



Demansionati

Sfruttati

Spremuti

Esausti

**ma pronti per la SFIDA
delle RSU - marzo 2012!**

sommario:

attualità

- 04 - Malattie croniche degenerative: gli infermieri rappresentano la soluzione
- 06 - RSU 2012: appuntamento storico per la categoria
- 07 - Anche nella sanità privata il rinnovo delle RSU
- 08 - Alla presenza dell'Ambasciatore italiano l'incontro tra Nursind e il Sindacato inf.co della Rep. Serbia di Bosnia
- 09 - Fa discutere negli ospedali in GB il "DO NOT DISTURB"
- 09 - Come ci "vedono" gli studenti durante il nostro lavoro
- 09 - Da un'indagine negli U.S.A.: infermieri, la professione emergente del futuro
- 10 - Di nuovo l'ISTAT nel mirino degli Infermieri: correggete la nostra professione nel censimento!
- 10 - La Corte dei Conti di Venezia ribadisce: illegittimi i tagli del 50% all'ECM
- 11 - Rapporto sulle Cure Domiciliari: l'incognita sui costi di realizzazione
- 12 - Una nuova ricerca lo conferma: i turni di notte fanno male alla salute!
- 12 - Da un'indagine esposta al Consiglio Nazionale delle Ricerche: confermato il burn-out in PS
- 12 - Conferenza delle Lauree Sanitarie: che i docenti siano infermieri
- 13 - Legge Brunetta alla Consulta per incostituzionalità: trasforma la malattia in "lusso"!
- 13 - Sul Part Time la giurisprudenza inverte la rotta
- 14 - Dal 2.10.2011 è scattato l'obbligo per tutti i sanitari: assicurazione professionale RCT
- 15 - Infermieri Liberi Professionisti: un servizio in rete per farsi trovare
- 16 - Dal rapporto PIT 2011 un allarme: i LEA si stanno pericolosamente trasformando in "ciò che può essere garantito con le risorse disponibili"
- 17 - Il rapporto della Commissione d'inchiesta sui casi di mala sanità conferma: meno Infermieri = alto rischio!

dal territorio

- 18 - Pisa - Nursind denuncia: "Super-premi ai dirigenti, ma il personale è KO"
- 18 - Veneto - Nursind in V^ Com.ne Sanità: 5 critiche al P. S. S. R.
- 20 - Udine: flash mob in azione, collassano 20 infermieri
- 21 - Bergamo - parcheggio del nuovo ospedale: gratuito ai dipendenti e che finanzia l'ECM
- 21 - Nursind Forlì - Cesena: nuovi traguardi con la neo Segretaria
- 22 - Apre Nursind Pavia
- 22 - La Segr. di Reggio Calabria lancia Nursind-INPS
- 23 - Catania: lettera aperta all'assessore regionale
- 24 - Sicilia: incontro con assessore regionale per l'infermiere di famiglia
- 24 - IDI di Roma: la protesta contro il mancato pagamento degli stipendi
- 25 - Caltanissetta: Nursind proclama lo stato di agitazione
- 25 - Nasce Nursind Taranto
- 25 - Salerno: dichiarato lo stato di agitazione
- 26 - Asti: protesta per la scarsità di personale in PS
- 26 - Lecce, circostanziata denuncia del Nursind: spogliatoi infermieri, indecenti e fuori norma
- 27 - Isili (CA) la denuncia del Nursind: carenza di personale in Pronto Soccorso
- 28 - Nuoro, accordo sulla reperibilità: dalla 7a reperibilità, 30 euro l'ora
- 28 - Ultima Segreteria neonata in Nursind: Benvenuti ai colleghi di Ravenna

normative

- 30 - Chiarimenti sull'anticipo di pensione per invalidità
- 30 - Illegittimo il cambio turno conseguente a ritorsione gerarchica
- 30 - Sbocco del turn over per le regioni indebitate
- 31 - Sull'attribuzione delle Posizioni Organizzative decide il Giudice ordinario e non il TAR. Importante vittoria al Policlinico Umberto 1°

formazione professionale

- 32 - La valutazione delle strutture sanitarie: il concetto di Accredimento
- 35 - Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia
- 35 - Infermieristica medico- chirurgica Brunner-Suddarth
- 35 - Aspetti giuridici della professione infermieristica 6/ed

Lettere alla redazione

- 36 - Lavorare per vivere e morire di lavoro
- 36 - La corsa dei bradipi
- 37 - L'infermiere non è un OSS
- 37 - Pensione a 65 anni?
- 37 - Le attività sanitarie non sono sempre e soltanto medicocentriche

esteri

- 38 - Slovacchia: grazie ad un'imponente petizione nazionale al Parlamento aumentati per legge gli stipendi a Infermieri e Ostetriche
- 38 - Essere Infermiere in Scozia



Per inviare
immagini alla rivista,
scrivi a
infermieristicamente@nursind.it
allegando una liberatoria



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

InfermieristicaMente
 sindacando
 NURSIND

Direttore responsabile: Inf. Donato Carrara
Redazione: Inf. Daniele Carbocci, Inf. Andrea Bottega,
 Inf. Pietro Sammartino, Inf. Enzo Palladino, Inf. Salvo
 Lo Presti, Inf. Maurizio Giacomini, Inf. ra Tiziana
 Traini, Inf. Donato Carrara.

Progetto Grafico: Inf. 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

Il ceto medio, il dito medio, la carenza infermieristica e il governo dei migliori.

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind

“Bückler è il cittadino che non capisce perché un ministro chiami “fannulloni” tutti i dipendenti pubblici invece di fare dei distinguo, ricordando l’infermiera che tanto si è prodigata per ridargli serenità, senza lamentarsi degli orari e di un misero stipendio.”

Johannes Bückler, E. Marro, Le (troppe) tasse degli italiani.



È difficile sintetizzare quello che sta succedendo ed è successo da quest'estate ma vorrei provarci partendo da tre luoghi comuni che hanno caratterizzato tale periodo: il ceto medio quale insieme di persone considerate “benestanti” ma non abbastanza da essere definite ricche; il dito medio quale espressione qualitativa della risposta data dalla politica e alla politica ai problemi istituzionali; la perenne carenza infermieristica quale tema sempre presente e sempre negato. Sono queste le tre immagini che, in qualche modo, hanno destabilizzato alcune mie certezze. Il perché è presto detto.

