione di cessare dal servizio è bene ricordare che con la legge di stabilità 2015 (legge 190/2014) è stata eliminata la penalizzazione nei confronti dei lavoratori e lavoratrici che hanno raggiunto i requisiti per la pensione anticipata senza aver compiuto il 62 anni di età. Si precisa che non verrà applicata alcuna decurtazione sulla pensione ai soggetti interessati che maturano il previsto requisito di anzianità contributiva fino a tutto dicembre 2017.

Meglio attendere i rinnovi contrattuali

Un altro particolare da tenere in considerazione per chi è prossimo a chiedere il pensionamento riguarda lo sblocco dei contratti del pubblico impiego a seguito della recente sentenza della corte costituzionale che ha stabilito l'illegittimità del blocco. Si fa presente soprattutto per coloro che godono del sistema retributivo che vale la pena aspettare lo sblocco per poter beneficiare in sede di pensione dei miglioramenti che saranno accordate che potrebbero essere anche significativi; una buona quota del trattamento pensionistico è infatti calcolato sull'ultima retribuzione attribuita prima della cessazione dal servizio. Resta ancora incerta la possibilità per le lavoratrici che hanno maturato almeno 35 anni di contribuzione e hanno un'età pari o superiore a 57 anni e tre mesi di scegliere la cosiddetta opzione donna cioè l'uscita anticipata con il sistema di calcolo contributivo; l'Inps non ha ancora chiarito se questa opzione sarà attivabile anche dalle lavoratrici che maturano i requisiti entro il 31 dicembre 2015 come indicava la legge 28.8.2004 n. 243 che ha istituito questo regime speciale in via sperimentale. L'opzione donna è un istituto, accolto molto tiepidamente all'inizio poiché abbastanza penalizzante, che col passare del tempo e soprattutto dopo l'entrata in vigore delle norme vessatorie della Fornero è diventato per molte donne una scelta obbligata per poter far fronte alle esigenze familiari. Si auspica pertanto che con la prossima legge di stabilità sia prevista una proroga della stessa per qualche anno.

Possibilità di anticipare la pensione per motivi di salute

In relazione alle numerose richieste di chiarimenti in merito alla possibilità di accedere anzitempo al trattamento di pensione per motivi di salute si ritiene utile ricordare che per i dipendenti iscritti alla cassa CPDEL come nel caso del personale infermieristico delle aziende Asl rimane ancora in vigore la normativa che prevede l'accesso al trattamento di pensione, previo accertamento dello stato di salute disposto su richiesta del dipendente o del datore di lavoro se viene riscontrata una delle seguenti condizioni:

- Inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, comprovata da visita medico collegiale sostenuta presso la speciale commissione medica ospedaliera istituita presso l'Asl;
- Inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte, comprovata da visita medico collegiale sostenuta presso la speciale commissione medica ospedaliera istituita presso l'Asl.

Il dipendente che cessa dal servizio per inabilità consegue, indipendentemente dall'età anagrafica, il diritto al trattamento di pensione

se ha maturato almeno:

- 15 anni (14 anni, 11 mesi e 16 giorni) di servizio utile, se collocato a riposo per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro;
- 20 anni (19 anni, 11 mesi e 16 giorni) di servizio utile se collocato a riposo per inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte.

Per ottenere la pensione va presentata domanda all'Inps esclusivamente in modalità telematica. Per le pensioni di inabilità, l'erogazione del trattamento decorre dal giorno successivo alla dispensa dal servizio. La pensione è vitalizia, e cessa quindi con la morte del pensionato ed è reversibile in favore dei superstiti aventi diritto.

La pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12 della Legge 335/1995

Detta pensione di inabilità diretta ai sensi dell'articolo 2, comma 12 della legge 335/1995 spetta ai dispensati dal servizio previa visita medico collegiale presso la commissione medica di verifica che normalmente alla propria sede presso il capoluogo della regione di residenza.

La commissione medica deve accettare e riconoscere lo status di inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Per chiedere la concessione della pensione di inabilità è necessario che il dipendente abbia maturato un minimo di cinque anni di anzianità contributiva. Il trattamento di pensione è calcolato sulla base dell'anzianità contributiva maturata, aumentata di un ulteriore periodo compreso tra l'età alla cessazione dal servizio e il compimento del sessantesimo anno di età senza superare complessivamente i quarant'anni.

La facoltà di richiedere la pensione di inabilità è garantita solo all'interessato mentre non hanno questa possibilità i suoi superstiti.

Calcolo della pensione online INPS anche per i dipendenti pubblici

Si ritiene infine utile segnalare che dal 2016 anche i dipendenti pubblici potranno usufruire del nuovo servizio "La mia Pensione" istituito dall'Inps e già in essere per i dipendenti privati dal 1 maggio 2015. Accedendo a questo servizio tramite PIN ordinario ognuno potrà simulare quella che presumibilmente sarà la propria pensione che riceverà al termine dell'attività lavorativa. Il calcolo della pensione tiene conto della normativa attualmente in vigore e si basa su tre fondamentali elementi: l'età, la storia lavorativa e la retribuzione. Se uno non è in possesso del PIN può richiederlo nel sito Inps dalla sezione "Il PIN on line".

Cassazione Penale

Anche al personale paramedico si estendono i principi di responsabilità, in caso di cooperazione multidisciplinare.

Sentenza 6 febbraio – 16 luglio 2015, n. 30911

In tema di colpa professionale, qualora ricorra l'ipotesi di cooperazione multidisciplinare, ancorché non svolta contestualmente, ogni sanitario è tenuto, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, all'osservanza degli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio. Il principio richiamato, sebbene prenda in considerazione la sinergia tra medici in sala operatoria, ben può essere applicato anche al personale paramedico, nei limiti delle competenze per cui è richiesta la loro prestazione.

D.Lgs 80/2015 Come cambiano i congedi parentali

Far coincidere esigenze familiari e lavorative è, spesso, uno dei dilemmi che si pone al mondo delle mamme lavoratrici (più raramente anche ai papà).

L'arrivo di un figlio è una novità straordinaria che porta grandi cambiamenti nella vita personale e lavorativa di chi affronta questa esperienza.

La legislazione offre delle opportunità di approccio a questa fase, prima sconosciuta, che è bene conoscere per poterle cogliere nella loro interezza.

I congedi parentali offrono ai neo genitori la possibilità di rientrare al lavoro in modo graduale e di usufruire di permessi (retribuiti e non) che la neonata famiglia potrà utilizzare come meglio crede.

Con l'uscita in Gazzetta Ufficiale del decreto attuativo numero 80/2015 in materia di "tutela e conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro" entra in vigore la tanto attesa riforma del congedo parentale,

ovvero il diritto spettante sia alla madre e sia al padre di godere di un periodo di astensione dal lavoro.

E' opportuno precisare fin dal' inizio che la durata del congedo resta invariata, cioè 10 mesi totali che possono essere fruiti dai genitori e che la suddetta legge si riserva di vedere come andranno le cose nel 2015. Per gli anni successivi, come cita il decreto stesso, il riconoscimento dei benefici previsti dalle riforme in questione potrà avvenire in presenza di adeguata copertura finanziaria.

Le novità principali consistono nel fatto che, trascorsi i primi tre mesi di astensione obbligatoria dalla data di nascita del bimbo, i rimanenti mesi (6 per la mamma, portati a 7 se il congedo parentale viene fruito per almeno 3 mesi dal papà) possono essere utilizzati non più fino agli 8 anni di vita del bambino, ma fino a 12 anni. Questo anche nei casi di affidamento o adozione.

Anche la retribuzione cambia: fino al compimento del 6° anno del bimbo la fruizione dei congedi parentali corrisponde al 30% della retribuzione media giornaliera (indipendentemente dal reddito familiare), dai 6 ai 12 anni il congedo parentale viene concesso, sempre concordato con il datore di lavoro, e retribuito al 30% della retribuzione media giornaliera a condizione che il reddito del genitore richiedente sia inferiore, per l'anno 2015, a euro 6531,07. Diversamente il congedo si può fruire, ma senza retribuzione.

