

Concorsi per infermieri:
 migliaia di speranze vane!



Fino a quando?



NURSIND - Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche - Pisa - Periodico Trimestrale - Poste Italiane Spa
 Spedizione in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n°46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza

Speciale:
Assicurazione RC Professionale
 Willis - NurSind **a soli 42 €**

sommario:

attualità

- 04 - Precariato e disoccupazione: i mali della sanità!
- 06 - Il Decreto attuativo sulle stabilizzazioni
- 08 - Uno studio Europeo sui pericoli da CARENZA INFERMIERISTICA
- 08 - I.C.N. Pericolo scarsità infermieri
- 09 - La post ausiliarietà secondo il prof. Cavicchi
- 11 - A chi osa...
- 13 - Cusiosando tre le riveste medico-giuridiche
- 14 - Infermieri, stress conflitti e gestione delle emozioni
- 15 - Nursind: no a contratto solo normativo
- 16 - Tassa iscrizione IPASVI NurSind: l'onere potrebbe essere dell'azienda
- 16 - Intervista esclusiva a Michela Marzano
- 17 - Indagine del Centro Studi NurSind e Cergas Bocconi «Mamma e/o Infermiera?»
- 18 - NurSind e IPASVI sullo studio «Essere Infermieri oggi»
- 20 - Sugli standard assistenziali al ribasso deliberati dal Veneto
- 24 - Intervista al Dott. Proia sulle competenze infermieristiche

dal territorio

- 26 - Teramo: Sul decesso al PS le spese le fa il paziente e naturalmente il personale
- 26 - Nocera: "flash mob" di infermieri e medici contro i tagli indiscriminati
- 27 - Modena: Interinali in corsia, un numero destinato ad aumentare; per la gioia di agenzie e cooperative.
- 28 - FVG: Il futuro dei piccoli ospedali nel contesto del nuovo piano regionale
- 28 - Lazio: le nostre domande a Zingaretti
- 29 - San Camillo: i giorni della protesta
- 29 - Albenga: poco personale. il Punto di Primo Intervento vicino al collasso
- 30 - Marche: Non mancano i Primari, mancano gli Infermieri!
- 31 - Ivrea. Allarme sicurezza e sovraccarichi di lavoro. La denuncia del NurSind!
- 31 - NurSind Foggia. Policlinico: non c'è traccia delle assunzioni promesse
- 32 - Bari, "Miulli, categoria infermieri sotto pressione"
- 32 - Olbia: la solidarietà dopo l'alluvione
- 33 - NurSind Catania-DG Pellicano': il sindacato non demorde
- 33 - Taormina. assistenza infermieristica e ritardi sulle spettanze, l'impegno di Migliore
- 34 - Trapani: Nursind alla IV° Commissione Politiche Sanitarie Regionale
- 34 - L'Aoup deve un milione agli infermieri
- 35 - NurSind Vicenza sul bilancio in utile dell'ULSS 6

normative

- 36 - Mancata presa in carico di un paziente in T.I.
- 36 - compatibilità tra PD e permessi 104
- 36 - Dipendente in malattia per mobbing non può essere licenziato
- 37 - Falso ideologico in C.C.
- 37 - Permesso per lutto familiare
- 37 - No al tecnico di laboratorio responsabile dei POCT

formazione professionale

- 38 - FVG Nursind propone Farmaci in dose unitaria
- 39 - L'immagine degli infermieri tra gli adolescenti

previdenza

- 40 - Pensionamento dei pubblici dipendenti nel 2014

lettere alla redazione

- 41 - Conoscere, scrivere, informare

esteri

- 42 - Cuba: il Governo raddoppia gli stipendi ad infermieri e medici

Infermieristica
sindacando
Mente
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



Benvenuta!

La Redazione si amplia grazie all'impegno di Chiara D'Angelo, di professione infermiera, di diletto valida giornalista!



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

E' più facile che un cammello passi per la cruna di un ago, piuttosto che un infermiere entri nel SSN.

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



“Un uomo che vuol lavorare e non trova lavoro è forse lo spettacolo più triste che Pineguaglianza della fortuna possa offrire sulla terra.” Thomas Carlyle

E' noto che nei periodi di crisi aumentano le diseguaglianze sociali ed economiche. Anche la nostra professione, purtroppo, ne risulta colpita. Una doppia diseguaglianza ci investe: da una parte aumenta il gap economico con le altre professioni perché più remunerate e meglio predisposte a reggere il carico delle spese e della tassazione e dall'altra parte il blocco delle assunzioni carica di lavoro e di responsabilità oltre i limiti di sicurezza gli occupati, lasciando fuori dal sistema forze fresche che permetterebbero di diminuire la disoccupazione giovanile e di garantire ai cittadini il diritto alla salute.

È questo il paradosso tutto nuovo del nostro tempo. Chi è dentro al sistema fatica ad uscirne per la riforma pensionistica, chi è fuori fatica ad entrare a causa del blocco del turn over e delle riorganizzazioni. Così gli infermieri attivi si devono sobbarcare in numero sempre meno i sempre più gravosi carichi di lavoro derivanti dall'aumento della complessità dei pazienti, dall'aumento della richiesta di assistenza e dai tagli della spending review.

Eppure anche una recente ricerca in ambito europeo (health workers 4all) ha ribadito che da qui al 2020, se non saranno prese scelte in grado di ringiovanire le dotazioni organiche e di integrare i sistemi con risorse fresche, ci sarà una carenza di circa un milione di operatori sanitari. Gli economisti, inoltre, ci dicono che i sistemi sanitari avranno bisogno sempre più di infermieri perché è mutata la domanda di salute. E' un dato comune che il 70% delle risorse regionali riservate alla sanità siano impiegate dal 30% dei cittadini che sono malati cronici. La loro domanda non è di cura ma di assistenza e di prevenzione delle complicanze.

Il lavoro quindi c'è ma non viene attivato. Sono sempre più frequenti e, per certi versi, assurde certe situazioni lavorative. L'Italia infermieristica è costretta a emigrare dal sud al nord - dove ancora qualche concorso si fa - e dal nostro Paese all'estero. La spesa per lo spostamento del lavoratore che non trova nella sua regione un luogo di lavoro, assorbe una parte consistente della retribuzione. Chi cerca lavoro spende soldi della famiglia per partecipare ai concorsi pubblici spostandosi con ogni mezzo e in ogni luogo per svolgere

le prove d'esame e poi sperare di entrare in una graduatoria formata da centinaia di persone che procederà con il contagocce.

Chi lavora troppo e chi non trova lavoro, è questo il tema caldo sul fronte sindacale in un periodo dove la contrattazione economica e normativa è bloccata.

E in questo quadro si intrecciano le nuove sfide per le rappresentanze: mantenere i diritti dei lavoratori, che spesso sono il presupposto per mantenere il diritto dei cittadini alla salute (sicurezza e qualità delle cure), ed aprire nuove prospettive di lavoro e di impiego (per esempio la proposta dell'infermiere di famiglia). Su questo percorso ci si scontra con scelte di priorità economica (a volte spacciate per efficientamento del sistema) a scapito dell'obbligo giuridico di garantire la salute ai cittadini. Ecco allora che blocco del turn over, blocco dei contratti, dotazioni standard del personale assistenziale (nella versione della DGR del Veneto), precariato e usura della categoria sono i limiti che le istituzioni pongono all'evoluzione della categoria e al mantenimento dei servizi.

La riflessione del prof. Cavicchi che si dovrebbero commissariare le regioni non solo per il deficit economico ma anche per il deficit giuridico (mancanza di garanzia di erogazione dei LEA ai cittadini) appare condivisibile. La dittatura dell'economia in ambito pubblico (con il taglio dei fattori di produzione), di fatto pone a carico delle famiglie e dei cittadini i costi dei diritti negati.

È questa la battaglia che ogni giorno combattiamo: la tutela del diritto alla salute dei cittadini attraverso la difesa del sistema pubblico universalistico che passa dalla difesa delle dotazioni del personale e dalla richiesta di nuove assunzioni per garantire assistenza sicura e di qualità ed evitare che i

costi della salute pesino ulteriormente sulle famiglie già gravate dalla crisi economica o, peggio, venga completamente negato l'art. 32 della Costituzione.



Precariato e disoccupazione:

i mali della sanità!

In migliaia si iscrivono ai concorsi sperando nell'assunzione mentre nelle corsie deserte avanza la disperazione del poco personale rimasto

Sono impietosi i dati che, da parte di più enti, certificano il cambio di tendenza nella professione infermieristica. Precariato e disoccupazione giovanile sono due fenomeni che si accompagnano alla riduzione dei servizi sanitari del nostro Paese. Due temi caldi per il sindacato che li ha trattati nei tavoli istituzionali, nei diversi articoli delle riviste di settore, nei luoghi di lavoro e nei vari convegni che si sono fin qui svolti.

Precariato

È stato l'oggetto dei tavoli ministeriali di fine 2013. In applicazione della legge 125/2013 si è concordato su un testo di DPCM per la stabilizzazione dei precari in sanità ora all'attenzione del MEF, della Funzione Pubblica e delle Regioni per un parere e poi, si spera, di pronta emanazione. Il DPCM è uno strumento che darà la possibilità alle Regioni di stabilizzare il personale precario secondo i criteri in esso individuati. Una possibilità per l'appunto, non una certezza o un diritto. I limiti (l'esclusione delle forme di lavoro atipiche non subordinate, circa 7.000 unità; la difficoltà delle regioni soggette a piani di rientro) e la temporalità stabilita (entro la fine del 2016), siamo consapevoli che non esauriscono il fenomeno del precariato, tuttavia ne consentono una prima risposta ad un problema complesso che attualmente riguarda circa 30.000 persone. **Chi è già in graduatoria di concorso potrà accedere all'assunzione senza espletarne uno nuovo e potrà essere stabilizzato a tempo pieno** e non più a part time come

previsto in una precedente bozza.

Il DPCM, infatti, dispone che le regioni possano bandire concorsi con riserva di posti per chi, **negli ultimi 5 anni, può vantare un periodo lavorativo a tempo determinato anche non continuativo di 3 anni anche presso diversi enti del SSN.** Sono fatte salve le procedure di mobilità, lo scorrimento delle graduatorie in essere e la stabilizzazione senza ulteriore concorso per chi è già in graduatoria utile. Le graduatorie dei concorsi riservati hanno valenza regionale per cui un'azienda che non ha disponibile una graduatoria può attingere a quella di un'altra azienda che ha bandito il concorso con riserva dei posti.

Occupazione nel SSN:
infermieri 2001 = 259.972;
nel 2010 = 239.401; tot - 20.571

Occupazione nelle aziende ospedaliere: 2001 = 93.957;
nel 2010 = 67.030; tot - 26.927

Dal 2006 al 2010 gli infermieri sono diminuiti del 34,8% nelle regioni soggette a piani di rientro e il 28% nelle altre regioni.



Solo gli stadi ormai possono contenere tanti concorsisti

Il ricorso alla Commissione Europea

Proprio perché il fenomeno del precariato è ancora diffuso e rilevante il **Nursind** anche attraverso la propria confederazione, **ha sondato anche la via legale sostenendo presso la Commissione Europea le ragioni dei lavoratori.** Una prima risposta la si è avuta ai primi mesi di quest'anno. Nella comunicazione del 10 gennaio 2014 prot. EMPL/B2/TR/ynf(2003) la Commissione risponde alla denuncia di infrazione di un

infermiere della sanità pubblica sulla mancata attivazione di misure preventive e sanzionatorie contro gli abusi nella successione dei contratti a tempo determinato, precisando che non ci sono (più) i presupposti della infrazione n.2010/2124, che rimane riservata al precariato scolastico con la notifica del parere motivato del 21 novembre 2013. Infatti, secondo la Commissione, l'ordinamento interno ha attuato la clausola 5, n.1, lett. a) dell'accordo quadro comunitario con l'art. 1, commi 1 e 2, d.lgs. n.368/2001, che obbliga i giudici nazionali (come nel caso Carratù per Poste italiane/Stato) a trasformare a tempo indeterminato ogni singolo contratto a tempo

CENSIS rapporto situazione sociale del paese 2012: il 75% degli italiani esprime un giudizio positivo sugli infermieri. Scegliere di fare l'infermiere è per il 76,6% degli italiani una scelta giusta oggi perché è un professione di alto valore sociale e di aiuto verso gli altri; il 47% perché si trova facilmente occupazione. L'86% dice che il welfare deve essere cambiato per rispondere meglio ai nuovi bisogni di protezione come la non autosufficienza.

Tabella 1. Andamento dell'occupazione infermieristica			
	2006-2008	2009-2011	2012-2013
Disoccupati ad 1 anno dalla laurea	0%	20%	60%
Assunzioni a T. Indeterminato	90%	69%	21%
Assunti nel SSN	60%	29%	21%

Tabella 2. I concorsi pubblici			
Azienda	Periodo	N° di iscrizioni	Posti a concorso
Conegliano Ulss 7	Primavera 2013	1400	3
A. O. Gorizia	Settembre 2013	3000	6
Civili di Brescia	Febbraio 2014	10000	20
A. O. Desenzano	Fine 2013	5000	1
AOU Cagliari	Fine 2013	3300	7
Riuniti Ancona	Ottobre 2013	5000	2
Torino	Giugno 2013	5376	10
Asp Matera	Luglio 2013	10000	37
Crob di Rionero	Marzo 2014	6000	6
ULSS 15 Padovana	Aprile 2014	3500	1

menzionata opzione a) della clausola 5, punto 1, le autorità nazionali competenti, anche nelle sedi giudiziarie, devono verificare se l'uso del lavoro a tempo determinato sia appropriato o meno.».

determinato irregolare o illecito anche nel pubblico impiego in mancanza di ragioni oggettive temporanee di apposizione del termine: «Se uno Stato membro, nel suo recepimento della direttiva, sceglie di avvalersi dell'opzione a) della clausola 5, punto 1, e richiede "ragioni obiettive" per

A fine marzo si discuterà presso la Corte di Giustizia europea la causa sostenuta dalla Gilda degli insegnanti (con cui condividiamo l'iniziativa legale sul precariato) avverso il precariato scolastico. Il tentativo che stiamo facendo è quello di obbligare la Pubblica Amministrazione alla conversione dei contratti da tempo determinato in tempo indeterminato.

Disoccupazione infermieristica

È un fenomeno recente che investe la categoria provocando disagi dentro i luoghi di lavoro, nell'ambito formativo e nel mercato del lavoro. Blocco del turn over, chiusure di strutture, riorganizzazioni e accorpamenti, piani di rientro sono alcune delle cause del fenomeno che negli ultimi 5 anni hanno messo in ginocchio la categoria; dall'importare infermieri siamo arrivati all'emigrazione professionale.

I dati della professione sono allarmanti:

- età media dei presenti in servizio superiore ai 46 anni
- il 15-20% di esoneri
- in diminuzione i dipendenti pubblici del comparto (vedi tabella 1),
- l'OCSE (2013) dice che in Italia mancano 60.000 infermieri ma allo stesso tempo sono circa 30.000 quelli disoccupati.

La carenza è passata dal mercato del lavoro all'interno delle strutture e dei servizi.

Molte strutture chiudono, i piani regionali riducono i posti letto secondo gli obiettivi della spending review ma non si considera l'inadeguatezza del territorio a gestire i malati che escono o non trovano posto negli ospedali. Lo slogan meno ospedale e più territorio trova il suo limite nella mancanza di risorse umane e organizzative in quest'ambito che dovrebbe essere il

Centro Studi Nursind: il 70% del personale turnista (specialmente chi ha più di 30 anni di servizio) dichiara di non farcela più per i carichi di lavoro. Il 65% sarebbe disponibile a passare a part time al 50% verso fine carriera.

Circa 100.000 infermieri hanno più di 35 anni di servizio e 120.000 tra i 25 e 35 anni. Tra il 2018 e il 2020 andranno in pensione più di 50.000 infermieri.

futuro assetto del SSN.

Per intercettare la domanda dei bisogni di salute (che sono cambiati nel tempo accentuandosi la cronicità, la fragilità e le malattie degenerative che chiedono più assistenza nel tempo) occorre essere proattivi ma senza un'adeguata presenza di personale infermieristico l'assistenza è lasciata nelle mani delle famiglie e del milione di badanti che sono presenti nel nostro Paese. Ma badare non basta. Serve un'assistenza qualificata come quella ospedaliera perché anche nelle case delle famiglie ci sono letti sopra cui giacciono malati complessi con pluripatologie e sono in un ambiente meno protetto che non la struttura sanitaria. Infermiere di famiglia e ospedale di comunità a conduzione infermieristica possono essere due risposte alle esigenze del sistema e possono rappresentare un'opportunità di occupazione per nuovi professionisti. Dunque il lavoro c'è ma non viene attivato dal sistema. Nella tabella 2 i dati riferiti al numero di domande presentate per alcuni concorsi pubblici.

E chi è in servizio?

Chi già lavora vive delle difficoltà professionali sempre più accentuate: carichi di lavoro oberanti al limite della sicurezza dell'assistenza, situazioni di demansionamento, usura sempre più precoce e in aumento (vedi tabella centro studi Nursind). La proposta di staffetta generazionale sarebbe ben vista dalla maggior parte dei colleghi ma, fino ad ora, il governo non ha dato seguito. Da notare, inoltre, che nel Piano per la Salute dovrebbero trovare definizione gli standard assistenziali che, in alcuni casi, potrebbero portare ad ulteriori esuberanti di personale. In definitiva si chiederà di lavorare di più con assistiti sempre più complessi ai pochi infermieri presenti nei reparti e a chi è in attesa di occupazione si dirà di guardare all'estero per un altro fenomeno nuovo: l'emigrazione infermieristica.



consentire il rinnovo di un contratto di lavoro a tempo determinato, in tal caso, ai fini dell'implementazione di tale legislazione nazionale, diventa importante la questione se tali ragioni obiettive siano effettivamente presenti nel caso specifico. Se il lavoro in questione configura nella realtà attività permanenti e durevoli vi è un riferimento inappropriato alle ragioni obiettive in relazione a tale rapporto di lavoro individuale. Tuttavia, poiché l'obbligo non deriva direttamente dalla direttiva, ma risulta dalla legislazione nazionale, non è una questione che si possa trattare con procedure d'infrazione. Al contrario, poiché la necessità della presenza di "ragioni obiettive" risulta dalla legislazione nazionale e dalla sua scelta di usare la

Risultato positivo del tavolo sul precariato in sanità al Min. della Salute

Il Decreto attuativo sulle stabilizzazioni

Il Nursind: "con questo documento inizia un percorso di stabilizzazione dei precari che non sarà facile ma è volontà comune di sindacati e Ministero cercare assieme soluzioni al problema".

Il Nursind, il sindacato rappresentativo degli infermieri, all'indomani dell'incontro al Ministero della Salute giudica positivamente l'esito del lavoro svolto con il sottosegretario l'On. Paolo Fadda sulla bozza di DPCM per la stabilizzazione dei precari in sanità.

"Certamente - dichiara Andrea Bottega segretario nazionale Nursind - è stata massima la disponibilità del sottosegretario e dei dirigenti del Ministero ad ascoltare ed accogliere ove possibile le richieste dei sindacati pur, per necessità, dovendo muoversi nei limiti posti dalla legge 125/2013". Il testo, è bene dirlo onde evitare false aspettative, è uno strumento che dà la possibilità alle Regioni di stabilizzare il personale precario secondo i criteri in esso individuati. Il percorso è al suo inizio e dovrà ora passare con il parere del Ministero della Funzione Pubblica e del MEF, che possono modificarlo, nonché il recepimento attraverso un accordo in conferenza Stato-Regioni. I limiti (l'esclusione delle forme di lavoro atipiche non subordinate, circa 7.000 unità; la difficoltà delle regioni soggette a piani di rientro) e la temporalità stabilita (entro la fine del 2016) siamo consapevoli che non esauriscono il fenomeno del precariato, tuttavia ne consentono una

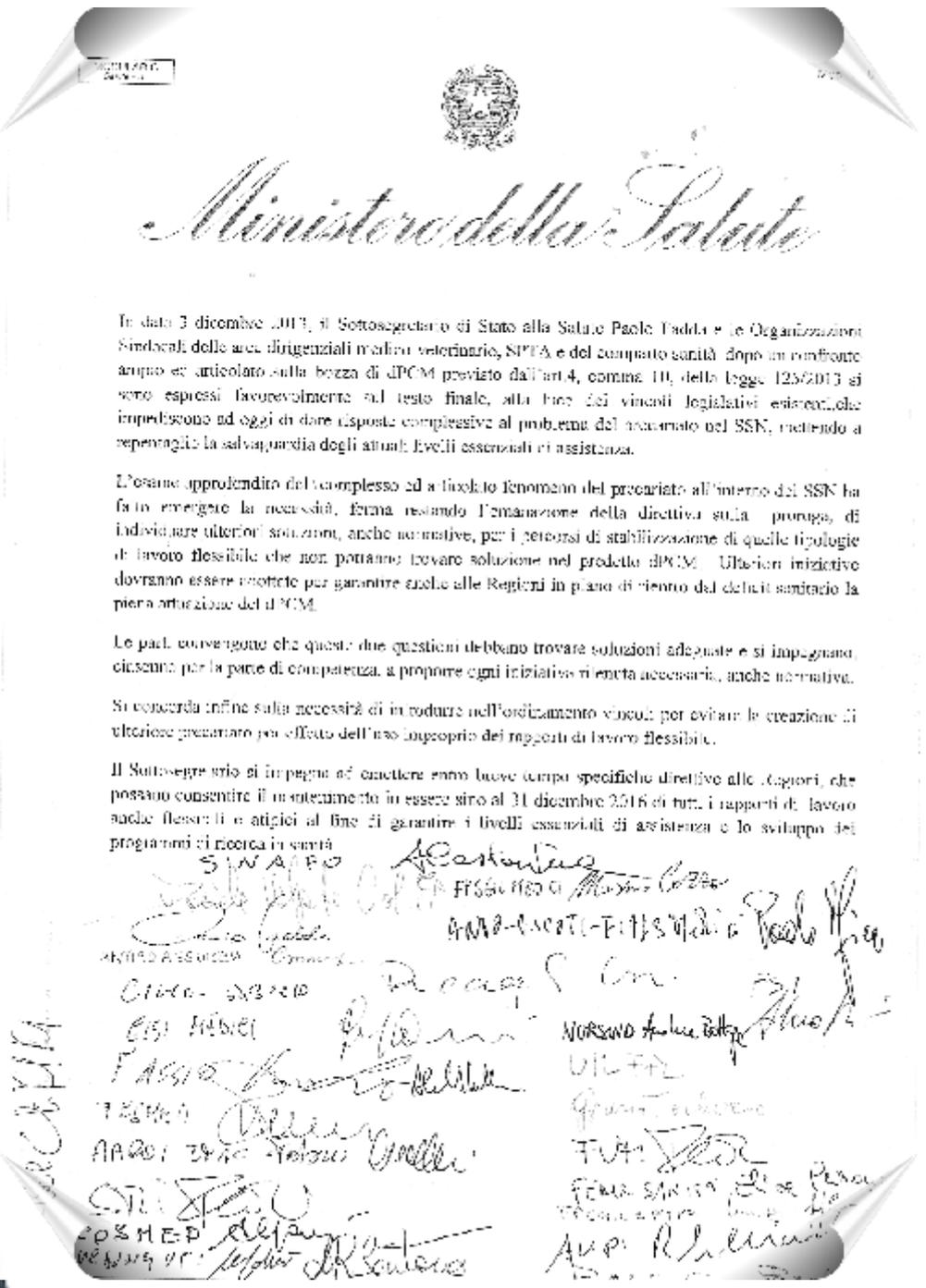
prima risposta ad un problema complesso che attualmente riguarda circa 30.000 persone.

Il DPCM, come modificato di comune accordo, dispone che le regioni possano bandire concorsi con riserva di posti per chi, negli ultimi 5 anni, può vantare un periodo lavorativo a tempo determinato anche non continuativo di 3 anni anche presso diversi enti del SSN. Sono fatte salve le procedure di mobilità, lo scorrimento delle graduatorie in essere e la stabilizzazione senza ulteriore concorso per

chi è già in graduatoria utile. Le graduatorie dei concorsi riservati hanno valenza regionale per cui un'azienda che non ha disponibile una graduatoria può attingere in ambito regionale a quella di un'altra azienda che ha bandito il concorso con riserva dei posti.

Il Sottosegretario Fadda si è, inoltre, impegnato a emanare una direttiva che proghi il personale precario, i cui contratti scadono al 31.12.2013, fino alla fine del 2016.

L'incontro è stato anche l'occasione



IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

per contatti informali sull'esito del tavolo delle competenze infermieristiche avanzate e che ci sembra procedere con la volontà di una sua chiusura.

La prossima settimana ci sarà un'altra convocazione presso il Ministero.

Rimangono aperti i fronti di forte preoccupazione del sindacato infermieristico che interessano la disoccupazione infermieristica giovanile e gli standard assistenziali che potrebbero rilevare sorprese poco gradite se considerati come occasione di taglio del personale nelle strutture ospedaliere.

Su questi temi c'è l'impegno del sindacato di portarli all'attenzione di Regioni e Governo.

Pubblichiamo il testo della circolare sulla proroga dei contratti a tempo determinato

Prot. n. 2013/sst/86/

Agli Assessori alla Salute

Loro Sedi

Oggetto: proroga dei contratti di lavoro a tempo determinato

La permanenza del blocco del turnover, anche per gli enti del SSN, induce a ritenere che il mantenimento in essere dei rapporti di lavoro flessibile del personale del comparto sanità, ivi compreso quello appartenente alle aree dirigenziali, medico veterinario, sanitaria, professionale, tecnico, amministrativa concorra a garantire l'attuale livello di erogazione delle prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza, anche attraverso il mantenimento e lo sviluppo di programmi di ricerca in sanità, in ossequio all'articolo 32 della Costituzione.

A tale riguardo, come è noto questo Ministero, in attuazione dell' articolo 4, comma 10 del decreto legge del 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n.125, è impegnato nella predisposizione di uno

schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri per disciplinare specifiche procedure concorsuali riservate alle professionalità del Servizio sanitario nazionale, in possesso di contratti di lavoro a tempo determinato e garantire, nel contempo, la continuità degli stessi.

Nelle more dell' emanazione del predetto decreto, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, per i contratti di lavoro a tempo determinato "del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale" trova in ogni caso applicazione il disposto dell'articolo 4, comma 5, del decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189.

Il legislatore, infatti, in considerazione della specificità del settore, al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, ha sottratto tali contratti alla disciplina generale dettata in materia di contratti a tempo determinato dal decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368.

In particolare l'articolo 4, comma 5, del citato decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189, introducendo il comma 4 bis all' articolo IO del decreto legislativo 6 settembre 2001, n.368, ha previsto che: "Nel rispetto dei vincoli finanziari che limitano, per il Servizio sanitario nazionale, la spesa per il personale e il regime delle assunzioni, sono esclusi dall'applicazione del presente decreto i contratti a tempo determinato del personale sanitario del medesimo Servizio sanitario nazionale, ivi compresi quelli dei dirigenti, in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari ed il rispetto dei livelli essenziali di assistenza. La proroga dei contratti di cui al presente comma non costituisce nuova assunzione. In ogni caso non trova applicazione l'articolo 5, comma 4-bis."

Successivamente il predetto articolo 4, comma 1 O, della legge n.125 del 2013,

nella consapevolezza del necessario apporto di tutto il personale del comparto sanità al fine di garantire la salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza, ha previsto l'adozione di un apposito decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri per disciplinare le procedure concorsuali riferite a tutte le professionalità del Servizio sanitario nazionale.

Nelle more dell'emanazione del predetto d.P.C.M., pertanto, si ritiene che i contratti di lavoro a tempo determinato possano essere prorogati ai sensi del citato articolo 4, comma 5, della legge n. 189 del 2012, il cui ambito di applicabilità, alla luce della ratio fatta propria dal legislatore con la summenzionata legge, può intendersi riferito a tutto il personale del comparto sanità.

Per le finalità suddette resta in ogni caso ferma la possibilità di prorogare, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, tutte le altre tipologie di lavoro flessibile.

Al fine della migliore programmazione dell'utilizzo delle risorse umane e professionali con la conseguente predisposizione ad un migliore benessere organizzativo, premessa necessaria e indispensabile per l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nonché di mantenimento e sviluppo di programmi di ricerca in sanità, le Regioni possono, come previsto dalla Legge 125/2013, procedere alla proroga anche fino al 31.12.2016, nel rispetto della normativa vigente.

Si rappresenta, infine, che il ricorso a nuovi contratti di lavoro a tempo determinato deve essere circoscritto ai soli casi eccezionali, con l'esclusione di cessione di funzioni core aziendali a qualsiasi soggetto esterno all'Azienda sanitaria per l'espletamento di prestazioni lavorative in appalto o interinali.

Roma, 10 dicembre 2013

IL SOTTOSEGRETARIO DI STATO

Paolo Fadda

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

Uno studio Europeo sui pericoli da

CARENZA INFERMIERISTICA

Pubblicato sulla prestigiosa rivista The Lancet, ma tra i Paesi oggetti dello studio, l'Italia è la grande assente

E' stato pubblicato in data 26 febbraio 2014 sulla prestigiosa rivista The Lancet lo studio RN4CAST: un gruppo composto da numerosi esperti internazionali, ha svolto un'interessante indagine statistica sulla professione infermieristica e sulla relazione fra questa e le politiche assistenziali e di istruzione dei governi.

Nello specifico lo studio si è riproposto di sondare se e quale sia l'interazione fra dotazione organica e livello di istruzione del personale infermieristico ospedaliero con il tasso di mortalità di pazienti chirurgici a 30 giorni dalla dimissione.