1. il ceto medio si è dimostrato invero essere una categoria strana per inquadrare economicamente una fascia di cittadini. La manovra di ferragosto puntava ad introdurre un'imposta di solidarietà per i redditi superiori a 90 mila euro (5%) e a 150 mila euro (10%). Il tutto è saltato (non così per i pubblici dipendenti per cui rimangono le misure già introdotte lo scorso anno) per l'impatto che tale misura avrebbe avuto sul “ceto medio”. Ora, si è scoperto che il ceto medio così catalogato è composto da 600 mila persone, circa l'1% dei lavoratori dipendenti, meno dell'1% dei pensionati, poco più del 4% dei lavoratori autonomi. A questo punto qualche riflessione l'ho fatta.

La prima: sono un infermiere dipendente pubblico da vent'anni con un reddito annuo lordo di 26 mila euro (di cui circa 6 mila se ne vanno in IRPEF), ho la casa e un'automobile di proprietà e ho finito di pagare il mutuo e fino a quest'estate pensavo di essere fortunato rispetto ai molti (?) che non arrivano a fine mese e mi credevo parte di quel “ceto medio” che ora scopro essere almeno a tre volte il mio stipendio annuo!

La seconda considerazione la traggo da J. Bückler: la definizione di “ceto medio” presuppone che stia nel mezzo a che esista qualcosa che sta sotto. E qualcosa che sta sopra. Nella pratica in Italia siamo riusciti ad avere qualcuno che sta nel mezzo e una maggioranza che, pur possedendo una ricchezza superiore, è posizionata molto sotto. Su 28 milioni di lavoratori e pensionati solo 600 mila superano i 90 mila euro. Certo fa specie trovarsi sotto il ceto medio in compagnia dell'industriale o dell'artigiano che viaggiano con la Mercedes o la Ferrari!

Sarà pure comprensibile che il governo tende a far pagare il conto a chi non fa parte della sua base elettorale, ma in questa situazione certamente si grida vendetta. Al “ceto medio”, infatti, non si possono far pagare troppe tasse altrimenti si bloccano i consumi e nel “ceto basso”, oltre a chi a paga tutte le tasse ci sono molti che sono più ricchi del ceto medio (amichevolmente chiamati i “furbetti” per non subire l'onta di essere chiamati evasori o elusori) che potrebbero benissimo contribuire di più al risanamento dei conti ma lasciano quest'onere a chi non può sfuggire alle maglie del fisco: il lavoratore dipendente.

2. Il dito medio ostentato da Bossi in più occasioni, immagine di un linguaggio che diventa via via sempre più scurrile e non risparmia gli insulti personali, è la metafora di come e dove stiamo andando. I politici danno l'esempio e ampliano la scollatura tra i cittadini e la politica, tra il senso delle istituzioni e dei pubblici uffici e gli intrighi d'affari, di faccendieri e di interessi personali. Così Bossi nel 150° anno dell'unità d'Italia ha, appunto, omaggiato il tricolore alzando il dito medio e con altri epiteti (e pernacchie) dello stesso significato ha apostrofato i giornalisti, Casini, Tosi, Brunetta e il Sud. Il caro Brunetta ha, inoltre, ricevuto da Tremonti l'appellativo di “cretino” in occasione della conferenza stampa di presentazione della manovra economica di luglio. Anche il ministro Sacconi non è mancato di scadere nello spiegare la manovra raccontando la barzel-

letta delle suore violentate. Non si contano, infine, le “stranezze” risultanti dalle innumerevoli intercettazioni del nostro ex premier. Tutto questo degrado politico non giova certo alla nostra immagine di nazione, non giova a difendere le istituzioni già sottoposte al dileggio della fannulloneria e della devianza politica e non giova a dare l'esempio nel mettersi in gioco in prima persona per il bene comune. Su una cosa questi politici si sono dimostrati coesi e coerenti: evitare di toccare i propri privilegi, intaccare il proprio status, ridurre le prebende, i doppi incarichi, le indennità, i vitalizi. Si pensa di creare maggiore flessibilità al lavoro pubblico facilitando i licenziamenti ma non si ha il coraggio di “licenziare” la miriade degli enti inutili via di fuga di molti politici “tombati”, di tagliare le provincie e il numero di parlamentari. Non saranno rimedi sostanziosi per la nostra economia ma sarebbero segnali importanti di maturità e serietà politica.

3. La carenza infermieristica così strutturata nell'organizzazione da superare l'immaginazione di ogni realtà, così ovvia da essere scontata e diventare mito, è la questione che riassume i disagi della nostra categoria. Da nord a sud si continua a tematizzare nell'azione sindacale il demansionamento, la carenza di figure di supporto all'assistenza eppure non si riesce a rimediare questo gap e dare la possibilità agli infermieri di compiere a pieno il loro mandato professionale. Anzi, molto probabilmente, e già in alcune regioni si sta appalesando questo timore, la carenza infermieristica assumerà ancora più rilievo numerico se si procederà, come alcuni vogliono fare, verso una riduzione delle presenze degli infermieri nei reparti di degenza.

Tre situazioni che sono tre chiavi di lettura della nostra realtà: un inquadramento economico che ci porta sempre più verso il basso e paradossalmente a fianco dei super ricchi che ci firmano l'esenzione per reddito quando vengono con la ricetta a farsi visitare; un contributo al risanamento dei conti pubblici richiesto principalmente ai dipendenti della PA, ai consumatori (aumento dell'Iva) e ai lavoratori dipendenti (riforma delle pensioni) tralasciando ancora una volta di perseguire chi detiene veramente la ricchezza. Questa visione economica è conseguenza di una classe politica decadente che non ha la forza e la coesione per dare adeguate risposte ai problemi dei cittadini e del Paese; una classe politica che mira soprattutto all'interesse di parte anziché al bene comune. Infine, la situazione della nostra categoria che, divisa in una molteplicità di posizioni ed interessi, non ha capito l'importanza di un'unità d'azione per salvare il salvabile e difenderci dall'attacco di lobby molto più forti che ci usano come capri espiatori dei mali della sanità italiana.

Tre facce della stessa figura, tre aspetti della stessa crisi: economica, politica e professionale.