La seconda importante novità è che la richiesta può essere inoltrata con soli 5 giorni di anticipo per il congedo parentale giornaliero e 2 giorni in caso di congedo ad ore, mentre prima dell' entrata in vigore del decreto, la tempistica era di 15 giorni.

Il governo ha poi apportato delle modifiche sempre tese a conciliare i tempi di vita e di lavoro prevedendo la sospensione del congedo in caso di ricovero del figlio; la possibilità, come già citato sopra, di usufruire del congedo ad ore ed infine la possibilità di trasformare il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, purché con una riduzione oraria non superiore al 50%.

Per quest'ultima voce è bene chiarire con l'azienda di appartenenza la reale disponibilità ad accedere al congedo parentale in tale modo.

Tutte le notizie di cui sopra sono facilmente reperibili sul sito INPS cercando d. Lgs 80/2015.

Personalmente ho sempre scelto di rientrare prima del compimento dell' anno di età dei miei figli (ne ho 4!) e questo mi ha permesso di riprendere servizio in azienda con l'orario ridotto (il cosiddetto allattamento), fruendo interamente della retribuzione e, dall'anno di vita in poi, di poter calmierare il mio orario settimanale, in accordo con il responsabile del servizio dove opero, ricorrendo appunto in modo programmato all'utilizzo dei congedi parentali, distribuendoli lungo l'arco del mese.

L'impatto della ripresa lavorativa a fron-



te della nuova situazione familiare, in questo modo è più morbida e permette, soprattutto per chi è a tempo pieno e non ha prospettive di part-time, di programmare giorni supplementari rispetto ai riposi previsti da contratto.

L'augurio è che le novità introdotte per il 2015 trovino attuazione anche per gli anni a venire, dando un segno concreto di volontà di promuovere il benessere lavorativo e familiare nella conciliazione delle tempistiche di entrambi gli ambiti.

Inf. Mariagrazia D'Adda
Az. Osp. HPG23°, Bergamo

Cassazione Penale

E' rifiuto di atti d'ufficio l'omessa compilazione della cartella clinica

Un primario che ha omesso di compilare un numero rilevante di cartelle cliniche è stato condannato per il reato di rifiuto di atti d'ufficio. La Cassazione ha ritenuto corretta la qualificazione giuridica del fatto, evidenziando che è pacifica la natura di atto pubblico della cartella e la circostanza che la responsabilità della sua definitiva ed ufficiale formazione sia rimessa al responsabile del reparto. Il dirigente di struttura complessa, quale pubblico ufficiale, è tenuto con la sua sottoscrizione ad accertarne la completezza e regolarità ed il documento rappresenta, in maniera necessariamente congruente sul piano temporale con l'attività compiuta, l'indicazione di tutti gli interventi effettuati.

Il diritto del paziente al rilascio è incondizionato e non deve essere sorretto dall'illustrazione della causale, per cui è necessaria l'immediata attivazione del sanitario in caso di richiesta, considerato anche che la formazione della cartella dovrebbe precedere tale istanza in ragione della tipo-

logia della documentazione, costituita da un diario che va compilato in prossimità degli eventi e va verificato dal sanitario responsabile in concomitanza con gli stessi, per consentire l'effettività di tale controllo.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net

Cassazione Penale

Shock anafilattico: responsabilità per negligenza e imprudenza

il medico dipendente di una struttura ospedaliera era stato chiamato a rispondere della morte di una paziente avvenuta dopo essere stata sottoposta ad intervento chirurgico, a seguito di shock anafilattico gravissimo provocato dalla somministrazione di un certo antibiotico con compromissione polmonare e cardiaca, conseguente arresto cardio-circolatorio e coma cerebrale atossico. L'addebito di colpa al sanitario medico che aveva eseguito l'intervento chirurgico e disposto successivamente per il decorso post-operatorio era di aver somministrato un farmaco, notoriamente allergizzante, pur sapendo che la paziente era un soggetto allergico, senza avere proceduto, nel pre-operatorio, ad alcun approfondimento, essendosi limitata la raccolta anamnestica a quanto riferito dalla paziente, senza il riscontro di adeguata documentazione sanitaria e sussistendo, comunque, tutto il tempo necessario per i dovuti approfondimenti, visto che l'intervento non era urgente.

La sentenza di condanna è stata confermata nonostante il nuovo corso segnato dal "decreto Balduzzi" in quanto l'addebito di colpa è stato essenzialmente fondato sulla imprudenza e negligenza del sanitario che ha ommesso di coltivare la scelta prudenziale di verificare le allergie della paziente, pur in presenza di una dimostrata situazione di rischio.

Avv. Ennio Grassini
www.dirittosanitario.net

Consiglio di Stato

Amministrazioni obbligate ad attivare la mobilità prima di indire concorsi.

SEZ. III - SENTENZA 14 luglio 2015,

n.3513.

Il principio del previo esperimento delle procedure di mobilità rispetto al reclutamento di nuovo personale è stato specificamente posto dall'art. 30 del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, il cui secondo comma commina la nullità degli accordi, atti e clausole dei contratti collettivi volti ad eludere l'applicazione, mentre il co. 2 bis (aggiunto dall'art. 5, co.1 quater, d.l. 31 gennaio 2005 n. 7, conv. con mod. dalla l. 31 marzo 2005 n. 43) prevede che "Le amministrazioni, prima di procedere all'esplicitamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità di cui al comma 1, provvedendo, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento nei ruoli delle amministrazioni in cui prestano servizio. Il trasferimento è disposto, nei limiti dei posti vacanti, con inquadramento nell'area funzionale e posizione economica corrispondente a quella posseduta presso le amministrazioni di provenienza".

Il principio in parola è applicabile non già limitatamente al personale in posizione di comando o di fuori ruolo presso l'amministrazione ricevente, bensì "in via prioritaria" in favore tale personale rispetto a quello che presta ancora servizio presso altre amministrazioni.

Cassazione Lavoro

I limiti al licenziamento per il doppio lavoro dell'infermiere

Sentenza n. 13158/15 del 25/6/15

Un infermiere è stato licenziato dall'USL perchè scoperto a svolgere un doppio lavoro, tra il giugno e dicembre 2006, presso un laboratorio privato convenzionato, dove effettuava prelievi ematici, dalle 7,30 alle 9,30 e per una decina di giorni al mese. Per far questo, chiedeva cambi di turno ai colleghi, regolarmente autorizzati dal Coordinatore.

Il tribunale di Venezia dichiarava illegittimo il licenziamento in quanto l'addebito contestato non fosse di una gravità tale da giustificarlo, tenuto conto che gli orari del secondo lavoro non erano incompatibili con quelli aziendali; che non vi era conflitto di interessi tra le due strutture e che il dipendente avesse agito in buona fede senza arrecare alcun danno alla propria azienda.

L'azienda ricorre in Appello dove trova

soddisfazione per le sostanziali seguenti ragioni: la violazione dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/01 che stabilisce l'unicità del rapporto di lavoro dei dipendenti il SSN; il divieto di prestare una seconda attività lavorativa risultava scritto sul contratto individuale di lavoro; la condotta dell'infermiere violava l'elemento fiduciario con la propria azienda.

La Cassazione accoglie il ricorso dell'infermiere per le seguenti ragioni:

1. L'impegno del secondo lavoro era di sole 24 ore mensili; le modifiche ai turni non incidono sulla prestazione lavorativa né sull'efficienza del reparto in cui l'infermiere lavorava, ma costituivano una prassi normale, autorizzata dall'azienda;

2. Non vi era alcun conflitto di interessi con la struttura pubblica in quanto l'attività svolta dal laboratorio privato convenzionato era integrativa a quella che la struttura pubblica non riusciva ad assicurare;

3. Che l'azienda, nel decidere il licenziamento a seguito di sanzione disciplinare, non ha rispettato i criteri di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, trascurando lo stato di servizio del dipendente (30 anni di servizio), privo di sanzioni precedenti, la situazione familiare, la mancanza di danno per l'azienda e per gli utenti.