L'indagine ha coinvolto **422.730 pazienti** (di età pari o superiore a 50 anni) sottoposti ai comuni interventi chirurgici (chirurgia generale, ortopedica e vascolare) in **300 ospedali di 9 Paesi europei** (Belgio, Inghilterra, Finlandia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna, Svezia, e Svizzera) con una dotazione organica interressata pari a 26516 infermieri.

I dati sono stati omogeneizzati tenendo conto anche della presenza, nei pazienti, di eventuali patologie concomitanti (le più comuni: diabete senza complicanze, malattia polmonare cronica, carcinoma metastatico, cancro) ed applicando opportuni coefficienti di correzione. I dati analizzati si riferiscono agli **anni 2007-2010 per ricoveri di 2 o più giorni** e sono stati forniti dagli ospedali partecipanti allo studio.

I risultati che emergono dallo studio sono sorprendenti, non tanto per la dimostrazione della effettiva esistenza delle correlazioni che si volevano investigare, quan-

to per la portata numerica delle stesse.

Emerge infatti che la mortalità a 30 giorni dei pazienti chirurgici (con tutte le premesse metodologiche sul campione sopra esposte) 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 una unità nel rapporto pazienti/infermiere, la probabilità di decesso del paziente entro i 30 giorni 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.

L'associazione di questi indicatori permette di affermare che, secondo lo studio, in ospedali in cui almeno il 60% degli infermieri è laureato ed il rapporto pazienti/infermieri è mediamente 6:1 **la probabilità di decesso entro i 30 giorni dalla dimissione è ben del 30% inferiore** rispetto a quanto si verifica in strutture in cui gli infermieri laureati sono meno del 30% e il rapporto pazienti/infermieri è mediamente di 8:1.

Un verdetto senza sconti dunque che definisce a chiare lettere due punti cardine per il miglioramento delle performance in riferimento all'outcome valutato: il rapporto pazienti/infermieri (ed il carico lavorativo) va tenuto attentamente sotto controllo e non sottoposto ad eccessiva tensione e il livello di istruzione degli infermieri va mantenuto elevato.

Dati che sembrano purtroppo andare in

contrasto con le politiche di austerità applicate in molti Paesi, in cui la dotazione organica degli infermieri e il relativo onere economico esercitano una forte attrattiva per le politiche di spending review.

Allo stesso modo il dato sul livello di istruzione pare in dissonanza con l'approvazione da parte del Parlamento Europeo di percorsi di formazione specifica per infermieri cui accedere dopo un percorso scolastico minimo di 10 anni accanto agli attuali percorsi cui accedere con 12 anni di scolarità.

Lo studio può presentare, secondo le obiezioni che i detrattori possono sollevare, dei limiti sia per quanto riguarda il campione analizzato sia per quanto riguarda la specificità dell'outcome analizzato e che possono far dire non si tratti di uno studio che fornisce indicazioni significativamente rappresentative riguardo alle performance dell'intero servizio sanitario; tuttavia non si può ignorare la portata degli esiti di questa indagine, che conferma e rafforza quanto emerso da analoghi studi svolti negli Stati Uniti e, anche se di minor portata, in ambito Europeo.

Lo studio è consultabile al link: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext). The Lancet ha anche pubblicato un commento allo studio della professoressa in Infermieristica Alvisa Palese, dell'Università di Udine.

(a cura di **Chiara D'Angelo**)

Ginevra, l'I.C.N. lancia l'allarme

PERICOLO SCARSITA' INFERMIERI

La 19° Conferenza Internazionale I.C.N. lancia un monito sui pericoli da scarsità di personale infermieristico

Riuniti a Ginevra il 28 ottobre 2013 i rappresentanti di 137 associazioni infermieristiche in rappresentanza di altrettante Nazioni, associate all'I.C.N., lanciano un segnale d'allarme ai governi: **abbassare il numero di operatori dell'assistenza abbassa la qualità delle cure e mette in pericolo i pazienti e la salute pubblica.**

Il comunicato dell'I.C.N. riprende le conclusioni della conferenza sulla qualità delle cure tenutasi a Dublino dal 23 al 25 settembre 2013 a cui hanno partecipato esponenti del mondo infermieristico di

Svizzera, Canada, USA, Australia, Germania, Finlandia, Islanda, Irlanda e Svezia. Il rapporto evidenzia come l'importanza di un numero adeguato di infermieri distribuiti sui turni di lavoro sia la condizione indispensabile per garantire sicurezza ai pazienti e ridurre i costi sociali delle cure. In un momento di incertezza finanziaria globale, gli infermieri sono fattori chiave per la società perché garantiscono attraverso la pianificazione dell'assistenza il miglior risultato in costi/benefici. L'uso appropriato di perso-

nale infermieristico è efficace ed efficiente e costituisce un investimento intelligente per tutte le società e le economie. Una salute migliore, una migliore assistenza, più valore per tutti dovrebbe essere l'obiettivo di ogni governo.

Il forum di Dublino invita i governi e i datori di lavoro a proteggere la comunità fornendo livelli di personale infermieristico che garantiscano la maggior sicurezza agli esiti delle prestazioni sanitarie ai cittadini. E' essenziale che i governi utilizzino gli infermieri al pieno delle loro potenziali-



tà. Il Rapporto Francis (UK) ha evidenziato il legame tra la presenza di infermieri competenti altamente qualificati e una maggior sicurezza del paziente.

I delegati del forum hanno espresso crescenti preoccupazioni circa l'impatto dei tagli di bilancio, con riduzioni di personale e il peggioramento delle condizioni di lavoro di sicurezza e di assistenza ai pazienti. Chiedono a tutti i governi di prendere decisioni basate sull'evidenza per garantire il numero di infermieri indispensabile per l'efficacia delle cure e la sicurezza sul lavoro.

Il forum invita espressamente i diri-

genti infermieristici di parlare e operare nell'interesse dei pazienti e dell'assistenza infermieristica. I dirigenti sanitari dovrebbero utilizzare gli studi internazionali che identificano i benefici della leadership infermieristica ai sistemi di assistenza sanitaria nel miglioramento dei risultati sui pazienti.

I delegati al Forum sono stati unanimi nel chiedere infermieri, come esperti nell'assistenza diretta, per attirare l'attenzione alle condizioni di lavoro non sicure e altre barriere alla sicurezza delle cure.

Il Forum ICN si riunisce annualmente

per deliberare sulle tendenze comuni che interessano la capacità infermieristica di fornire cure efficaci e sicure al paziente. Le questioni discusse al 19° Forum, inclusi i livelli di personale ai fini della sicurezza, l'ambiente di lavoro h24 all'interno del continuum di cura e il valore economico degli infermieri per la società.

Il comunicato del Forum di Dublino è consultabile su http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/Communique_WFF_2013.pdf

(a cura di Donato Carrara)

Standard assistenziali e competenze infermieristiche

la post ausiliarità secondo il Prof. I. Cavicchi*

Intervista esclusiva di Infermieristicamente

Professor Cavicchi ho seguito il convegno di Padova sulle dotazioni organiche degli infermieri, nel quale ha ricevuto molti applausi e consensi, mi dice Lei cosa ne pensa?

Il convegno è andato benissimo ma non per gli applausi ma per i risultati che ha conseguito e per il metodo che di fatto ha espresso. Tutto inizia con una delibera del Veneto per ricalcolare gli organigrammi degli infermieri al minimo, e con un mio articolo su "Quotidiano sanità" e poi altri articoli. La delibera aveva diviso il fronte degli infermieri e quello sindacale, proponeva una metodologia vecchia e superata (i minuti di assistenza), ma soprattutto era una proposta a ribasso che introduceva l'idea di poter risparmiare sulle dotazioni organiche degli infermieri. Il convegno ha coinvolto prima di tutto la società civile (l'Associazione Veneto e Salute) perché la questione giustamente è stata ritenuta politica e non tecnica (meno infermieri vuol dire meno assistenza), si è confrontato direttamente con la Regione (che ha accettato con grande disponibilità il confronto) alla quale ha rivolto un discussione costruttiva con lo scopo di rinegoziare la delibera. Il risultato è che gli infermieri e i sindacati si sono ricompattati su una ipotesi più accettabile di organici, la Regione si è dichiarata disponibile ad una correzione concordata ed ora si aprirà una fase che a partire dall'accordo inizierà un lavoro di ricerca per definire una metodologia più aggiornata e più appropriata. Quella alla quale ci si riferisce è nata nel 1969 con la riforma Mariotti.

In quella circostanza Lei ha detto che non si può definire un "metodo" se prima non si definisce "l'oggetto del metodo" e che l'oggetto del metodo per calcolare gli organigrammi non è il numero degli infermieri, ma "l'opera" degli infermieri. Mi sembra di ricordare

che l'idea di "opera" Lei l'aveva introdotta proprio parlando degli infermieri, già nel suo libro "Medicina e Sanità: snodi cruciali" del 2010. Me la vuole spiegare meglio.

Gli operatori in sanità hanno tutti una valenza strumentale, cioè servono per produrre salute, essi sono mezzi e strumenti di cui si avvale l'art 32, per cui "l'opera" degli infermieri è la condizione da cui dedurre le loro dotazioni organiche. Quindi non è corretto definire un metodo per stabilire in prima istanza quanti infermieri servono, in prima istanza si deve definire "l'opera" che serve ad assistere i mala-



ti e in seconda istanza quanti infermieri servono a garantirla. Se si parte dal numero minimo di infermieri "l'opera" diventerà inevitabilmente a sua volta minima e risultando di fatto una variabile dipendente dalle logiche economicistiche. Una volta definita l'opera scatta la seconda fase che vorrei riassumere in un principio: "il modo di operare degli infermieri segue il loro modo di essere", cioè l'opera dipende da come sono organizzati gli infermieri, quan-

ti sono, come sono distribuiti, come sono formati...

Mi scusi professore se la interrompo, ma questo principio mi piacerebbe che Lei lo approfondisse. Da quel che ho letto di Lei prima di intervistarla, esso sarebbe alla base dei maggiori problemi degli infermieri oggi, o sbaglio? Lei stesso nel suo discorso a Padova ha rimarcato che se le piante organiche (ma più in generale l'organizzazione) continueranno ad essere fatte come se l'infermiere non fosse cambiato, si finirà per il riproporre un infermiere vecchio e, mi scusi, tornando di nuovo al suo libro "Medicina e Sanità snodi cruciali" quando lei parla "dell'infermiere post-ausiliario" è come se dicesse che nella realtà il modo di operare degli infermieri non è sostanzialmente cambiato perché non è cambiato il loro modo di essere... è così?

Si è così. L'infermiere "post ausiliario", che riguarda la maggior parte degli infermieri, è incastrato tra l'autonomia giuridica della 42 e l'ausiliarità di fatto della realtà di lavoro. Lei ha perfettamente compreso il senso della post ausiliarità. Tra quello che l'infermiere è veramente e quello che dovrebbe essere c'è un divario che per me non dipende dai medici cattivi, dalle aziende e dai direttori generali incapaci, ma da un deficit di elaborazione e da uno stallo della strategia riformatrice e probabilmente da una classe dirigente oggettivamente invecchiata. Poi certamente vi sono le cause concomitanti come i medici conservatori ed il resto, ma la verità è che "strategicamente" ci si è seduti sulle conquiste degli anni 90 pensando di poter vivere di rendita e siccome le contraddizioni, nonostante tante esperienze importanti, ormai ci escono dalle orecchie qualcuno pensa di dare il contentino ad un po' di infermieri con le competenze avanzate e più in là con gli infermieri specializzati.

Ma la post ausiliarietà resta e non è risolta. Cioè la massa della categoria resta indietro.

Scusi professore ma come è possibile superare la post ausiliarietà?

Veda l'idea di "opera", a cui lei si è riferita prima, è un modo pragmatico per ridefinire a scala di categoria la prassi dell'infermiere quindi di ridefinirne il lavoro; l'idea di "autore" cioè di un infermiere che scambia autonomia con responsabilità misurato dagli esiti, è un modo pragmatico di conciliare i compiti con gli impegni e andare oltre la post ausiliarietà; ancora l'idea del "reticolo professionale" che ho proposto nel mio ultimo libro (Il riformista che non c'è), è un modo anche questo pragmatico per definire l'infermiere integrando soprattutto conoscenze, autonomia e organizzazione. L'organizzazione è un concetto fondamentale. Esso è il termine medio tra modo di operare e modo di essere dell'infermiere. Come si fa a definire cosa è l'infermiere in assenza di organizzazione? E siccome per gli infermieri è impossibile lavorare in assenza di organizzazione le vecchie organizzazioni che ci sono, di fatto, si rimangiano le loro conquiste legislative. Purtroppo, a parte queste proposte, non vedo all'orizzonte una strategia per andare oltre la post ausiliarietà, vedo solo maldestri tentativi di convivere e di razionalizzarla con conquiste ausiliarie quali ad esempio, le competenze avanzate.

A proposito professore, Lei sa che le sue posizioni pubbliche sulle competenze avanzate hanno suscitato perplessità e critiche anche da parte di coloro che la stimano; io stessa non Le nascondo che leggendo i suoi articoli ho avuto l'impressione che fosse più "vicino" a i medici che agli infermieri...

Mi duole questa volta darle torto. Prima della Silvestro e di Bianco per me viene Chirone; non le dico Esculapio perché gli storici attuali ci dicono che Esculapio più che un Dio fosse semplicemente il capo dei sacerdoti che in Grecia praticavano la medicina. Cioè prima di tutto viene l'opera della medicina poi proprio perché strumentali, vengono gli interessi legittimi delle professioni. Se questi interessi compromettono l'opera della medicina io, in nome di Chirone, li contrasto. Perché per me vale ancora l'idea di un bene superiore e di un bene comune. Quanto alle competenze per me non c'era bisogno di scatenare guerre, esse fanno già parte dello stato delle cose per cui bisognava semplicemente prenderne atto; in certi settori esse rappresentano una naturale evoluzione della professionalità infermieristica, e in altri delle possibilità da sistemare con semplici intese locali. Quindi per me le competenze avanzate in quanto tali non sono un problema, anzi le considero espressioni del buon senso pratico. Diventano un problema quando le Regioni ci vogliono speculare per risparmiarci sopra, quando non è chiaro se esse sono ridefinite in un profilo dato o se ridiscutono il profilo, quando sono pro-

poste "a costo zero" creando rischi di dumping, quando sono teorizzate in aperto conflitto con i medici teorizzando il conflitto come unica modalità di confronto, quando sono usate per coprire i buchi di strategie palesemente inadeguate. In sostanza le mie perplessità sulle competenze avanzate che, a differenza di qualcun altro, ho cercato di discutere alla luce del sole, riguardano il modo come esse sono state gestite... e mi permetta, se vale ancora il principio di prima, mi faccia dire che il modo come è stata gestita la questione mi dice molte cose sul modo di essere oggi non degli infermieri che restano nella post ausiliarietà, ma della loro classe dirigente.



Immagino professore che il termine "cavicchiate" che qualcuno ha usato per screditarla non le abbia fatto piacere...

E' una stupidaggine che non merita menzione, ma forse le interesserà sapere che ho contestato coloro che usavano il termine "proiate". Di Proia non condivido niente e lo considero davvero fuori dal tempo, ma non permetto che si irrida alla sua buona fede. Io lo conosco da tanti anni e con lui ho fatto tante battaglie, lui è since-

ramente convinto che con la cabina di regia e le competenze avanzate di fare la rivoluzione. Che dire... beato lui. Io provo a declinare l'idea di rivoluzione che mi è stata cara tanti anni fa con quello di riforma e però mi trovo a discutere ancora del profilo, delle competenze. No la cosa che mi ha colpito non sono le "cavicchiate" ma, per richiamare il titolo di un film "Quelli dello zoo di Berlino". Gente che mi telefonava per dirmi che era d'accordo con me ma non poteva dirlo, altri che si defilavano per ragioni di carriera, altri ancora chiamati a scendere in campo ma evidentemente imbarazzati, altri ancora che mi ringraziavano perché criticavo l'Ipasvi, ancora altri che mi rimproveravano di offrire il fianco alla strumentalizzazione cioè di dare voce all'opposizione... ammesso che da qualche parte ve ne sia una... ma ho i miei dubbi. Insomma da una parte uno sciame di api disorientate e dall'altra la brutta sensazione di un dispotismo strisciante, brutto sgradevole che chiude le bocche e, in fondo, la grande massa degli infermieri nella loro post ausiliarietà.

E i medici, in questa vicenda non hanno fatto una gran figura... si sono sempre opposti all'ipotesi di accordo, no?

Si ha ragione ne sono usciti malissimo, anche se in realtà loro non si opponevano all'accordo ma proponevano delle modifiche che secondo me avremmo fatto bene a prendere in considerazione. Come immagino saprà, io ho insistito molto sulla coevoluzione delle professioni perché per me era importante fare un accordo vero. Le normative, a dispetto dei santi ed è proprio la post ausiliarietà che lo dimostra, rischiano di restare sulla carta. L'errore strategico di chi ha gestito tutta la faccenda è di aver rifiutato la proposta dei medici di definire le competenze insieme all'atto medico. Era l'occasione per sancire un accordo vero. Ora resta tutta intera l'ambiguità: infermieri e medici sono confinanti, ma il confine resta ambiguo per cui si continuerà a litigare nei luoghi di lavoro e questo non è bene. I medici non hanno problemi diversi dagli infermieri ma i loro sono un tantino più drammatici. Fino a quando non chiariranno cosa debba essere un medico oggi, dubito che riusciranno a definire l'atto medico. Detto ciò non mi fido di coloro che cercano la standing ovation parlando male dei medici e meno che mai di coloro che campano dichiarando loro delle guerre. Trovo assurdo che a tutt'oggi non si sia riuscito a mettere in piedi un tavolo medici/infermieri, ma non inspiegabile.

E del NurSind che ne pensa...

Ad essere sincero non credo di conoscerlo come dovrei. Leggo naturalmente le vostre prese di posizioni e devo dire che apprezzo molto il vostro senso pratico e la vostra concretezza. A proposito di competenze avanzate ho condiviso le vostre posizioni, erano le uniche che stavano con i piedi per terra... senza dimenticare mai i

veri problemi della categoria. La sensazione che ho è quella di una rappresentanza tra gli infermieri, non sopra gli infermieri. Questo non è poco e a me serve a capire di

più i vostri problemi.

**Professore di Sociologia e Filosofia della Medicina, Università degli Studi di*

Roma "Tor Vergata"

Intervista a cura di **Chiara D'Angelo**

Una riflessione sull'intervento di Cavicchi

A CHI OSA...

Ho apprezzato la disponibilità del Prof. Cavicchi a concedere un'intervista alla collega Chiara D'Angelo per Infermieristicamente Sindacando di NurSind. Una concessione d'attenzione che ci onora e ci lusinga nelle parole conclusive del pezzo perché coglie lo spirito che ci muove: "una rappresentanza tra gli infermieri, non sopra gli infermieri".

Di Cavicchi, devo essere sincero, ho avuto pensieri contrastanti. Ho sempre fatto fatica a inquadarlo e quando mi trovavo a collocarlo in una posizione all'articolo successivo dovevo rivederla. Sia chiaro: forse è più un mio limite di comprensione e di lettura che non un dato di fatto.

Anche quest'intervista mi costringe a ripensare la mia idea sul posizionamento di Cavicchi in particolare sulle "competenze avanzate infermieristiche".

Nel dibattito avvenuto attraverso il sito di Quotidiano Sanità mi sembrava – come ha giustamente sottolineato anche l'intervistatrice – che la sua posizione fosse di parte, più vicina al punto di vista dei medici almeno nell'esito (bloccare l'accordo) anche se nell'analisi si notavano le differenze. E per noi, pur non avendo sottoscritto il documento e rappresentando diverse perplessità, condurre in porto un documento che era ormai divenuto una bandiera dell'indipendenza e autonomia della professione significava sottolineare un principio più che dare una soluzione ai conflitti interprofessionali, nati con le denunce per il see&reat e il perimed. Durante questo percorso abbiamo cercato di non andare sopra le righe ed evitare lo scontro diretto tra professioni. Infatti, abbiamo sempre ostentato tranquillità sull'esito delle trattative perché molti fatti di contenuto e di relazione ci indicavano la concreta possibilità di raggiungere l'obiettivo.

Ora, rileggendo la sua intervista, e avendo sempre condiviso e sottolineato il problema del riconoscimento economico, debbo riposizionare i miei pensieri anche se, a mi avviso, ci sono delle imprecisioni in questo nuovo approfondimento.

Anzitutto non mi pare sia vero che i medici "non si opponevano all'accordo ma proponevano delle modifiche". L'intersindacale ha proprio detto esplicitamente, dopo che il ministero aveva chiesto loro di inviare gli emendamenti (come è stato fatto per la bozza di DPCM sulla stabilizzazione dei precari e per la bozza di

documento sulla Cabina di regia), che non erano possibili emendamenti al testo perché esso conteneva un vulnus di natura giuridica che inficiava forma e sostanza del documento.

In secondo luogo, pur nella mia breve esperienza di partecipazione a questi tavoli (Nursind è rappresentativo dal 2013), ho avuto modo di apprezzare il lavoro svolto da tutti i dirigenti del Ministero, dal Sottosegretario e in particolare dal dott. Proia che ha contribuito ad armonizzare le diverse posizioni cercando il più ampio consenso delle parti. Esercitare l'arte della mediazione e la necessità di arrivare al "dunque" comporta sempre una posizione intermedia e non sempre pienamente soddisfacente. E' veramente difficile mettere

cambio di rotta e di marcia (e i recenti eventi della vita politica lo confermano). Così, si diceva, il sistema non può più procedere, si deve cambiare rotta e questi documenti sono i primi segnali che si è voluto dare semplicemente perché erano già stati discussi, pronti e fermi al tavolo. Iniziare daccapo nessuno se lo poteva permettere.

A parte queste due precisazioni devo dire che condivido molto di quello che ha scritto Cavicchi voglio però integrare con ulteriori elementi di critica i dei due tempi trattati: gli standard assistenziali come definiti dalla Regione Veneto e le competenze avanzate infermieristiche.

Condivido l'impostazione che "l'opera dipende da come sono organizzati gli infermieri, quanti sono, come sono distribuiti,



d'accordo tutte le parti – e ce ne sono molte al tavolo – perché anche una sola parola cambia il senso di tutto un documento e alla fine si deve stringere su un testo e un obiettivo. Inevitabilmente gli accordi sono figli dei tempi e possono sempre essere migliorati. Come nella vita politica, in un momento di criticità è necessario dimostrare di fare qualcosa, di uscire con norme che imprimano un cambio di rotta, di finirla di essere autoreferenziali e di continuare a chiacchierare. Se qualcuno pensava che si sarebbe continuato a discutere e discutere senza arrivare al dunque sulle competenze avanzate (forse era questo che pensavano i medici?) si sbagliava di grosso: l'indirizzo politico che ho colto è quello del necessario

come sono formati..." perché è la qualità del lavoro (dell'opera o degli esiti in termini di salute) che è prioritaria rispetto alla definizione delle dotazioni organiche. Oltre a critiche di carattere politico (cioè di scelte amministrative sull'allocatione delle risorse) ci sono critiche di carattere metodologico e di contenuto che si possono rivolgere alla delibera della Regione Veneto sulla dotazione degli standard assistenziali, non ultima la valenza del tempo OSS (decurtato già in partenza di una percentuale che non sia se poi rientra nella dotazione complessiva) piuttosto che un valore di 200 minuti/pz/die come previsto dal position paper di alcuni professori universitari e dirigenti infermieristici del

nord-est come tempo minimo per garantire un'assistenza di qualità ai pazienti.

Sono proprio le condizioni lavorative e organizzative dei servizi che rappresentano oggi un limite all'espletamento del mandato professionale. L'Infermiere "post ausiliario" esiste entro questo limite, non a caso in diverse situazioni il Nursind ha intentato cause per demansionamento a dimostrazione che parte della professione è ancora schiacciata da un'organizzazione che vede l'infermiere come il "paramedico" cioè come colui che fa tutto quello che non fa il medico e quindi può sostituire l'ausiliario, la signora delle pulizie, la segretaria, l'elettricista, l'idraulico, ... con buona pace delle direzioni infermieristiche. La necessità di scendere a compromessi da parte delle direzioni e, in molti casi, degli stessi infermieri rendono il cambiamento organizzativo minimo e la realizzazione del mandato professionale (la pianificazione personalizzata dei bisogni assistenziali) limitata. Quanti attuano un'assistenza di tipo professionale come individuata dalle norme? Quali strutture impiegano il personale solo per questo mandato? Quali équipe professionali si sono dotate di tutti gli strumenti professionali necessari? Riconosco che in molte realtà si stanno facendo passi in avanti importanti ma l'impressione che ho è che persistono questi limiti sia nelle menti dei dirigenti che in quelle di alcuni colleghi. Perché così è più facile e ci sono meno responsabilità.

Ripeto, sono convinto anch'io che le competenze avanzate non sono la soluzione per una crescita complessiva della categoria ma sono il tassello per il completamento di un quadro di sviluppo professionale che finora mancava. Forse non prioritario in questo momento, forse per pochi e non per tutti ma tant'è che su tale tema si è giunti ora dopo un lavoro di due anni e chiuderlo, con tutte le critiche che si possono fare al documento, ci sembrava cosa buona e giusta.

Ciò che aggiungo alle riflessioni di Cavicchi e che mi ha particolarmente colpito è lo scarso dibattito c'è stato all'interno della professione in tutte le sue principali componenti. Anzitutto il luogo del dibattito, non è possibile non notarlo, si è collocato al di fuori dei luoghi istituzionali della professione. Se ne è parlato poco nei forum professionali, nei convegni e tanto su un terreno neutro come il sito di *Quotidiano sanità*. Se un infermiere voleva tenersi aggiornato sull'evoluzione del dibattito sulle competenze avanzate doveva leggere il susseguirsi di articoli sul quotidiano on line. Tra i vari contributi non sono mancate posizioni personali o di qualche professionista con master di area o dirigente. Ciò che è mancata è una posizione delle associazioni infermieristiche di settore che dovrebbero essere le prime a esprimere pubblicamente la loro opinione perché direttamente interessate da punto di vista formativo e organizzativo (di imple-

go e di valorizzazione di tale figura). Chi sa cosa ne pensano queste associazioni? L'Aniarti ha espresso il suo punto di vista nel suo Congresso annuale a Napoli ma ha lavorato sempre dentro la professione; il parere di altre associazioni infermieristiche non è pervenuto. Perché? Anche il mondo accademico sembra scollato da questi temi. Chi sa cosa ne pensano i professori universitari di scienze infermieristiche? In rete non ho avuto modo di leggere alcuna presa di posizione e nei convegni li vedo così poco...



Sugli standard assistenziali il silenzio è stato ancor più assordante. La prima impressione è che la cosa sia stata confinata all'interno di una regione senza pensare che quella regione guida la commissione sanità della Conferenza stato regioni e che quello che sboccia a Venezia fiorisce a Milano, Roma, Firenze, Bologna, Bari, Napoli, Palermo, ... Più volte ho avuto modo di affermare che il lavoro sulla definizione degli standard assistenziali non era un problema del Veneto ma un problema di tutti e che sarebbe stato utile effettuare simulazioni in diverse aziende di diverse regioni per poterne valutare la ricaduta su tutto il territorio nazionale. Personalmente ho tentato di contattare alcuni dirigenti e chi li rappresenta ma, al di là di qualche singola risposta, ho trovato il silenzio. Sulle

dotazioni standard infermieristiche il dibattito è proprio mancato. Per questo abbiamo chiesto a Chiara di aprire uno spazio di confronto su questo sito infermieristico ospitando un parere autorevole di un partecipante al convegno del 7 febbraio a Padova. I lavori sugli standard sono stati seguiti passo passo dai colleghi IPASVI del Veneto che, pur nella diversità di vedute, hanno tentato di portare una posizione unitaria. A mio parere hanno pagato anche loro una necessità di compromesso per i molti temi e tavoli aperti riguardati le schede ospedaliere e la realizzazione del Piano Socio Sanitario Regionale. Anche i dirigenti infermieristici del Veneto mi risulta siano intervenuti ma, a parte l'ottimo lavoro pubblicato nel 2011, considero la loro forza scemata nel tempo perché troppo legata al caso singolo e ad una mancanza di unione anche sindacale (non a caso Nursind punta a costruire un'apposita area per le figure del management), mentre ha giustamente preso posizione il Coordinamento nazionale caposala.

Desidero concludere questi spunti dichiarando qual è il mio pensiero sulla professione. In primis sono preoccupato per l'aggravarsi del fenomeno della disoccupazione infermieristica e del blocco economico dei contratti. Due aspetti prioritari oggi nell'azione del sindacato per tutelare chi è dentro e fuori dal mondo del lavoro. Non vorrei che ogni altra discussione servisse a distogliere l'attenzione da questi due aspetti proponendo tavoli autoreferenziali che forniscano "oppio per i popoli". In secondo luogo vorrei si giungesse a legittimare formalmente i percorsi assistenziali per sancire che chi prende in carico un paziente alla fine del percorso ne certifica l'esito per la propria opera professionale. In ciò si esprime il vero professionista, nel certificare che quanto realizzato è conforme ai principi della scienza infermieristica e che gli esiti sono il diretto effetto delle proprie attività, competenze e conoscenze. Infine, che quest' "opera" abbia un valore economico riconosciuto (come i DrG) in modo da valutare il vantaggio e l'impatto dell'azione professionale infermieristica sul sistema. In questa direzione spero che l'intelligenza professionale capisca che aiutandoci possiamo accelerare il cambiamento e la maturazione della categoria. Il limite all'interno della professione che vedo è proprio questo: ognuno sta chiuso nel suo posto che attraverso uno sforzo personale si è conquistato e segue la sua strada senza alzare lo sguardo per vedere di portare anche gli altri a vedere nuovi orizzonti.