Aggiungo, in conclusione prima di andare in stampa, la notizia dell'arrivo di un governo di “decantazione”, un governo dei tecnici, dei “migliori”. Al nuovo si affida ogni speranza di miglioramento dello status attuale, sperando che le nostre attese non vadano deluse. L'eredità che ci lascia il precedente governo è certamente pesante e il suo ultimo atto, la legge di stabilità, affossa un altro mito della PA, il posto fisso. Con la modifica dell'art. 33 del Dlgs. 165/2001 i pubblici dipendenti possono essere messi in mobilità per eccedenze di personale dovute “alle esigenze funzionali o alla situazione finanziaria”. Se il lavoro pubblico è sempre più simile al privato forse varrebbe la pena di richiedere la parità di trattamento per la detassazione dello straordinario e i premi di produttività (al 10%), l'anticipo sul TFR e gli orari per la visita fiscale in caso di malattia (4 ore anziché 7).

Malattie croniche degenerative: gli infermieri rappresentano la soluzione

On. Maria Antonietta Farina Coscioni - Segretario XII° Commissione Affari Sociali della Camera *

Ospitiamo il testo dell'intervento introdotto alla conferenza tenutasi il 3.10.11 presso la sala convegni della Camera dei Deputati, che aveva come tema centrale "Infermieristica: quale futuro?". Ringraziamo l'On.le Farina Coscioni, da sempre impegnata per i diritti dei più deboli e le battaglie sulla bioetica, per la sensibilità dimostrata nei confronti della nostra professione.

“Credo il tema delle risorse sanitarie, della sostenibilità del servizio vada affrontato seriamente, legandolo realmente al trend demografico e al tema centrale della malattie croniche degenerative che sono la vera sfida a livello globale. La situazione attuale è insostenibile in alcune regioni sia per gli utenti che per gli operatori ed in specie per **gli infermieri che garantiscono l'assistenza solo grazie ai sacrifici personali**, impegnandosi in doppi turni, ripetuti, carichi di lavoro massacranti e mansioni improprie per continuare a d assicurare la funzionalità delle strutture e dei servizi stessi.



Perché questo. Anche perché la rete sanitaria non è centrata appieno sui reali bisogni di salute dei cittadini.

Le cronicità che rappresentano la principale causa di morte in tutti i paesi sviluppati e l'86% dei decessi in Europa (European Health Report 2005) sono infatti spesso ancora trattate in area ospedaliera.

Queste patologie, definite dall'OMS "non comunicabile disease" (NCDs) sono permanenti e portano a uno stato di alterazione patologica non reversibile, ad un tasso di disabilità variabile. Esse sono legate principalmente a fattori di rischio modificabili (dieta, mancanza di attività fisica e uso di tabacco) insieme a fattori di rischio immutabili (età, predisposizione eredi-

taria, etc.); rappresentano un costo enorme in termini di ricovero ospedaliero, che come vedremo nella maggioranza dei casi risulta inappropriato e va evitato.

In tale ambito credo vada davvero ridisegnato l'assetto dell'offerta sanitaria. Ma non come si fa ora, tagliando servizi ospedalieri ma ottimizzando l'impiego delle risorse e non offrendo nella realtà dei fatti, al di là di quanto si scrive nei piani sanitari, niente in cambio.

A mio parere proprio gli infermieri rappresentano la soluzione, anche perché gli infermieri costano meno. **Va incentivato il ruolo e la componente autonoma infermieristica** in ambito decisionale e nei settori sia della prevenzione che della gestione della cronicità, mettendo in pratica o rafforzando la rete della continuità assistenziale, il coordinamento tra operatori sanitari nel percorso di cura del paziente sia il sistema delle cure primarie

L'intera impalcatura del servizio che nonostante quanto di buono già fatto, risulta ancora **troppo ospedale-centrica e troppo medico-centrica**, basta vedere cosa succede nei nostri DEA o con i posti letto aggiunti nei corridoi.

Gli infermieri devono "uscire" dalla realtà ospedaliera ben più di quanto succede adesso. Devono essere collocati sul territorio al fianco dei medici di famiglia e **devono essere presenti negli istituti scolastici**. Anche nelle farmacie...ma finora non se ne sono visti molti...

Questo ruolo è già assunto dagli infermieri in numerose nazioni sia industrializzate che non, e le evidenze dimostrano la competenza degli infermieri nel ruolo che ha portato a considerevoli economie di scala e migliore soddisfazione degli utenti del servizio. Si libererebbero risorse utili per garantire l'appropriatezza nei ricoveri degli acuti e la migliore allocazione delle risorse tanto auspicata ma mai attuata.

Sarebbero così realmente garantite prestazioni domiciliari necessarie dove non c'è bisogno dell'ospedale, senza contare le centinaia di famiglie e di bambini che hanno bisogno di cure durante l'orario scolastico e questo crea problemi alle famiglie come agli insegnanti. (tratto da programma elettorale Regione Lazio – Lista Bonino – pag. 41).

Non credo si possano offrire ancora alibi ai decisori, bisogna eliminare il termine 'impossibile attuare il cambiamento', **la costruzione di un nuovo modello di Sanità è possibile e gli infermieri devono avere il ruolo che meritano nel disegno**.

Il servizio sanitario italiano non deve essere riformato solo diminuendo, come si

La proposta di legge di cui l'On. Farina Coscioni è prima firmataria
UN MEDICO E UN INFERMIERE A BORDO DEI TRENI DI LUNGA PERCORRENZA

Art. 1.

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, la società Ferrovie dello Stato Spa provvede all'istituzione di un servizio di assistenza sanitaria, assicurando la presenza di un medico e di un infermiere sui treni adibiti al trasporto viaggiatori con percorrenza superiore a 600 chilometri e, comunque, sui treni che effettuano percorsi della durata di almeno otto ore ovvero di almeno un'ora e trenta minuti senza fermate intermedie.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali stabilisce, con regolamento da adottare ai sensi dell' articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 , previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i requisiti del personale medico e infermieristico nonché la dotazione delle apparecchiature di pronto soccorso e dei medicinali necessari all'espletamento del servizio di assistenza sanitaria di cui al comma 1 del presente articolo. Con lo stesso regolamento sono altresì definite le modalità di coordinamento tra il servizio di assistenza sanitaria sui treni viaggiatori a lunga percorrenza e il servizio sanitario di urgenza ed emergenza medica «118».

sta facendo ma programmando il futuro. E' necessario per attuare queste proposte vincere e rimuovere le resistenze, le inerzie, le incomprensibili pigrizie delle burocrazie ministeriali che caratterizzano l'attuale apparato.