Per la Corte è da escludere che vi siano stati motivi tali da pregiudicare il rapporto di fiducia con l'USL e quindi giustificare il licenziamento per giusta causa, in quanto il dipendente ha agito conformandosi ai canoni di buona fede e correttezza. Inoltre, non è sufficiente che una disposizione di legge od un obbligo contrattuale siano stati violati, occorrendo che tali violazioni siano di una certa rilevanza e presentino certi caratteri. Infine, l'attività svolta dall'infermiere è poi proseguita dal gennaio 1997 al maggio 1998 in qualità di socio di cooperativa e come tale non è stata ritenuta illegittima.

Vogliamo ricordare che sono numerosi i casi di infermieri "scoperti" a fare il doppio lavoro. Oltre all'eventuale condanna per evasione fiscale se accertata, rimane la possibilità di incorrere in procedimenti disciplinari che come in questo caso, possono portare l'azienda a decidere per il licenziamento per "giusta causa".

Naturalmente ogni caso fa a sé e quindi

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NIR SIND

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

con questa sentenza non possiamo certo stare tranquilli per tutti gli altri casi che arriverebbero a giudizio, anche se lo speriamo vivamente. Fin tanto che la normativa prevede l'esclusività del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici, consigliamo vivamente comunque di non esporsi a queste situazioni e chiedere preventivamente l'autorizzazione aziendale.

Donato Carrara

Corte dei Conti

Infermiera condannata a restituire all'azienda le somme percepite con il doppio lavoro.

La sezione lombarda del tribunale amministrativo ha condannato un'infermiera, dipendente di azienda ospedaliera colpevole di non aver chiesto preventivamente l'autorizzazione ad espletare un secondo lavoro, a restituire tutte le somme percepite nell'attività extraistituzionale presso una struttura privata, svolta dal 2003 al 2007.

In seguito ad un'ispezione della Guardia di Finanza presso una struttura sanitaria privata, dove l'infermiera svolgeva il secondo lavoro, all'azienda viene recapitato il rapporto della GdF e di conseguenza scatta un esposto alla Procura regionale che denuncia un possibile danno erariale avendo riscontrato somme percepite per 37.500 euro di cui l'azienda le aveva intimato la restituzione ai sensi dell'art. 53, co.7 D.Lgs. n.165 del 2001.

L'infermiera non riteneva di doverle restituire basandosi sul principio della prescrizione visto che i fatti risalivano al 2007 e che le somme erano regolarmente state inserite nella dichiarazione dei redditi e quindi soggette alle aliquote IRPEF. Inoltre si riteneva all'oscuro dell'obbligo di informare l'azienda e quindi di aver agito in buona fede.

Occorre precisare che le attività che esercitava l'infermiera erano tranquillamente espellibili ma solo previa autorizzazione.

La Corte, pur accogliendo la tesi difensiva della mancanza di occultamento doloso ha ritenuto comunque di individuare nella prima data in cui la PA è venuta a conoscenza del danno, considerando in tal senso il 2012, anno dell'ispezione della GdF.

In considerazione del fatto che le somme percepite erano decurtate della ritenuta d'acconto del 20%, la Corte ha opportunamente ridimensionato la cifra da restituire, non ritenendo invece di ridimensionarla ulteriormente a fronte delle reali aliquote IRPEF pagate dalla contribuente in

quanto dalla stessa non dimostrate agli atti.

Va ricordato che la legge prevede in questi casi che il ricavato di tali sanzioni concorra a rimpolpare il fondo della produttività collettiva e quindi essere ridistribuito a tutti i dipendenti.

Sulla correttezza dell'impostazione di tale sentenza si è in attesa del pronunciamento del Consiglio di Stato al quale si è appellata la Corte dei Conti della Puglia per un caso del tutto analogo.

Donato Carrara

Tribunale di Lucca

Nursind assolto dalle accuse dei Medici. E' stata legittima critica.

Si è conclusa il 20 gennaio, davanti al giudice monocratico del Tribunale di Lucca, dott.ssa Silvia Morelli, la vertenza giudiziaria intentata dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lucca contro il Nursind e il suo Segretario Nazionale, Andrea Bottega.

Oggetto delle accuse dei Medici è stato un articolo, a firma di Bottega, pubblicato su "Il Tirreno" di Lucca del 25/02/2012, in cui il sindacato, per voce del suo Segretario, denunciava l'inefficienza dell'assistenza dei medici di base, spesso scollegata dai processi ospedalieri e talvolta gravemente assente.

L'articolo "incriminato", in realtà, si inseriva (e si inserisce tutt'ora considerata l'attualità del tema) in un ragionamento molto più ampio ed articolato, che parte dalla constatazione della situazione di congestione del Pronto soccorso e, passando attraverso le disposizioni in tema di spending review (L. 135/2012 e Decreto Balduzzi), giunge a formulare una proposta, allora inedita: l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia quale perno fra assistenza ospedaliera, territoriale e medici di medicina generale e specialisti.

Il Giudice, chiamato a decidere se le affermazioni sulla carenza dell'assistenza medica di base fossero, come sostenevano i Medici, lesive della loro reputazione e dignità, ha stabilito che esse, invece, rappresentano la legittima espressione del diritto di critica proprio, in particolar modo, di una rappresentanza sindacale.

Ed in più, nella sentenza si legge un passaggio significativo dal punto di vista più dei contenuti che della legge, in cui sostanzialmente si avvalora la proposta del Nursind e se ne riconosce lo spirito di miglioramento del servizio sanitario offerto ai cittadini, definendola "una proposta di intervento legislativo in favore della creazione e/o promozione della figura dell'infermiere

di famiglia, allo scopo di decongestionare i pronto soccorso degli ospedali dall'elevato numero di pazienti con c.d. "codice bianco" e di dar vita ad una figura professionale di raccordo con la struttura ospedaliera, il medico di base e specialista e il distretto socio sanitario".

Il Tribunale di Lucca ha dunque assolto il Nursind ed il suo Segretario dalle accuse mosse dai Medici ed ha condannato questi ultimi al risarcimento delle spese legali.

A margine della sentenza, oltre ad esprimere ovviamente soddisfazione per la stessa, il Segretario Bottega si dice lieto che quello che pare evidente sia stato un attacco dei medici di medicina generale all'istituzione dell'infermiere di famiglia sia stato sventato e, in cauda venenum, si domanda se gli ordini professionali, che come in questo caso si avventurano in costose liti inconcludenti, siano veramente espressione della volontà di promuovere l'interesse dei cittadini o piuttosto paiano come centri di tutela di interessi di parte.

Chiara D'angelo

Cassazione

Paziente muore per farmaco sbagliato.

Condannato "infermiere coordinatore"

La Corte di cassazione (sezione IV, sentenza 16 gennaio 2015, n. 2192) torna sulla responsabilità infermieristica e sulla posizione di garanzia in capo a ogni esercente la professione sanitaria su un caso interessante di responsabilità professionale che trae origine da un errore medico nella prescrizione di un farmaco.

Il fatto è degno di essere attentamente ricostruito – per quello che è possibile fare all'interno di una sentenza della Corte di cassazione, non essendo conosciuti i riferimenti dei precedenti gradi di giudizio di merito – nella sua interezza.

Un medico durante l'anamnesi (curiosamente chiamata "intervista" nella sentenza) di un paziente – avvenuta alla presenza di un infermiere coordinatore – rileva l'allergia all'amoxicillina del paziente stesso.

Il farmaco viene lo stesso prescritto e successivamente somministrato, all'interno di una sala operatoria, da un'infermiera, causandone la morte in "pochi secondi".

In primo grado entrambi gli infermieri vengono assolti. In appello viene assolta l'infermiera somministrante e condannato l'infermiere coordinatore in quanto la Corte di appello "ha evidenziato la concreta sussistenza di una "specifica posizione di

garanzia” in capo all’infermiere coordinatore. Tale posizione di garanzia viene posta a tutela dell’incolumità del paziente, “tenuto conto, in particolare, della qualifica professionale di vertice rivestita dall’imputato, onerato di precisi doveri sinergici di organizzazione, di gestione, di sovrintendimento e di segnalazione”.