Penso che, come me, anche Cavicchi con le sue riflessioni sia una persona a cui piace osare e raccogliere le sfide di un confronto diretto. Spero non saremo gli unici...

Andrea Bottega
Segretario Nazionale Nursind

Cosa scrivono degli infermieri?

Riportiamo i passi dedicati al rapporto tra medici ed infermieri pubblicati dall'ACOI (Ass. Chirurghi Osp. It.) sul manuale «Medicina e legalità»

Il rapporto tra medico e infermiere è caratterizzato da autonomia di ciascuna delle due professionalità?

Il rapporto che lega medici e infermieri, alla luce dell'abrogazione del d.p.r. 14.03.1974, n. 225 (c.d. "mansionario"), si caratterizza per essere improntato all'autonomia: la professione infermieristica ha cessato di avere un ruolo meramente ausiliario. L'art. 1 della legge 10.08.2000, n. 251 sancisce questa nuova realtà di collaborazione non subordinata, affermando: «Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette a» etc.

Il medico ha responsabilità per le attività volte a soddisfare i bisogni infermieristici del paziente?

Non più. L'infermiere, in ragione della sua autonomia, è responsabile delle azioni che rientrano nell'assistenza infermieristica. L'art. 1 del d.m. 739/1994, delineando la figura dell'infermiere, afferma: «L'infermiere (...) è responsabile dell'assistenza generale infermieristica». Specificandone poi il campo di azione, e dunque di responsabilità, afferma: «L'infermiere: partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche» etc.

Il medico può imporre all'infermiere le modalità di svolgimento del suo lavoro?

Il medico non può più imporre all'infermiere le modalità di svolgimento di un intervento di competenza di quest'ultimo, ma, soprattutto, non può più indicare all'infermiere quali attività compiere per soddisfare i bisogni infermieristici del paziente.

Il medico può essere chiamato a rispondere per errori commessi dall'infermiere?

In linea generale, e con le eccezioni che vedremo, non rientrando più l'attività infermieristica nella competenza decisionale del medico, egli non ne sarà responsabile.

Nella cura farmacologica l'infermiere è mero esecutore della prescrizione del medico?

L'inserimento nelle funzioni infermieristiche del compito di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche implica una costante attività di verifica da parte dell'infermiere del processo terapeutico nelle diverse fasi di prescrizione, conservazione, somministrazione e raccolta degli effetti prodotti. L'apporto infermieristico non può limitarsi, dunque, alla passiva esecuzione della prescrizione ricevuta, ma implica la previa verifica della correttezza dell'operazione.

Una volta terminato l'intervento il chirurgo è responsabile dell'assistenza post-operatoria affidata all'infermiere?

Il chirurgo, così come gli altri operatori sanitari, è titolare di un'ampia posizione di garanzia nei confronti del paziente, che si estende alla fase dell'assistenza post-operatoria; ne deriva che il chirurgo deve assicurarsi che il paziente sia adeguata-



mente assistito dopo l'operazione da personale idoneo e presente in numero adeguato, cui deve anche fornire tutte le indicazioni terapeutiche necessarie. Egli, dunque, nel trasferire la sua posizione di garanzia, deve fornire le necessarie indicazioni terapeutiche e di controllo dei parametri vitali del paziente appena operato, e deve seguire direttamente - anche per interposta persona - il decorso postoperatorio attraverso la scelta oculata dei soggetti che dovranno occuparsene. Nel caso in cui ciò non avvenga, il chirurgo può essere ritenuto responsabile per non aver fornito idonea assistenza post-operatoria avendola affidata a personale infermieristico non adeguato.

Il chirurgo è responsabile della c.d. "conta dei ferri" al termine dell'operazione?

Sul tema dell'errore nella conta dei ferri chirurgici a opera dell'infermiere cosiddetto "ferrista", la giurisprudenza ritiene responsabile l'intera equipe chirurgica. Ciò sulla base del principio in forza del quale il medico, qualora si avvalga di

ausiliari ai quali sia materialmente affidata l'esecuzione di un compito, conserva intatto sull'attività degli stessi il dovere di vigilanza, nonché sulla base della considerazione che, nel settore chirurgico, il personale infermieristico ha funzioni di assistenza ma non di verifica dell'intervento operatorio nella sua completezza, essendo quest'ultima prerogativa del medico.

Esiste un obbligo di collaborazione tra medico e infermiere?

Il nuovo codice deontologico dei medici, differentemente da quanto avveniva nel passato, sancisce espressamente un dovere di collaborazione tra il medico e le diverse figure sanitarie che prestano la loro opera a beneficio del paziente. All'art. 66, infatti, si legge: «Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali».

In modo consonante, l'art. 5 del codice deontologico degli infermieri prevede: «L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'equipe». Lo stesso art. 1 del d.m. 739/1994, del resto, fa espresso riferimento al fatto che: «l'infermiere (...) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali».

Il medico in posizione apicale è responsabile dell'attività infermieristica che si svolge nel reparto da lui diretto?

La responsabilità di organizzazione e gestione della struttura assegnata al primario non può non comprendere anche l'attività infermieristica. Il d.p.r. 761/1979 - già esaminato - impone al primario di esercitare «funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura», che comprendono anche le attività infermieristiche, a loro volta funzionali alla cura del paziente. Nello stessa direzione ci sembra che conduca il d. lgs. 229/1999, nel quale è affermato che il medico in posizione apicale può dare direttive a tutto il personale operante nella struttura da lui diretta.

Nel gruppo di studio di Medicina e Legalità hanno collaborato gli avvocati Fabio Ambrosetti, Maria Cristina Faravelli e Antonio Rossomando; i magistrati Giuseppe Battarino, Paola Pirotta, Cristiana Roveda e Damiano Spera; i medici legali Alessandra De Palma, Antonio Farneti e Arnaldo Migliorini; i giuristi Sara Melotti, Alfio Valsecchi, Francesco Viganò e Lorenza Marco.

Infermieri oggi...

tra stress, conflitti e gestione delle emozioni

L'infermiere è costantemente chiamato ad un compito molto complesso: esercitare un preciso ruolo professionale all'interno di un ampio scenario psicologico derivante da una complessa ed emotivamente forte relazione d'aiuto con il malato e la sua famiglia. Il contesto in cui è chiamato ad operare, anche per i carichi di lavoro sempre più gravosi, è spesso definito "una giungla", il lavoro paragonato ad una "lotta contro i mulini a vento", pervade di frequente un senso di "solitudine" e di "individualismo" professionale, generalmente manca la percezione dell'organizzazione e del gruppo come "punti di forza" (ognuno è solo davanti al suo lavoro e deve trovare da sé e in sé le risorse per affrontare fatica e disagio) quando, addirittura, non vengono vissuti come un ostacolo. Nella professione infermieristica si hanno manifestazioni di stress, di burn-out e di sovraccarico emotivo che portano ad una inevitabile difficoltà lavorativa che, non infrequentemente, si manifesta anche con conflitti all'interno del gruppo di lavoro. Il conflitto spesso diviene l'unica forma di comunicazione e, paradossalmente, la comunicazione diviene conflitto.

Ne parliamo con la **Dott.ssa Flavia Centurrino, Psicologa-Psicoterapeuta**, Direttore dell'Agenda Formativa e Provider Pegaso Lavoro Soc. Coop., Formatrice esperta di comunicazione, dinamiche dei gruppi e gestione delle emozioni.



Quali sono, secondo la Sua esperienza, le difficoltà psicologiche con cui il professionista infermiere si trova spesso a dover fare i conti nella sua attività lavorativa?

Da quando ho iniziato a lavorare nell'ambito della formazione partecipata con gli infermieri, ormai più di dieci anni fa, mi sono resa conto che il lavoro dell'assistenza nelle sue varie componenti

relazionali, pur avendo un fortissimo impatto sulla quotidianità lavorativa degli infermieri non ha, dal punto di vista delle istituzioni, né un luogo né un tempo dedicato.

Gli operatori, infatti, sono sempre più compressi dai carichi di lavoro e sono sempre meno in condizione di curare l'aspetto umano dell'assistenza, spesso soli nel tentativo di non lasciare che si compia il processo di disumanizzazione del paziente, così "rubando" il tempo, continuano a dedicarsi ai bisogni non solo sanitari dei loro pazienti. Ma invece di avere in cambio elogi o riconoscimenti ottengono fatica, stress e banalizzazione del proprio lavoro.

La vischiosità del contatto quotidiano con la malattia, l'urgenza del bisogno, il carico emozionale e le molteplici necessità cui l'infermiere fa fronte non viene preso in considerazione e nella stragrande maggioranza dei contesti non esistono figure qualificate a cui poter rivolgersi per decomprimere il potenziale stressogeno del lavoro relazionale dell'assistenza.

Quali i fattori protettivi?

Il gruppo dovrebbe essere un meraviglioso ombrello protettivo, peccato però, che l'equipe sia più una dimensione ideale che una pratica quotidiana. Viviamo ancora dei forti attriti interprofessionali, rapporti intra e interprofessionali caratterizzati dalla difesa del proprio specifico a dispetto della inter-dipendenza e della collaboratività e, quindi, anche del clima e del benessere degli operatori.

Il fattore protettivo, quindi, diventa la singola capacità di fronteggiare la fatica e le richieste in termini emotivi che vengono dal lavoro assistenziale. Una capacità di auto-tutela che non sempre è presente e che non sempre risulta efficace.

Nei suoi corsi, quali sono i fattori di stress che maggiormente le riportano i colleghi?

Sicuramente il rapporto con i parenti dei pazienti è un elemento che ritorna sempre come fonte di fatica e di stress, la mancanza di preparazione psicologica, di una formazione specifica per ciò che concerne la comunicazione con l'utenza e di sensazione di essere esposti e gettati senza riparo alla crescente aggressività sociale.

Il riverbero della gravissima situazione sociale che stiamo vivendo è maggiore evidente in un contesto di bisogno come quello sanitario o socio-sanitario dove, ai problemi legati alla condizione di malattia, vengono a sommarsi quelli legati al disagio sociale, all'incertezza del futuro e alle difficoltà economiche.

In questo scenario, per certi versi tragico, l'infermiere prova a continuare ad offrire una risposta professionale ma nel



contempo umana.

Altro elemento di stress e di frustrazione, direi addirittura dolorosa, è legato, a mio parere, al misconoscimento sociale della professione ed alla difficoltà che ancora esiste di vedere aggiornato, nell'opinione pubblica e nel sentire comune, il ritratto professionale dell'infermiere.

È molto avvilente dover difendere quotidianamente la valenza del proprio lavoro e combattere con un'immagine della professione ormai francamente anacronistica.

Vero è, però, che la prima sfida esiste all'interno della professione stessa e consiste nel legittimarsi in un ruolo che non ha subalternità rispetto ad altre professioni ma semmai contiguità.

Lo stress è spesso causato dalle dinamiche interne all'U.O. che riguardano aspetti comunicativo-relazionali, organizzativi e di gestione del lavoro. Come si potrebbero arginare tali criticità?

Il lavoro sulle dinamiche relazionali nelle equipe dovrebbe essere un appuntamento fisso di ciascuna unità operativa. Nella totalità dei corsi che ho fatto, si parlasse di conflitti, di comunicazione, di gestione delle emozioni o di relazione assistenziale l'esigenza di riproporre la formazione sulle competenze relazionali all'interno dei contesti di lavoro e con il proprio gruppo e la propria equipe emerge in maniera diffusa.

Credo che, comunque, offrire momenti di confronto, di scambio che funzionino da stimolo ma anche da connettore tra gli operatori sia un modo di contrastare il paradosso di un lavoro che sembrerebbe di gruppo ma che è invece attraversato da un profondo senso di solitudine.

Il bisogno di condividere le emozioni, le responsabilità non va inteso nell'ottica del "mal comune mezzo gaudio" ma nella necessità di ritrovare il senso di un'azione professionale che spesso insiste su scenari

nei quali non abita neppure la speranza. Reparti "duri", impegnativi e emotivamente stimolanti vissuti per 15-20 anni, magari tutta la carriera professionale sono in grado di segnare profondamente ed arrivando perfino a modificare la rappresentazione stessa del mondo, del futuro, della vita di una persona in un modo lento e subdolo lasciando l'operatore svuotato della sua stessa vitalità.

Questo rischio va visto, non va sottovalutato e come dico sempre durante i corsi non esiste lavoro che debba pretendere un tributo in termini di salute psico-fisica personale.

Un problema crescente sembra essere il conflitto inter-professionale, in particolare tra medici e infermieri...

Come Le dicevo, secondo me, il lavoro sull'equipe è ancora lungo ma credo che fino a quando gli infermieri non conosceranno appieno le specificità della propria professione e non usciranno dalla sensazione di essere "figli di un dio minore" non avverrà la simmetrizzazione della relazione con altre categorie professionali e fra tutte con i medici.

Se pensiamo ad una relazione che nasce a-simmetrica come quella genitoriale, l'onere della riattualizzazione e del cambiamento dell'approccio è dei figli, non sono i genitori che cambiano il modo di guardarci ma noi figli che con l'autonomia, la nostra competenza e le nostre capacità che induciamo in loro un nuovo sguardo.

Credo che, fuor di metafora, la sfida grande a livello di categorie professionali sanitarie possa stare in questi termini. Alla fine anche il più autoritario dei padri o la più apprensiva delle madri prendono atto



della crescita e della separazione che esiste con un figlio adulto. Gli infermieri devono imparare a sentirsi adulti professionalmente, separati e quindi a cambiare la posizione da cui si pongono nei confronti delle altre figure professionali, magari con un occhio di attenzione, ma anche di bonarietà verso i fratelli minori.

Quali strategie, dunque, è possibile mettere in campo?

La formazione, la qualificazione e la riqualificazione, l'aggiornamento, la ricerca, lo stimolo della curiosità e la volontà di continuare a crescere professionalmente in un ottica di Life Long Learning sono a mio avviso la via maestra.

Da sempre l'informazione è potere: la conoscenza delle leggi, delle linee guida, delle procedure, della letteratura, delle innovazioni, del mondo accanto a noi e di quello magari anche lontano da noi.

Mantenere e coltivare la voglia di

entrare in contatto con altre realtà professionali, con altri infermieri, ma anche con altri professionisti, colleghi e non rappresenta un'occasione di decompressione, anche di disinnescamento del potenziale dannoso della fatica che si sperimenta nell'assistenza.

Altra dimensione vitale, sempre secondo me, è quello della rappresentanza, della ricerca della collegialità e dello scambio nell'ottica dell'impegno personale. Quanto più si frequenta la vitalità, in tutte le sue forme, quanto più si riduce l'impatto della scelta professionale fatta, ossia quella della professione infermieristica, che è una scelta impopolare, la scelta della "parte oscura della luna", quella non vista, misconosciuta, a contatto con la malattia, la carne, il sangue e la fragilità dell'uomo.

(intervista a cura di **Chiara D'Angelo**)

Incontro Comitato di Settore

NurSind: no a contratto solo normativo

Al primo incontro per il rinnovo del CCNL abbiamo ribadito di essere disponibili solo se verranno messe sul piatto nuove risorse economiche

Si è svolto oggi presso la sede della Conferenza delle Regioni l'incontro tra il Comitato di settore e le OO.SS. e le Confederazioni rappresentative nei rispettivi comparti e aree dirigenziali.

Oggetto dell'incontro è stata la comunicazione da parte delle Regioni dell'intenzione di dare avvio alle procedure contrattuali attraverso l'emanazione dei rispettivi atti di indirizzo e di concordare con il Ministero della Funzione Pubblica la riduzione dei comparti e delle relative aree contrattuali. C'era poi l'intenzione di valutare la disponibilità da parte sindacale di sedersi ai tavoli per una riapertura della contrattazione anche se solo per la parte normativa per sottoscrivere un contratto "innovativo".

Quasi unanime la volontà di ripartire

anche a queste condizioni. Nursind ha ribadito che è condizione indispensabile lo stanziamento di risorse economiche certe in quanto un rinnovo contrattuale puramente normativo che abbia qualche aspetto positivo per i lavoratori è quasi impossibile realizzarlo. "Il contratto di lavoro deve portare dei benefici ai lavoratori che rappresentiamo - afferma Andrea Bottega segretario nazionale del Nursind - non serve a dare senso all'esistenza dei sindacati. Abbiamo detto che la sanità ha già dato ampiamente il suo contributo al risanamento delle finanze pubbliche con la contrazione del personale dipendente esito del blocco del turn over, con il blocco stipendiale che dura da anni, con l'innalzamento della professionalità e responsabilità richiesta a seguito dei mutati modelli organizzativi, delle

nuove tecnologie dei contesti sempre più complessi di azione." "Le regioni - continua Andrea Bottega - chiedono un contratto innovativo. Di innovativo ci potrebbe essere che si applichino intanto i contratti esistenti. Utilizzo improprio dello straordinario, sfioramento del numero delle prone



disponibilità, coordinatori inquadrati in livelli giuridici ed economici diversi a parità di mansioni, demansionamento dei professionisti, ...

Questi semplici problemi richiedono delle risorse disponibili e non affrontare questi problemi significa non governare l'organizzazione del lavoro.

Il secondo punto di perplessità che il sindacato ha espresso è stato posto dalla confederazione di riferimento, al confederazione generale unitaria CGU CISAL. Prima di iniziare la contrattazione occorre

necessariamente stabilire quali sono i comparti e le relative aree per cui si contratta. A normativa invariata sarebbe impossibile in tempi brevi aprire una contrattazione su nuovi comparti, come vogliono le Regioni.

La questione posta dalla CGU CISAL ha provocato la risposta che è necessario sicuramente un intervento legislativo per definire all'interno dei comparti sezioni di contrattazione su cui misurare la rappresentatività. "Come Nursind - conclude Andrea Bottega - presenteremo una richiesta di individuare una sezione per le profes-

sioni sanitarie a parte all'interno del comparto che potrebbe comprendere la parte sanitaria e le regioni. Effettivamente la parte amministrativa potrebbe essere trasversale alla sanità, agli enti locali e alle regioni; questo agevolerebbe anche la mobilità in caso di riorganizzazioni." Rimane tuttavia aperto il problema del calcolo della rappresentatività delle Confederazioni sindacali ancorata dal Dlgs 165/2001 alla definizione dei comparti piuttosto che delle sezioni contrattuali.

Tassa iscrizione IPASVI

NurSind: l'onere potrebbe essere dell'azienda

Se siamo obbligati a lavorare in esclusiva, tocca all'azienda pagare

Alessandria 09/02/2014. Per la prima volta in Italia alcuni infermieri, tutti iscritti al sindacato delle professioni infermieristiche NURSIND, hanno citato l'ASL per far accertare e dichiarare l'obbligo in capo all'Azienda pubblica di sostenere il costo dell'iscrizione all'albo degli infermieri IPASVI.

Tre infermieri dipendenti dell'ASL di Alessandria, assistiti dagli Avvocati Michele Branzoli e Saverio Biscaldi, si sono rivolti al Tribunale, Sezione Lavoro, perché venga dichiarato l'obbligo in capo all'Azienda pubblica di sostenere il costo dell'iscrizione all'albo degli infermieri IPASVI nonché accertato il loro diritto alla rifusione delle somme versate finora quale quota di iscrizione annuale al medesimo albo professionale.

Come confermato dall'Avv. Branzoli "Non vi è giurisprudenza sul tema per quanto concerne specificamente la figura professionale degli

infermieri; tuttavia il principio enunciato dal Consiglio di Stato con riferimento alla figura professionale dell'avvocato che presta servizio in regime di esclusiva ha certamente portata tale da rendere indiscutibile la possibilità di estenderne l'applicazione anche alla figura dell'infermiere".

La vicenda ha un forte rilievo a livello nazionale in quanto, come afferma Lo

Presti Salvatore, Segretario Provinciale e membro del Direttivo Nazionale del sindacato NURSIND, "questa iniziativa, qualora passi il principio che anche per gli infermieri dipendenti pubblici che lavorano in esclusiva, porterà ad un'amplissima platea di lavoratori un beneficio che seppur modesto si rivelerà sicuramente importante in questo momento storico di crisi".

Il sindacato Nursind, sindacato delle professioni infermieristiche, in questo periodo di blocco stipendiale, si vede costretto ancora una volta a ricorrere al contenzioso giuridico per far valere i diritti degli infermieri italiani. Sono infatti numerose le cause che il sindacato sul territorio nazionale sta portando avanti su diversi fronti quali il demansionamento, il tempo diviso e consegna, l'attribuzione di mansioni superiori, il mancato pagamento degli straordinari, il diritto al buono pasto.

Da oggi inizia anche l'iter per il riconoscimento del rimborso del costo dell'iscrizione all'ordine professionale.



Intervista esclusiva a Michela Marzano

«Insegnanti ed Infermieri trattati veramente male!»

«Prendersi cura è faticoso perché significa mettersi in gioco»

Nell'ambito di un'intervista alla scrittrice e filosofa Michela Marzano, una fra le figure intellettuali più interessanti del secolo, venuta a Bergamo a presentare il suo ultimo libro sull'amore ("L'amore è tutto, è tutto ciò che so sull'amore"), le abbiamo chiesto di darci la sua personalissima opinione riguardo la figura sociale dell'infermiere in Italia.

La Marzano, romana di nascita e ora visitatrice assidua della capitale per via della sua carica da parlamentare (Partito Democratico) che le procura non pochi

dispiaceri, fra le altre cose insegna filosofia morale a Parigi, all'Università Descartes. Come tutte le insegnanti il lunedì si veste di tanta pazienza e ci confessa che il rapporto con i suoi studenti per lei è un motivo di gioia e realizzazione, andare a scuola la ricarica di energie.

Di quali energie starà parlando? Abbiamo scoperto qualcosa di molto interessante: "In Italia ci son due figure trattate veramente male e non riconosciute per la difficoltà del loro lavoro: gli insegnanti e gli infermieri. Sono entrambi lavori di cura



e prendersi cura dell'altro è faticoso perché significa mettersi in gioco. Ma questo non

passa e non vengono riconosciute a livello sociale né a livello economico”.

Poi si ferma, tira un sospiro e continua: “ma se la domanda è che cosa si può fare la risposta è non lo so”. Appunto, proseguendo l'intervista Marzano ammette di sentirsi impotente in politica: “ora so come funzio-

na un partito e come si lavora in parlamento ma sono consapevole che io Michela Marzano non posso fare assolutamente nulla”. La famosa scrittrice si è candidata alle elezioni del 2013 chiamata a rapporto direttamente dall'attuale presidente del consiglio Letta con una telefonata privata:

“ho avuto 24 ore di tempo per decidere se accettare”. Il giorno dopo infatti si chiudevano le liste elettorali.

(a cura di Viola Carrara)

Indagine del Centro Studi NurSind e Cergas Bocconi

«Mamma e/o Infermiera?»

la difficile conciliazione lavoro-famiglia e l'occasione perduta del Part Time



Una ricerca congiunta del Centro Studi Nursind con il Cergas Bocconi dimostrano la difficile conciliazione lavoro-famiglia e l'occasione perduta del Part Time.

Sotto la lente del Centro Studi del Nursind in collaborazione con il Cergas Bocconi, la condizione di essere mamma ed infermiera, accudire i bimbi ed essere disponibile a garantire il servizio e coprire i turni di lavoro che, con la cura dei figli, poco coincidono.

L'indagine ha coinvolto 900 infermiere che hanno risposto al questionario cartaceo ed online sul sito www.nursind.it tra ottobre e gennaio 2013.

L'alta percentuale femminile della categoria (77%) impone una seria ed approfondita analisi del problema di cui questa esclusiva ricerca comincia a scattare alcune immagini significative ed offrire spunti per possibili ed improcrastinabili risposte che il sistema deve trovare per garantire due diritti fondamentali: la continuità delle cure del SSN e il diritto alla procreazione ed alla cura dei propri figli senza compromettere il prosieguo della carriera professionale infermieristica.

Dalla ricerca emerge che gli strumenti normativi di tutela della maternità non sono ampiamente conosciuti e le mamme infermiere si ritrovano spesso

impreparate ad affrontare con consapevolezza i periodi pre e post parto. A tal fine, nelle conclusioni dello studio, si ritiene necessario istituire nelle aziende delle buone pratiche di management sia prima che durante che al rientro dalla maternità, anche attraverso dei veri e propri corsi informativi e di coinvolgimento per una gestione aziendale efficace della maternità in quanto elemento fisiologico per aziende che gestiscono migliaia di dipendenti e quindi con percentuali ormai standardizzate di maternità. La realtà fotografata dall'indagine mostra come la gestione della maternità si limiti all'applicazione burocratica delle norme, deresponsabilizzando sia le aziende che le madri.

Significativa è la percentuale di infermiere che attribuiscono al lavoro l'impossibilità di pensare alla maternità (44%) specie per chi lavora in terapia intensiva, così come il 45% afferma di aver avuto problemi al rientro dalla maternità a causa di conciliazione dei turni di lavoro ma anche da stress di adattamento o assen-



Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

za di solidarietà e supporto dai colleghi.

Confrontando i dati tra settore pubblico e privato non si avvertono grossi scostamenti se non il dato allarmante del 18% di infermiere del settore privato che si sono dimesse dal lavoro a causa della maternità, contro il 2% del settore pubblico.

L'utilizzo dell'asilo nido è di fatto negativo ai figli delle infermiere in quanto gli orari dei turni sono incompatibili con quelli di apertura, ma lo sarebbero anche dal punto di vista fisiologico per i bimbi se dovessero essere “movimentati” dalle mamme ad orari impossibili.

Il part time concesso alle giovani madri potrebbe essere una soluzione, ma, soprattutto al Nord, ciò non è possibile in quanto in alcuni casi le percentuali previste dalla normativa sono sature da anni. Per questa ragione sarebbe auspicabile modificare la normativa derogando ai limiti in tutti i casi in cui a chiedere il part time siano mamme infermiere garantendo loro questa opzione fino al terzo anno del figlio.

Sia pur nei limiti numerici del campione, la ricerca costituisce una base realistica da cui trarre spunti di riflessione che non saranno certamente trascurati dal Nursind in occasione della prossima tornata contrattuale, sia pur solo di carattere normativo, mettendo a fuoco proposte concrete di modifiche contrattuali ad hoc che vadano nel verso di facilitare la maternità ed al contempo garantire la continuità dell'impegno lavorativo.

Lo studio completo su http://www.nursind.it/nursind2/pdf/Infermiere_maternita.pdf



NurSind e IPASVI sullo studio «Essere Infermieri oggi»

Forte orgoglio professionale ma scarsi riconoscimenti

A. Silvestro e A. Bottega si confrontano sui risultati dell'indagine svolta in collaborazione con il Cergas e presentata a Bruxelles alla conferenza annuale della CESI

09/10/2013 - Annalisa Silvestro e Andrea Bottega si confrontano sui risultati dell'indagine svolta da Nursind in collaborazione con Cergas Bocconi.

È stata presentata di recente un'importante indagine svolta dal sindacato Nursind e successivamente oggetto di un'analisi affidata al Cergas Bocconi, che ha raccolto le risposte di 4.300 infermieri italiani. Questo spaccato del vissuto e degli orientamenti della professione stimola ulteriori riflessioni. L'indagine parte con alcune



domande orientate a sondare l'immagine e il posizionamento della professione.

A confrontarsi sono Andrea Bottega, segretario nazionale Nursind, e la senatrice Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale Ipasvi.

Dottor Bottega, quali sono i risultati che emergono in particolare in relazione allo spirito di identificazione del corpus professionale? E a tal proposito, come valuta i dati che provengono da Olanda e Germania, i due Paesi con i quali si è condotto il confronto?

Bottega: Dallo studio - che sarà presentato alla sessione sanitaria della CESI che si terrà il 14 ottobre in Lussemburgo - emerge un risultato estremamente chiaro e frutto di una evoluzione positiva della professione: nonostante le difficoltà del sistema dal punto di vista organizzativo ed economico, gli infermieri italiani manifestano un forte orgoglio e identificazione professionale tanto che due terzi del campione sceglierebbero nuovamente di fare gli infermieri. Tale valore, in controtendenza rispetto ai dati raccolti in Germania e Olanda, smentisce il luogo comune presente in molta nostra stampa che vede nell'infermieristica una "professione di ripiego" per un facile impiego.

È questo un dato a mio avviso importante perché ci consente di dire che il corpo professionale infermieristico può essere, nella sua positiva motivazione e nella coscienza del proprio valore, una potenzialità interna al sistema salute che, se ben orientata e pienamente espressa, può essere il fondamento di un nuovo sviluppo qualitativamente rilevante del nostro servizio sanitario che deve

affrontare la sfida della sempre maggiore domanda di assistenza derivante dall'aumento delle patologie cronico-degenerative e dalle loro complicanze. È forse questo il messaggio più interessante che lo studio offre agli organi decisori: puntate sugli infermieri che rappresentano una risorsa diffusa a tutti i livelli del sistema, sono profondamente motivati a dimostrare quanto il loro lavoro può essere determinante per rispondere alle nuove sfide del welfare italiano.

Anche il confronto con Paesi Bassi e Germania conferma gli elementi di forza della professione infermieristica italiana: identità, orgoglio e senso di appartenenza molto forti, accompagnati da una formazione ritenuta complessivamente più positiva che negli altri due Paesi. Da questo punto di vista la categoria infermieristica può ritenersi ben inserita nel contesto europeo.

Sen. Silvestro, può commentarci questi dati? Quali sono gli elementi che hanno creato e sostengono questo forte senso di appartenenza professionale?