Si pensi che ai Livelli Essenziali di Assistenza e al conseguente aggiornamento del Nomenclatore degli ausili e delle protesi che non sono aggiornati da oltre un decennio.

L'attuazione di percorsi di continuità assistenziali ospedale-territorio di assi-

stenza domiciliare a livelli diversi di complessità ma erogati in modalità uniformi ed omogenee su tutto il territorio nazionale non rientra tuttavia però nella agenda politica che invece si va a concentrare sugli ordini professionali o sulla doppia professione.

La continuità assistenziale deve realizzare una razionalizzazione del percorso del paziente dalla fase acuta, alla fase sub acuta ed infine al suo reintegro nell'ambito territoriale. Ed è proprio in quest'ultima fase che si propone di implementare la sperimentazione attraverso il ruolo determinante della professione infermieristica. Gli infermieri dovranno svolgere la funzione "cerniera" tra la realtà ospedaliera e quella territoriale. In estrema sintesi il "continuity manager" (infermiere della continuità) e il "case manager" (infermiere/gestore del caso) dovranno essere i garanti della continuità assistenziale accompagnando il paziente dal letto dell'ospedale alla poltrona di casa.

Oltre a ridurre lo scollamento tra ospedale e territorio, realizzando un percorso "sicuro" nella fase di convalescenza del soggetto, determina anche la riduzione del ricorso improprio all'ospedale. Infatti, gli attori territoriali, di volta in volta attivati, saranno in grado di rispondere tempestivamente alle eventuali necessità emergenti, o meglio a prevenirle.

Inoltre, anche attraverso l'attivo coinvolgimento nel progetto dei Medici di Medicina Generale, favorisce la collaborazione e l'integrazione tra le diverse professionalità coinvolte attraverso una continua e strutturata comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali è ancora più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e che agisca da garante della continuità delle cure soprattutto per quei soggetti "complessi" perché portatori di polipatologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

La continuità assistenziale, oltre che di

modelli quali il disease management, deve potersi avvalere di strumenti di integrazione di servizi sociali, sanitari, educativi e di contesto mediante lo sviluppo e l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione all'interno di un sistema di reti.

Non costituisce una sovrapposizione strutturale, ma piuttosto rappresenta uno sviluppo funzionale e organizzativo che, ponendo in relazione tra loro strutture e professionisti ospedalieri e territoriali, orienta e facilita il percorso del cittadino superando gli aspetti prestazionali e meramente riparativi sino ad oggi preponderanti. Il concetto di continuità è caratterizzato dalla bidirezionalità, ovvero dalla possibilità di



attivare percorsi dall'ospedale per acuti al territorio, ma anche inversamente, vale a dire dal territorio all'ospedale o ad altro setting assistenziale.

Proprio in questo senso si ritiene che il pieno riconoscimento della componente autonoma nelle diverse aree funzionali, anche attraverso la semplificazione e l'affidamento agli infermieri di alcune procedure di prescrizione, in particolare nell'ambito dei dispositivi-presidi e della gestione delle cronicità possa essere una soluzione valida per il migliore andamento dei crescenti bisogni relativi alla salute degli anziani e per tutte le attività sanitarie di continuità comprese le cure palliative.

In molti paesi (tra cui USA, Spagna, Regno Unito, ...), gli infermieri hanno avuto il riconoscimento delle funzioni

avanzate, sviluppando la componente autonoma dell'esercizio della professione sulla base di percorsi formativi ed abilitativi e credo che gli infermieri italiani non siano da meno per assolvere questo ruolo.

L'evoluzione come delineata assegna al medico funzioni sempre più specialistiche e legate all'apparato oggetto di cura. L'affidamento condiviso con altre figure professionali di alcuni atti sanitari con una definizione chiara delle responsabilità non può che migliorare l'appropriatezza e rappresenta una opportunità.

Nella realizzazione della filosofia di un sistema veramente basato sulla centralità del cittadino come delineato, è necessario che la funzione della Professione Infermieristica ed in modo particolare della Dirigenza Infermieristica assuma un ruolo importante nell'attuazione degli obiettivi.

Solo se all'interno della strutture sanitarie è presente una Direzione infermieristica forte ed ascoltata si potranno implementare i modelli organizzativi di cui abbiamo parlato.

Conosco anche la drammatica situazione economica che stiamo vivendo e che non consente di fare assunzioni nel numero che sarebbe soddisfacente. E proprio per questo

credo che il sistema vada cambiato per rompere quelle sacche di staticità che caratterizzano il sistema.

Solo in condizioni di chiarezza dei livelli di responsabilità, competenze e autonomia decisionali si potrà avere il superamento di diversità e divergenze con le altre professioni presenti nel contesto sanitario che spesso sono legate solo al mantenimento dello status quo o di situazioni di privilegio, tenendo in scarsa considerazione i bisogni di salute del cittadino.".

* Deputata Radicale Partito Democratico

farinacoscioni_m@camera.it
ma.farinacoscioni@gmail.com

Il gruppo dei partecipanti al corso di formazione sindacale NurSind tenutosi ad Enna



Siamo un sindacato maturo per rappresentare gli Infermieri.

A Marzo 2012 saranno rinnovate in tutta Italia le RSU

NON MANCARE ALL'APPUNTAMENTO

COMUNICATO rivolto al personale Infermieristico

MOMENTO STORICO PER LA CATEGORIA INFERMIERISTICA:

ELEZIONI R.S.U. 2012:

PRESENTA LA TUA CANDIDATURA un'occasione irripetibile per essere protagonista del tuo futuro lavorativo.

Cara/o COLLEGA,

come saprai, il prossimo anno, precisamente il 5 - 6 - 7 marzo 2012, si terranno le elezioni per il rinnovo delle RSU in ogni ospedale e clinica del Paese.

La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU) esiste in ogni luogo lavorativo, privato e pubblico con il compito di rappresentare i lavoratori nei contratti aziendali.

Come normativa segue l'Accordo Collettivo Quadro e si costituisce a seguito dell'elezione di una rappresentanza di non meno di tre lavoratori che svolgono un preciso ruolo e cioè quello di rappresentare le esigenze dei lavoratori. La RSU rimane in carica tre anni, tutela e controlla la giusta applicazione del Contratto Nazionale (CCNL) e trasforma in vertenza un problema tra datore di lavoro e dipendente.