Sostanzialmente si è contestato all’infermiere coordinatore “la trascuratezza... Nell’omettere di procedere alle dovute segnalazioni ai fini della correzione degli errori contenuti nella documentazione clinica riguardante il paziente”. A fronte, cioè dell’errore medico, il coordinatore aveva l’obbligo di “sottoporre a una nuova verifica, o a un più accurato controllo, detta documentazione clinica”. Omettere tale segnalazione significa violare “le regole imposte dall’arte infermieristica”.

Nel ricorso per cassazione il coordinatore produce tre motivi di impugnazione di nostro interesse. Nel primo contesta l’omessa valutazione di tre circostanze: la prima legata alla mancata disponibilità materiale della cartella il giorno dell’intervento; la seconda circostanza è relativa all’assenza del coordinatore dall’ospedale, “nei due giorni precedenti l’intervento” per turno di riposo “durante i quali il personale medico avrebbe dovuto provvedere alla verifica e ai necessari controlli sulla correttezza delle prescrizioni terapeutiche disposte nei confronti del paziente”. Ultima circostanza non valutata – secondo il coordinatore – era relativa al fatto che la materiale somministrazione fosse avvenuta in sala operatoria dove erano presenti altri due coordinatori.

La Suprema Corte individua la fonte della responsabilità del coordinatore nella posizione di garanzia richiamando le leggi di abilitazione all’esercizio professionale (legge 42/99, profilo professionale ex DM 739/1994, legge 251/2000 e 43/20006) e gli obblighi costituzionali ex art. 3 e 32 Cost.

Come è noto la “posizione di garanzia” si sostanzia nell’obbligo “giuridico che grava su specifiche categorie di soggetti previamente forniti degli adeguati poteri giuridici, di impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l’incapacità dei titolari di adeguatamente proteggerli” (Mantovani, 2001). Con la posizione di garanzia si crea uno speciale vincolo tra il soggetto debole e il “garante”, tra chi, in questo caso l’infermiere, deve preservare da danni il paziente indicato come soggetto debole.

Viene riconosciuta al coordinatore la posizione di garanzia, classificata dalla dottrina giuridica come di concezione mista “sostanziale-formale”, che trova le sue fonti nella Costituzione e nella normativa di settore. Non è una novità assoluta: è dalla fine degli anni novanta dello scorso secolo che l’elaborazione della posizione di garanzia viene sempre maggiormente riconosciuta alle professioni sanitarie.

L’elemento di novità di questa sentenza risiede nel riconoscimento all’infermiere coordinatore, tenuto conto, come abbiamo visto, della “qualifica professionale di vertice rivestita” da cui conseguono “precisi doveri sinergici di organizzazione, di gestione, di sovrintendimento e di segnalazione”.

In questi ultimi decenni, pur nella imprecisione delle non chiarissime norme di carattere contrattuale e legislativo, abbiamo assistito al consolidamento della figura del coordinatore come figura, quanto meno di fatto, tendenzialmente gestionale. Sicuramente più spostata verso l’attività organizzativa che non quella clinica. Il coordinatore non viene di conseguenza percepito come l’equivalente, nell’ambito del comparto, della figura ex primaria della dirigenza, che come è noto, conserva una importante attività clinica da affiancare alla funzione gestionale. Il coordinatore nei fatti è verosimilmente - insieme alle posizioni organizzative del comparto - l’unica figura sanitaria gestionale praticamente a tempo pieno.



Questa sentenza restituisce al coordinatore una competenza clinico assistenziale e, di conseguenza, la responsabilità connessa. Non solo aspetto gestionale ma, quindi, anche compiti di “sovrintendimento” (ovviamente clinico) e di “segnalazione”.

Tra l’altro, al coordinatore è stato anche contestato, un altro aspetto “assistenziale”.

Nei giorni precedenti egli stesso aveva somministrato un anticoagulante al paziente, in previsione dell’intervento chirurgico poi rimandato, e nell’annotazione “di tale circostanza sulla scheda di terapia unica aveva tralasciato di riesaminare con attenzione detta scheda, sulla quale era già stata riportata la prescrizione del farmaco X., antibiotico della famiglia delle penicilline, senza rilevarne (e conseguentemente segnalarne l’occorrenza al personale medico e infermieristico interessato) la chiara incompatibilità con l’allergia”. La mancata segnalazione, dunque, dell’errore medico come causa prima della condanna (per omicidio colposo). Il processo di somministrazione dei farmaci deve essere portato avanti dall’infermiere in modo “non meccanicistico (ossia misurato sul piano di un elementare adempimento di compiti meramente esecutivi), occorrendo viceversa intenderne l’assolvimento secondo modalità coerenti a una forma di collaborazione con il personale medico orientata in termini critici.

Quindi collaborazione nei confronti del medico in modo critico laddove si possano supporre errori a danno di pazienti. Questo,

precisa la Suprema Corte, non viene attuato “al fine di sindacare l’operato del medico (segnatamente sotto il profilo dell’efficacia terapeutica dei farmaci prescritti), bensì allo scopo di richiamarne l’attenzione sugli errori percepiti (o comunque percepibili), ovvero al fine di dividerne gli eventuali dubbi circa la congruità o la pertinenza della terapia stabilita rispetto all’ipotesi soggetta a esame”. In caso di dubbi compete all’infermiere la segnalazione al medico. Questo si colloca in una consolidata giurisprudenza.

In un’antica sentenza la Corte precisò che in caso di errori e di dubbi sulla prescrizione era compito dell’infermiere di “attivarsi... al precipuo scopo di ottenerne una precisazione per iscritto che valesse a responsabilizzare il medico e a indurlo a una eventuale rivisitazione della precedente indicazione...”. Con le parole della Cassazione di oggi, in seguito all’errore di una prescrizione, derivano, nei confronti dell’infermiere “obblighi giuridici di attivazione e di sollecitazione volta a volta specificamente e obiettivamente determinabili

in relazione a ciascun caso concreto” (Corte di cassazione, IV sezione, sentenza n. 1878/2000).

Sempre di più, quindi, responsabilità all’interno dell’équipe, anche se questo caso non può essere annoverato come classico caso di responsabilità di équipe. In quest’ultima responsabilità, infatti, l’agire professionale è caratterizzato dal c.d. “principio dell’affidamento”. Il principio dell’affidamento consiste nel “rendere responsabile il singolo professionista del corretto adempimento dei compiti che gli sono affidati e di fatto sgravarlo dall’obbligo di sorvegliare il comportamento altrui al superiore fine dell’interesse della vita e della salute del paziente” (Fiancaca G, Musco E, 1995). In questo caso, coerentemente con un filone interpretativo ormai pacifico, non era applicabile il principio dell’affidamento in quanto il coordinatore avendo agito colposamente omettendo la segnalazione, non poteva confidare nell’eliminazione dell’errore da parte di chi gli succedeva nella posizione di garanzia.

A parte queste annotazioni strettamente giuridiche, la notazione finale a cui possiamo giungere è relativa alla stretta intimità di rapporti tra professione medica e professione infermieristica nell’agire quotidiano.

Luca Benci



Ringraziamo quanti ci scrivono. Siamo lieti di ospitare lettere, fotografie e contributi dalle corsie.

Per scrivere alla redazione:

infermieristicamente@nursind.it

Ciao Totò

La morte di un infermiere quasi mai fa clamore. La morte di un infermiere quasi mai fa audience.

La vita di un infermiere, lavorativa e non, tanto nell'immaginario collettivo quanto nella squallida quanto purtroppo ineluttabile realtà è relegata inevitabilmente ad un figura senza la quale non è possibile far funzionare un ospedale in un piramide in cui l'apice è il medico e la base è l'utente.

In sintesi: l'infermiere è SOLO E SOLTANTO un mero esecutore di ordini impartiti da qualcuno nell'attuazione del processo assistenziale che soddisfi i bisogni di qualcun altro.

Ovviamente nessuna intenzione di provocare quel senso frustrante di auto-commiserazione per un ruolo non riconosciuto e/o per un titolo altrettanto rifiutato dal senso del pudore dell'uomo comune.

Infermieri si nasce o si diventa per scelta propria. Infermieri si muore: ma per scelta... Altri.