Silvestro: Devo dire che mi ha molto colpita e, ovviamente, in maniera positiva il senso di appartenenza e l'orgoglio professionale che emerge dall'indagine. Mi pare si possa anche affermare che c'è consapevolezza della centralità del proprio ruolo e che, anche per questo dato, vada dato conto dell'impegno di tutti coloro che, nelle diverse funzioni e ruoli, hanno continuato a trasmettere positività verso la professione e la sua "mission". Credo che gli elementi che hanno portato a questa percezione del sé, siano in buona parte ascrivibili alle battaglie e ai riconoscimenti normativi - e non solo - per i quali l'Ipasvi tutta e le Associazioni professionali si sono costantemente spese.

Dottor Bottega, negativo, invece, è il giudizio espresso dagli intervistati sul riconoscimento sociale degli infermieri. Qual è il suo pensiero?

Bottega: È questo il punto debole, tipico del contesto italiano, che ci vede ampiamente lontani dagli altri due Paesi europei con cui si è fatto il confronto. A mio parere tale dato è frutto del medicocentrismo del sistema per cui si è sempre valorizzato la professione medica ritenendola la sola responsabile di ogni atto sanitario e di ogni decisione organizzativa. Tale medicocentrismo è diffuso nell'organizzazione delle strutture sanitarie (anche se recentemente si tenta di superare questo assetto riportando l'assistito al centro del sistema con le aree per intensità di cura/assistenza), nelle docenze ai corsi di laurea delle professioni sanitarie non mediche, negli incarichi dirigenziali e politico-amministrativi, nelle opportunità lavorative

(si pensi alla libera professione che è preclusa alle professioni sanitarie non mediche), nella legislazione finanche nella giurisprudenza.

Risalire la china del riconoscimento sociale è quanto mai cosa dura proprio per questo retaggio stratificato nel tempo, ma è un percorso iniziato, come dimostrano i dati dello studio, e che il Nursind è determinato a supportare con gli altri attori infermieristici come i Collegi Ipasvi, le associazioni scientifiche infermieristiche e le organizzazioni professionali. La voce degli infermieri non



può essere sola e in un solo luogo, ma deve trovare una pluralità di contesti e di accenti per renderla maggiormente evidente e rappresentata.

Penso, inoltre, che questo gap con la professione medica e il forte orgoglio professionale siano stati due fattori determinanti lo sviluppo del sindacalismo infermieristico autonomo in Italia; una tipologia di sindacalismo che mi pare tipico dei gruppi professionali ben definiti e strutturati (ad esempio si veda il caso della Gilda degli insegnanti) e presente anche negli altri contesti europei.

Sen. Silvestro, la ricerca registra una evidente contraddizione tra consapevolezza di sé da parte del gruppo professionale e riconoscimento professionale e sociale che stenta ad affermarsi. Come superare l'attuale gap?

Silvestro: Paradossalmente proprio la crisi attuale può essere il catalizzatore del cambiamento che auspichiamo. Il sistema sanitario per non implodere ha bisogno di cambiare le logiche che lo hanno governato fino ad oggi. Non si può più evitare di individuare le zone della Sanità italiana dove permangono sacche di inappropriatazza, di spreco e di inefficienza. In tutto questo noi possiamo inserirci come attori protagonisti del cambiamento. Questo rafforzerà il nostro ruolo dentro le organizzazioni, migliorerà la percezione che di noi hanno i cittadini e rafforzerà il cambiamento culturale già in atto.

Ricordo l'indagine Censis del 2011 i cui risultati hanno confermato il cambiamento che già c'è. Certo noi vorremmo che tutto si muovesse con maggiore rapidità. Ma stereotipi e letture ideologiche non si cambiano in poco tempo. L'ampliamento dell'assistenza



Una panoramica dei lavori della Conferenza della CESI

infermieristica nei diversi setting territoriali sarebbe un forte volano.

Dottor Bottega, come commenta l'opinione degli infermieri sul loro rapporto con la politica e con i media?

Bottega: A tal proposito gli infermieri si allineano al giudizio negativo espresso dai colleghi di Olanda e Germania, anche se l'Italia ha valori ancor più negativi. Gli infermieri italiani ritengono che sia la politica, sia i media non si interessino adeguatamente ai loro problemi e alla loro professione in generale. Una criticità questa che lo studio sottolinea e che ritengo sia necessario porre al centro della nostra azione come organizzazione di categoria. Come infermieri dobbiamo uscire dall'autoreferenzialità, dai contesti lavorativi ed osare di più, portare il nostro impegno a livelli più alti perché oggi è vincente chi sa fare gruppo e sa costruire reti di relazioni significative. L'attenzione della politica e dei mezzi di comunicazione non avviene per un moto proprio, ma va provocata con l'impegno diretto in iniziative a favore dei cittadini e nell'organizzazione dei servizi, con la partecipazione attiva nei processi di definizione delle strategie aziendali, regionali e nazionali. Sicuramente è questo un ambito dove sarà necessario investire per far crescere la categoria e renderla capace di sostenere quelle "relazioni esterne" che ci permettano di essere parte in causa nella costruzione del futuro della nostra società e dei suoi servizi ai cittadini.

Sen. Silvestro, è d'accordo con questo atteggiamento negativo che emerge dalla ricerca? E, inoltre, lei che si è messa in gioco confrontandosi in prima persona con la politica, come commenta i primi mesi della sua esperienza di senatrice?

Silvestro: Farei un distinguo tra "media" e "politica". Infatti, analizzando la produzione dei media nel loro complesso, si rileva una certa crescita nel corso degli anni ed anche un evidente progresso nel grado di conoscenza del mondo infermieristico da parte dei giornalisti. Ovviamente alcuni "scivoloni" continuano a manifestarsi, ed è necessario correggerli con richiesta di rettifiche e smentite. Ma nel campo dell'informazione molto dipende dalla capacità di "farsi conoscere", di produrre notizie, di comunicare con gli addetti ai lavori. Quando si riesce a stabilire un buon rapporto con la stampa, gli errori si riducono e l'attenzione cresce.

Per la politica il discorso è più complesso e, in questo caso, forse siamo tutti noi infermieri a dover "conoscere meglio" il sistema e le regole che lo governano.

Posso però dire, alla luce di questi mesi di esperienza, che fra i deputati e i senatori vi

è un'idea poco chiara della nostra professione. Rilevo ancora il sinonimo sanità = medici.

Dottor Bottega, nella professione si percepisce un diffuso disagio, legato ai riflessi della crisi che colpisce anche il nostro Paese. La seconda parte dell'indagine affronta le opinioni degli infermieri in relazione alle attuali condizioni di lavoro. Cosa emerge? Quali sono i punti critici? Come superarli?

Bottega: Anche qui la professione sa stupire. Nonostante le difficoltà lavorative espresse in maggior carico fisico e mentale con un notevole aumento negli ultimi anni e una resistenza del sistema a riconoscere il valore del lavoro svolto, i professionisti infermieri considerano mediamente buona l'assistenza che le nostre strutture ospedaliere offrono ai cittadini, ciò a testimonianza dell'impegno profuso e della volontà di superare i disagi organizzativi insiti nel sistema. Ancora una volta la dimostrazione della presenza di una professionalità qualificata, che sa assumersi le sue responsabilità e, a volte, anche quelle degli altri.



Donato Carrara e Salvo Lo Presti in rappresentanza del Nursind a Lussemburgo

Certamente la mancata valorizzazione in ambito aziendale stimola ancor più il sindacato a muoversi a favore di una categoria cui non è riconosciuto un adeguato merito, anche economico, a fronte di un servizio svolto nell'assistenza diretta.

Inoltre, mi sento di esprimere particolare preoccupazione per la percezione diffusa dell'aumento del carico di lavoro se rappor-

tato alla situazione italiana di contenimento del turnover, di riduzione delle dotazioni organiche e al loro invecchiamento. Occorre mettere il sistema in sicurezza garantendo adeguate dotazioni organiche (con un'adeguata presenza di personale di supporto) e una sua maggiore proporzionalità verso il basso per quanto riguarda l'età propria, perché la richiesta di assistenza è destinata ad aumentare nel tempo e le risorse umane sono destinate a diminuire per la fuoriuscita in pochi anni di gran parte dei lavoratori attualmente impiegati e per la loro difficoltà di motivazione e impiego nella turnistica.

Una proposta verso un graduale e facilitato ricambio generazionale, è stata presentata da Nursind ai ministri competenti e speriamo sia accolta nel quadro normativo che si andrà definendo. I primi riscontri che abbiamo rilevato tra i professionisti a una proposta di "staffetta generazionale" sono decisamente positivi sia per affrontare le difficoltà fisiche e famigliari di fine carriera, sia per risolvere il crescente fenomeno della disoccupazione giovanile infermieristica.

Sen. Silvestro, concorda con le opinioni espresse dagli infermieri? Quali sono in estrema sintesi le linee su cui si muovono le strategie professionali proposte dall'Ipsavi per fronteggiare la crisi?

Silvestro: È indubbio che la crisi economica e quindi occupazionale morda con durezza anche gli infermieri; e noi non ci eravamo abituati. Negli anni scorsi la nostra professione veniva sempre fatta salva dai blocchi assunzionali. A questo poi si aggiunge il blocco dei contratti di lavoro e la conseguente forte difficoltà nel delineare forme di riconoscimento della competenza, dell'impegno e della responsabilità.

L'Ipsavi può e deve impegnarsi per elaborare e strutturare ipotesi e proposte da mettere a disposizione delle rappresentanze sindacali affinché queste ne facciano proficuo uso nel momento in cui si riaprirà la stagione contrattuale.

Ipsavi e sindacati possono lavorare in sinergia perché si sblocchi la proposta sullo sviluppo delle competenze specialistiche e si possano ripensare, anche in logica professionale, le funzioni di coordinamento. Perché, insomma, si possa superare questa fase di staticità e immobilismo.

Il dato su cui tutti possiamo e dobbiamo far forza è che, nonostante tutto, il 68% degli intervistati sceglierebbe ancora la professione infermieristica.

(L'intervista è di **Emma Martellotti**)

Sugli standard assistenziali al ribasso deliberati dal Veneto

Forti critiche espresse dalla professione

Intervista al Pres. Ipasvi di Padova dott. Fabio Castellan



Dott. Castellan, il Collegio di Padova è stato tra i primi a manifestare perplessità verso gli standard proposti dalla Delibera della Regione Veneto sulla "definizione dei valori di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera". Potrebbe descriverci gli elementi di criticità da voi evidenziati?

Le ricadute dell'applicazione degli standard in discussione sono state oggetto di numerose riflessioni e discussioni all'interno della rappresentanza professionale; oltre a questo, in più occasioni e da parte di più interlocutori della professione infermieristica e della maggioranza dei rappresentanti della stessa, sono state ribadite conseguenze negative derivanti dall'applicazione degli standard elencati nel documento, e a questo sono emerse delle preoccupazioni sia di metodo che di contenuto.

Da subito sono sorte legittime perplessità in merito alle modalità di scelta dei tempi assistenziali di riferimento. La scelta deriva da una rilevazione che ha interessato i primi tre mesi del 2013, gli ospedali provinciali e le due aziende ospedaliere della Regione Veneto. Come valore standard viene indicata la media dei tempi di assistenza rilevati per singolo paziente nelle due aziende che hanno presentato i valori più bassi (the best).

Solo per la Medicina interna la Regione ha scelto come riferimento la mediana, indice di posizione che descrive in maniera più completa della media aritmetica, che risente notevolmente dei valori "outlier", la tendenza centrale di una distribuzione.

Assumere come standard di riferimento il valore della media, rilevata considerando le due aziende che registrano i tempi di assistenza giornalieri per pazienti più bassi, espone a diversi rischi anche in ragione del fatto che tali indicatori possono derivare da carenze ed inadeguatezze dei servizi erogati, piuttosto che da situazioni di efficacia ed efficienza.

A sostegno di ciò si ricorda che sono oramai numerose le ricerche che documentano come un rapporto infermiere/paziente non ottimale possa generare esiti negativi sul paziente.

La letteratura internazionale sull'argomento è abbastanza considerevole, sia per ampiezza che per qualità degli studi, qui si conferma una relazione diretta fra consistenza numerica degli organici infermieristici e:

- mortalità dei pazienti;
- eventi avversi, quali le infezioni contratte durante la degenza, le lesioni da pressione, le cadute e i soccorsi mancati;
- altre misure di qualità che vanno ad incidere sul benessere della persona assistita.

Un ulteriore elemento che crea preoccupazione è dato dallo "skill mix" fra infer-

mieri ed OSS da utilizzare nella dotazione organica. Se nel documento "Definizione dei valori di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera" si richiama complessivamente il rapporto infermieri/OSS nella misura di 3/1 per la struttura sanitaria, da una valutazione attenta del citato documento, sembra invece che il tempo OSS, identificato come "percentuale di attribuzione dell'assistenza di base e di supporto dell'operatore socio sanitario", possa rappresentare anche il riferimento per calcolare i minuti di assistenza che l'OSS deve assicurare nell'ambito del tempo complessivo di assistenza (Infermieristica + OSS) giornaliera per paziente. A titolo esemplificativo, si verificherebbe che nei 185 minuti complessivi di assistenza identificati dalla Regione Veneto, come riferimento per la Medicina interna e la Chirurgia, per ogni paziente sarebbero garantiti al giorno 124 minuti dagli infermieri e 61 minuti dagli OSS con un rapporto quindi tra infermieri/OSS di 2:1. decisamente inferiore rispetto al rapporto da sempre richiamato di 3 infermieri/1 OSS, ammesso ma non concesso che l'attività dell'OSS, supportiva all'attività intellettuale dell'Infermiere diventi sostitutiva della stessa, in proporzione ai minuti, e al tema considerato.

Si evidenzia inoltre come, nel definire l'offerta, intesa come la disponibilità di tempo/lavoro effettivamente reso dal personale in servizio, si debbano considerare i dati di presenza media e non teorica, anche a fronte dei diversi istituti e benefici di legge che comportano una sensibile contrazione del monte ore di riferimento.

Va ricordato come le variabili organizzative e di contesto presenti nelle aziende possono incidere significativamente sull'effettiva disponibilità di risorse per l'assistenza. Si intendono ad esempio elementi quali: la logistica, le tecnologie disponibili, la distribuzione degli spazi ed il dimensionamento delle unità operative, con posti letto in alcuni contesti altamente inefficienti, aspetti che dovranno necessariamente trovare dei correttivi a livello di singole realtà aziendali.

Questi parametri di riferimento rappresentano un livello di assistenza limitato, quando l'assistenza infermieristica fa parte di un livello che deve essere garantito.

L'assistenza infermieristica, non può essere rappresentata da una espressione ragionieristica, ma dalla coniugazione empirica fra il prodotto dell'infermieristica e l'aspettativa che il cittadino ha rispetto al nostro operato. L'assistenza è il prodotto dell'infermieristica. Non esiste il caso in sanità dove si può dare il prodotto A, B o C si da sempre e solo il prodotto A. Perché solo il prodotto A è l'evidente, è riconosciuto dalla

comunità scientifica, ed è il miglior prodotto per quel paziente in quel momento.

A NOI INFERMIERI viene richiesta sempre una risposta alla soluzione al problema perché i nostri problemi sono bisogni di salute molte volte primari, e soprattutto riferiti alla persona.

Per questa ragione riteniamo strategico che l'infermieristica venga misurata in termini di esito dell'assistenza e non su un processo di cura. Vogliamo essere misurati su questo, abbiamo studiato per farlo siamo preparati e abbiamo una forma mentis che porta al risultato in termini di salute. Diversamente credo sarà difficile formare i futuri infermieri, con l'ottica della classificazione dei pazienti, degli esiti, delle diagnosi, della presa in carico, ma soprattutto nell'ottica della responsabilità. Credo che l'aspetto che riguarda la misurazione degli esiti non sia da sottovalutare, ma sia quell'aspetto che fa costruire "l'essere professionista" con la sufficiente competenza e dedizione che vanno verso un obiettivo assistenziale, risultato di un processo intellettuale che si attiva con il bisogno di salute. È questo che ci interessa sviluppare, cultura complessiva della responsabilità legata a tutte le dimensioni dell'uomo e non alla sua scomposizione - disgregazione che, andrebbe a rovinare la bellezza della complessità della nostra professione.

Quali le vostre controproposte?

La professione infermieristica da sempre ha cercato di definire il valore rispetto alla salute della popolazione, a maggior ragione oggi che, rispetto al passato, ci troviamo a dover rispondere a nuovi fabbisogni organizzativi dettati dall'azione congiunta di fattori concomitanti tra i quali: aumento della vita media; l'aumento delle malattie croniche degenerative; il contestuale aumento della complessità dei bisogni di salute del paziente; l'evoluzione tecnologica; la convergenza di saperi tra discipline che si sovrappongono nei percorsi terapeutici; la necessità di maggior coordinamento operativo fra i processi di cura; i cambiamenti della demografia professionale, che evidenziano la necessità di innovare schemi organizzativi favorendo le aspettative di crescita da parte della professione infermieristica per nuovi ruoli e responsabilità organizzative.

L'insieme delle sfide poste dai cambiamenti che si stanno mettendo in atto, ci porta a confrontarsi con priorità nuove ed incombenti che riguardano l'aumento dell'efficienza dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali a disposizione, ovvero innalzare il livello di produttività, e il

rispondere ad un bisogno di assistenza di un paziente sempre più complesso e fragile.

Per questa ragione si ritiene che la definizione degli standard, in ambito sanitario, debba avvenire in un quadro complessivo, che guardi a tutte le figure del sistema e non solo al personale infermieristico e di supporto.

Diventa fondamentale integrare processi clinico-assistenziali con altre figure professionali con le quali dobbiamo interagire, per non perdere di vista gli esiti sul sistema salute e sulla sicurezza del paziente, ricordando che è **concreto il rischio che, all'aumento dell'efficienza non corrisponda un aumento dell'efficacia delle cure e quindi un miglioramento degli esiti.**

Non si può ragionare sui percorsi di sviluppo delle professioni sanitarie e sul corretto impiego delle stesse prescindendo da questo quadro di fondo, e dalle pressioni che l'ambiente esercita in direzione di un cam-



biamento.

Qualcosa all'interno del nostro sistema sanitario probabilmente, deve cambiare, ma non deve di certo cambiare andando a standardizzare un valore che a nostro avviso non crea problemi di salute anzi probabilmente li risolve.

Probabilmente si deve andare a rivedere l'attuale inadeguatezza del modello tradizionale fondato sul reparto-unità operativa monospecialistica, occorre avviare una riflessione complessiva sul futuro dell'ospedale promuovendo un nuovo impianto progettuale dell'organizzazione ospedaliera strutturata in continuità con l'area territoriale.

Lo scenario attuale palesa con il profilo del professionista, infermiere/clinico che risponde di risultati, che standardizza gli esiti, che riconosce e valorizza il perseguimento di obiettivi di sistema tramite il raggiungimento di obiettivi in termini di salute.

I valori di riferimento per la professione infermieristica sono ben altri ed hanno a che fare con la persona, la salute, la malattia e

l'ambiente.

Per questo motivo oggi la vera sfida, non è solo la risoluzione alle disposizioni del dettato normativo al quale faremo e sono già stati fatti degli emendamenti, ma è qualcosa di più. È necessario definire quali riposte dare alle persone che al sistema sanitario pongono delle domande, e successivamente definire gli impegni di una professione.

Per questo la scelta della programmazione ispirate a logiche ragionieristiche, di corto respiro, devono guardare alla costruzione di percorsi di cura appropriata ai bisogni emergenti, che superi il lavoro per compiti e recepisca concretamente quello per obiettivi, non legato a vincoli giuridici e ordinamentali ma regolato dai reali bisogni di salute.

La rilevanza dell'argomento vi ha indotti ad organizzare in tempi brevi l'evento: "I tempi dell'Assistenza: standard assistenziali e valori di riferimento. Vi aspettavate una così ampia e coinvolta partecipazione?"

In più occasioni sono state ribadite le conseguenze negative derivanti dall'applicazione degli standard elencati nel documento. Ci ha stupito che pochi siano stati gli **interventi** sull'argomento così abbiamo organizzato l'evento "I tempi dell'Assistenza: standard assistenziali e valori di riferimento" considerando un punto di vista strettamente professionale.

Devo dire che in dieci giorni si sono iscritte circa 400 persone, mi spiace per chi non ha potuto partecipare ma purtroppo lo spazio a disposizione non lo permetteva. Credo che questo sia un segnale forte d'interesse della professione all'argomento ed è un messaggio che la professione infermieristica spontaneamente e serenamente ha voluto dare così come sempre sa fare.

Credo sia stato fondamentale attivare questo confronto fra professionisti istituzioni e società civile al fine di attivare una riflessione su ipotesi di organici più accettabili, rinegoziare la delibera e definire una metodologia più appropriata per la definizione dello standard. "Abbiamo fatto ciò che non si sarebbe potuto non fare"!!!

Durante il convegno la componente politica ha più volte sottolineato la disponibilità a "rivedere e modificare" i parametri degli standard enunciati nella delibera; in che misura e con quali presupposti, secondo Lei?

Si comprendono la volontà della Regione Veneto di giungere ad una definizione quantitativa dello staff infermieristico e di supporto necessario ad erogare cure costo/efficaci. D'altra parte però si ribadisce

che il tempo, nel momento in cui viene strettamente collegato alla complessità e al processo assistenziale, è bene non venga considerato in termini assoluti ma come elemento costitutivo di un arco temporale.

Coscienti del fatto che in sanità il minimo non esiste. Il parametro dovrebbe essere usato al fine del benchmark fra aziende e quindi come parametro di confronto.

Il primo parametro proposto è la presenza minima, che in linea con quanto definito nella letteratura infermieristica è di **200 minuti irrinunciabili per un'assistenza sicura nei reparti di base.**

L'altro parametro riguarda il rapporto infermieri/oss che deve essere garantito nel rapporto 3/1 (DGR 3093/2006), **non superando quindi la proporzione del personale di supporto oltre il 30%.**

Nella formula di calcolo del personale nelle cure intensive non si può considerare il tasso di occupazione del posto letto perché si tratta di area di emergenza. Si devono considerare nelle "cure intensive" i posti letto come sempre occupati. Per questa ragione **nelle cure intensive deve essere garantito un rapporto infermiere paziente di 1/2.**

Bisogna inoltre prevedere l'istituzione di un osservatorio Regionale e aziendali per la valutazione della casistica di pazienti che accedono alle aree di degenza ad integrazione della definizione dello standard, che preveda l'inserimento anche di rappresentanti per la professione infermieristica

Ultimo, ma non certo per importanza, aprire una riflessione complessiva sul futuro dell'ospedale promuovendo un nuovo impianto progettuale dell'organizzazione ospedaliera strutturata in continuità con l'area territoriale

L'evento, da quel che si è colto dai partecipanti, ha avuto un riscontro positivo anche in termini qualitativi. Un esempio di un nuovo modo di confronto?

Credo sia proprio quest'ultimo aspetto che si è colto nel convegno: "il nuovo esempio del modo di confronto" un nuovo esempio di libero dialogo tra professionisti, istituzioni e cittadinanza. La difficoltà è reale, ma è altrettanto reale la necessità di arrivare ad una posizione condivisa all'interno della professione nei rapporti con la politica e viceversa. Da qui esprimo la necessità di non interpretare il riconoscimento come una tappa di un percorso di professionalizzazione, quanto la condizione per traghettare al professionalismo.

E' presumibile ritenere che in un prossimo futuro si dovranno definire anche gli standard assistenziali sul territorio?

In un prossimo futuro molti saranno gli standard che dovranno essere definiti.

È proprio per questa ragione che gli standard non possono considerare parametri numerici collegati a minimi in termini di tempo e a singole categorie coinvolte, ma risultati oggettivi del sistema salute nei confronti di chi si trova nella sfortunata condizione di fare una domanda.

(di Chiara D'Angelo)

Assicurazione P

Willis

Studiata
su misura
per Infermieri

Polizza RC professionale

- ☺ Massimale € 2.000.000
- ☺ Fino a € 7.500.000 in caso di corresponsabilità
- ☺ Retroattività di 36 mesi
- ☺ Copertura della colpa grave
- ☺ Copertura anche fuori dal servizio (lib. prof., volontariato, ecc.)
- ☺ Validità in tutto il mondo (escluso U.S.A., Messico e Canada)
- ☺ Comprende anche gli avvisi di garanzia
- ☺ Tutela legale penale € 5.000



lavoriamo tut

professionale RC

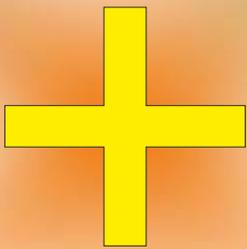


In esclusiva
agli iscritti
NurSind

a soli 42 €

Altri servizi previsti dalla convenzione

- ☺ **Incontra il tuo Dentista:** un servizio di prestazioni odontoiatriche per tutta la famiglia che garantisce un risparmio medio del 50%!
- ☺ **Comparatore Auto**, per te e per i tuoi familiari un servizio di confronto dei prezzi delle Polizze Auto con cui si possono acquistare assicurazioni beneficiando di condizioni garantite solo ai clienti Willis!



ti piu' sereni

info ai delegati Nursind o su www.nursind.it

Competenze Infermieristiche

“Ulisse è giunto ad Itaca... e la Tela di Penelope?”

Intervista al dott. Saverio Proia*

L'assetto organizzativo del Sistema Sanitario Nazionale è in fase di rinnovamento sia sul versante del rispetto dei termini economici imposti dalla spending review, sia per quanto riguarda il costante processo di miglioramento delle performance e dei risultati di soddisfazione dei cittadini e dei loro bisogni assistenziali. Il rinnovamento passa anche dalla ridefinizione delle competenze delle professioni sanitarie. Alla modellazione del nuovo assetto concorrono i contributi di tutte le parti coinvolte: Ministero della Salute, Enti locali, rappresentanze delle professioni sanitarie.

Abbiamo chiesto di fare un pò di chiarezza sulle “competenze avanzate” al prof. Francesco Saverio Proia, Dirigente del Ministero della Salute, esperto di lunga carriera di professioni sanitarie, organizzazione dei servizi, relazioni sindacali e legislazione, uno dei protagonisti di spicco di questa fase così delicata ed importantissima, che ha scritto per “InfermieristicaMente” il documento che di seguito riportiamo, e per il quale lo ringraziamo con vivissima e rinnovata stima.

Da mesi si discute sui blog, sui media, nei posti di lavoro delle competenze avanzate degli infermieri quasi se fosse un assalto al Palazzo delle diagnosi e delle cure da parte delle truppe insurrezionali infermieristiche, strenuamente difeso dall'esercito regolare dei medici: ma che scherziamo? Ricostruiamo come è nata la questione e come siamo arrivati sino a qui.

L'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica è emersa come una necessità strategica per lo stesso sistema sanitario nazionale attraverso un convinto e approfondito dibattito e ragionamento sviluppato all'interno delle componenti più avanzate della stessa categoria medica, fatto proprio e sviluppato poi dalle Regioni e dal Ministero della Salute e divenuto patrimonio del sindacato del comparto sanità e dalle rappresentanze professionali.

La prima motivazione di tale scelta stra-

tegica è stata ed è il previsto calo fisiologico della presenza attiva dei medici nel mercato del lavoro sanitario nei prossimi anni tale da prevedere una diminuzione della disponibilità di medici nel nostro Paese.

Tale previsione è stata riportata nella proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013: a partire dal 2012 è previsto un saldo negativo fra entrate e uscite con tendenza al progressivo allargamento della forbice negli anni a seguire; la stima parla di una carenza di 18.000-22.000 medici entro il 2018, passando da 3,7 medici attivi per 1.000 ab. a 3,5 (la media europea e di 3,1 medici attivi per 1.000 ab.).

In realtà, alcuni segnali si possono già vedere, soprattutto in quelle specifiche specializzazioni che comportano maggiori rischi professionali e sacrifici personali: spesso i media riportano notizie di chiusure di reparti per carenza di medici, riduzioni delle attività, allungamento delle liste d'attesa, esternalizzazioni a privati di attività sanitarie e quant'altro; spesso le direzioni delle aziende sanitarie o ospedaliere devono ricorrere ad accordi onerosi per assicurare le guardie, mantenere le attività o consentire la fruizione delle ferie al personale.

E' evidente, però, che non si è in presenza di un'emergenza medica in quanto non esiste un rischio per il SSN se entro il 2018 avremo 3,5 medici ogni 1.000 ab., quando la media europea è di 3,1; quella che si prospetta all'orizzonte non è quindi una reale carenza, bensì il fatto che l'attuale organizzazione sanitaria deriva da quella impostata quando il problema era inverso, ovvero da quando si era in presenza di un'anomalia del sistema cioè la pleonemia medica.

Si è, pertanto, sviluppata un'eccessiva medicalizzazione dell'organizzazione del lavoro affidando ai medici competenze che nel resto d'Europa svolgono altri professionisti della salute; si è così determinata una situazione nella quale l'apporto dei medici in determinate attività non ha portato un reale valore aggiunto.

Alcuni esempi possono aiutare a sostanziare la questione:

➔ per partorire per via naturale oggi è



richiesta la presenza del medico; di norma potrebbe bastare l'ostetrica;

➔ per certificare l'abitabilità di un edificio o la sicurezza di un'impresa serve il medico; sarebbe sufficiente un tecnico della prevenzione;

➔ per fare le vaccinazioni deve esserci il medico; basterebbe l'assistente sanitaria;

➔ la gestione dei controlli routinari della cronicità è affidata a medici specialisti in svariate discipline; potrebbe essere svolta da infermieri opportunamente formati che riferiscono al medico i soli casi di scostamento dalla normalità;

➔ la cronicità psichiatrica potrebbe essere gestita valorizzando i contenuti professionali delle componenti sanitarie, diverse dal medico che compongono le équipes nei Dipartimenti di salute mentale;

➔ in emergenza ed in area critica alcune funzioni quali la gestione di alcune patologie o infortuni minori da codice bianco, alcune operazioni salvavita in ambulanza, l'assistenza in anestesia, potrebbero essere svolte da infermieri ad hoc formati e sulla base di protocolli concordati con i medici;

➔ l'ospedale per intensità di cura potrebbe dar corso a forme più razionali della attività di guardia notturna e festiva del medico con una diversa integrazione professionale con gli infermieri in turno.