A marzo verrà dunque eletta la nuova RSU, si tratterà di un momento storico in quanto per la prima volta un sindacato delle professioni infermieristiche potrebbe finalmente diventare maggiormente rappresentativo, ovvero il Nursind potrebbe sedere ai tavoli delle trattative nazionali e regionali portando così direttamente dove necessita le istanze degli Infermieri.

Dal 1998 il Nursind è rimasto coerente alle sue origini, rivolgendosi a tutte le forze politiche sensibili ed esercitando con rispetto e passione il ruolo di sindacato di categoria.

Tra gli altri compiti anche quelli di informazione e formazione, due buoni motivi, quest'ultimi, per mettere in risalto una organizzazione di professionisti che da anni da voce ai lavoratori che spesso più che venire valorizzati, vengono attaccati e demansionati.

Alla luce di quanto sopra, ogni infermiere, caposala e/o specialista della nostra professione potrà proporsi al sindacato per essere inserito nella lista dei candidati alle prossime elezioni RSU.

Non sono necessarie competenze particolari ma solo la forte e determinata volontà di partecipare alle elezioni e di vincerle.

Nella speranza di avverti come candidato nelle liste RSU che il sindacato Nursind presenterà all'interno della tua azienda ti chiediamo di farcelo sapere.

Invia una email all'indirizzo: nazionale@nursind.it, e/o al FAX 06 92913943 o chiama il 348 4722368

Fac-simile richiesta di candidatura

Al sindacato Nursind

Lo scrivente
Mail:.....
cell.
Azienda di
provincia

Chiede di essere inserito nella lista elettorale Nursind RSU 2012.

Data Firma

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND

Grazie all'Accordo interconfederale del 28.6.11: anche nella sanità privata il rinnovo delle RSU

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind

L'intesa sancisce, almeno sulla carta, la ritrovata unità sindacale delle tre maggiori confederazioni dopo i conflitti nati tra la Fiom (CGIL) e la FIAT. L'accordo riveste particolare importanza perché stabilisce le nuove regole per la rappresentatività sindacale a livello nazionale e aziendale e disciplina la validità dei contratti aziendali. Per quanto riguarda la rappresentatività l'accordo **introduce nel settore privato il meccanismo di verifica della rappresentatività** già utilizzato nel pubblico impiego ovvero un mix tra dato associativo e dato elettorale rilevato in occasione delle elezioni per le RSU.

A tal proposito riportiamo il punto 1 dell'accordo: *"ai fini della certificazione della rappresentatività delle organizzazioni sindacali per la contrattazione collettiva nazionale di categoria, si assumono come base i dati associativi riferiti alle deleghe relative ai contributi sindacali conferite dai lavoratori. Il numero delle deleghe viene certificato dall'INPS tramite un'apposita sezione nelle dichiarazioni aziendali (Uniemens) che verrà pre-disposta a seguito di convenzione fra INPS e le parti stipulanti il presente accordo interconfederale. I dati così raccolti e certificati, trasmessi complessivamente al CNEL, saranno da ponderare con i consensi ottenuti nelle elezioni periodiche delle rappresentanze sindacali unitarie da rinnovare ogni tre anni, e trasmessi dalle Confederazioni sindacali al CNEL. Per la legittimazione a negoziare è necessario che il dato di rappresentatività così realizzato per ciascuna organizzazione sindacale superi il 5% del totale dei lavoratori della categoria cui si applica il contratto collettivo nazionale di lavoro"*.

Viene dunque ribadito che **si possono istituire le RSU e che esse vengono rinnovate ogni 3 anni**. La rappresentatività risulta dalla media ponderata tra dato associativo e voti del totale dei lavoratori e non dei votanti o sindacalizzati. I dati saranno raccolti dall'INPS e trasmessi al CNEL e per avere la rappresentatività nazionale occorrerà **superare il 5% del totale**.

Accanto alle RSU acquistano piena legittimità le RSA (rappresentative degli iscritti ad una determinata sigla sindacale) superando così la funzione residuale prevista dall'accordo del 1993. Infatti il punto 5 prevede: *"in caso di presenza delle rappresentanze sindacali aziendali costituite ex art. 19 della legge n. 300/70, i suddetti contratti collettivi aziendali esplicano pari efficacia se approvati dalle rappresentanze sindacali aziendali costituite nell'ambito delle associazioni sindacali che, singolarmente o insieme ad altre, risultino destinarie della maggioranza delle deleghe relative ai contributi sindacali conferite dai*

lavoratori dell'azienda nell'anno precedente a quello in cui avviene la stipulazione, rilevati e comunicati direttamente dall'azienda. Ai fini di garantire analoga funzionalità alle forme di rappresentanza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, come previsto per le rappresentanze sindacali unitarie anche le rappresentanze sindacali aziendali di cui all'articolo 19 della legge 20 maggio 1970, n. 300, quando presenti, durano in carica tre anni. Inoltre, i contratti collettivi aziendali approvati dalle rappresentanze sindacali aziendali con le modalità sopra indicate devono essere sottoposti al voto dei lavoratori promosso dalle rappresentanze sindacali aziendali a seguito di una richiesta avanzata, entro 10 giorni dalla conclusione del contratto, da almeno una organizzazione firmataria del presente accordo o almeno dal 30% dei lavoratori dell'impresa. Per la validità della consultazione è necessaria la partecipazione del 50% più uno degli aventi diritto al voto. L'intesa è respinta con il voto espresso dalla maggioranza semplice dei votanti".

La contrattazione aziendale o di secondo livello è confermata e si esercita sulle materie demandate, in tutto o in parte, dalla contrattazione nazionale o dalla legge. I contratti aziendali valgono erga omnes e vincolano tutti i firmatari dell'accordo se approvato dalla maggioranza dei componenti della RSU. In caso di presenza di RSA il contratto aziendale è valido se i firmatari hanno la maggioranza delle deleghe conferite nell'anno precedente a quello della stipula. In questo caso i contratti devono essere sottoposti al voto dei lavoratori entro 10 giorni dalla conclusione del contratto. L'intesa è respinta con il voto espresso dalla maggioranza semplice dei votanti (la consultazione è valida con la partecipazione di più del 50% degli aventi diritto al voto). Anche le RSA durano in carica 3 anni.