Totò Lombardo, 58enne infermiere siciliano della segreteria Nursind di Niscemi in provincia di Caltanissetta, ieri sera se n'è andato in silenzio, proprio all'interno di quell'ospedale che tanto amava e per cui ha lottato fino alle ultime vicende di cronaca che hanno proiettato il nosocomio del luogo su tutti i media nazionali.



Un eroe silenzioso, uno con il sorriso tra le labbra, con quell'ottimismo e quel senso di appartenenza proprio di chi ama comunque questo lavoro, troppo spesso denigrato nell'indifferenza quasi generale.

Un uomo dal cuore grande, immenso, pronto a qualsiasi sacrificio purché condiviso e supportato da quel gruppo a cui tanto si è sentito legato.

Ironia della sorte è stato tradito proprio da quel cuore che ha deciso di fermarsi nonostante il disperato tentativo di rianimazione degli infermieri-amici.

Ciao Totò...

Osvaldo Barba

Medicina difensiva o palliativa?

Sta accadendo oggi, purtroppo, quello che si prevedeva una trentina di anni fa.

Si parlava tanto di statistiche sull'allungamento della vita anagrafica, nel terzo millennio, fino ad una età media compresa tra i settanta e gli ottanta anni.

Il miglioramento delle condizioni di vita lavorativa, sociale, familiare, hanno influito in tutto ciò. Se fosse stato solo grazie a questi fattori, mi sarei astenuto dallo scrivere questo articolo. Invece la parte del leone, in tutto questo aumento del numero di anni di vita anagrafica che è spesso diversa da quella vissuta, l'ha fatta il progresso scientifico e medico con tutte le loro ricerche e scoperte.

La Medicina a seconda dell'età del paziente dovrebbe avere delle sue legittime aspettative, questo è quello che noi tutti pensiamo e ci attendiamo.

Le aspettative nei confronti di un bambino dovrebbero essere diverse da quelle nei confronti di una persona che biologicamente si avvia verso la fine del suo ciclo vitale.

Mettiamo, se me lo si lascia passare, che un ciclo vitale duri cent'anni, a voler essere eccessivo: con che aspettative è etico trattare una persona di quest'età?

Un parametro fondamentale dovrebbe essere la qualità di vita di una persona. Sottolineo persona e non corpo che respira, in cui palpita un cuore. Se ci si pone di fronte ad una persona che necessita di cure non si può trascurare i valori di cui è portatrice come, in primis, la dignità umana. Cos'è la dignità? E' tutto. E' il rispettare l'essere umano in tutte le sue fasi e purtroppo tra queste, c'è anche quella del morire. Per la Medicina, mi sembra, che il processo del morire cominci ad essere poco considerato e che esista solo l'evento morte come atto finale. Vorrei sbagliarmi sul fatto che si stia facendo sempre più, per impedire il processo del morire. Qualcuno parla di Medicina difensiva allora. Sulla scia di quello che avviene negli USA anche in Italia sono aumentate le pretese di efficacia delle cure, dimenticando che il sistema sanitario statunitense è basato per lo più su un sistema assicurativo privatistico, mentre quello italiano è pubblico e convenzionato. Negli Stati Uniti le assicu-



razioni sulla salute pretendono da parte degli Ospedali un certo tipo di servizio proporzionato ai premi pagati.

In Italia fino ad oggi, questo è possibile anche con il sistema pubblico-convenzionato ma poiché le pretese verso una vita anagrafica sempre più lunga stanno aumentando, si arriverà inevitabilmente ad un impoverimento delle casse del SSN. Vi siete mai chiesti il perché dei tagli lineari in Sanità? Non si riescono a colpire gli sprechi ed allora si tagliano, tanto per cambiare, i servizi sul territorio, i posti letto, si allungano i tempi di attesa per le prestazioni. Di solito si taglia ciò che non serve od è in più, giusto? In una popolazione che invecchia sempre più e che allo stesso tempo si ammala (essendo l'invecchiamento una predisposizione alla malattia) sono corretti questi tagli? Perché non si valorizza e si dà dignità alla sorella povera della Medicina, ad esempio, quella palliativa? La Medicina palliativa fa paura, è vero ma è l'unica Medicina che restituisce dignità ad un corpo degno solo di cure compassionevoli. Dietro la Medicina palliativa non c'è nessuna illusione ma solo la realtà del fine vita.

Dietro la Medicina difensiva c'è sì l'illusione di una vita senza fine ma anche la fregatura dell'accanimento terapeutico alias eccesso di trattamento. Invito tutti a leggersi la "Carta dei diritti dei morenti" della Fondazione Floriani. Quello che dovrebbe entrare in testa ai cittadini è che il rispondere alla sofferenza dei pazienti terminali, non significa solo dare una risposta palliativa ad alcuni tipi di pazienti, come possono essere quelli oncologici ma a tutti quelli che sono al termine della loro vita. Qui subentra un elemento essenziale: la capacità di fare prognosi da parte dei curanti. Va bene la diagnosi ma si è in grado di dire che aspettativa di vita ha un paziente? Un tempo quando era più difficile fare diagnosi, si facevano più facilmente le prognosi, spesso infauste anche quando non lo erano! Oggi sono sempre di meno le prognosi infauste e si lasciano sempre più speranze alla vita anagrafica e poco o

per niente ad una vita vissuta!

Brescia, 26/05/2015

Pompeo Cammarosano
Inf. delegato Nursind Brescia

Quando perdiamo un infermiere perché la professione è ingrata

Introduzione di **Chiara D'Angelo**

Ci sono episodi di vita professionale, fra gli infermieri, che non balzano alla ribalta.

Ci soffermiamo spesso sui grandi interrogativi che popolano il futuro della nostra professione, dibattendo, discutendo, anche litigando con le varie espressioni della società civile, (politica, sindacati, rappresentanze professionali) e talvolta anche con noi stessi.

Ma il fine ultimo è, per noi, uno solo, e merita questo sacrificio: disegnare e raggiungere quella che, secondo noi, dovrà essere l'infermieristica del futuro, partendo da quello che l'infermieristica è oggi, da quello che dovrebbe essere e non è, da quello che dobbiamo aspettarci (noi infermieri e cittadini) per il domani.

Ma ai margini (per visibilità, non certo per pregnanza di valori) di queste battaglie ci sono Infermieri che ogni giorno lottano, nella propria vita e sulla propria pelle, con le discordanze del sistema: demansionamento, autonomia professionale negata, mancato riconoscimento delle competenze, mancati percorsi di carriera, retribuzioni non proporzionate al profilo professionale, ecc.

Abbiamo ricevuto e pubblichiamo uno scambio di lettere tra due nostre colleghe, Barbara e Maria Luciana, che mette a nudo, con la libertà e la franchezza del dialogo privato, lo stato di frustrazione che questo sistema incongruente crea nei professionisti che vi si trovano impiegati e, per certi versi, intrappolati.

Racconta la scelta di Barbara, laureata in Fisica e ricercatrice ENEA, che dopo aver deciso (in seguito a una missione umanitaria) di abbracciare la professione infermieristica, laureandosi brillantemente e altrettanto brillantemente inserendosi nel sistema sanitario, ha poi deciso di abbandonare questa stessa vocazione per tornare alla sua attività di ricercatrice in Fisica.

Dalle poche parole di Barbara e dalla replica di Maria Luciana (che la conosce profondamente e che è stata sua compagna di viaggio in questo percorso) emerge tutta l'amarezza per essersi trovata a dover rinunciare alla

sua professione, perché questa non è quella che dovrebbe essere, perché la sua trasposizione reale tanto si discosta dai suoi principi fondamentali.

E' senza dubbio una vicenda che si discosta dal vissuto quotidiano di ciascuno di noi, ma che enfatizza quanto ciascuno di noi vive quotidianamente, mettendone e nudo le criticità.

Cogliamo questo racconto di vita come uno spunto per riflettere e continuare a farlo sul senso dell'infermieristica e delle nostre battaglie per la sua valorizzazione, affinché non ci siano altre Barbara costrette ad abbandonare la professione per non cadere in conflitto con se stesse e con i propri valori.