Si potrebbe continuare a lungo con esempi di questo tipo che, invece che essere accettati come modalità immutabili di erogazione delle attività, andrebbero visti come situazioni sulle quali sarebbe



opportuno sviluppare, fare degli approfondimenti con le diverse componenti professionali.

E' evidente che la carenza medica non può essere affrontata se non intervenendo sull'organizzazione, alla luce dei livelli di istruzione e formazione raggiunti dalle altre professioni sanitarie: si tenga anche conto che i costi formativi fra medici e altri professionisti della salute sono molto diversi, e non solo per la questione delle borse di studio legate alla specializzazione.

All'orizzonte, quindi, si prospetta un cambiamento epocale che deve essere opportunamente accompagnato, anche per poter superare prassi esistenti e vincoli normativi che oggi obbligano ad avvalersi dei medici anche per attività che potrebbero essere gestite da altre figure professionali, senza che si debba loro far correre il rischio di incorrere in situazioni di abuso della professione medica.

Per questo, su indicazione dell'allora Ministro alla Salute, prof. Ferruccio Fazio, medico di chiara fama, si è voluto partire con il piede giusto, integrando, su proposta comune del Direttore della Programmazione sanitaria e di quello delle Professioni sanitarie il capitolo del Piano sanitario nazionale 2011-13 relativo alle risorse umane, un ulteriore punto per la ridefinizione delle funzioni del personale sanitario alla luce delle nuove competenze e abilità acquisite dalle diverse professioni sanitarie, definendo allo stesso tempo il problema e la soluzione.

La proposta di PSN, compresa la sopraddetta integrazione, fu approvata sia dal Parlamento che dalla Conferenza Stato - Regioni; la frase inserita recitava così:

“Anche l'assunzione di nuovi compiti da parte delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, fenomeno già in atto nel nostro come (in forma ancora più evidente) in altri Paesi europei, contribuirà ad un minore fabbisogno di medici”.

Nel frattempo in Toscana su proposta della Società scientifica regionale di medicina d'urgenza con la condivisione di tutti gli Ordini provinciali dei medici, escluso quello di Lucca, fu avviata la riorganizzazione dei DEA con il metodo SEE AND TREAT con cui fu prevista la gestione dei codici bianchi anche da parte di infermieri allo scopo formati e sulla base di protocolli concordati con i medici, nonché l'Ambulanza Infermieristica (c.d. India)

con la previsione che l'infermiere possa svolgere operazioni salvavita.

Questa scelta fu oggetto di una denuncia per esercizio abusivo della professione medica alla Procura di Repubblica di Firenze da parte dell'Ordine Provinciale dei medici di Bologna che, dopo aver acquisito i pareri del Ministero della Salute, della Regione Toscana, dell'Ordine dei Medici di Firenze e dell'IPASVI, archiviò la denuncia non riscontrando alcun reato né alcuna illegittimità e questo già potrebbe bastare per condividere la giustezza e la correttezza della proposta di accordo sulle competenze avanzate degli infermieri.

Nel frattempo analoghe forme di sperimentazioni di competenze avanzate furono avviate in Emilia Romagna, in Puglia, in Veneto, sempre su proposta delle competenze più avanzate della professione medica, valga per tutti il documento del Collegio dei Primari di anestesia e rianimazione del Triveneto.

Al fine di governare in forma organica tale processo di innovazione le Regioni chiesero al Ministero della Salute l'istituzione di uno specifico tavolo tecnico per l'implementazione delle competenze avanzate delle professioni sanitarie e l'attivazione delle specializzazioni previste dall'articolo 6 delle legge n.43/06: dopo quasi due anni di intenso lavoro e di confronto con tutte le rappresentanze professionali e sindacali si è giunti a due prime proposte una riguardante le professioni infermieristiche e l'altra riguardante la professione di tecnico di radiologia medica.

Quest'ultima, cioè quella del TSRM, più completa di quella dell'infermiere in quanto sono già previste le competenze specialistiche, per il resto è analoga all'altra, è stata condivisa ed esaltata da tutte le componenti mediche e fisiche dell'area radiologica, al contrario la proposta sulle competenze avanzate dell'infermiere, dopo un'iniziale condivisione della FNOMCEO e degli stessi sindacati della dirigenza medica e sanitaria (vedi verbale del 28 novembre) la maggioranza dell'intersindacale medica ha mutato l'iniziale posizione positiva affermando di non poterla più condividere esponendo motivazioni basate su posizioni di mera difesa acritica delle competenze mediche, mai messe in discussione dalla stessa proposta di accordo degli infermieri che più che entrare realmente nel merito lasciano

sottendere la vera motivazione cioè l'essere un sindacato che rappresenta una categoria sempre più alla difensiva, che perde la precedente autorevolezza, aggredita da denunce civili e penali di chi da loro è stato curato, da una moratoria contrattuale, da una innovazione nell'organizzazione del lavoro, specie quella ospedaliera, che riduce il numero delle strutture complesse e semplici da un diverso ruolo, anche gestionale, della professione infermieristica...

Quindi il no all'accordo sulle competenze avanzate più che un no, fra l'altro giunto tardivamente e in contrasto con i precedenti pareri espressi, sia nei confronti ministeriali che in pubblici convegni, appare, anzi è, una reazione alla condizione della categoria medica. Al disagio reale e a quello avvertito dei medici una prima risposta apprezzata da loro è stata quella della proposta di “cabina di regia”, nella quale l'innovazione può essere governata e promossa con la partecipazione ed il consenso di tutti: tant'è che nel concordare il testo condiviso, parola per parola, da tutti i sindacati, compresi quelli dei medici, si è concordato nella riunione del 16 gennaio che: **“gli infermieri e le altre professioni sanitarie, nell'ambito delle responsabilità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento, sono garanti del processo assistenziale, ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l'evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico”.**

E' evidente che l'accordo sulle competenze avanzate e quello sulla cabina di regia sono tra loro interconnessi ed interagenti e lo stop al primo, oltre che non fermare la sua progressiva anticipazione in varie regioni, genererebbe una reazione incredibile sia del sindacato confederale che di quello categoriale della professione infermieristica con un'aderenza estesa tra gli stessi infermieri e le altre professioni sanitarie, come si può vedere nel web sia nei loro blog che nella stampa online.

Ma, è augurabile che a ciò non ci si giunga e finisca questa Tela di Penelope considerato che Ulisse è giunto ormai ad Itaca...

(*)Dirigente in comando, dell'ASL RM D, presso il Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie.

(a cura di Chiara D'Angelo)

Teramo: Sul decesso al PS le spese le fa il paziente e naturalmente il personale

febbraio 12, 2014

Comprendiamo perfettamente il clamore causato dal decesso, tra venerdì e sabato scorsi, del paziente dopo varie ore di attesa in codice giallo... riteniamo si tratti ancora di un caso di inadeguatezza nell'organizzazione del lavoro presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Teramo, oltretutto di carenze organiche!

Le spese, purtroppo ed ancora una volta, le fa il paziente e naturalmente il personale. Speriamo di cuore che i risultati degli accertamenti sul paziente e sulla circostanza dimostrino si tratti solo di una triste, malaugurata, ma inevitabile morte, anziché di un caso di malasanità... Anche perché non vorremmo che ancora una volta, alla fin fine, si tenti di scaricare le responsabilità sull'anello più debole della catena: l'infermiere! Perché, qual'ora si dimostrasse che ci fosse una qualche responsabilità del collega, ci preme sottolineare che da molto tempo segnaliamo come persistano situazioni di carenze organiche, ma onestamente anche di disorganizzazione.

L'infermiere in Pronto Soccorso, addetto nel proprio turno al triage (all'accettazione e prima valutazione del paziente), oltre a vivere un pesante carico di lavoro dovuto ai numerosi casi clinici che potrebbero e dovrebbero evitare l'accesso al PS (molti dei quali dovrebbero essere correttamente smaltiti e risolti col ricorso al medico di famiglia od alla guardia medica), vive un disagio professionale notevole. Infatti, non solo spesso si attribuisce a tale figura la responsabilità di lunghissime attese a cui sono costretti i più svariati casi clinici, ma anche la colpa dell'organizzazione del lavoro che non ha strutturato il processo di smistamento (ovviamente anche a causa delle carenze organiche), in modo da evitare che si creino tali criticità. L'infermiere addetto al triage diventa infatti il 'collo dell'imbuto' sul quale ricadono di fatto le responsabilità più gravi e spesso non ha il supporto e la supervisione del medico, in caso di necessità, per gestire le accettazioni ed i pazienti in attesa.

È opportuno ricordare che non sono poche le aggressioni verbali (ed a volte fisiche) che l'infermiere di triage è costretto a subire, essendo l'unico 'sportello' aperto a cui l'utenza si rivolge direttamente... e lo fa non solo per essere accettata, ma anche per lamentare (e quindi a volte con aggressioni verbali, quando non fisiche) le inefficienze del sistema o semplicemente il proprio disagio e la propria ansia.

Riteniamo ed insistiamo sulla necessità che in Pronto Soccorso a Teramo, e nel resto della provincia, siano create le condizioni per le quali il paziente, che giunga al Servizio con mezzi propri (a volte questo sollecito è necessario perfino per i pazienti che arrivano in autoambulanza), venga immediatamente 'triaggiato' (valutato) attraverso la rilevazione dei parametri vitali necessari al suo specifico sospetto clinico, realizzando così un'inqua-

ramento immediato del paziente fondato su dati oggettivi e non solo sulle impressioni o sugli elementi riferiti dal paziente stesso. Questo consentirà di prevenire molte situazioni critiche ed anche l'attuazione del ben più rapido avvio di esami diagnostici, che potranno precisare meglio la situazione, senza dover aspettare che il primo paziente già in carico in uno degli ambulatori sia dimesso, dopo tutti i passaggi necessari all'iter, ovvero inviato a visita specialistica o a ricovero.

Questo grido di allarme più volte levato, è rimasto fin qui inascoltato e l'infermiere continua a subirne le conseguenze, assieme ai pazienti!

Abbiamo contestato dopo l'estate il provvedimento estemporaneo che il capodipartimento del DEA ha voluto adottare, imponendo che l'infermiere del territorio del 118 andasse a dare una mano in PS nelle pause degli interventi, sottraendolo alla collaborazione in centrale operativa e comunque non assicurando alcuna possibile continuità al PS... (tutto ciò nonostante le nostre insistenze nel far notare che questa non è certo una soluzione adeguata, non potendoci essere alcuna continuità), questo provvedimento rimane a tutt'oggi un abuso nei confronti dell'infermiere del 118 che viene costretto a subire un trattamento di discriminazione nei confronti degli altri colleghi del DEA, oltre che una inaccettabile costrizione a dover giustificare nella loro professionalità ogni spostamento effettuato durante il lavoro, a differenza di tutti gli altri! È indegno della nostra professionalità ed è una grave mancanza di rispetto per la dimostrata deontologia degli infermieri, oltre che – ribadiamo – profondamente discriminante.

Tristemente, ci permettiamo con rispetto anche di far rilevare che il modus operandi dei medici del PS, sulla cui professionalità non discutiamo, sono un evidente e rilevante fattore che incide per qualche ragione su tali situazioni inaccettabili per il paziente, ed è indispensabile cercare di capire il perché di lungaggini incredibili dal momento dell'accesso al PS di cui, però, sembra pagare le conseguenze solo o soprattutto – col paziente – l'Infermiere del triage! Ma lasciamo alla saggezza ed alla indiscussa capacità dei dirigenti sanitari l'analisi di questo aspetto, i cui effetti sono sotto gli occhi di tutti...

Rimaniamo pienamente disponibili, come nel passato, ad ogni costruttivo confronto e collaborazione, perché la nostra professione sia tutelata, ma soprattutto si faccia tutto il necessario per migliorare le condizioni del paziente!

Il Segretario Provinciale NurSind Teramo
Giuseppe De Zolt

C A M P A N I A

Nocera: "flash mob" di infermieri e medici contro i tagli indiscriminati

gennaio 17, 2014, dal Mattino di Salerno

Ospedale Umberto I, pronto il "flash mob" di medici e infermieri. Utilizzato per la prima volta nel 2003, il termine flash mob sta per "evento improvviso" ed è quello che hanno deciso di organizzare i componenti del NurSind, sindacato delle professioni infermieristiche.

L'obiettivo è di denunciare, in forma maggiore rispetto al passato, la carenza di personale infermieristico e di figure di supporto all'assistenza. "Vogliamo mettere a conoscenza i cittadini – dicono Luigi Acanfora (RSU) e Pasquale Picariello (Segretario Provinciale) - che i continui tagli delle politiche manageriali dell'ASL perseguono un sentiero che per ora non ha portato risparmi, anzi ha visto aumentare la spesa, generando caos e limitando i servizi del cittadino. La scelta di chiudere e riconvertire ospedali, senza prevedere una programmazione di offerte di servizi alternativi, per noi è una vera e propria offesa alla dignità della persona".

La scelta di partire da Nocera non è tuttavia casuale (la proposta si allargherà anche agli altri presidi ospedalieri).





Pasquale Picariello,
Segr. prov. Nursind Salerno
con i colleghi dell'Umberto 1°

L'Umberto I, a quando dice il NurSind, dopo la chiusura di Pagani e Scafati non ha visto aumentare i propri posti letto. "Era così urgente – continuano i rappresentanti sindacali -trasferire la pneumologia da Nocera a Scafati? Dove sono i posti letto in più tanto decantati e preventivati dal direttore generale?". Da qui le conseguenze di organici infermieristici "inadeguati", purtroppo segnalati anche nel resto delle aziende della provincia di Salerno. Questo avrebbe generato "intollerabili carenze assistenziali" e l'assenza di unità di supporto, come oss e ausiliari.

"Lo scopo della manifestazione è quello di scuotere l'opinione pubblica, portando all'attenzione della Regione Campania e di tutta la politica regionale e territoriale il disagio, non solo degli operatori sanitari, ma anche della popolazione che "subendo le lunghe liste d'attesa, perde a poco a poco la fiducia nel servizio pubblico. E' a quel punto che si vede costretta a rivolgersi al privato, facendo lievitare gli stessi costi della sanità".

"Auspichiamo che il direttore generale – conclude il NurSind – che ha ereditato una situazione sicuramente non facile, incenti-

vi la qualità dei servizi, in modo da integrare ospedale e territorio, valorizzando le professionalità dei lavoratori e dando nuovo impulso agli ospedali con l'aiuto di una risorsa indispensabile, come gli infermieri".

E intanto è allarme anche tra gli operatori del pronto soccorso dell'Umberto I, con quasi 230 accessi al giorno, il personale ha lanciato da tempo l'allarme vista la carenza d'organico, che il più delle volte rallenterebbe l'assistenza sanitaria. Tanto da aver costretto qualche infermiere, da un paio di settimane, ad esporre all'ingresso del pronto soccorso un avviso che recita: "offendere o esercitare violenza all'infermiere di triage è reato". E poi: "Chiediamo ai cittadini che si recano nel pronto soccorso di aver pazienza e di fidarsi dell'operato del personale che ci lavora di notte e di giorno per 365 giorni all'anno", altro non si tratta che degli elenchi di articoli del codice penale relativi a interruzione di un servizio pubblico e di oltraggio a pubblico ufficiale. La scelta di esporre pubblicamente il regolamento è stata "obbligata", raccontano alcuni infermieri, visto il ripetersi di episodi di violenza gratuiti.

EMILIA ROMAGNA

Modena: interinali in corsia, un numero destinato ad aumentare; per la gioia di agenzie e cooperative.

Il NurSind, dopo la grave vicenda del falso infermiere che lavorava presso la casa protetta di Vignola pone l'accento sulle agenzie interinali e sulle cooperative che utilizzano infermieri all'interno delle strutture private, nelle cliniche convenzionate e nelle aziende sanitarie locali.

La sanità è un business e così anche il mercato del lavoro, si stima un giro d'affari per le agenzie interinali di circa 300 milioni di euro l'anno. Un paradiso per le cooperative di lavoro. Le case

Vuoi istituire una segreteria del Nursind nella tua azienda?

I valori che hanno ispirato Nursind si stanno espandendo a macchia d'olio in molte realtà sanitarie del nostro Paese. Mancano all'appello ancora numerose aziende, pubbliche e private.

Diversi colleghi ci chiedono come far nascere il sindacato di categoria anche nella propria azienda.

E' semplice! Basta mettersi in contatto con la direzione nazionale al **348 4722368** oppure scrivendo a **nazionale@nursind.it** dove ti verranno esplicitate le opportune formalità da compiere.

Se nella propria provincia esiste già una segreteria attiva del Nursind, basta contattarla e dichiarare la propria disponibilità. L'elenco aggiornato delle provincie attive lo trovi su www.nursind.it, se la tua provincia non è ancora contemplata tra quelle colorate in verde, **hai la possibilità di essere protagonista della nascita del Nursind nella tua realtà.**

E' un'esperienza coinvolgente e ricca di soddisfazioni personali, ma anche impegnativa, proprio perché si tratta di operare per modificare lo status quo, le resistenze ideologiche, quelle legate al retaggio culturale di colleghi, ma anche delle associazioni sindacali che storicamente gestiscono il territorio.

Dove è già stato fatto, il bilancio è positivo su tutti i fronti. Gli infermieri, per la prima volta, si sentono degnamente rappresentati da colleghi che ne conoscono le problematiche e si impegnano per risolverle.

Non aver paura di "non esserne all'altezza"; chi ha preceduto in altre situazioni, lo garantisce. Non ti sentirai mai solo perché Nursind è prima di tutto una grande famiglia ed i problemi di uno, sono quelli di tutti.



Il valore del Nursind:
insieme siamo più forti!

protette rincorrono sempre più le agenzie interinali o appaltano alle cooperative interi reparti e gran parte dei servizi sanitari. Prassi, quest'ultima, molto in voga anche nelle cliniche private, che potrebbero assumere chiunque, ma preferiscono risparmiare.

L'escamotage è semplice: le cooperative applicano ai proprio dipendenti il contratto di lavoro di "cooperazione sociale" e non quello previsto per il personale sanitario. Una concorrenza sleale, a cui si potrebbe porre rimedio. "Basterebbe imporre anche a loro l'applicazione del contratto di lavoro previsto per la sanità".

Così, a fine mese, l'infermiere si ritrova nella busta paga uno stipendio di norma inferiore rispetto ai colleghi, mentre lo sfruttamento cresce: ci sono cooperative che di giorno mandano l'infermiere in una clinica e di notte in un'altra. Il lavoro notturno viene retribuito molto poco rispetto a quanto stabilito dal contratto nazionale.

Lo straordinario invece non viene pagato, ed il dipendente di solito accetta che questo accada perché dietro la porta vi sono centinaia di infermieri che attendono il suo posto di lavoro. Tutto questo a scapito della qualità del servizio.

Finora le aziende sanitarie e le strutture accreditate sono ricorse alle cooperative solo per coprire buchi nell'organico anche a causa della spending review che blocca le assunzioni di personale nel pubblico impiego.

A Modena per effetto del Piano Attuativo Locale (Pal) 2011-2013, a seguito di un lungo percorso iniziato dalla Regione Emilia-Romagna già dal 2005 (LR n. 20/2005 art. 39), si è avviato il sistema dell'accreditamento dei servizi sociali e socio sanitari, che consiste in un processo di selezione dei soggetti che erogano servizi sociali in ambito locale. Gradualmente i servizi territoriali per gli anziani e i disabili della provincia di Modena saranno dati totalmente in gestione alle ASP o Coop sociali.

Ciò che preoccupa molto il NurSind è la rimodulazione dei ruoli delle strutture ospedaliere e l'accreditamento dei servizi socio sanitari, questa potrebbe avere delle ricadute dirette sulle dotazioni infermieristiche ma anche sulla qualità dell'assistenza. Per questo vigilerà sulle situazioni che penalizzeranno la nostra categoria nell'interesse dei lavoratori esercenti la professione, in tutte le sedi che riterremo utili allo scopo di offrire un servizio sanitario all'avanguardia.

Segreteria NurSind Modena



Marco Lelli,
Segretario provinciale Nursind Roma

ci e anziani, in continuo aumento.

Il confronto ha riguardato anche il possibile assetto futuro del Pronto Soccorso cividalese. È stata condivisa l'opportunità che il ragionamento su questo servizio rientri a pieno titolo in una riflessione più ampia che porterà alla definizione del nuovo piano regionale delle emergenze e della centrale unica del 118 in discussione in questi giorni dall'assessorato regionale.

Particolare apprezzamento è stato manifestato per la parte innovativa del progetto che prevede l'istituzione del Centro di riferimento regionale per la diagnosi e cura del burn-out, la sindrome di affaticamento psico-fisico delle professioni di aiuto, prime tra tutte quelle sanitarie.

Questa tipologia di riassetto dei piccoli nosocomi secondo il NurSind è quanto mai necessaria sia per le nuove esigenze, sia per l'innalzamento dell'età media della popolazione friulana nonché per un corretto utilizzo delle risorse umane e tecnologiche delle aziende sanitarie.

Il cittadino deve comprendere che tale riordino non li priverà dei servizi necessari bensì permetterà di rivedere la struttura e l'organizzazione con l'impegno di pluri professionalità condivise con maggior attenzione verso il territorio.

Non va sottovalutato che tutta l'area vasta ne potrebbe beneficiare dalla riconversione delle strutture. Questo porterebbe alla creazione di una rete di servizi condivisi senza intasare l'attività delle strutture centrali.

A conclusione dell'incontro, i rappresentanti del NurSind hanno dichiarato di condividere il progetto con l'intenzione di sostenerne la realizzazione nelle sedi istituzionali soprattutto perché le riconversioni delle strutture sono già state avviate in altre regioni italiane con brillanti risultati e soprattutto con notevole approvazione da parte della cittadinanza.

Nursind Udine

FRIULI VENEZIA GIULIA

Il futuro dei piccoli ospedali nel contesto del nuovo piano regionale

marzo 26, 2014

Dopo la presentazione delle linee programmatiche sulla sanità regionale è necessario e doveroso fare una riflessione sul futuro che potrebbero vedere le strutture ospedaliere della nostra regione che attualmente vengono considerate a rischio chiusura.

Il NurSind, in un recente incontro con la Consigliera Claudia Chiabai, uno degli estensori della proposta di riqualificazione del presidio sanitario di Cividale del Friuli, ha voluto confrontarsi per un approfondimento sugli aspetti innovativi di questo progetto.

All'incontro erano presenti il componente della Direzione Nazionale e vice segretario provinciale Stefano Giglio, il segretario provinciale amministrativo Afrim Cassi e la delegata Sara Bentivoglio operante nel Pronto Soccorso cividalese.

Ne è scaturita una valutazione positiva legata, in particolare, alla possibilità di avviare a Cividale un progetto pilota che funga da apripista per altre realtà regionali.

Il rafforzamento delle attività territoriali, riorganizzate nella "casa della salute di 3° livello" e il mantenimento del reparto di Medicina, sviluppato su moduli in coerenza con le più recenti acquisizioni in tema di diversificazione dell'intensità assistenziale, rappresentano una reale risposta ai bisogni dei malati croni-

LAZIO

NurSind: Le nostre domande a Zingaretti

Roma - 14 feb

"Apprendiamo dalle agenzie stampa l'annuncio diramato oggi dal Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti riguardante il blocco medio nei pronto soccorso delle ambulanze del 118, sceso da sessantasette minuti (dati riferiti alla prima quindicina di gennaio) fino ai 37 minuti attuali (dati riferiti alla seconda quindicina di gennaio). Naturalmente siamo certi della veridicità dei dati che, se perduranti nel tempo, renderebbero un servizio di enorme importanza sul territorio in termini di macchine dell'ARES pronte a soccorrere i cittadini laddove ve ne sia bisogno.

A volte si pensa sempre, sbagliando naturalmente, se non vi sia una strumentalizzazione di questi dati e, rispetto a quest'argomento come NURSIND e come professionisti della



sanità ci poniamo alcune domande, domande che scaturiscono spontanee dalle situazioni che ognuno di noi vive come protagonista nella propria realtà:

a) Che cosa è avvenuto nell'ultimo mese di così rivoluzionario per ridurre del 50% in 15 giorni i tempi di sblocco delle ambulanze?

b) Quali sono nello specifico i provvedimenti presi citati dal Presidente Zingaretti che hanno portato a dei miglioramenti di rilievo nella risoluzione del problema?

c) Gli stessi dati sono una media su tutti i pronto soccorso o solo una media su alcuni?

Ancora oggi dati presi dal software GIPSE messo on line dalla Regione Lazio documentano un affollamento di pazienti nel pronto soccorso da assegnare nei reparti e quindi qualcuno di essi presumibilmente appoggiato sopra una barella.

Chiarimo una volta per tutte che il blocco delle ambulanze è un problema che si trascina da anni ed è legata alle carenze organizzative e strutturali del pronto soccorso, risolviamo prima queste problematiche, facciamo partire il territorio per "decongestionare" i PS, cercare di eliminare la cattiva gestione da parte delle Istituzioni del SSR e poi potremmo di certo parlare anche di una riduzione permanente del blocco delle ambulanze e non "un effetto camomilla" già visto due anni orsono.

Presidente Zingaretti siamo sempre in attesa di provvedimenti strutturali ed organizzativi che mettano una pietra tombale su una materia (la salute) che sta a cuore a tutti.

Segreteria provinciale NurSind

San Camillo- Forlanini: Nursind, XII° giorno di occupazione

gennaio 27, 2014

La situazione del pronto soccorso è ancora in una criticità assoluta. I provvedimenti attuati dall'azienda ancora non stanno dando i frutti sperati, anche perché i provvedimenti provvisori-urgenti in attuazione alle disposizioni regionali emanate dalla cabina di regia della regione Lazio sono stati modificati più volte in corso d'opera (l'ultima integrazione è del 22/01) e in data di



oggi solo in parte messi a regime.

Anche ieri alle 16.00 al Pronto Soccorso del nosocomio erano presenti 90 pazienti di cui 30 in attesa di ricovero. L'O.S. NURSIND auspica che sia dato inizio al più presto ai lavori della Boarding Area (come da delibera aziendale) per decongestionare il Pronto Soccorso e che, soprattutto, siano trovate da parte dell'Azienda quelle risorse, soprattutto umane concretando provvedimenti che vanno a salvaguardare e non a "spremere" (come, di fatto, è ora.) il personale turnante del comparto.

Questo si chiede per far decollare un progetto (ora sulla carta) in un progetto efficace e duraturo nel tempo. Tanto è dovuto alla cittadinanza pertinente al San Camillo.

A seguito delle nostre denunce inoltre L'O.S. NURSIND ringrazia l'On. Micaela Campana per l'Interrogazione Parlamentare fatta al Ministro della Salute e al Ministro dell'Interno su "...se e come si intenda intervenire al fine di garantire al personale medico e paramedico di poter svolgere il proprio lavoro in piena sicurezza" riferito alle varie aggressioni accadute al San Camillo riportando fedelmente le segnalazioni da noi denunciate nei comunicati stampa e inoltre i nostri Rappresentanti Regionali che si sono mossi per cercare di dirimere un problema allo stato dell'arte difficilmente risolvibile se non con una rivoluzione Copernicana da parte delle Istituzioni.

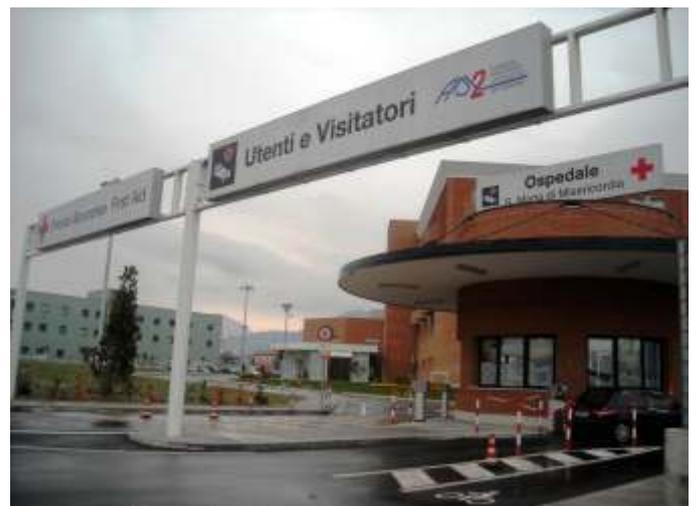
Attendiamo in merito risposte dal Governo e dalla Regione.

LIGURIA

Albenga: poco personale. il Punto di Primo Intervento vicino al collasso

gennaio 26, 2014, da IL SECOLO XIX:

Posto di Primo Intervento più che mai sotto pressione nelle ultime settimane di maltempo, con uno sparuto nugolo di medici ed infermieri costretti a compiere veri e propri salti mortali per far fronte ad un numero di pazienti che in alcune giornate è stato addirittura superiore a quando quello del Santa Maria della Misericordia era considerato un vero e proprio Pronto Soccorso anche dall'ASL e non solo dai cittadini. Un sovraccarico di lavoro che pesa sulle spalle degli infermieri e dei medici rimasti. Il numero sempre crescente dei pazienti con problemi piuttosto seri (co-



Convenzioni Nazionali

Consulta il sito www.nursind.it per conoscerne i vantaggi, le condizioni e le ultime novità!

dici gialli e rossi) costringe a lavorare in condizioni di emergenza, con attrezzature inadeguate e insufficienti. E con maggiori possibilità di sbagliare.