Il punto 6 richiama la cosiddetta clausola di responsabilità per cui i contratti che definiscono clausole di tregua sindacale, finalizzate a garantire l'esigibilità degli impegni assunti, hanno effetto vincolante esclusivamente per tutte le rappresentanze sindacali dei lavoratori ed associazioni sindacali firmatarie della presente intesa e non per i singoli lavoratori. Ciò al fine di non intaccare il diritto di sciopero.

Il punto 7 dà la possibilità di effettuare deroghe ad aspetti che disciplinano la prestazione lavorativa, gli orari e l'organizzazione del lavoro. In conclusione occorre ribadire che il dissenso su un accordo da parte di sindacati non appartenenti alle confederazioni CGIL, CISL e UIL è garantito come la partecipazione alle RSU. In caso di RSA l'accordo deve essere

approvato a seguito della richiesta di una sola RSA oppure dal 30% dei lavoratori. **Con questo accordo si introduce quindi la verificabilità della consistenza e quindi della rappresentanza di ciascun sindacato a livello aziendale e nazionale.**

Per il Nursind è quindi importante puntare a tale riconoscimento per tutelare al meglio i nostri iscritti.

Un ultimo aspetto importante da segnalare è che **il contratto aziendale ha effetto erga omnes solo se è firmato dalla maggioranza della RSU e non dai sindacati territoriali**, stabilendo così la supremazia delle rappresentanze dei lavoratori in azienda rispetto ai firmatari di contratto nazionale.

Rimane a limitazione di questa libertà **la riserva di nomina di un terzo delle RSU per i sindacati firmatari dei contratti**. Pur con molti aspetti ancora da chiarire alla prova pratica riteniamo positivo che si sia mutuato il sistema di rilevazione della rappresentatività già in uso nel pubblico impiego, per il resto dell'accordo permangono molti dubbi sulla centralità del contratto nazionale e sulla reale possibilità di partecipazione dei lavoratori alla contrattazione aziendale.



Alla presenza dell'Ambasciatore italiano

L'incontro tra Nursind e il Sindacato inf.co della Rep. Serbia di Bosnia

Si è svolto nei giorni di domenica 16 e lunedì 17 ottobre 2011 un importante incontro tra il sindacato infermieristico italiano Nursind e il sindacato della Repubblica Serba di Bosnia di Banja Luka SSMSTRS.

La delegazione italiana composta dal Segretario Nazionale dott. Andrea Bottega e dal Segretario Amministrativo Nazionale dott. Daniele Carbocci accompagnata dal collega Roberto Sau di Trieste è stata ospite del sindacato delle professioni sanitarie presso la città di Banja Luka dove si sono svolti una serie di incontri con il management e la dirigenza infermieristica della principale clinica medica (<http://www.kc-bl.com/en/>) e si è presenziato



diverse realtà infermieristiche europee.” Diversi accordi in questo senso si stanno concludendo anche con altri sindacati infermieristici d’Europa come il sindacato Sloveno, Spagnolo, Croato, Polacco. “L’obiettivo - afferma il Segretario Nazionale Andrea Bottega - è quello di creare una federazione europea dei sindacati infermieristici in modo da poter sfruttare la

cronicità.

“La situazione sindacale dell’Italia - continua Andrea Bottega - è molto delicata e il blocco contrattuale fino al 2014 demotiva chi ogni giorno si impegna per dare un servizio sempre migliore alla cittadinanza. Certo le differenze stipendiali sono consistenti (un infermiere guadagna circa 450 euro al mese) e vanno valutate alla luce del particolare costo della vita della Repubblica Serba di Bosnia.”

“Abbiamo discusso di altre possibili collaborazioni e abbiamo dato la disponibilità a fare da tramite a progetti di scambio culturale con alcune Università italiane e strutture ospedaliere. Siamo stati piacevolmente colpiti dall’acoglienza riservatoci e



massima sinergia nell’interesse comune di una categoria che sostiene i servizi sanitari dei nostri paesi”.

Durante la visita di fronte all’Ambasciatore italiano e ai vertici amministrativi e delle professioni infermieristiche della clinica di Banja Luka, il Segretario



all’inaugurazione del corso di italiano rivolto principalmente al personale sanitario alla presenza del Prof. Danilo Capasso dell’Università di Banja Luka e dell’Ambasciatore d’Italia S.E. Raimondo De Cardona. Si sono inoltre incontrati i colleghi infermieri della struttura e la rappresentante dell’Associazione delle donne affette da tumore al seno.

Durante il breve viaggio, oltre a visitare il Centro Clinico e una struttura distrettuale, si è soggiornato presso il centro congressi e la struttura termale Banja Vrucica a valenza sanitaria e di riabilitazione cardiologica a Teslic e diretta dal Dott. Dragan Bogdanic (<http://www.banja-vrucica.com>).

La visita ai collegi della Repubblica Serba di Bosnia fa seguito ad un precedente incontro avvenuto in Italia e alla sottoscrizione di un accordo di collaborazione culturale firmato il 14 maggio 2011 a Pisa.

“La condivisione degli obiettivi che sono comuni agli infermieri, quali la valorizzazione professionale sociale ed economica, i rapporti di amicizia creati con il Presidente del sindacato Ranko Pala kovic ed il suo staff hanno reso la visita molto piacevole e fruttuosa per creare un legame tra

Nazionale dott. Andrea Bottega ha tenuto un discorso sulla situazione infermieristica in Italia sottolineando il particolare momento di criticità che sta vivendo il SSN, le difficoltà economiche del Paese, le numerose riorganizzazioni, le condizioni di lavoro dei professionisti infermieri e quanto essi siano importanti per un paese dove sta diventando sempre più pressante l’immediatezza e la specializzazione della risposta nelle acuzie e il carico assistenziale nella gestione delle

dal desiderio di conoscere altre realtà infermieristiche espresso dai colleghi che abbiamo incontrato. Fa piacere - sottolinea infine il segretario nazionale - poter condividere e spiegare ad altri le potenzialità del nostro sistema sanitario e l’alto livello raggiunto nell’erogazione dell’assistenza ai nostri cittadini.”