Il 29/07/2015 11:59

Ciao mia cara,

sto per chiudere una fase della mia vita in cui tu sei stata attivamente presente e influente, per questo devi essere la prima a saperlo. Darò le dimissioni in tempo per essere fuori dal lavoro prima di dicembre 2015.

Non è per niente facile ma non ho alternativa.

Sono triste di lasciare anzitempo il lavoro più bello del mondo, ma non lo credo più, quindi è ancora più doloroso restare.

Un abbraccio **Barbara**



Ciao carissima,

come ho già avuto modo di dirti, sono felice per te della decisione che hai maturato e, ancora di più, del coraggio che stai dimostrando per realizzarla... Non è da tutti... Sì, sono

d'accordo con te, il nostro è il lavoro più bello del mondo. Ho consumato quasi la metà della mia vita guardando negli occhi tanti drammi umani; sofferenze, speranze, e "rinascite" di cui mi sono fatta carico con forza e passione; molte volte, troppe, andando controcorrente rispetto alla comune prassi del disimpegno emotivo ed esistenziale, e superando con il rigore della coerenza e del mio libero arbitrio, giudizi, pregiudizi, compromessi, sudditanza e bisogni narcisistici. Ma, aimè, nel nostro ambiente, il cui livello culturale è purtroppo molto scarso, poichè troppo spesso limitato all'espressione delle sole competenze tecniche e manageriali, e, dunque, espressione di una coscienza intellettuale impoverita, l'integrità morale delle persone e l'esercizio del loro libero arbitrio, quasi sempre, con poche eccezioni, costituisce il vero cocente problema.

La questione è che gli organi di rappresentanza professionale, la nostra dirigenza, e oramai quasi tutta la rappresentanza sindacale storica, si comportano rispetto alla loro "base" proprio come un sistema di casta. Un sistema che ha reciso ogni legame di appartenenza con le proprie radici vitali, i cui valori egualitari, solidali, e di sostegno e protezione dei diritti e dei bisogni degli infermieri, lo hanno legittimato ad esistere. Lo stesso sistema, tanto per capirci, che la classe politica italiana esprime in questo momento storico nella società civile. La nostra professione è ormai scivolata inesorabilmente verso l'ausiliarità che ricorda quella di "fin de siècle". Oggi, però, non più soltanto "ausiliaria" dell'aristocrazia medica, ma "vassallo" anche di questa casta professionale, il cui sviluppo sociale in questi ultimi decenni, ha portato alla luce retrive aspirazioni legate al proprio status sociale, all'esercizio del potere, e all'arroganza di un "patriziato" professionale. Questa involuzione sociale della nostra dirigenza verso forme di feudi corporativi, ha prodotto quella marginalizzazione sociale, culturale, professionale, e contrattuale della base infermieristica, che, nell'organizzazione del lavoro, trasforma gli infermieri in "sudditi e manovali della sanità", piuttosto che produttori di valore sociale. Con tutti quei danni e quei soprusi che conosciamo bene sulla nostra pelle: demansionamento, riduzione degli spazi di autonomia, dei diritti e dell'espressione della creatività professionale, mancato rispetto delle normative contrattuali (riposi che saltano per compensare i vuoti di organico), aumento del carico assistenziale, ecc.,

Se il mio budget mensile me lo consentisse, farei la stessa cosa che stai facendo tu Barbara... con la differenza

che non ne soffrirei affatto. Quando gli spazi della nostra libertà e cultura professionale si riducono e, con essi, anche la dignità, e però le condizioni economiche ci consentono un'altrettanto vita dignitosa, allora bisogna prenderne atto e attivarsi con coraggio per la soluzione migliore. La tua, appunto, in questo momento, è la migliore per te.

La nostra cultura professionale, compresa quella medica, e, più in generale, quella scientifica, è rimasta purtroppo radicata ad un paradigma culturale patriarcale, il quale, impedendo come una corazza la contaminazione di nuove culture e una nuova filosofia dell'approccio al "care" e alla prevenzione della salute, non riesce ad andare oltre l'impianto positivista della scienza, che in questo momento esprime il livello più arretrato della coscienza intellettuale della società italiana. Un atteggiamento culturale limitato e arretrato, che esprime una visione dell'organizzazione del lavoro basata sull'esercizio del potere e della gerarchia, di cui le nostre dirigenze infermieristiche costituiscono la cinghia di trasmissione, sull'uso diffuso dei privilegi, della diffamazione e del mobbing come strategia di gestione e di controllo del potere a tutti i livelli, e sull'applicazione di modelli relazionali autoritari, arroganti e svalutativi (patologici).

Bè, allora tanto vale fare per davvero i manovali...! Lo spessore culturale delle fabbriche probabilmente esprime lo stesso livello, ma in compenso saremmo almeno riconosciuti come produttori di ricchezza sociale e retribuiti per quello che facciamo. Soprattutto potremmo fare esperienza di un clima di condivisione, solidarietà e sostegno che pone al centro la coerenza e l'integrità delle persone, e i loro bisogni. Invece, così rappresentiamo solo la "forza lavoro" di questa arretrata aristocrazia infermieristica e medica che, impoverite di una prospettiva culturale legata al "sapere", confondono la tecnica per cultura, l'arroganza per il sapere, il corporativismo per solidarietà, lo scientismo per scienza, il moralismo per morale, il pensiero comune, la sudditanza, e la mediocrità per etica, e, per finire, l'attitudine al compromesso e la slealtà per integrità morale. Una forza lavoro a cui non è permesso esprimere la propria indipendenza di pensiero e la capacità di autonomia, la propria sensibilità e creatività, l'intellettualità e il proprio livello di coscienza, ma la sola possibilità di adeguarsi al sistema.

Pena l'esclusione, o, peggio, la diffamazione.

Io, al tuo posto, guarderei questa precoce fuoriuscita come espressione

di coerenza e dignità, e ne sarei soddisfatta e orgogliosa. Hai saggiamente colto l'opportunità di poter rispondere ai tuoi bisogni più autentici esprimendo e valorizzando le tue capacità e il tuo grande talento, affrancandoti da una collocazione sociale squalificante frustrante e opprimente. Chapeau!!

Un grande abbraccio.

Maria Luciana

Medici e Infermieri: non si suona la chitarra con una mano sola...

Introduzione di **Chiara D'Angelo**

Ho avuto il piacere di scambiare alcune opinioni, con Piergiorgio Bertucci, medico.

Chi ci legge sa che spesso sulle nostre pagine ci si punzecchia in punta di fioretto sulle tematiche delle relazioni interprofessionali, della talvolta difficile convivenza di due professioni sanitarie che, con il fardello della storia che le ha viste in passato relazionarsi in modo molto diverso e gerarchico, ora devono, o dovrebbero, creare nuove dinamiche di dialogo, essendo mutata negli ultimi vent'anni la posizione professionale dell'infermiere, che ora è e deve essere un professionista autonomo, anche se l'organizzazione del lavoro pare non se ne sia curata minimamente.

Pubblichiamo con vero piacere oggi la lettera inviata da Piergiorgio, testimonianza che un rapporto diverso tra professioni, che non sia improntato alla diffidenza e alla dominanza, è possibile se si pensa in modo libero e se si guardano i problemi da un punto di vista un pochino più distante.

Io lotto da sempre affinché si abbattano le barriere tra "io medico/tu infermiere (ma anche OSS, perché anche l'OSS ha una sua importante dignità)", e ovviamente mi ha dato un po' fastidio (perché negarlo?) che anche in un bell'articolo (o post che dir si voglia) come quello che ho avuto piacere a leggere, vi fosse ben più che un accenno a questa dicotomia.

Non esiste, a mio parere, "il medico" o "l'infermiere". Esiste la persona, sia essa medico, infermiere, astronauta, idraulico, netturbino...

Mi sono trovato a gestire situazioni in cui veniva detto "questa è competenza infermieristica, non medica", o anche il contrario medico > infermiere (ma finché riguarda solo la prescrizione del farmaco non mi adombrò); affermazioni con cui non mi trovo d'accordo.