A denunciare la situazione è il NurSind, il sindacato infermieristico nazionale tramite la Segretaria Provinciale Cristina Folliero; “siamo sotto organico, lavoriamo male e per questo sono già avvenuti fra il personale tre infortuni in due mesi – tuona la Folliero - sempre più spesso il personale presente non riesce a gestire gli accessi e per questo motivo viene chiamato con urgenza il medico reperibile. La situazione è drammatica. I Dirigenti non capiscono che le persone della zona continuano a portare qui pazienti anche gravi, nonostante noi siamo solo un Punto di Primo Intervento. In tanti sono andati al Pronto Soccorso del Santa Corona, ma hanno avuto esperienze spiacevoli e affrontato lunghe attese per picchi di accessi che hanno causato la paralisi delle attività e problemi ai mezzi di soccorso in arrivo”.

E poi chi vive da queste parti o e si trova per le mani un congiunto in gravi condizioni preferisce rivolgersi all'ospedale più vicino anziché raggiungere Pietra Ligure, “un episodio emblematico è accaduto negli anni scorsi quando è arrivata una signora in codice verde con delle escoriazioni dovute ad una caduta accidentale – conferma la sindacalista – dieci minuti dopo essere arrivata all'ospedale, la paziente ha avuto dolori all'addome ed è diventata un codice rosso è stata operata d'urgenza a causa di una lesione al fegato dovuta alla caduta. L'abbiamo salvata per un soffio. Se questo episodio accadesse ora, privi di sala operatoria e con l'organico ridotto all'osso, per la paziente non ci sarebbero possibilità di salvezza”

In seguito alla denuncia del Nursind, è stata presentata un'interrogazione in Consiglio Regionale da parte del capo gruppo di F.I. Marco Melgrati in cui si afferma: “l'assessore Claudio Montaldo e il Direttore Generale Flavio Neirrotti devono rendersi conto che questo P.P.I. dell'Ospedale di Albenga è un presidio necessario per un territorio da 60.000 abitanti che triplica in estate; bisogna intervenire subito per migliorare il servizio. Come già ripetuto più volte i dati recenti degli afflussi al Pronto Soccorso di Pietra Ligure indicano un modesto incremento degli accessi al PS, ed evidenzia come tutto ciò propenda a favore del nosocomio di Albenga e della tesi secondo la quale il declassamento del Pronto Soccorso è connotabile come un clamoroso FLOP della giunta Regionale di Sinistra, a causa dei disobbedientissimi pazienti che continuano a utilizzare questo “scomodo” e non “politicamente corretto” ospedale ingauno. Questi pazienti, che giungono con i propri mezzi al P.P.I. di Albenga, in codici Giallo e Rosso, perché la gente quando si sente male non sa capire quale è il livello di gravità o a quale colore del proprio malessere; molti, come denunciato dal sindacato degli infermieri, ma come anche io posso confermare, una volta fatta l'esperienza del Pronto Soccorso di Santa Corona, se hanno bisogno nuovamente si rivolgono ad Albenga”.

“Il P.S. di Santa Corona che di fatto non è stato potenziato dopo il declassamento del Pronto di Albenga in P.P.I. non può sopportare l'incremento di lavoro, e spesso l'accesso ad una visita è una vera e propria odissea, con attese interminabili”.



“E anche il P.P.I. di Albenga, che di fatto continua a svolgere il proprio lavoro di un vero e proprio Pronto Soccorso deve essere potenziato in personale. Infatti gli accessi sono passati a oltre 70 medi al giorno e di notte a oltre 15. E, come denuncia il sindacato, lo sparuto numero di medici e infermieri fa i salti mortali per rispondere all'emergenza.”

“A questo si aggiunge”, conclude il Capogruppo di Forza Italia Marco Melgrati, “che, come andiamo ripetendo da mesi, la delibera sulla riorganizzazione delle emergenze sanitarie e quindi sul declassamento dei quattro Pronto soccorso in Liguria (di cui due in Provincia di Savona (Albenga e Cairo Montenotte) non è ancora stata discussa e approvata in Commissione Sanità e in Consiglio Regionale, nonostante sia passato oltre un anno dalla data prevista dell'ottobre 2012.”

M A R C H E

Non mancano i Primari, mancano gli Infermieri!

marzo 15, 2014

La politica di alcuni territori della provincia di Ancona sostiene che nelle strutture sanitarie mancano i “Primari”. Non si capisce bene se la politica non è a conoscenza dei problemi veri o “finge di non conoscerli”. Con la scusa della “spending review” la politica regionale si è auto-incensata evidenziando i comportamenti virtuosi che hanno consentito il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, con il mantenimento dei servizi ai cittadini. Sulla base di ciò qualcuno dovrebbe spiegare come sia stato possibile garantire gli stessi servizi con una diminuzione di circa 1.000 operatori (la vera fonte del risparmio). I dati reali dicono che sono stati tagliati oltre 1.200 tra Infermieri e Operatori di Supporto e che sono stati tagliati i servizi alle persone! La politica, in quel caso, dov'era? E perchè è rimasta in silenzio?

Per la politica potrebbe essere utile sapere che: la situazione demografica è profondamente cambiata, con un importante innalzamento della vita media; la situazione epidemiologica si caratterizza per un significativo aumento delle malattie cronico degenerative; le situazioni socio-economiche dei singoli in troppi casi obbligano le persone a delle scelte, con ripercussioni negative nello stato di salute; la popolazione della Regione Marche ricompresa nella fascia di età 65-74 aa è pari al 10,7%; la popolazione della Regione Marche ricompresa nella fascia di età > di 75 aa è pari al 11,7% (tra le più alte sul territorio nazionale); nella Regione Marche sono presenti 637.079 famiglie (dati Comuni d'Italia) e che le famiglie con la presenza di almeno una situazione di disabilità sono circa 65.000 (dati codice argento); ...

Sulla base delle situazioni presentate, la politica potrebbe veramente fare la propria parte (in particolare l'associazione dei Comuni), non tanto per richiedere la copertura dei posti di “primario”, quanto per pretendere l'adeguatezza dei servizi ai cittadini. Possibilmente con quel potenziamento dei servizi territoriali, da sempre auspicati ma mai realizzati.

Gli indirizzi dei livelli internazionali (OMS) e dei livelli governativi (PSN e PSR) raccomandano forti investimenti nelle cure primarie, con attivazione di modelli già sperimentati da tempo in altri Paesi, come l'infermiere di famiglia, la medicina d'iniziativa, il chronic-care-model, etc. etc.. Forse la politica dovrebbe informarsi sui recenti dati OCSE dove si evidenzia: • il rapporto medici % abitanti nel nostro Paese risulta eccedente di 1 medico ogni 1.000 abitanti (+60.000); • il rapporto infermieri % abitanti nel nostro Paese risulta in difetto di 1,5 infermieri ogni 1.000 abitanti (-90.000). Fermo restando il fatto che i dati OCSE vanno “presi con le pinze”, tenuto conto delle differenziazioni presenti nei diversi Paesi, ... rimane il fatto che il “gap” rimane pesantissimo ... e non vede solo chi non vuole vedere.

È giunto il momento che la politica apra gli occhi, a partire dalla assoluta necessità di rivedere i modelli organizzativi e i



sistemi di cura e di assistenza, tenuto conto sia dei nuovi bisogni delle persone, sia la diversa formazione dei professionisti, ripensando anche ai ruoli e alle responsabilità. La copertura dei posti di primario è l'ultimo dei problemi.

Il Segretario Territoriale NurSind Ancona
Dott. Giuseppe Conti

PIEMONTE

Ivrea. Allarme sicurezza e sovraccarichi di lavoro. La denuncia del NurSind!

gennaio 11, 2014, da LA SENTINELLA DEL CANAVESE

Raccontano che, una sera, dagli spogliatoi del personale un uomo è venuto fuori dalla doccia e se ne è andato come se niente fosse. E che, un'altra volta, aprendo un ambulatorio, sempre la sera, ci si è trovati di fronte una persona che stava cercando di rovistare nei cassetti e che, sentendosi scoperta, è fuggita.

Storie di ordinaria insicurezza all'ospedale di Ivrea. La notte, durante l'inverno, le scomode sedioline davanti agli ambulatori diventano brande per senzatetto. Che non danno alcun fastidio, sono solo alla ricerca di un posto caldo dove passare la notte, ma è segno che in ospedale entra chiunque. Compresi quelli che cercano spiccioli o portafogli.

Giuseppe Summa, segretario provinciale NurSind, ha raccolto le lamentele dei colleghi: «Spesso si aggirano all'interno persone estranee all'ospedale. Sono presenti diversi cartelli, con la scritta "area videosorvegliata", ma io mi chiedo: videosorvegliata da chi?». E aggiunge: «Inoltre il cortile esterno che porta al laboratorio analisi risulta non essere illuminato durante il turno notturno».

Dalla direzione aziendale, però, spiegano che la sicurezza in ospedale è garantita. Premettendo che un ospedale è una struttura che deve accogliere e non respingere, la direzione fa notare che, tutta la notte, è presente il servizio di portineria (dove confluiscono le immagini delle telecamere di videosorveglianza) che può chiamare sia la vigilanza privata o i numeri di emergenza delle forze dell'ordine qualora la situazione lo richieda. Di più. La vigilanza privata prevede, ogni notte, passaggi e controlli nelle aree comuni sempre in orari diversi e la direzione dice di avere già censito tutte le aperture dell'ospedale di Ivrea e di voler predisporre un piano di chiusura codificata durante la notte. Piano questo, che



potrà essere attuato una volta conclusi alcuni lavori.

Non è, però, quella della sicurezza, l'unica cosa che non va denunciata dal NurSind, che lamenta un sovraccarico in alcuni reparti. «È drasticamente peggiorata – aggiunge Summa – la situazione del pronto soccorso di Ivrea. In alcune giornate, il personale del pronto soccorso assiste più di venti pazienti in degenza, che si trovano a volte in barelle, sfruttando ogni singolo spazio nei locali e solo il senso di responsabilità e la professionalità degli operatori consente di garantire ugualmente il servizio».

E le criticità ci sono anche a Medicina (reparto di 44 letti): «Ci sono pazienti complessi, che richiedono particolare assistenza e a questo si aggiunge la questione degli "appoggi" cioè pazienti che finiscono in altri reparti per fare posto ai ricoveri del pronto soccorso. E, a questo, non si può non citare la situazione dei pazienti di ematologia, che va avanti da tempo e non è ancora stata risolta. Si tratta, infatti, di pazienti seguiti dall'Ematologia, ma ricoverati in medicina interna e che a volte hanno bisogno di precauzioni per via delle condizioni del loro sistema immunitario che non sempre un reparto come la medicina riesce a garantire».

A questo, il segretario provinciale aggiunge che, in medicina, il personale è carente e, nell'ultimo periodo, più volte infermieri e operatori socio sanitari hanno effettuato turni di lavoro con i contingenti minimi previsti in caso di sciopero».

La situazione del pronto soccorso e della medicina è nota anche al Tribunale per i diritti del malato: «Anche noi abbiamo ricevuto molte segnalazioni e anche i sindaci hanno sollevato il tema in un'assemblea con la direzione». Direzione che smentisce il sovraccarico al pronto soccorso: «Proprio nel periodo festivo (24 dicembre-6 gennaio) abbiamo monitorato la situazione. È vero che ci sono maggiori accessi rispetto al resto dell'anno per via di una maggiore frequenza dell'acutizzarsi di certe patologie croniche e delle influenze ma, rispetto al 2012, ci sono stati meno accessi». Per la precisione, meno 8,3% a Ivrea e meno 5,1% a Cuornegno.

PUGLIA

NurSind Foggia. Policlinico: non c'è traccia delle assunzioni promesse

marzo 24, 2014, da LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Ci risiamo con un problema talmente annoso da mettere in ginocchio l'intero presidio ospedaliero; ci risiamo con le lagnanze e le legittime prese di posizione per carenze e disservizi che non possono essere più tollerate né pendere da promesse sistematicamente disattese.

Il NurSind, il sindacato delle professioni infermieristiche, ha sollevato in diverse occasioni il problema della grave carenza di personale infermieristico presso gli Ospedali Riuniti di Foggia: «il nostro intervento del febbraio 2013 era un grido di allarme ed un vero e proprio appello a tutte le parti sociali, affinché intervenissero presso il governo regionale. La stessa Azienda Ospedaliero-Universitaria, dopo i nostri numerosi comunicati e lo stato di agitazione del personale, dichiarava formalmente lo stato di emergenza per la grave carenza di infermieri. La nostra speranza era che lo sblocco delle assunzioni di personale sanitario, almeno in parte, potesse portare un po' di ossigeno al Policlinico Foggiano. Ma agli annunci roboanti del mese scorso sugli organi di stampa, è seguita una delibera regionale (la n. 183 del 19/02/2014) che non prevede alcuna assunzione di personale infermieristico ed Oss».

La Regione Puglia ha completamente ignorato il problema dell'assistenza agli Ospedali Riuniti di Foggia. L'oggettiva disparità di trattamento nei confronti di altre Aziende sanitarie pugliesi, ci fa comprendere come la Regione Puglia non abbia alcuna volontà di risolvere i problemi del Policlinico foggiano. Ovviamente questo notevole risultato non sarebbe stato possibile senza il contributo della Direzione Aziendale, che in piena emer-

genza infermieristica pensava bene di chiedere alla Regione l'autorizzazione per l'assunzione di 4 dirigenti del Sitra a fronte di due previsti, con buona pace di chi lotta per difendere diritti e prerogative che continuano ad essere esclusivo appannaggio di alcuni e sogno per altri.

“Il NurSind continuerà nella sua opera di sensibilizzazione, di denuncia e di pressione nei confronti della Regione Puglia, delle parti sociali, della Direzione Aziendale e dei lavoratori, fino a quando non ci sarà personale infermieristico e di supporto adeguato agli standard assistenziali che il Policlinico foggiano merita, noi non ci rassegniamo” dichiara il segretario provinciale NurSind Foggia.

E ci si chiede quando avverrà il promesso sblocco delle assunzioni, quando saranno allestiti i concorsi, quando si metterà fine all'emergenza in corsia.

Bari, “Miulli, categoria infermieri sotto pressione”

gennaio 31, 2014, da ACQUAVIVANET

Miulli, la parola al sindacato della categoria infermieri. – I “falchi”. – Estratto dall'assemblea dipendenti-sindacati del 24 gennaio: “Io sono un responsabile che parla a nome di chi è vessato tutti i giorni e non ce la fa più. E la parola sciopero viene dalle loro menti. Come loro rappresentante, è giusto: visto che io lavoro in un posto dove noi-categoria non avremmo tante possibilità di prendere posizioni. Anzi, mi devo scontrare contro i dipendenti di questo ospedale che non mi vogliono far venire all'assemblea. Ecco, questo è lo stato d'animo di chi è all'esaurimento.”

Intervistiamo Nicola Azzizzi, segretario provinciale Nursind Bari. Giovane e nel pieno dei suoi impegni quotidiani, in un momento libero ha gentilmente concesso una parentesi del suo tempo alle nostre domande.

A suo parere, quanto sono vicini i media ai temi esposti al suo sindacato? Quale impatto mediatico ha la figura dell'infermiere medio nei suoi diritti?

“Francamente poco. Solitamente si tende a mettere in risalto i problemi dei lavoratori in generale, mentre io rappresento la categoria degli infermieri: che è particolarmente sotto pressione. Per tanti motivi: innanzitutto di tipo economico, dovuti sia al concordato preventivo del Miulli, sia ad alcune situazioni passate che non hanno permesso di far acquisire gli opportuni scatti di fascia economica; che oggi sarebbero stati utili alle nostre magre buste paga. Ed in secondo luogo, siamo la categoria che, insieme a quella dei medici, sta pagando una carenza d'organico abnorme. Gli infermieri sono sempre stati abituati ad affrontare carichi di lavoro



al limite della sopportazione. La dimostrazione è l'enorme uso che in passato si faceva dell'istituto dello straordinario: sospendendo i riposi settimanali che spettano di diritto ad ogni lavoratore in turno, per permettere un recupero psico-fisico adeguato. Ciò però, ha distolto l'attenzione su molti aspetti legali che ci coinvolgono direttamente. Lavoriamo talmente tanto che non riusciamo nemmeno a difenderci dai continui demansionamenti a cui siamo costretti ad affrontare ogni giorno. Alcuni pazienti, ci trattano come camerieri, e noi lasciamo correre per il quieto vivere di tutti. Bisogna cominciare la cultura del rispetto della nostra figura professionale.”

Perché è importante difendere anche la categoria degli studenti di infermieristica?

“Semplice. Perché sono il nostro futuro, ed è intollerabile che il loro cammino di studi venga intralciato dai problemi dell'ente. Per questo motivo, ho già contattato il presidente del nostro collegio, Saverio Andreola, e ci siamo promessi un incontro dedicato proprio a questo tema.”

Parlando di Miulli, si è apostrofata la parola sciopero: perché?

“Perché è ciò che molti lavoratori chiedono quando vado nelle corsie. Poi però, il tutto si scontra contro un muro di gomma. Sto parlando della ritenuta che per legge viene effettuata a chi effettua lo sciopero. Io capisco tutti, ma credo che la rabbia “vera” debba sfociare in una manifestazione “seria”, altrimenti rimangono chiacchiere da medicheria, e il paventare lo sciopero diventa un'arma per chi vuole offendere gratuitamente i sindacati che invece si impegnano.”

Il fronte sindacale Miulli è davvero unito?

“Ritengo di sì. Lavoriamo tutti per un fine comune. Poi c'è sempre quello che è più “pepato esibizionista” dell'altro. Ma va bene così”.

Il suo sindacato che rapporti con l'amministrazione del sindaco di Acquaviva delle Fonti, Davide Carlucci?

“Noi non siamo un sindacato con un colore politico. Per quanto mi riguarda, lo stimo per tutto ciò che sta facendo per il nostro paese, e mi riferisco non solo alle numerose iniziative comunali, ma soprattutto per la sua intermediazione con la Regione Puglia. Nell'estate scorsa, quando bisognava tutelare i posti lavoro.”

In ogni caso, lancerebbe un appello al Sindaco di Acquaviva?

“Il mio appello è quello di continuare su questa strada, con un occhio fisso e di riguardo per l'Ospedale Miulli.”

(di Saverio F. Iacobellis)



SARDEGNA

Olbia: la solidarietà dopo l'alluvione

È stato di 16 morti e un disperso il bilancio dell'alluvione in Sardegna. Una tragedia immane con scene da vera apocalisse. Da quel tragico giorno sono passati più di cento giorni. Il fango è

stato pulito via, le abitazioni sono state gradualmente sistemate, ma la situazione resta ancora molto preoccupante da un punto di vista sociale. Molti hanno perso praticamente tutto ciò che avevano, in alcuni casi anche il lavoro. I sentimenti generali sono stati di grande dolore, soprattutto con la consapevolezza che l'uomo risulta pressoché impotente contro tali calamità naturali.

Sono stati circa 12000 i minori colpiti dalla violenza dell'alluvione. Alcuni, sono stati sfollati dalle loro case e hanno perso tutte le loro abitudini, le quali per un bambino rappresentano il proprio universo di riferimento. I bambini sono la categoria più debole ma sono anche la speranza di un futuro migliore.

Il Coordinamento Regionale del NURSIND ha rivolto in linea prioritaria, il contributo verso i bambini.

È stata infatti devoluta una somma in denaro per sovvenzionare il centro di accoglienza "Bambininsieme", gestita da volontari, dove, tra le altre cose, è stata organizzata una tombolata nella quale, come premio, oltre a giocattoli e biancheria intima, sono stati posti in palio dei buoni spesa a favore delle famiglie.

Nel ringraziare di cuore tutte le segreterie NURSIND e i colleghi Infermieri che hanno manifestato una grande solidarietà, informiamo che 1/3 degli importi versati presso il c/c della segreteria pilota di Olbia, saranno utilizzati nei modi ritenuti più idonei a determinare un aiuto concreto appunto verso i bambini.

Non pare superfluo ribadire che tutti i contributi sono stati annotati e documentati, questi ultimi una volta esaurite tutte le risorse dedicate, saranno descritte e inviate all'amministrazione NURSIND Regionale e Nazionale.

Segretaria NURSIND Provincia Di Olbia
Collu Bruna

Coordinamento Regionale NURSIND Sardegna

SICILIA

NurSind Catania-DG Pellicano': il sindacato non demorde

febbraio 24, 2014

Leggendo le dichiarazioni del Direttore Generale dell'ARNAS Garibaldi Dott. Angelo Pellicano' che si affretta a precisare che lo stato di agitazione è stato dichiarato solo dal NurSind ci viene da considerare che è da tempo memorabile che al Garibaldi non si vede nessuna forma di protesta da parte di alcuna organizzazione sindacale per cui lo prendiamo come un complimento per l'azione sindacale, per la segnalazione dei disagi che da diverso tempo ormai evidenziamo senza riscontro.

Da anni (cioè dal 2010) che riteniamo che le piante organiche sono insufficienti; ma a parte le responsabilità della politica regionale, ravvisiamo anche in parte alcune responsabilità di tipo Aziendale.

Accanto alla mancanza delle altre figure sanitarie (medici e altre figure) dobbiamo sottolineare che l'assenza del personale infermieristico non grava sui Medici, mentre l'assenza di personale di supporto grava solo ed esclusivamente sugli Infermieri che sistematicamente ormai subiscono ogni forma di demansio-



Le proteste in atto a Catania



Le proteste in atto a Catania

namento che non possiamo assolutamente giustificare. Inoltre il calcolo delle dotazioni organiche non tiene conto assolutamente dell'attività ambulatoriale che naturalmente sottrae risorse all'assistenza e che nessuno quantifica altrimenti ci si accorgerebbe delle discrepanze sui numeri sbandierati e su quelli che costituiscono realmente la componente assistenziale "vicino al paziente".

Il direttore non chiarisce cosa intende con "da qui a medio termine risolveremo i problemi", visto che nessuno sa chi a medio termine ci sarà a dirigere le Aziende Sanitarie in Sicilia ancora commissariate senza nessun apparente motivo.

Non chiarisce quali sono le attività meno critiche, da dove si reperirà il personale sanitario e il perché non è stato fatto prima (la soluzione della coperta corta?).

Non chiarisce altresì, quanti posti letto sono in carico a quei 760 Infermieri considerando che gli stessi sono spesso impegnati anche in attività non proprie della professione infermieristica.

Se il problema riguarda l'organizzazione dei turni come il direttore afferma, chi dovrebbe vigilare affinché l'organizzazione possa fornire l'efficienza ottimale? Certamente non gli Infermieri che si trovano a lavorare in alcuni casi da soli gestendo, dal punto di vista assistenziale, un'intera Unità Operativa.

Infine, ci lasciano esterrefatti la dichiarazione di taluni sindacati, quasi in soccorso dei direttori che vogliono aprire dibattiti costruttivi, (con chi?) quando nel momento più importante, cioè nella definizione delle dotazioni infermieristiche non hanno battuto ciglio sul taglio degli infermieri che sarebbe arrivato dalla rimodulazione operata nel 2010.

Conosciamo bene la situazione delle altre aziende, perché la viviamo tutti i giorni e abbiamo provveduto a suo tempo a denunciare i casi più gravi alla Direzione Provinciale del Lavoro con sanzioni per i direttori delle unità operative che in realtà, ad onore del vero, non sono proprio i veri responsabili, poiché operano con gli strumenti messi a loro disposizione dalle direzioni strategiche. Dopo la dichiarazione dello stato di agitazione, ci hanno comunicato in via informale di riunioni dei vertici aziendali per tamponare quantomeno i problemi più gravi; esortiamo i colleghi a segnalarci ulteriori discrasie che dovrebbero nascere da un eventuale redistribuzione della dotazione esistente, in particolare auspichiamo le assunzioni di personale a tempo determinato (almeno altre 15 unità) in attesa della rideterminazione della rete ospedaliera. Diversamente saremo costretti a far perdurare lo stato di agitazione e dare battaglia nelle sedi opportune.

La Segreteria Provinciale di Catania

Taormina. assistenza infermieristica e ritardi sulle spettanze, l'impegno di Migliore

febbraio 6, 2014, da TEMPO STRETTO

L'incontro tra il nuovo Commissario dell'Asp messinese e il Sindacato delle Professioni Infermieristiche ha soddisfatto il segretario provinciale Ivan Alonge e l'Rsu Domenico Rotella.

Si è svolto il 4 febbraio il primo incontro del segretario provinciale del Nursind – il Sindacato delle Professioni Infermieristiche, con Giovanni Migliore, il nuovo Commissario straordinario dell'Asp messinese.

Tra i temi trattati, la carenza di personale del Comparto presso il Centro Cardiologico del Mediterraneo di Taormina e il continuo ritardo nel pagamento delle retribuzioni accessorie al personale sanitario. Le somme dovute, ad esempio, per l'attività svolta presso la neonata terapia del dolore del San Vincenzo, o quelle della Produttività dello scorso anno, strumento quest'ultimo di programmazione aziendale ed incentivo alla qualità.

Migliore, confermando che ha condiviso i provvedimenti d'urgenza presi dalla direzione sanitaria di presidio negli ultimi tempi, si è impegnato a risolvere i problemi di carenza degli infermieri presso la cardiocirurgia del nosocomio taorminese nei limiti degli obblighi aziendali della convenzione in essere con il Bambin Gesù.

Particolare attenzione è stata posta dall'Rsu Domenico Rotella al contenzioso avviato e a quello che potrebbe scaturire in futuro dal mancato pagamento delle spettanze e di altre in ritardo. Il commissario dell'Asp si è impegnato a effettuare i pagamenti nei limiti di legge imposti, ripudiando come mezzo primario di gestione aziendale il ricorso all'azione legale.

Ha delegato infine al dottor Conti, attuale direttore sanitario dell'Asp, ogni azione volta a risolvere l'annoso problema della mancata fornitura di divise a norma di legge al personale dell'Automedica di Taormina.

Soddisfatto il segretario provinciale Ivan Alonge e l'Rsu Rotella, stante la nuova sensibilità del nuovo commissario dimostrata ai temi dell'assistenza infermieristica, alla luce dei contenuti e alla pragmaticità di questo incontro: "Un nuovo modo di intendere il rapporto con il sindacato?"

Trapani: Nursind alla IV^o Commissione Politiche Sanitarie Città di Marsala

gennaio 24, 2014

In data 22/01/2014 alle ore 9:30 si è tenuta una riunione della 4^o Commissione Politiche Sociali Sanitarie e per la Famiglia, alla quale riunione erano state invitate tutte le Organizzazioni Sindacali Rappresentative del Comparto.

Il NURSIND era l'UNICA organizzazione sindacale, della provincia di Trapani, presente con il Segretario Provinciale Francesco Frittitta ed il Segretario Aziendale Salvatore Calamia.

Nella riunione sono emerse differenti criticità segnalate in un'atto di "denuncia" dal capogruppo di Forza Italia sig. Carnese Pino, tra l'altro Infermiere, nelle quali si evidenziavano carenze organizzative e di personale presso il presidio ospedaliero "Paolo Borsellino", nello specifico al Pronto Soccorso, al CUP, e diffusamente in tutte le altre unità operative.

Il NURSIND interveniva affermando che già ad Ottobre 2013 aveva fatto convocare l'ASP di Trapani in Prefettura per evidenziare che il personale infermieristico, asse portante dell'assistenza ospedaliera, fosse già arrivato a livelli di lavoro insopportabili e che la stessa sicurezza dell'assistenza era messa in pericolo.

Ogni giorno gli Infermieri vengono impiegati nelle più svariate funzioni molte delle quali non appartengono al proprio profilo professionale determinando di fatto il demansionamento della professione Infermieristica, come molte sentenze hanno già confermato.

A causa di una dotazione organica deficitaria e scarsamente programmata ci ritroviamo con almeno 150 unità infermieristiche in meno senza considerare il personale di supporto come gli O.S.S. e gli ausiliari specializzati.

Abbiamo chiesto a gran voce l'apertura di un tavolo tecnico

dove discutere queste criticità presso l'ASP Trapani, alcune soluzioni da noi proposte sono state adottate ma molto c'è da fare affinché i cittadini della provincia trapanese possano essere assistiti a livelli accettabili.

T O S C A N A

L'Aoup deve un milione agli infermieri

marzo 14, 2014, da LANAZIONE

UNA DURA replica. E' quella che i sindacati fanno alle dichiarazioni del direttore generale dell'Azienda ospedaliera, Carlo Rinaldi Tomassini, che ha rilasciato una lunga intervista alla Nazione nella quale fa il punto su assunzioni, criticità del Pronto soccorso e parcheggi dei dipendenti.

A rispondere è il Nursind, sigla che tutela gli infermieri, tramite il suo segretario provinciale, Daniele Carbocci.

I numeri. «Gli infermieri sono pochi», attacca rispondendo al direttore che aveva dichiarato: «La nostra Azienda conta circa 5mila persone che vi lavorano: in assoluto sono gli infermieri la categoria più numerosa». «E sono stanchi e in corsia con il cronometro — prosegue Carbocci — In Aoup, a posti letto invariati per stessa ammissione del direttore, si lavora con 120 infermieri in meno della dotazione organica necessaria». Non solo. «Mai reintegrati i 40 infermieri (passati dal ruolo assistenziale al ruolo di coordinamento in sostituzione dei capo sala andati in pensione) e persi 50 infermieri ad incarico che servivano per le sostituzioni di gravidanze e malattie». Inoltre, «servirebbero almeno 30 infermieri in più per la copertura delle assenze per istituti contrattuali e giuridici (aggiornamento obbligatorio, assistenza a familiari disabili, part time)».