Fa discutere negli ospedali in GB il DO NOT DISTURB

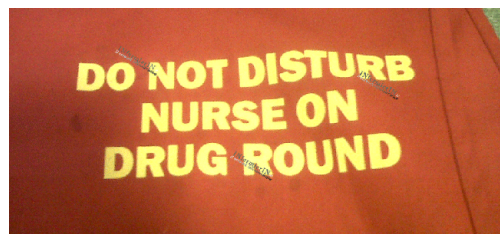
Proteste negli ospedali per pettorine infermiere con scritta "non disturbare"

Un esperimento pilota per le infermiere della patria di Florence Nightingale fa discutere i paramedici di un ospedale del Kent girano nelle camerette indossando pettorine con la scritta a caratteri cubitali "Do not disturb", non disturbare, mentre distribuiscono le medicine ai pazienti.

L'obiettivo è di evitare distrazioni e errori durante il delicato compito di somministrazione dei farmaci, ma il risultato è che, se l'infermiera indossa la pettorina

rossa con quella scritta, i malati devono rivolgersi ad altro personale che non ha alcuna qualifica clinica. «E un'iniziativa grottesca e ridicola - ha detto Joyce Robins del gruppo Patients Concern - Se sei una infermiera e, non puoi fare più di una cosa alla volta sei una infermiera senza speranza che manda ai malati

il messaggio completamente sbagliato». La Robins, parlando con il Daily Mail, ha fatto osservare che il momento della somministrazione delle medicine è spesso l'unica volta nella giornata in cui i pazienti



vedono il personale sanitario. Ora queste pettorine rosse mandano un ulteriore messaggio che suona come un "levatevi dai piedi". L'esperimento è partito in due reparti del The Queen Mother Hospital di Margate nel Kent e da lì si sta diffondendo in altri ospedali del Regno Unito. A Margate è stato giudicato talmente riuscito che verrà applicato in tutti e 58 i reparti dell'ospedale.

Come ci "vedono" gli studenti durante il nostro lavoro

Una studentessa del Corso di Laurea di Scienze Infermieristiche della Bicocca di Milano, ci ha inviato questa significativa testimonianza su come gli studenti vedono gli infermieri durante la loro presenza in corsia nello svolgimento del tirocinio. La riportiamo integralmente omettendo i nomi reali, consapevoli che nessuna immagine fotografica avrebbe potuto mai scattare tale istantanea, descrivendo esattamente la "fotocopia" di come ci comportiamo durante il nostro lavoro. Ringraziamo la studente per questo significativo contributo, nella certezza che possa servirci a migliorare l'intera professione.

Infermiera A: polemica in modo estremo, improduttiva, sempre incazzata anche coi malati.

Infermiera B: professionale, gentile con tutti, non ha paura di sbagliare.

Infermiera C: sembra che il suo lavoro non le piaccia, quindi sta sempre sulle sue e si rende poco o per niente disponibile.

Infermiera D: precisa, scrupolosa, informata e dedita al suo lavoro. Molto veloce.

Infermiera E: giovane, sembra ancora poco matura e si attiene al "dover fare" per evitare pericoli. Disponibile con noi studenti. Chiacchiera e si perde via.

Infermiera F: infermiere maturo. Coglie al volo le informazioni sui malati e pensa alla situazione concretamente per risolverla.

Infermiere G: polemico, coi pazienti a volte alza la voce, ma tiene molto a far bene il suo lavoro ed a insegnare bene.

Infermiere H: sbrigativo ma senza trascurare i problemi di cui anzi è il primo che si mette in atto a risolverli e spesso i colleghi contano sulla sua preparazione.

Infermiera I: diffidente e maleducata con i nuovi entrati. Sembra non voglia sporcarsi le mani.

Infermiera L: sa vendere bene tutto ciò che fa. Non bada a sottigliezze nel rapporto col malato, non ha paura a scontrarsi col medico. Non si fa mettere i piedi in testa.

Infermiera M: sa molte cose, schietta e diretta coi colleghi e coi malati. Brava ad insegnare.

Infermiera N: persona molto dolce e gentile con tutti ma con scarsa coscienza critica (almeno apparentemente).

Infermiera O: sebbene arrivata da poco, prende iniziativa nella risoluzione dei problemi, consegna in modo svelto e chiaro senza perdersi in chiacchiere o lamenti finì a se stessi. Non fa finta che non ci sia un problema, mai.



Da un'indagine negli U.S.A.: infermieri, la professione emergente del futuro

Arriva dagli Usa uno sguardo sull'occupazione di domani. Per chi deve decidere quale indirizzo dare ai propri studi e verso quale direzione intradare la propria carriera professionale, un suggerimento arriva da Oltreoceano. Il magazine economico 24/7 Wall St. - utilizzando le statistiche elaborate dal ministero del Lavoro degli Stati Uniti - ha stilato la classifica di quelle che saranno le 10 professioni, per vantaggi economici e opportunità di lavoro, dei prossimi dieci anni. La graduatoria prende in considerazione numeri statunitensi (crescita, livelli salariali, posti disponibili in Usa per le 750 maggiori categorie professionali), ma può risultare inte-

ressante anche per occhi tricolori.

Non solo ingegneri civili e medici, tra quelle che potrebbero essere le professioni più fortunate dei prossimi dieci anni rientrano anche gli igienisti dentali, i consulenti finanziari, gli analisti informativi e gli esperti di marketing.

Quello della salute è un settore fondamentale per la società e, nei prossimi anni, secondo il 24/7 Wall St. sarà assai remunerativo anche per i suoi lavoratori. L'invecchiamento della popolazione e la crescente richiesta di servizi medici di base potrebbe rendere ricchi medici, infermieri e igienisti dentali. Secondo le previsioni da qui al 2018, negli Stati Uniti si creeranno

600mila nuovi posti di lavoro per infermieri (il maggior numero tra tutte le professioni), mentre 150mila saranno i nuovi medici e chirurghi (ma con stipendi assai più elevati) e 60mila gli igienisti dentali.

Per il resto, la top ten è occupata da figure professionali che si formano solo in seguito a studi di nicchia e altamente specializzati. All'ottava posizione si trovano gli ingegneri civili (in crescita del 24%), mentre il decimo posto è proprietà dei consulenti finanziari - che dovranno consigliare i risparmiatori sull'utilizzo dei propri fondi.

Di nuovo l'ISTAT nel mirino degli Infermieri: correggete la nostra professione nel censimento!