La gestione del paziente è integrata, e inserire ogni tanto commenti tipo "il medico è assente" o similia, non è corretto. "Il" medico non è assente; può essere assente "un" medico (ma anche "un" infermiere o "un" OSS)... il lavoro del medico non si svolge solo al letto

del malato, ove - ahimé - siamo costretti a passare troppo poco tempo, ma soprattutto in altra sede (studio medico, con consulenti, libri, documenti web, in giro per l'ospedale a conferire con altre figure per studiare il miglior percorso clinico), mentre infermieri e OSS mantengono la continuità assistenziale in maniera più "diretta" (senza per questo dire che anche loro non studino o facciano attività di aggiornamento fuori dalle camere dei pazienti, ovviamente).

E' una assistenza integrata. Se le chiedessero quale mano delle sue è più importante, cosa risponderebbe? Se dicesse l'una o l'altra, destra o sinistra, le direi di provare a suonare la chitarra con una mano sola. Eppure c'è ancora chi pensa che una delle due mani sia più importante dell'altra.

Che noi si sia mano destra o sinistra, per suonare la chitarra (e, per esteso, per assistere al meglio i nostri pazienti), dobbiamo essere in perfetta sintonia. Non importa chi batta sulle corde o chi componga gli accordi, non trova?

La prego, proprio perché vedo che persona lei sia, una bella persona, di pensare che alcuni commenti non possono che far male alla nostra sintonia. Le chiedo scusa se mi sono permesso di usare parole come "odio", ma l'ho fatto per richiamare la sua attenzione (anche se avrei dovuto pensare, e mi scuso per non averlo fatto, che avrei insultato la sua intelligenza, non aveva certo bisogno di simili messaggi).

Lavoro in ambulatorio e in Servizi di Prevenzione, con ICI, Infermiere/i addette/i al controllo delle infezioni, lavoro anche in DEA nonché in un Reparto...ho molti contatti con i pazienti, ovviamente, ma anche con il Personale Sanitario, medici compresi.

Non stimo o disistimo "il medico", "l'infermiere", "l'OSS" o anche il personale delle pulizie... Le mie idee riguardano le singole persone, e ogni volta che mi trovo a giudicare una categoria, mi do poi dello stupido e mi costringo a pensare in altro modo...

Sarà perché altrimenti mamma infermiera e moglie infermiera (con le quali vado estremamente d'accordo, mi creda) mi picchierebbero...

Spero mi perdoni la battuta finale, serve a chiarire del tutto che ho molto apprezzato larghe parti del suo scritto e il tempo che ha dedicato a rispondermi.

Leggerò con piacere gli articoli di cui mi ha inviato il riferimento (appena avrò terminato di lavorare su queste maledette misure di prevenzione sull'aspergillosi!!!).

Buone giornate e buon lavoro, grazie ancora.

Piergiorgio Bertucci

Spagna:

Anche il Consiglio di Stato dà il via libera alla prescrizione infermieristica



Madrid, 28/07/2015.

Il Consiglio di Stato ha emesso il suo parere sul decreto reale che regolerà ed autorizzerà l'utilizzo della prescrizione infermieristica, apponendo al testo solo alcune osservazioni formali che non modificano la sostanza del provvedimento. Questo era l'ultimo passaggio dell'iter istituzionale per consentire al Ministero della Salute di sottoporre al Governo per la definitiva approvazione le norme di attuazione delle disposizioni della legge 29/2006 del 26 giugno riguardanti le garanzie e l'uso razionale dei farmaci e dei prodotti per la salute.

Legge che SATSE ha caldeggiato per anni perché tale pratica migliora la cura del paziente e il funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale, apportando un importante riconoscimento nella promozione sociale della professione infermieristica.

Il percorso non è stato facile e nemmeno breve. Nel 2009 il Parlamento ha approvato all'unanimità la modifica alla legge che ha dato il via libera alla prescrizione infermieristica. Nel 2013 il Ministero della Salute ha sottoscritto con l'Ufficio di presidenza della rappresentanza professionale (SATSE-CGE) la promessa di adottare nel Patto per la sostenibilità e la qualità del SSN lo



sviluppo normativo della prescrizione infermieristica. Nel 2015 infatti Ministero e tutti i governi regionali, riuniti in sede di Consiglio interterritoriale hanno dato la loro approvazione al regio decreto.

La prescrizione infermieristica si adegua perfettamente alla formazione accademica (Grade) degli infermieri e all'attuale sviluppo della professione con le proprie competenze e metodologia di lavoro che comprende la diagnosi infermieristica e il relativo piano di assistenza individuale.

D'altra parte, la prescrizione infermieristica garantisce una maggiore sicurezza al paziente, con un maggior controllo sugli effetti e sulle complicanze grazie alla migliore compliance del rapporto con il paziente.

Dal punto di vista professionale, si tratta di un importante riconoscimento e di una promozione sociale della professione infermieristica. Riconoscimento che offrirà più probabilità di raggiungere altri traguardi e miglioramenti professionali nel prossimo futuro, secondo il SATSE.

Ecuador:

Il governo aumenta lo stipendio agli infermieri e triplica le dotazioni organiche



Da settembre 2015, il Ministero della sanità pubblica aumenterà gli stipendi di 3855 infermieri nel paese, nel quadro dei nuovi manuali di classificazione professionale per le strutture sanitarie nella rete di salute pubblica globale.

Fino ad agosto, il salario minimo per un infermiere generico è di \$ 986 (dipendente pubblico 3); l'adeguamento sarà di \$ 1.212 (funzionario pubblico 5). Per gli infermieri professionali e coordinatori passeranno da un minimo di 1.676 (funzionario pubblico 7) 1.760 e \$ 2.034, a

seconda dei casi (funzionario 8 o 9).

Tutto questo con l'approvazione del Ministero delle Finanze.

Questo è l'impegno del governo per gli infermieri, nel processo di recupero delle professioni sanitarie che si svolge nel contesto della trasformazione radicale del SSN.

Va ricordato che in precedenza avevano regolato gli stipendi dei medici del Ministero della Salute: nel 2008, un medico guadagnava tra i \$ 919 e \$ 1197 al mese; attualmente riceve uno stipendio compreso tra \$ 1676 e \$ 2967, in base al loro livello di formazione, e che con le indennità può raggiungere di un reddito mensile di fino a \$ 4.000.

E' anche importante notare che l'attuale governo ha triplicato il numero di operatori sanitari che lavorano per il SSN, da 11.201 nel 2008 a 33.644 nel 2015, al fine di garantire la copertura del servizio e i livelli di qualità.



Elezioni presidenziali USA 2016:

Il National Nurse United sosterrà il democratico Sanders alle primarie per la Casa Bianca

Bernie Sanders "il socialista", così ama definirsi, ha incassato l'endorsement del più grande sindacato nazionale delle infermiere, il National Nurses United (NNU). L'organizzazione che raccoglie 185 mila iscritti, in maggioranza donne, ha reso noto che, alle primarie democratiche per le elezioni presidenziali Usa 2016, voterà il senatore indipendente del Vermont.

Il sostegno del NNU è arrivato nel corso di un raduno a Oakland, in California. La decisione del consiglio esecutivo di avallare formalmente la candidatura è stata la conseguenza di un sondaggio interno, che ha visto prevalere nettamente Sanders su tutti i suoi rivali. Il suo approccio keynesiano in economia, che contempla maggiori tutele per i lavoratori e un'estensione del sistema sanitario nazionale, ha stimolato grandi consensi fra gli infermieri.

Come riporta il Guardian, RoseAnn DeMoro, presidente del NNU, ha

dichiarato che non si aspettava un appoggio così deciso a Sanders. Il suo stupore è certamente condivisibile, visto che Hillary Clinton non solo è la grande favorita per le presidenziali, ma è anche donna, e questo avrebbe potuto avere il suo peso per un'organizzazione la cui maggioranza degli iscritti è di sesso femminile.