IDATI forniti «dalla stessa azienda — riflette Carbocci — ci parlano di circa 1 milione di euro (sul totale di 1,7 milioni) di debito accumulato nei confronti degli infermieri costretti ad effettuare orario straordinario per coprire i turni. Senza contare le ore di straordinario pagate e il cumulo di ferie non fruito. E quando non si usa lo straordinario, si ricorre a diminuire il numero di infermieri presenti in turno. Calcolare il numero di infermieri con il vecchio metodo del conteggio dei minuti di assistenza da dedicare al singolo paziente come dice il dg, non solo è sbagliato, ma porta a definire standard assistenziali assolutamente inadeguati».

Un altro capitolo, gli operatori socio sanitari. «In Aoup gli Oss sono pochissimi e si ha il peggior rapporto percentuale fra infermieri e Oss di tutte le aziende toscane. Gli Oss, che dovrebbero affiancare gli infermieri nell'assistenza di base, sono presenti solo di giorno e in misura irrisoria. Assenti di notte e nei festivi, molti destinati impropriamente ad attività di tipo amministrativo, agli sportelli dei cup aziendali o dipartimentali o nelle segreterie, togliendo così risorse all'assistenza».

LE STRUTTURE. «Non è colpa dell'attuale dg — chiarisce subito Carbocci — ma il peccato originale (frutto di scelte regio-



nali) di una struttura ospedaliera "spalmata" (fra Santa Chiara e Cisanello, ndr) si paga in termini di quantità di personale da impiegare nei reparti». Sul Pronto Soccorso e le lunghe attese senza avere notizie.

Il direttore aveva annunciato che presto ci sarà un servizio di accoglienza per informare sui tempi di attesa e le condizioni dei reparti in carico. «Non saranno le hostess a risolvere il problema del sovraffollamento», ribatte Carbocci. «In Ps servono più infermieri e Oss che siano in grado di soddisfare le richieste di assistenza dei pazienti che sostano ore e ore in attesa di ricovero». Sulle strumentazioni: «Indubbiamente sono tanti i soldi spesi per le super apparecchiature, ma facciamo presente al dg che gli infermieri si sono dovuti acquistare con i propri soldi gli strumenti per la rilevazione della quantità di ossigeno nel sangue necessari per la valutazione dei pazienti al triage». Infine, i parcheggi per i dipendenti: «La soluzione è lontana e in particolare è impossibile per un dipendente che entri in servizio alle 14 trovare posti liberi. Mentre, il parcheggio al ponte delle Bocchette è ancora troppo insicuro».

V E N E T O

NurSind Vicenza sul bilancio in utile dell'ULSS 6

marzo 4, 2014

Vicenza – Da qualche giorno abbiamo appreso che tra le molte imprese del Nordest costrette a chiudere per la crisi e le aziende pubbliche sempre in difficoltà a garantire ad invarianza dei servizi ai cittadini i conti in ordine, ce n'è una che erogando servizi alla salute è in attivo di un milione di euro!

Non so dire quali pensieri abbiano sfiorato le molteplici persone che hanno difficoltà a pagare i ticket o che debbono ricorrere al mercato privato per ovviare ai disagi delle liste d'attesa ma posso dire che molti dipendenti dell'ULSS 6 di Vicenza avranno forse sorriso leggendo le parole del governatore Zaia sul bilancio positivo con cui l'azienda ha chiuso il 2013.

Nel suo comunicato il Presidente si congratula, infatti, per "l'ottimo risultato ottenuto dall'ULSS 6 che è passata da un passivo di 14 milioni (bilancio 2012, ndr) ad un attivo di un milione" facendo pensare a grandi meriti di gestione del management che in un solo anno hanno portato a un saldo positivo di 15 milioni di euro. Certo il merito, riconosce il Presidente del Veneto, va condiviso anche con chi effettivamente non si diletta solo di numeri e di soldi ma si prende la diretta responsabilità di custodire, curare e migliorare la salute dei cittadini che quotidianamente ricorrono ai servizi (sanitari) della principale azienda della provincia di Vicenza.

È qui che il sorriso si fa un po' amaro. Tralasciando le implicazioni che ha un bilancio in attivo di una struttura pubblica di servizi alla persona e posta a tutela di un diritto costituzionale molto spesso limitato o quantomeno ritardato se non negato (si pensi alle liste d'attesa o al costo di determinate cure o all'onerosità dei ticket che, in momenti di crisi economica, fanno sì che i cittadini rinuncino alle cure), in questa breve riflessione vorremo sottolineare i costi non considerati a carico del personale, cioè di chi ha la diretta responsabilità nel garantire il risultato del core business dell'azienda sanitaria.

In particolare ci soffermiamo sul fatto che il personale del comparto, ma principalmente il personale infermieristico, dell'ULSS 6 ha sopportato in questi anni – come molte aziende sanitarie – un carico di lavoro esplicitato anche dalle circa 160.000 ore di lavoro straordinario non pagato (se ne stanno pagando 70.000 riferiti agli anni 2011-2012-2013) il cui valore economico non considerato è pari a circa 2,5 milioni di euro. Ciò è certamente indice di una cronica sofferenza di personale sanitario accentuata recentemente da un notevole ritardo a coprire le autorizzazioni regionali alle assunzioni e anche attraverso

ULSS 6 VICENZA
 Bilancio 2013 dichiarato in positivo
 per **1 milione di euro**
 dal Direttore Amministrativo!

I lavoratori, ed in modo particolare,
 gli infermieri delle corsie,
 avanzano **160.000 ore di straordinario**
 per un importo di circa
2,5 milioni di euro

Come sempre,
 gli unici a cui non tornano i conti,
 sono i lavoratori dell'ULSS 6 !!!

l'adeguata e tempestiva formazione di graduatorie concorsuali da cui pescare per coprire il turn over.

Un ritardo nelle assunzioni comporta, infatti, necessariamente un aumento dello straordinario programmato per chi già è in servizio. Si realizza così il paradosso del nostro tempo: chi è dentro al sistema è costretto ad assorbire gravosi carichi di lavoro anche attraverso un aumento delle ore straordinarie mentre chi è in attesa di occupazione attende i concorsi che diano seguito alle autorizzazioni di assunzione fornite dalla Regione. Del resto, nel mese di gennaio la stessa Azienda sanitaria aveva incautamente contestato, attraverso dichiarazioni stampa, lo stato di disoccupazione di molti infermieri del territorio scatenando la corsa alla presentazione dei curricula. Un clamoroso autogol che ha portato a deliberare immediatamente (14 gennaio) l'attivazione delle procedure per bandire un concorso per l'assunzione a tempo indeterminato di infermieri (scadenza 20 marzo 2014). Un altro aspetto che provoca il riso amaro dei dipendenti è legato al contratto di lavoro che prevede in caso di avanzi di amministrazione (art. 38 CCNL 1999) un incremento del fondo di produttività. Ciò non sarà possibile perché, com'è noto, dal 2010 è bloccato il trattamento economico.

Insomma, l'impressione è che il risparmio sia stato fatto anche sulle spalle dei dipendenti che avanzano crediti da lavoro, che sopportano carichi di lavoro sempre più gravosi (si pensi alle diverse unità di degenza in cui si ricorre a posti letto aggiuntivi rispetto alla dotazione prevista) e che coprono le carenze di personale con un plus di attività oltre l'orario dovuto. Un dato di cui nel bilancio non si trova traccia. In questo senso la risorsa umana (infermieristica) è intesa nel suo senso più economico: una fonte di ricchezza da sfruttare e da spremere fino in fondo per raggiungere l'obiettivo fissato... magari permettendo così di raggiungere il premio di risultato a chi amministra. Ricordando Cavicchi, altro che "doppio zero" qui gli infermieri sono considerati meno di zero.

La segreteria Nursind di Vicenza

Tribunale di Milano

Mancata presa in carico di un paziente in T.I.



Un infermiere dipendente di un struttura pubblica – IRCCS, ha chiamato in giudizio il datore di lavoro a seguito di un addebito disciplinare ed un successivo trasferimento dal reparto di terapia intensiva a quello di oncologia. Alla base dei provvedimenti l'Ente ha posto una particolare vicenda di mancata presa in carico di un paziente protrattasi per un certo tempo. In particolare l'infermiere ed altri due colleghi si erano rifiutati di prendere in carico ed assistere un paziente ricoverato presso la T.I. e ciò anche dopo la disposizione di servizio rivoltagli dal coordinatore, motivandola con la tesi che al momento stavano assistendo un paziente assai più critico a cui avevano attenzionato la priorità assistenziale. occorre sottolineare che il giorno precedente, il gruppo infermieristico aveva segnalato al Coordinatore la necessità di provvedere al reintegro di un infermiere mancante sul turno, cosa non avvenuta e da qui il comportamento attuato il giorno successivo con la decisione di occuparsi dei soli pazienti assistibili e lasciare al Coordinatore l'assistenza del paziente «in più» loro assegnato.

Il dipendente ha contestato sia la sanzione disciplinare di sospensione per tre giorni che il trasferimento ritenuto discriminatorio.

Profili giuridici

Non si può ritenere che la condotta del ricorrente possa essere giustificata muovendo dalla circostanza che nel reparto di terapia intensiva si trovava un altro paziente (quello che occupava il lett. n. 7) con un carico assistenziale assai elevato: infatti, se è vero che ciò emerge dalle deposizioni testimoniali acquisite agli atti del presente procedimento, è altrettanto vero che dalle deposizioni risulta altresì che il coinvolgimento collettivo degli infermieri nella gestione di tale paziente ad elevato carico assistenziale era necessario per l'espletamento della operazione diretta a spronare il degente, mentre tutte le attività preparatorie a detta operazione potevano essere effettuate anche da un solo infermiere o al massimo da due, cosicché non emerge certo un contesto operativo in forza del quale sia dato riscontrare una sorta di stato di necessità o causa di forza maggiore in grado di giustificare il fatto che dalle ore 7.00 alle ore 8.15-8.20 circa il degente del letto n. 4 non sia stato preso in carico da nessun infermiere.

Per quanto riguarda il trasferimento, il dipendente deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o alle mansioni equivalenti nell'ambito dell'area di inquadramento. Nel caso specifico il passaggio presso il reparto di medicina oncologica implica comunque l'espletamento di attività lavorativa propria dell'inquadramento contrattuale senza che possa configurarsi una situazione soggettiva di lesione della professionalità in concreto, dovendosi tener conto delle previsioni della contrattazione collettiva di categoria.

Esito del giudizio

Il Tribunale ha rigettato il ricorso condannando il lavoratore alle spese di 1.500,00 €.

ARAN

Compatibilità tra PD e permessi 104

Con parere del 28/10/2013 RAL_1577_Orientamenti Applicativi, l'ARAN risponde al quesito se sia corretto l'esonero dal servizio di reperibilità ad un dipendente che si avvale dei permessi previsti dalla legge 104/92, nel modo seguente:

In generale, si deve evidenziare che, attualmente, non (risultano) sono previste disposizioni legislative o contrattuali, che, in modo specifico, ostino a porre in reperibilità un dipendente che usufruisca dei permessi previsti dalla legge n. 104 del 1992.

Su un diverso piano si pone, invece, la valutazione del datore di lavoro pubblico circa la sussistenza di una effettiva ed inderogabile necessità di collocare in un servizio di reperibilità anche il lavoratore che, per l'esigenza di assistere un portatore di handicap, secondo le previsioni dell'art.33 della citata legge n.104/1992, attualmente sia autorizzato ad avvalersi dei sopradetti permessi.

Infatti, sarebbe quanto meno contraddittorio che il lavoratore, in un determinato giorno della settimana, si assenta dal lavoro, fruendo del permesso giornaliero della legge n.104/1992 per assistere il portatore di handicap in situazione di gravità, e, dall'altro, il medesimo lavoratore, in quanto inserito nel servizio di reperibilità, nella stessa giornata può trovarsi ad essere chiamato a rendere ugualmente la prestazione lavorativa.

Essendo il rapporto di lavoro sospeso in quel giorno, il dipendente è esonerato dal suo obbligo di rendere la prestazione lavorativa per tutta la durata del periodo di sospensione e, quindi, per tutto il giorno.

Pertanto, se il lavoratore non rende la sua prestazione ordinariamente prevista, neppure può dare la sua disponibilità, nel periodo di reperibilità, ad eseguirla ove fosse richiesta.

Tuttavia, poiché i giorni di permesso retribuito, ai sensi dell'art.33 della legge

n.104/1992 sono tre in un mese, nulla impedisce al datore di lavoro di concordare con il dipendente i giorni in cui non fruendo dei predetti permessi la sua prestazione è possibile in quanto non interessati dalla fruizione dei permessi.

Corte di Cassazione

Dipendente in malattia per mobbing non può essere licenziato

La Cassazione sezione lavoro, con la sentenza 2 ottobre 2013, N. 22538 ha stabilito, confermando le statuizioni dei giudici di merito, che è illegittimo il licenziamento del dipendente assente per malattia provocata dall'azione di mobbing che il datore di lavoro esercita con sanzioni disciplinari spropositate, richiami ingiustificati e invio reiterato di visite fiscali. Ciò anche quando si sia verificato il superamento del periodo di comportamento, poiché, secondo questo rilevante orientamento, se il ctu accerta il nesso causale intercorrente tra le assenze reiterate e la condotta datoriale, il datore di lavoro non può intimare un legittimo licenziamento.

Inoltre, la Suprema Corte con tale sentenza provvede a difendere, anzi a valorizzare, il ruolo probatorio del giudice del lavoro e il suo potere di intervento d'ufficio a beneficio sostanziale della esatta ricostruzione della vicenda relativa al rapporto di lavoro.

Il dipendente aveva presentato ricorso avverso il licenziamento subito, denunciando reiterate condotte vessatorie da parte del suo datore di lavoro, peraltro attuate con diverse modalità: ripetuti richiami disciplinari, ma non giustificati: sottoposizione a continue visite fiscali in pendenza di malattia; continue pressioni psicologiche, a seguito delle quali lamentava di aver subito determinate gravi conseguenze sul suo equilibrio psicofisico.

Il lavoratore, psicologicamente vessato, aveva iniziato ad assentarsi per malattia tanto da superare il periodo di comportamento previsto per legge, sicché il datore di lavoro aveva avuto modo di intimargli il licenziamento proprio per superamento del detto periodo. Il lavoratore aveva pertanto deciso di adire il Tribunale per impugnare il licenziamento subito.

Il Giudice di primo grado aveva dato ragione al lavoratore, valutando le sanzioni irrogate dal datore di lavoro sproporzionate nonché discriminatorie. Inoltre, il Tribunale aveva accertato e dichiarato che il periodo di malattia era stato causato da problemi psicologici determinati a loro volta da tale condotta datoriale, e quindi non era imputa-

bile al periodo di comporta utile o meglio necessario per poter intimare il licenziamento. Conseguentemente, il licenziamento inflitto dal datore di lavoro doveva essere considerato illegittimo. La sentenza di primo grado, impugnata, veniva confermata anche dal giudice di secondo grado.

Il datore di lavoro quindi aveva proposto ricorso presso la Corte di Cassazione, lamentando soprattutto che il Giudice del merito aveva violato il principio d'impulso di parte e di libera ricerca della prova, poiché si era ripetutamente sostituito al lavoratore nell'individuazione della prova stessa, disponendo altresì la ctu che avrebbe confermato il collegamento tra assenze per malattia del lavoratore e mobbing subito, andando ben oltre l'esercizio di meri poteri esplorativi a lui riconosciuti dall'ordinamento.

Corte di cassazione Falso ideologico in C.C.

Un medico, dipendente di una struttura sanitaria, benché assente secondo l'accusa durante quel periodo del giorno (una domenica) dal servizio, compila la cartella clinica relativa alla degenza di una paziente che, poi, decede il giorno successivo.

Il sanitario viene rinviato a giudizio e condannato dal Tribunale per falso ideologico in cartella clinica (reato previsto e punito dall'art. 479 del codice penale) avendo attestato in un atto pubblico fatti non veritieri (visite compiute alla degente nel giorno di assenza dal lavoro).

In appello la sentenza di primo grado viene riformata con assoluzione del medico in quanto viene ritenuto credibile quanto dichiarato dall'interessato circa una sua presenza di turno al pronto soccorso dalle ore 14,00 del giorno incriminato sino alla mattinata successiva, sebbene il prospetto dei turni prevedesse il suo servizio solo dalle ore 22,00 del predetto giorno.

La parte civile ricorre, quindi, in cassazione sostenendo il travisamento delle prove emergenti dagli atti da parte del giudice d'appello, in quanto il sanitario in questione non era presente quando era stata compilata la cartella clinica di cui si discute.

La Corte di Cassazione, quinta sezione penale, con sentenza n. 47089/13, depositata il 26/11/13, accoglie il ricorso della parte civile, annullando per difetto di motivazione ai soli fini civili la sentenza impugnata e rimettendo gli atti al competente giudice civile per una rivalutazione più approfondita dei fatti di causa.

La Suprema Corte rileva, in particolare, che sulla cartella clinica vi erano due annotazioni pacificamente effettuate dal sanitario imputato razionalmente ritenute

dal Tribunale riferibili a due momenti diversi della giornata di domenica, la prima relativa alla mattinata, la seconda al pomeriggio.

Visto che lo stesso imputato ha escluso di avere espletato il servizio nella mattinata della domenica, giustamente il primo giudice ha ritenuto che dal medico era stata certamente falsamente documentata in cartella la visita che avrebbe effettuato nella mattinata, lasso di tempo in cui non era in servizio.

Dalla vicenda sopra descritta emerge una sottovalutazione della rilevanza ai fini penali delle annotazioni inserite in cartella la cui falsità, nel caso di specie di natura ideologica, oltre ad essere severamente punita dal codice penale, comporta anche un obbligo risarcitorio in favore della parte civile che se ne duole.

ARAN Permesso per lutto familiare

Con parere del 28/10/2013 RAL_1556_Orientamenti Applicativi, l'ARAN si esprime sulla seguente domanda: "Un dipendente, durante la fruizione dei tre giorni di permesso per lutto familiare, viene richiamato in sede per motivi di servizio. Il dipendente ha diritto al recupero compensativo della giornata di permesso non fruita?"

Risposta dell'ARAN:

La particolare soluzione prospettata non trova alcun fondamento legittimante nella vigente disciplina dei permessi giornalieri retribuiti, di cui all'art. 19, comma 1, del CCNL del 6.7.1995.

Infatti, questa non prevede in alcun modo che la fruizione dei tre giorni di permesso per lutto possa essere interrotta per sopraggiunti motivi di servizio, con il riconoscimento del recupero compensativo delle giornate spettanti a tale titolo e non godute.

Si tratta, infatti, di una specifica tipologia di permesso, avente una specifica finalizzazione, cui si collegano particolari modalità di fruizione dello stesso.

L'ente, pertanto, non avrebbe dovuto e potuto richiamare in servizio il dipendente, anche in presenza di comprovate esigenze di servizio.

Se il dipendente si è ugualmente presentato in servizio, data l'articolazione dell'orario di lavoro su sei giorni settimanali, come da Voi evidenziato per le vie brevi, la sua prestazione deve ritenersi come prestazione ordinaria, senza alcun compenso aggiuntivo.

Neppure è possibile il recupero compensativo della giornata di permesso non fruita, in quanto come sopra detto, tale possibilità non è in alcun modo ammessa dalla disciplina contrattuale.

TAR Toscana No al tecnico di laboratorio responsabile dei POCT

La Giunta Regionale della Toscana ha approvato un modello operativo di riferimento per i test analitici effettuati fuori dal laboratorio clinico con l'ausilio di tecnologie elettroniche (i cd. POCT), attribuendone la responsabilità al personale Tecnico sanitario di laboratorio, o anche a Farmacisti ed Infermieri, e la funzione di coordinamento del personale dedicato ad un POCT Manager appartenente al profilo professionale di Tecnico sanitario di laboratorio.

La deliberazione è stata impugnata dalla SDS-SNABI, Sindacato dirigenti Sanitari del SSN e delle ARPA, dall'Ordine nazionale dei biologi e da alcuni biologi e medici svolgenti funzioni nei laboratori di analisi delle A.S.L. regionali.

Profili giuridici

Preliminarmente il Tar ha rilevato come l'adozione della deliberazione non sia stata preceduta da alcuna fase di concertazione con le associazioni sindacali, con conseguente illegittimità dell'atto applicativo. Nel merito, poi, ha evidenziato un contrasto con la previsione normativa che riserva al direttore responsabile di laboratorio generale di base la verifica di attendibilità dei risultati e la firma degli stessi. La giurisprudenza formatasi sul punto ha affermato l'illegittimità degli ordini di servizio che facciano ricadere sui tecnici di laboratorio compiti e responsabilità che non competono loro, come effettuare durante l'orario di reperibilità dei medici prestazioni di competenza medica, come la sottoscrizione dei referti di analisi. Nel caso di specie, pur essendo formalmente assente un referto sottoscritto dal tecnico di laboratorio, si è indubbiamente in presenza di una prestazione che la norma riserva all'intervento ed alla responsabilità del direttore di laboratorio, che risponde, oltre che dell'organizzazione complessiva del servizio, anche del controllo dei relativi risultati.

Del resto, la deliberazione impugnata appare caratterizzata da evidente illegittimità anche nella parte in cui attribuisce il coordinamento delle attività in questione al cd. POCT Manager (appartenente al profilo professionale di Tecnico sanitario di laboratorio) e non al Direttore responsabile di laboratorio (che, come già rilevato, risponde dell'organizzazione complessiva del servizio) e nella parte in cui legittima l'attribuzione delle attività di analisi a personale (farmacisti; infermieri) in possesso di qualificazione professionale non comparabile a quella dei tecnici di laboratorio.

Farmaci in dose unitaria

La proposta di NurSind Friuli V.G. alla Regione per contenere rischi e spese

Riportiamo ampi stralci della proposta inviata al Governatore del Friuli Venezia Giulia dal Coordinatore Regionale del Nursind Gianluca Altavilla.



La sicurezza nel processo clinico del farmaco è un problema ampiamente riconosciuto in tutta la letteratura nazionale ed internazionale e ad oggi, accanto a

procedure di qualità che regolano il percorso del farmaco, la strategia che può dare i migliori risultati è sicuramente l'implementazione dell'uso di sistemi tecnologici di gestione e confezionamento del farmaco.

Ulteriore passo avanti è la gestione delle scorte di reparto tramite programmi che consentano il dialogo (interfaccia) fra il software di prescrizione - somministrazione ed il sistema operativo di gestione complessiva del magazzino di reparto e degli ordini alla farmacia, con la possibilità di emettere automaticamente le richieste degli ordini da reparto a farmacia, in base al consumo e alla giacenza minima nella farmacia di reparto.

Questo sistema presenta l'ulteriore vantaggio di ridurre le scorte di reparto (e quindi la potenziale giacenza di farmaci scaduti o inutilizzati) con un notevole risparmio, ottimizzando anche il riordino della farmacia.

La ricostituzione e preparazione dei farmaci per terapie orali ed endovenose richiede molto tempo agli infermieri ospedalieri, sottraendone al mandato legislativo della pianificazione infermieristica.

Appare evidente, da queste considerazioni, che la tenuta del SSR dovrà essere rimodulata nei prossimi anni, pena la caduta della qualità dell'assistenza erogata, oggi s'impone una diversa visione degli scenari assistenziali nelle varie Aziende ospedaliere, implementando nuovi modelli fondati sulla sicurezza e rintracciabilità del farmaco con un notevole risparmio che deve essere reinvestito con l'assunzione di personale di assistenza.

Le proiezioni delle casistiche internazionali applicate alla situazione italiana rivelano che degli 8.000.000 di persone ricoverate ogni anno, 320.000 (il 4% circa) sono dimesse dall'Ospedale con danni o malattie dovuti ad errori di terapia o a servizi ospedalieri.

Per prevenire l'errore di terapia in Ospedale, le linee guida della American Society of Hospital Pharmacy (1993) riportano le seguenti raccomandazioni:

- Invio diretto delle prescrizioni attraverso un sistema informatizzato.
- Introduzione dei codici a barre nei processi di utilizzo del farmaco.
- Adozione della dose unitaria e miscelazione centralizzata dei farmaci endovena.
- Collaborazione diretta del Farmacista con i Medici prescrittori e gli Infermieri
- Rilevazione degli errori legati alla somministrazione ed elaborazione di soluzioni per prevenirli
- Verifica delle prescrizioni da parte di un Farmacista prima della dose iniziale

Attualmente, esaminando i dati presenti in letteratura, si evince che le strategie adottate al fine di ridurre gli errori di terapia sono essenzialmente le seguenti:

- Sistemi computerizzati di registrazione della terapia.
- Distribuzione dei farmaci in dose unitaria (con diversi livelli di automazione).
- Partecipazione attiva del Farmacista clinico alla gestione della terapia.

Già nei primi anni '70, alcuni Ospedali avevano implementato questo tipo di dispensazione con buoni risultati; il sistema a dose unitaria presentava un tasso di errore pari al 3.5% rispetto ad un valore che si aggirava tra il 9.9% e il 20.6% degli Ospedali con sistemi convenzionali di distribuzione. La prescrizione computerizzata, associata alla distribuzione in dose unitaria, riduce il numero degli errori di prescrizione e di distribuzione migliorando la qualità dell'assistenza terapeutica al paziente ospedalizzato.

L'introduzione della distribuzione del farmaco in dose unitaria in area di degenza offre l'occasione di riprocessare l'intero percorso assistenziale.

Tra i processi analizzati, quello a maggiori ricadute sia in termini assistenziali, sia in termini di risk management si è rivelato essere quello legato alla gestione del farmaco: dalla prescrizione, all'approvvigionamento, alla somministrazione.

Pur essendo quella del farmaco l'area insieme di maggior impatto economico, e di minor monitoraggio in termini di effettivo uso della risorsa farmaco, la scelta di investire in tale area una cifra sicuramente rilevante non si è basata tanto su criteri economico finanziari, quanto su analisi di costo/beneficio in termini assistenziali.

Con tale progetto in parallelo deve avvenire sul versante infermieristico una riorganizzazione delle attività di cura in modelli assistenziali innovativi (in molte

realtà già attuato), non più basata per compiti.

Vantaggi del progetto.

La gestione del farmaco e somministrazione della terapia, che storicamente è stata completamente a carico dell'Infermiere, è stata valutata nell'ordine di 300 minuti al giorno, in linea con la letteratura esistente, ma sicuramente non coerente con le finalità della professione infermieristica.

E' evidente che per dare risposte coerenti al bisogno assistenziale l'infermiere assume un ruolo cardine e diventa un elemento di garanzia, in quanto è l'unico che riesce ad avere una visione d'insieme del singolo paziente.

L'attuazione del progetto permetterebbe alle Aziende Ospedaliere di risparmiare il 30% del budget dei farmaci, senza che vi sia alcuno scarto, ad esempio spreco di confezioni aperte o lasciate a metà. Nell'ambito dei benefici del nuovo sistema di gestione del farmaco rientrano l'azzeramento dei residui scaduti e delle appropriazioni indebite (risparmi valutati tra il 4 e il 10%), la riorganizzazione permetterebbe l'unificazione dei depositi con la creazione di un centro unico di distribuzione aziendale, con l'imputazione del costo del farmaco o presidio direttamente al momento dell'utilizzo o somministrazione, con la scomparsa di depositi all'interno dell'unità operative, in tal modo si avrebbe la conseguente riduzione delle scorte con evidenti ricadute sul capitale economico non impegnato, la diminuzione proporzionale del rapporto tra costo e degenza degli ammalati, e la diminuzione drastica del rischio clinico con rintracciabilità del percorso, e anche la possibilità di avere accesso in tempo reale a banche dati in grado di fornire informazioni sui dosaggi e sulle interazioni tra farmaci e su protocolli terapeutici standardizzati per le principali patologie di interesse, elaborati con i criteri della Medicina basata sulle prove di efficacia.

Applicazione del progetto.

L'attuazione del progetto prevede, per la dose farmacologica unitaria orale, l'acquisto di sistemi di confezionamento (uno per area vasta) estesa in tutti le degenze regionali.

La dose unica farmacologica infusionale sarebbe applicata solo nei grossi centri regionali degenziali creando, se non è presente, un centro di diluizione farmacologico aperto su sette giorni dalle 5.00 alle 20.00 con un turno sfalsato su due.

In merito alla prescrizione farmacologica deve essere informatizzata, attraverso palmari, utilizzando il modello denominato G2, già presente nelle Aziende.

I giovani e il nursing

Indagine conoscitiva sulla professione infermieristica presso gli studenti delle ultime classi delle scuole medie superiori

Introduzione

Partendo dal presupposto che nell'immaginario collettivo dei giovani la figura dell'infermiere è ancora molto confusa, probabilmente anche a causa delle poco edificanti immagini che quotidianamente sono trasmesse dai mass-media, come, per esempio, l'infermiere assenteista, maleducato, inefficiente, brontolone, nullafacente, a luci rosse ..., sia a causa dei numerosi mutamenti che hanno investito tale professione, dalla nascita sino ad oggi, ma che non sempre sono riusciti a modificare la percezione di una professione profondamente cambiata. Allo scopo, si è voluto intraprendere una ricerca al fine di verificare la visione, le conoscenze, il comportamento, gli atteggiamenti, il grado di attrazione e le opinioni degli adolescenti a proposito dell'attuale percezione della figura infermieristica.

Metodologia di indagine

L'indagine è stata condotta tra i mesi di febbraio ed aprile 2013.

E' stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario di ventotto domande, uguali per tutti gli intervistati, per lo più ad alternativa prefissata ed in forma totalmente anonima.

Tale strumento si compone di quattro parti:

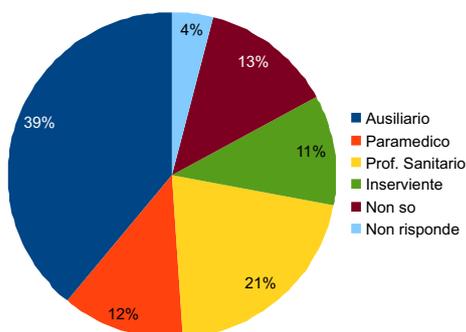
- Nella prima parte è stato brevemente presentato il soggetto conducente la ricerca, sottolineato l'anonimato del questionario ed indicato l'obiettivo del lavoro;

- Nella seconda parte, formata dalle prime quattro domande, sono state raccolte informazioni circa l'età, il sesso, l'istituto di scuola media secondaria frequentata e la classe;

- Una terza parte, composta da quesiti volti a verificare le conoscenze dei giovani relativamente al profilo (chi è?, cosa fa?, dove opera?, con chi collabora?) e al percorso di studi (di base e post-base) dell'infermiere;

- Un'ultima parte volta a sondare l'appeal nei confronti di tale professione e

Grafico 1. Come inquadri la figura dell'infermiere nel percorso di assistenza?



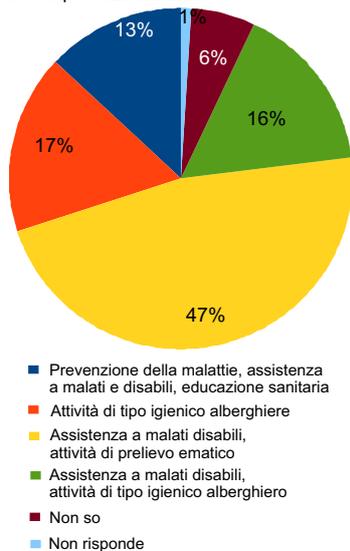
capire i motivi per cui molti studenti non scelgono di intraprenderla.

In totale sono stati distribuiti 831 questionari agli studenti delle classi IV e V di alcuni istituti superiori delle provincie di Arezzo e Firenze

Principali risultati

Analizzando i risultati vediamo che degli 831 studenti intervistati solo 178 (pari al 21%) hanno dato la corretta definizione di infermiere, rispondendo alla domanda "Come inquadri la figura dell'infermiere nel percorso di assistenza?", un professionista sanitario. Il restante 79% (653), invece, fatta eccezione del 4% (30) che non ha risposto e del 13% (107) che ammesso di non sapere, si è diviso tra ausiliario (il 39%, pari a 326), paramedico (12%, pari a 101) ed inserviente (11%, pari a 89).

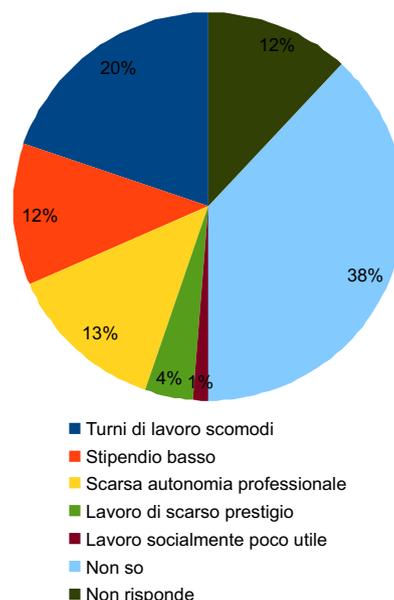
Grafico 2. Quali di queste funzioni ritieni essere di competenza dell'infermiere?



Inoltre, osserviamo che solo una piccola minoranza (il 13%, ossia 110) dei giovani intervistati è a conoscenza che le competenze infermieristiche sono, oltre che l'assistenza ai malati e disabili, anche, la prevenzione delle malattie e l'assistenza sanitaria, mentre, la maggioranza è convinta che l'infermiere sia responsabile o della sola assistenza ai malati e disabili e di attività di prelievo ematico (il 47%, pari a 389), oppure, delle sole attività igienico-alberghiere (il 17%, 141).

Proseguendo nell'analisi vediamo che, benché il campione esaminato sia più o meno prossimo alla scelta di un'eventuale carriera universitaria, c'è, ancora, una buona parte di giovani che pensa che per diventare infermiere sia necessario com-

Grafico 3. Sceglieresti la professione infermieristica? Se no, perché?



piere un percorso universitario della durata di cinque anni (44%, ossia, 364 studenti) e che il titolo rilasciato al termine del percorso formativo, percorso che solo per il 5.31% (44) degli intervistati si conclude sostenendo un esame di abilitazione e discutendo la tesi, non sia la Laurea ma bensì il Diploma in Scienze Infermieristiche (40.31%, pari a 335 studenti).

Il questionario si chiudeva chiedendo ai giovani "Sceglieresti la professione infermieristica? Se sì, perché? Se no, perché?". A tale domanda, cui hanno risposto 821 studenti, ben 576 (vale a dire il 70.16%) alunni hanno dato risposta negativa, per lo più (236) per paura di sangue, aghi e simili, ma, anche, per i turni di lavoro scomodi (127) o scarsa autonomia professionale (84).

Conclusioni

Dall'indagine emerge che, nonostante i numerosi traguardi raggiunti dalla professione, la Legge 42 del 1999 e la Legge 251 del 2000, nella comunità l'infermiere è ancora percepito come una figura ancillare a quella del medico, "è l'operatore esecutore dei compiti attribuitigli dal dottore", oppure, quando va meglio, "è l'operatore che in possesso del Diploma in Scienze Infermieristiche" "è responsabile delle sole attività igienico-alberghiere".

Dolores Ferrara, Dott.ssa in Infermieristica
Stefania Manetti, Coordinatore didattico e docente del corso di Laurea in Infermieristica della sede di San Giovanni Valdarno
 corrispondenza:
 ferrara-dolores@hotmail.it

Pensionamento dei pubblici dipendenti nel 2014

a cura del Servizio Previdenziale NurSind

La riforma Fornero (legge n. 204 del 22.12.2011) ha già compiuto due anni di vita ed ha cominciato a produrre i suoi effetti innanzitutto diminuendo sensibilmente la spesa previdenziale (il numero dei nuovi assegni liquidati nel complesso è calato del 43% tra il 2012 e il 2013). Si ritiene utile illustrare i requisiti anagrafici e contributivi richiesti ai dipendenti pubblici per accedere al trattamento pensionistico nell'anno 2014 alla luce delle disposizioni introdotte dalla legge di stabilità 2014 e dei chiarimenti intervenuti nel 2013.

Pensione di vecchiaia

Il minimo contributivo che dà diritto alla pensione di vecchiaia, sia per i maschi che per le femmine, è fissato a 20 anni ad esclusione di coloro che alla data del 31.12.1992 avevano già maturato il vecchio requisito dei 15 anni e coloro che sempre alla data del 31.12.1992 risultavano autorizzati alla prosecuzione volontaria.

Dal 2014 l'età minima per andare in pensionamento di vecchiaia, sia per gli uomini che per le donne, è di 66 anni e 3 mesi. Successivamente in base agli incrementi della speranza di vita inseriti nella relazione tecnica allegata alla "Legge Fornero" (gli incrementi successivi al 2014 rappresentano delle stime), il requisito anagrafico è il seguente:

Decorrenza Pensione	Età richiesta
1° gennaio 2015	66 anni e 3 mesi
1° gennaio 2016	66 anni e 7 mesi
1° gennaio 2017	66 anni e 7 mesi
1° gennaio 2018	66 anni e 7 mesi
1° gennaio 2019	66 anni e 11 mesi
1° gennaio 2020	66 anni e 11 mesi
1° gennaio 2021	67 anni e 2 mesi

Pensione anticipata

I requisiti per lasciare il lavoro prima di aver compiuto l'età prevista per la pensione di vecchiaia sono così stabiliti:

Anno	Uomini	Donne
2014	42 anni e 6 m.	41 anni e 6 m.
2015	42 anni e 6 m.	41 anni e 6 m.
2016	42 anni e 10 m.	41 anni e 10 m.
2017	42 anni e 10 m.	41 anni e 10 m.
2018	42 anni e 10 m.	41 anni e 10 m.
2019	43 anni e 2 m.	42 anni e 2 m.
2020	43 anni e 2 m.	42 anni e 2 m.
2021	43 anni e 5 m.	42 anni e 5 m.

La legge Fornero ha previsto che qualora l'accesso al pensionamento anticipato avvenga ad una età inferiore ai 62 anni viene applicata una riduzione pari all'1% per ogni anno di anticipo rispetto ai 62.

Tale percentuale annua è elevata al 2% per ogni ulteriore anno di anticipo rispetto ai 60 anni.

Esempio di penalizzazione:

Età	% di riduzione
61 anni	1%
60 anni	2%
59 anni	4%
58 anni	6%
57 anni	8%

La riduzione percentuale viene applicata solamente sulla quota retributiva del trattamento di pensione maturato fino al 31.12.2011.

In base alla legge 14/2012 ed alle successive integrazioni della legge 125/2013 e della legge di stabilità 27.12.2013 n. 147, le suddette riduzioni percentuali non vengono effettuate nei confronti dei soggetti che maturano entro il 31.12.2017 i previsti requisiti di anzianità contributiva per accedere alla pensione anticipata di 42 anni e 6 o 10 mesi (uomini) o di 41 e 6 o 10 mesi (donne) qualora la predetta anzianità contributiva derivi esclusivamente da prestazione effettiva di lavoro includendo:

- > astensione obbligatoria per maternità;
- > Congedi parentali di maternità e paternità (ex maternità facoltativa);
- > Assolvimento degli obblighi di leva;
- > Infortunio e malattia;
- > Cassa integrazione a guadagni ordinaria;
- > Donazione di sangue e di emocomponenti;
- > Totalizzazione estera;
- > Congedi e permessi concessi ai sensi dell'art. 33 della legge 104/1992 per prestare assistenza ai parenti disabili in stato di gravità.

Non costituiscono prestazioni effettive di lavoro e quindi possono far scattare la penalizzazione i riscatti, la contribuzione volontaria, la disoccupazione, il congedo matrimoniale, permessi retribuiti per motivi familiari e lutto, diritto allo studio (150 ore), sciopero, maggiorazioni contributive previste dalla legge in caso di invalidità e di non vedenti. Si ribadisce che, salvo proroghe di legge, dal 2018 in poi viene applicata la riduzione percentuale nei confronti di chi matura la pensione anticipata prima di aver compiuto 62 anni di età.

Si fa presente altresì che i lavoratori che entro il 31 dicembre 2011 hanno maturato i requisiti di età e di contribuzione previsti dalla previgente normativa, ai fini del diritto all'accesso e alla decorrenza del

trattamento pensionistico di vecchiaia o di anzianità, conseguono la pensione secondo la previgente normativa. In caso di pensionamento con anzianità contributiva di 18 anni al 31.12.1995, quando deciderà di andare in pensione, gli sarà conferita una pensione con quota retributiva fino al 31.12.2011 ed una quota contributiva per le anzianità successive a tale data, fino alla decorrenza della pensione.

Pensione anticipata per lavoratori notturni

I lavoratori notturni possono andare in pensione anche cinque anni prima dell'età ordinaria, cioè a 61 anni e 3 mesi anziché a 66 anni e tre mesi se quest'anno maturano 36 anni di contributi ed hanno svolto lavoro notturno per almeno 78 giornate. Per accedere al beneficio è necessario che i lavoratori abbiano svolto attività notturna per almeno 7 anni, compreso l'anno di maturazione dei requisiti, negli ultimi dieci di attività lavorativa.

Requisiti per lavori notturni:

Notti/anno		età anagrafica
Da 64 a 71	con almeno	63 anni e 3 m. con quota 99 e 3 m.
Da 72 a 77		62 anni e 3 m. con quota 98 e 3 m.
Da 78		61 anni e 3 m. con quota 97 e 3 m.

I soggetti interessati alla maturazione dei requisiti devono attendere l'apertura della finestra mobile di 12 mesi, finestra che deve risultare aperta entro il 31 dicembre 2015.

Per accedere al beneficio del pensionamento anticipato il lavoratore interessato deve presentare una specifica domanda da trasmettere completa della necessaria documentazione entro il 1 marzo dell'anno di maturazione dei requisiti agevolati.

Alla scadenza del 1 marzo 2014 sono interessati coloro che matureranno o hanno già maturato in questi primi due mesi dell'anno, il diritto alla pensione anticipata tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2014. La domanda va presentata all'INPS ex INPDAP sede territoriale competente, corredata da copia o estratti della documentazione nonché degli elementi di prova con data certa da cui emerga la sussistenza dei requisiti necessari per l'anticipo del pensionamento.

Opzione per la pensione contributiva

La possibilità solamente per le donne di anticipare la pensione di anzianità optando per il sistema di calcolo contributivo sta per concludersi, salvo proroga.

Si tratta di un regime sperimentale in vigore fino al 31.12.2015, previsto dall'art. 1 comma 9 della legge 243/2004.

La totalizzazione

Nel 2014 per esercitare l'opzione occorrono almeno 35 anni di anzianità contributiva ed un'età pari a 57 anni e 3 mesi.

Nei confronti delle lavoratrici che optano per questa possibilità di pensionamento continua a trovare applicazione il regime della "finestra mobile" dei 12 mesi. Secondo l'interpretazione dell'INPS la data di scadenza del regime opzionale, 31 dicembre 2015, è da intendersi come termine ultimo entro cui deve collocarsi la decorrenza del trattamento pensionistico e non il solo raggiungimento dei requisiti di età e contribuzione a prescindere dalla finestra.

A questo riguardo il Parlamento ha di recente votato una risoluzione che impegna il Governo a sollecitare l'INPS a rive-

La totalizzazione consente di acquisire il diritto ad un'unica pensione di vecchiaia o di anzianità o di inabilità o indiretta, ai lavoratori (o eventuali loro superstiti) che hanno versato contributi in diversi fondi o casse pensioni e che altrimenti non avrebbero modo di utilizzare in tutto la contribuzione e far scattare il diritto alla pensione. La totalizzazione è completamente gratuita e deve essere effettuata per tutti i periodi assicurativi in possesso e non per una sola parte di essi.

Il calcolo del trattamento pensionistico derivante da totalizzazione viene effettuato applicando esclusivamente il criterio contributivo più penalizzante rispetto al retributivo.

Requisiti per la pensione in totalizzazione dal 2014

	anagrafico	contributivo	Finestra di decorrenza
pensione di vecchiaia	65 anni e 3 m.	20 anni	18 mesi
pensione di anzianità	-	40 anni e 3 m.	21 mesi

dere la circolare con l'interpretazione restrittiva con l'obiettivo di non applicare la finestra mobile, l'aspettativa di vita e ritenere sufficiente la maturazione dei requisiti anagrafici e contributivi entro il 31 ottobre 2015.

Se invece prevale l'interpretazione INPS restrittiva della norma, bisogna maturare i requisiti di 57 anni e 3 mesi di età e 35 anni di anzianità contributiva entro il 30 dicembre 2014.

Il regime sperimentale impone che la pensione sia calcolata interamente secondo le regole del metodo contributivo, calcolo che determina un importo di pensione meno conveniente del 30%.

Si può utilizzare la totalizzazione contributiva anche per la pensione di inabilità, novità introdotta dalla legge di stabilità per il 2013 (legge 24.12.2012 n. 228, art. 1 comma 240).

Il cumulo contributivo gratuito può essere utilizzato da chi si trovi nella condizione di assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa e vanti almeno cinque anni di contribuzione di cui tre nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda di pensione. La pensione di inabilità con il cumulo si compone di due quote:

- Una quota riferita all'anzianità contributiva maturata fino alla data di decor-

renza della pensione di inabilità;

- Una quota costituita dalla maggiorazione convenzionale dell'importo della prima quota calcolata secondo le regole del sistema contributivo, aggiungendo al montante individuale dei contributi posseduto un'ulteriore quota di contribuzione riferita la periodo compreso tra la data di decorrenza della pensione e la data di compimento del sessantesimo anno di età. In ogni caso non può essere computata un'anzianità contributiva complessiva superiore a 40 anni. L'importo della pensione di inabilità non può comunque superare l'80% della base pensionabile né l'ammontare del trattamento privilegiato spettante in caso di inabilità riconosciuta dipendente da causa di servizio (art. 9, comma 4, del decreto ministeriale n. 187/1997).

Pensione di inabilità

Si fa presente che i dipendenti del SSN che non sono in grado di proseguire l'attività lavorativa a causa di infermità possono accedere al trattamento di pensione prima della maturazione dei requisiti per la pensione di vecchiaia o anticipata se dispensato dal servizio a seguito di vista medico-collegiale che accerti e lo dichiari:

Inabile in modo assoluto e permanente alle mansioni svolte (in questo caso è necessario possedere un'anzianità contributiva di 20 anni)

Inabile in modo assoluto e permanente a qualsiasi proficuo lavoro (in questo caso è necessario possedere un'anzianità contributiva di 15 anni).

La pensione decorre dal momento della cessazione senza finestre.

Lettere alla redazione



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

Per scrivere alla redazione:

infermieristicamente@nursind.it

Errata corrige rettifica autore

La collega **Ramona Corrado** ha segnalato alla Redazione l'errata attribuzione della lettera comparsa a pag. 67 sul numero 30 della rivista dal titolo "Cosa fa un infermiere" che, impropriamente, era stata attribuita ad altra persona mentre in realtà appartiene a Ramona, come risulta su un vecchio suo blog del 2009 e riportato sull'attuale blog nel 2012 a questo link <http://puntapiedi.wordpress.com/2012/02/27/cosa-fa-un-infermiere/>. Ce ne scusiamo con i lettori e con l'autrice ringraziandola per la giusta segnalazione.

Conoscere, scrivere, informare

Spett.le Direttore, siamo alle solite! Quando pensi che gli infermieri abbiano raggiunto un livello professionale e culturale tale da sganciarsi definitivamente dal mansionario, guardandomi intorno, sentendo colleghi di altri ospedali e di altre città, mi rendo conto che siamo ancora molto lontani dal traguardo finale che è quello di far volare, finalmente, la nostra professione. Ci si rende conto che molto colleghi hanno una conoscenza molto limitata del contratto, delle leggi, delle norme che ci riguardano e del codice deontologico. Si vive in un continuo malessere. In un continuo disagio. In perenne stanchezza. Ci lamentiamo in continuazione: degli orari, dei turni, dei pz, dei parenti, dei medici. Io ho preso il diploma di infermiere professionale nel 1986 e da allora nulla è cambiato. Culturalmente intendo, perché la nostra professione, da allora, ha fatto passi da gigante. L'abolizione del mansionario ci ha lasciato smarriti e spaesati. Alla crescita

normativa, che ha riconosciuto la fondamentale importanza della nostra professione, infatti siamo noi gli unici, dico gli unici, professionisti responsabili dell'assistenza, non è corrisposta un'altrettanto importante crescita culturale. Al saper fare bisogna che corrisponda il sapere e il saper essere. Ancora non abbiamo chiaro quali siano i nostri interventi e obiettivi. Se fossero chiari, non staremo sempre a lamentarci. Se fossero ben chiari quali siano i nostri doveri, forse riusciremo a capire meglio quali siano i nostri diritti. E' inutile essere professionisti sulla "carta" se continuiamo a fare i letti, portare padelle e pappagalli, distribuire il vitto, accompagnare i pz in radiologia, ecc., ecc.. Siamo professionisti a metà. Non abbiamo ancora raggiunto quell'autorevolezza che ci permetterebbe di smetterla di preoccuparci se manca personale, se non ci sono figure di supporto, se non ci sono ausiliari. Non è un problema nostro, ma dell'azienda in cui uno lavora. Il nostro lavoro che consiste nel prenderci cura del malato applicando i protocolli, le conoscenze, l'esperienza, compilando la cartella infermieristica con una raccolta minuziosa di dati per poter impostare un adeguato, e quanto più possi-

bile personalizzato, percorso assistenziale, dandoci degli obiettivi per il soddisfacimento di tutti i bisogni, questo ci permette anche di avere una banca dati fondamentale per tutte le situazioni che si possono presentare e anche per avere un riscontro tangibile di tutto il nostro operato. Quindi prendersi carico di un malato è la nostra consegna. E' quello che ci chiede il contratto che ci lega all'azienda, ed è il motivo per il quale siamo stati assunti. Il codice deontologico valorizza ed esalta il nostro contratto consentendoci di elevarci ulteriormente nel dare alla nostra professione e alla nostra professionalità e, quindi, al nostro agire da professionisti a 360°, un valore aggiunto che ci permette di sapere chi siamo e quali siano i nostri doveri verso la collettività. Quindi l'azienda ha tutto l'interesse perchè tutto questo si realizzi nel migliore dei modi. L'azienda è soddisfatta quando i cittadini sono contenti della qualità assistenziale fornita. E' contenta quando la qualità delle cure è ottimale. E' contenta quando l'immagine e la percezione della popolazione è adeguata. Ecco che la comunicazione con l'azienda diventa fondamentale. Chi sono i nostri referenti aziendali in una unità operativa? Il direttore e il coordinatore. E' a loro che dobbiamo fare riferimento. Chi informa i vertici aziendali delle carenze, dei disservizi, delle inefficienze, delle lacune che ci sono? Siamo noi! I nostri referenti infermieristici devono essere informati di quello che succede in forma scritta. Di tutte le continue lamentele che cosa rimane? Nulla! Quanta aria sprecata nelle sale infermieri e nelle cucinette. Perché non iniziamo a cercare di capire quali siano le origini di tutto questo malessere? Perché non inizia-

mo a riordinarci le idee per individuare quali siano le cause del nostro malcontento? Iniziamo a mettere in forma scritta e quindi convogliare e riordinare le lamentele. Iniziamo a farle salire in alto. Smettiamola di lamentarci tra di noi. Scriviamo! Lo scritto ci tutela da tutto e da tutti. Gli antichi romani dicevano: Verba volant, scripta manent, ovvero, le parole volano, gli scritti rimangono! Il coordinatore, l'ufficio infermieristico e, quindi, l'azienda non può dire che non è stata informata. Concentriamoci su quello che ci chiede il contratto, il profilo professionale e il codice deontologico, cioè su tutto quello che ci tutela e che ci permette di svolgere al meglio la nostra professione. Il Nursind è un valido aiuto per conoscere meglio i nostri diritti ma anche i nostri doveri. Il sindacato non è un'entità astratta. Non è un'istituzione che guarda e osserva dall'alto l'evoluzione delle problematiche della nostra categoria. Il sindacato siamo noi. I nostri delegati e referenti aziendali del sindacato ci possono aiutare a dirimere tante questioni di ordine contrattuale ma non possono entrare in merito nelle decisioni e all'organizzazione del lavoro che si da un gruppo. Tra l'altro quando il sindacato viene informato di problemi che si verificano quotidianamente, il primo passo è formalizzare i motivi del disagio e cioè informare l'azienda per iscritto. Questo devono farlo i diretti interessati che possono essere uno o più colleghi a seconda che il problema sia individuale o collettivo. A informativa scritta deve corrispondere un'altrettanto risposta scritta da parte dei referenti aziendali, che può essere il coordinatore, il direttore infermieristico, il manager, l'ufficio qualità, a seconda del tipo di problema che si è

presentato. Lo scritto ci permette di avere un riscontro e una base su cui impostare la nostra condotta futura. Permette a tutti, infermieri, coordinatori, ufficio infermieristico, sindacato di essere messi a conoscenza del problema e, quindi, trovare una soluzione. Altro aspetto da non trascurare è che lo scritto ci permette di avere un supporto su tutte le questioni di ordine legale in cui potremo essere coinvolti. Non è una battaglia tra infermieri e coordinatori, tra sindacati e direzione aziendale, ma è solo il modo più efficace per aprire un confronto civile e trasparente su qualunque problema che si presenti. Siamo anche noi azienda. I coordinatori sono anche loro infermieri. L'azienda non penso che abbia interesse a lasciare che i problemi non vengano risolti. A volte penso che i vertici aziendali non siano informati correttamente in merito a tutte le violazioni contrattuali, piccole e grandi, che si verificano. E' nell'interesse di tutti lavorare nel rispetto dei contratti e del codice deontologico. L'azienda ci guadagna anche economicamente in quanto un'assistenza fornita da personale infermieristico sereno, motivato e consapevole degli obiettivi aziendali, permette di ridurre al minimo il rischio di errore e contemporaneamente sarebbe un richiamo per nuovi clienti da altre ASL. E' nell'interesse degli infermieri perché una volta che si hanno ben chiari quali siano i nostri diritti, di conseguenza saremo finalmente consapevoli di quali siano i nostri doveri.

Prendiamoci tutti il tempo per conoscere, scrivere e segnalare.

Mario Taras
Infermiere, Nuoro

Cuba:

il Governo raddoppia gli stipendi ad infermieri e medici



Cuba, dal 1° giugno aumento stipendi a medici e infermieri

L'Avana (Cuba), 21 mar. (LaPresse/AP) - Cuba aumenta gli stipendi di 440mila lavoratori del settore sanitario, fra medici e infermieri. Il provvedimento è stato approvato dal Consiglio dei ministri, presieduto dal presidente Raul Castro, ed entrerà in vigore dal 1° giugno di quest'anno, quindi in riferimento ai

salari di maggio. La riunione straordinaria si è tenuta mercoledì, ma la notizia è stata diffusa oggi dai media cubani, fra cui il quotidiano Granma del Partito comunista. In base alle nuove regole, per esempio, il salario dei medici con due specializzazioni passerà dall'equivalente di 26 dollari al mese a 67 dollari mensili. Un infermiere appena entrato in servizio guadagnerà invece 25 dollari, in aumento rispetto ai 13 dollari che guadagnava finora. A Cuba lo stipendio medio pagato dallo Stato si aggira intorno ai 20 dollari al mese, al quale si aggiungono una serie di servizi gratuiti garantiti dal governo. Granma riferisce anche che nel 2014 L'Avana si aspetta di ottenere 8,2 miliardi di dollari dal lavoro delle decine di migliaia di medici e operatori sanitari che prestano servizio in Paesi come

Venezuela e Brasile. Si tratta del 64% delle entrate di Cuba da servizi esteri.

Leggendo i commenti dei colleghi sul sito ufficiale del Governo, in molti si lamentano della ingiusta disuguaglianza di trattamento economico tra le due professioni sanitarie, entrambe specializzate, quella dei medici meglio retribuita rispetto agli infermieri. In effetti, trattandosi di un Paese socialista, le aspettative dei colleghi cubani sono rimaste deluse, pur riconoscendo il raddoppio dello stipendio, perché rispetto a prima è aumentato il divario tra lo stipendio dei medici e quello degli infermieri, da 1-2 a 1-2,5 e per questa ragione chiedono la revisione del provvedimento governativo.

Maggiori approfondimenti su <http://www.ain.cu/cuba/2493-aprueban-aumento-de-salario-para-el-sector-de-la-salud>





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 tenuta 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!

Presto potrà sorgere
anche nel tuo ospedale e nella tua città...

AGRIGENTO	339 1548499	GENOVA	373 5319440	PORDENONE	347 1174975
ALESSANDRIA	348 7730047	GORIZIA	339 3500525	POTENZA	348 5158076
ANCONA	339 2221513	IMPERIA	340 6170522	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 EMILIA	393 4083204
AVELLINO	333 1152288	LIVORNO	349 8870262	REGGIO CALABRIA	329 9283470
BARI	339 4064096	LUCCA	328 0596018	RIETI	334 3800929
BARLETTA	328 4173358	L'AQUILA	333 4125508	RIMINI	329 0683133
BERGAMO	348 7368056	MACERATA	338 1745511	ROMA	333 9240281
BENEVENTO	348 7240030	MASSA-CARRARA	349 8455285	ROVIGO	347 7672006
BOLOGNA	334 2737666	MATERA	342 8053431	SALERNO	334 2716330
BOLZANO	373 7007311	MEDIO CAMPIDANO	347 1644078	SASSARI	328 9443801
BRESCIA	348 2961805	MESSINA	329 1346064	SAVONA	347 5875644
BRINDISI	333 1093968	MILANO	331 5643203	SIENA	393 3248029
CAGLIARI	349 4319227	MODENA	333 6235744	SIRACUSA	333 1408681
CALTANISSETTA	329 7009683	MONZA	339 1937863	SONDRIO	3459737967
CAMPOBASSO	347 0733738	NAPOLI	338 6268353	TARANTO	333 3940862
CARBONIA	329 1107560	NOVARA	347 3883671	TERAMO	329 0075711
CASERTA	393 4358822	NUORO	347 9556199	TORINO	328 5314092
CATANIA	333 2546522	OLBIA TEMPIO	349 2427476	TRAPANI	347 3744150
CATANZARO	320 4370271	ORISTANO	333 9618011	TREVISO	340 3402872
CHIETI	338 2561933	PALERMO	339 1289128	TRIESTE	328 4614838
COSENZA	368 7215017	PADOVA	346 0106154	UDINE	339 2397838
CUNEO	348 1222695	PARMA	347 1058737	VARESE	377 1558167
ENNA	333 6106527	PAVIA	366 4444153	VENEZIA	339 2754384
FERMO	348 3394773	PERUGIA	349 3988700	VERCELLI	393 9996579
FERRARA	347 8005237	PESARO-URBINO	334 5317010	VERONA	329 9559578
FIRENZE	389 9994148	PESCARA	320 3134105	VIBO VALENTIA	380 7978263
FOGGIA	320 8811330	PIACENZA	328 6907603	VICENZA	320 0650894
FORLI'	329 0683133	PISA	320 0826435	VITERBO	338 6760259
FROSINONE	340 8708765				

DIPENDE ANCHE DA TE!

NURSIND

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