DeMoro ha spiegato, in un articolo apparso sull'Huffingtonpost U.S. le ragioni della scelta del suo sindacato: "Bernie Sanders si allinea perfettamente

con gli infermieri sui problemi più critici che affliggono il nostro Paese, dalla disparità di reddito alla battaglia per garantire l'assistenza sanitaria universale, dal contenimento degli interessi di Wall Street e delle corporation all'istruzione universitaria per tutti, dall'uguaglianza razziale alla crisi climatica". E sul fatto che l'esponente democratico non abbia molte chance di vittoria, la leader delle infermiere non si è mostrata affatto d'accordo: "Bernie non può vincere. Esattamente quello che hanno detto su Barack Obama nel 2007".

Per parte sua Sanders, ha ringraziato il NNU: "Mi congratulo con voi; lavorate sodo ogni giorno, ma è chiaro che dobbiamo fare di più per fornire assistenza di qualità alla gente che ha bisogno e per dare a voi la possibilità di lavorare al meglio".

Il sostegno delle infermiere a Sanders obbligherà l'ex segretario di Stato Hillary a rivedere in parte le sue posizioni.

Portogallo:

Massiccia adesione agli scioperi indetti dal SEP

Lunedì 11 agosto, turno del mattino, adesioni per il 75%; turno notturno, adesioni del 69%.

Sono questi i dati diffusi dal SEP sull'adesione alla prima delle tre giornate di sciopero nazionale indetto a seguito della rottura delle trattative con il Ministero della Salute il 27 luglio scorso.

La massiccia adesione mette in evidenza il forte malcontento della categoria che lamenta stipendi di 900-1000 euro anche a chi vanta 30 anni di servizio. I bassi stipendi spingono i professionisti ad allontanarsi dalla professione. Nell'ultimo anno, dal marzo 2014 al marzo 2015, più di 2000 infermieri del SSN si sono licenziati per dedicarsi ad attività più vantaggiose. Le progressioni di carriera sono ferme da 10 anni (come in Italia n.d.r.), si sono tagliati del 50% le maggiorazioni per straordinari, lavoro notturno e festivo. Inoltre non vi è alcun riconoscimento per le specializzazioni acquisite (infermiere esperto).

«La pressione degli scioperi servirà a far cambiare opinione al Governo, ha

dichiarato José Carlos Martins, presidente del SEP, «perché gli infermieri sono la categoria più sottopagata tra tutti i dipendenti pubblici a cui invece è garantito uno stipendio minimo di 1200 euro».



Le rivendicazioni non sono solo salariali ma riguardano anche: le dotazioni organiche per le quali si chiede l'assunzione di almeno il 50% dei 5.570 posti vacanti nei prossimi due anni; la stabilizzazione dei precari; il rispetto del DL 248/2009 che prevedeva l'istituzione della figura del coordinatore in tutti i

servizi, fin'ora disattesa ed il relativo bando di concorso per il riconoscimento di 1.390 infermieri coordinatori; il disgelo delle progressioni di carriera e la loro ristrutturazione su 10 livelli, i primi sei per gli infermieri "generalisti" che partano

dalla prima posizione d'ingresso con 1.510 € per arrivare alla 6ª posizione con 2.900€ e per gli infermieri specializzati a partire da 2.952 € fino a 3.364 €.; un supplemento riservato alle funzioni gestionali consistente in 750 euro per le funzioni di direzione e 600 euro per le funzioni di management; la riduzione a 35 ore settimanali (attualmente sono state imposte le 40 h.); la possibilità di non fare le notti a chi ha superato i 50 anni; il riconoscimento del lavoro usurante e conseguentemente un regime pensionistico che ne tenga conto.

Mentre chiudiamo la redazione apprendiamo che il SEP ha proclamato altre due giornate di sciopero per il 19 e 20 agosto.





NurSind

Sede Legale: via Squartini, 3 - 56121 Ospedaletto - Pisa - Fax 06 92913943
www.nursind.it - nazionale@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o

Nata/o a il/...../.....

Residente in via N°

Città Prov. (.....) CAP

Tel. Cell.

Email:

Codice Fiscale

Qualifica Matricola

In servizio presso

Assunto a Tempo Indeterminato

Assunto a Tempo Determinato

si iscrive

al sindacato NurSind con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta nella misura indicata dal Nursind **per 12 mensilità** sulla propria retribuzione e che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni da NurSind comunicate.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra azienda.

Con la presente inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (.....)

Data __/__/____ in fede

Ai sensi del D.lg. 196/03 art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind

Data __/__/____ in fede

Associarti al NurSind è il miglior investimento della tua carriera!
il contributo mensile (il più basso del comparto sanità) ti ritornerà
in soddisfazione professionale, personale ed economica!

I contatti del NurSind in Italia

AGRIGENTO	339 1548499	GORIZIA	339 3500525	PORDENONE	347 1174975
ALESSANDRIA	348 7730047	IMPERIA	340 6170522	POTENZA	348 5158076
ANCONA	339 2221513	L'AQUILA	333 4125508	PRATO	380 3642130
AREZZO	328 0479421	LATINA	347 8465074	RAGUSA	393 9912052
ASCOLI PICENO	347 6459027	LECCE	347 3423464	RAVENNA	389 7942332
ASTI	329 3342209	LECCO	349 6441234	REGGIO CALABRIA	329 9283470
AVELLINO	333 1152288	LIVORNO	349 8870262	REGGIO EMILIA	393 4083204
BARI	339 4064096	LUCCA	328 0596018	RIETI	334 3800929
BENEVENTO	348 7240030	MACERATA	338 1745511	RIMINI	329 0683133
BERGAMO	348 7368056	MASSA-CARRARA	347 8862208	ROMA	06 99925553
BOLOGNA	334 2737666	MATERA	342 8053431	ROVIGO	347 7672006
BRESCIA	348 2961805	MEDIO CAMPIDANO	347 1644078	SALERNO	334 2716330
BRINDISI	333 1093968	MESSINA	329 1346064	SASSARI	328 9443801
CAGLIARI	349 4319227	MILANO	331 5643203	SAVONA	347 5875644
CALTANISSETTA	329 7009683	MODENA	333 6235744	SIENA	393 3248029
CAMPOBASSO	347 0733738	MONZA	339 1937863	SONDRIO	3459737967
CASERTA	393 4358822	NAPOLI	338 6268353	TARANTO	333 3940862
CATANIA	333 2546522	NOVARA	347 3883671	TERAMO	329 0075711
CATANZARO	320 4370271	NUORO	347 9556199	TORINO	328 5314092
CHIETI	338 2561933	OLBIA TEMPIO	349 2427476	TRAPANI	347 3744150
COSENZA	368 7215017	ORISTANO	333 9618011	TREVISO	340 3402872
CUNEO	348 1222695	PADOVA	334 9211902	TRIESTE	328 4614838
ENNA	333 6106527	PALERMO	339 1289128	UDINE	339 2397838
FERMO	348 3394773	PAVIA	366 4444153	VARESE	377 1558167
FERRARA	347 8005237	PERUGIA	349 3988700	VENEZIA	339 2754384
FIRENZE	389 9994148	PESARO-URBINO	334 5317010	VERONA	329 9559578
FOGGIA	320 8811330	PESCARA	320 3134105	VIBO VALENTIA	380 7978263
FORLI'	329 0683133	PIACENZA	328 6907603	VICENZA	320 0650894
FROSINONE	349 8064069	PISA	320 0826435	VITERBO	338 6760259
		PISTOIA	340 2395331		



NurSind e gli Infermieri:

- Per l'autorappresentanza e autotutela sindacale
- Per affermare la centralità della professione nel panorama sanitario
- Per la sottoscrizione del contratto di area infermieristica
- Per il miglioramento delle condizioni di lavoro
- Per il superamento della questione retributiva
- Per la valorizzazione del merito
- Per il riconoscimento della qualità dell'assistenza
- Contro il demansionamento costante
- Contro il monoblocco confederale
- Contro la delega a "terzi"
- Contro le logiche aziendali della "quantità delle prestazioni"
- Attenti ad evitare che le logiche di mercato siano strumentalizzate al fine di ridurre inaccettabilmente le tutele per i lavoratori

www.nursind.it
nazionale@nursind.it

www.infermieristicamente.it
infermieristicamente@nursind.it