Riceviamo e pubblichiamo volentieri la segnalazione di un collega che si è amareggiato nel trovarsi a compilare il censimento ISTAT e constatando che ancora una volta, l'Istituto Superiore di Statistica, commette un grave errore nei nostri confronti.

“Cari Colleghi e simpatizzanti della professione infermieristica, ho ricevuto il plico rosso (con maggiori item rispetto a quello verde) del censimento ISTAT e ho constatato dolorosamente quanto la nostra professione venga ancora declassata a "Attività tecnica, amministrativa, sportiva o artistica a media qualificazione", sezione II foglio individuale, alla pagina 13, alla domanda 6.10 in che cosa consiste (o in che cosa consisteva) la Sua attività lavorativa, siamo in compagnia di professioni il cui titolo massimo richiesto è un diploma di scuola media superiore, mentre nella suc-

cessiva (alla quale sono riconosciute abilità organizzative.. ad elevata specializzazione) trovano riconoscimento le professioni con titolo universitario e attore, musicista, insegnante elementare. Mi chiedo: l'ISTAT conosce la normativa Italiana e il ruolo delle professioni?

Indignamoci, barriamo il questionario scrivendo a caratteri cubitali “IGNORANTI, CHIEDIAMO IL RIMBORSO DELLE SPESE UNIVERSITARIE”, ma facciamo qualcosa, e per favore facciamolo UNITI!”.

In seguito a numerose segnalazioni, il Collegio IPASVI di Firenze ha chiesto ufficialmente la rettifica dell'errore.

Dal sito IPASVI di Firenze

“Visto l'errore commesso dall'Istat

riguardante l'inserimento nel modulo per il censimento della professione infermieristica in una categoria non idonea : “attività tecnica, amministrativa, sportiva o artistica a media qualificazione” .

Preso atto delle segnalazioni prevenute al collegio IPASVI da parte di alcuni iscritti riguardante tale errore, informiamo che Il collegio si è attivato prendendo contatto con l'ufficio ISTAT per comunicare l'errore commesso ed avere chiarimenti.

L'ISTAT ha preso atto di tale errore se ne scusa e non potendo correggere il modulo attuale garantisce di inserire, nel prossimo censimento, la professione di infermiere nella categoria richiesta dal collegio IPASVI di Firenze **“attività organizzativa, tecnica, intellettuale, scientifica o artistica ad elevata specializzazione”**.



Il gruppo dei partecipanti al corso di formazione sindacale Nursind tenutosi a Roma

La Corte dei Conti di Venezia ribadisce: illegittimi i tagli del 50% all'ECM

Il taglio previsto dalla legge 122 del 30 luglio 2010 del 50% della spesa per la formazione a decorrere dal 2011 non è applicabile all'Ecm, ma deve limitarsi ai corsi facoltativi che vengono autorizzati discrezionalmente. La Corte dei Conti di Venezia risponde così alla richiesta di parere della Regione Veneto, togliendo ogni dubbio su una questione divenuta spinosa per il personale sanitario che da una parte si vede obbligato in forza di legge a seguire una formazione per 50 crediti annui e dall'altra, sempre in forza, diminuire le risorse economiche per ricevere la formazione neces-

saria. Secondo la legge varata lo scorso anno, infatti, la spesa annua delle amministrazioni pubbliche per attività di formazione non può, come detto, superare il 50 per cento dell'importo sostenuto nel 2009. Un blocco pesante e rigoroso che si scontra con l'obbligo per le aziende sancito da un'altra normativa, il decreto legislativo 502 del 1992, ma anche dai contratti nazionali di lavoro, di garantire la formazione e l'aggiornamento professionale del personale sanitario. Da qui un circolo vizioso dal quale non si sapeva come uscire.

La Regione Veneto, nell'inoltare il que-

sito alla Corte dei Conti regionale, ha ricordato come l'Accordo Stato-Regioni del 2010 definisca l'educazione continua in medicina (ECM) un settore strategico per migliorare il Servizio Sanitario Nazionale a vantaggio dei cittadini, e ha allegato il parere sull'ambito di applicazione della norma in discussione già emesso dalla Corte dei Conti della Lombardia, secondo la quale soltanto gli interventi facoltativi incorrono nel drastico ridimensionamento dei fondi e non riguardi le attività di formazione previste da specifiche disposizioni di legge.

L'interpretazione della Regione Veneto va dunque nella stessa direzione: **le risorse finanziarie destinate a un'attività essenziale per migliorare la qualità dell'assistenza e assicurare i Lea non vanno toccate.**

Da tenere in ulteriore conto che l'Ecm obbliga il personale delle aziende sanitarie a conseguire il livello minimo dei crediti formativi in base a quanto deciso da una commissione nazionale e prevede forme di penalizzazione per chi non adempie a tale indicazione - si veda anche l'art. 3 comma

3 lettera b) della manovra bis dello scorso settembre dove sono previste sanzioni disciplinari per chi non adempie l'obbligo formativo -.

La Corte dei Conti ha dunque giudicato valide e legittime le considerazioni della Regione, richiamandosi, appunto, al dettato del decreto legislativo 502 del 1992 e ai contratti nazionali di lavoro del 1996, del 2004 e del 2005 per dirigenza e comparto. A corredo del parere le delibere non solo della Corte dei Conti della Lombardia, ma anche delle sezioni dell'Emilia-Romagna e

del Piemonte, concordò le prime due sul fatto che il contenimento della spesa non debba riguardare attività correlate a obblighi normativi, e perentoria la terza sulla necessità che gli enti debbano tenere conto dei contratti in essere sui percorsi formativi pluriennali. Del resto - questa la conclusione della delibera del Collegio - formazione e aggiornamento sono fra gli obiettivi del Piano sanitario nazionale in quanto strumenti importanti per garantire servizi ottimali agli assistiti.

Cerchi un Convegno di buona qualità e a costi accessibili?



www.nursind.it

Tieni d'occhio la pagina dei Convegni ECM del Nursind

Troverai in tempo reale i corsi in programmazione in tutta Italia con le info e le schede d'iscrizione.

Rapporto sulle Cure Domiciliari:

l'incognita sui costi di realizzazione

L'Osservatorio sulle Cure a Casa Istud 2011, in collaborazione con Card (Confederazione associazioni regionali di distretto) e con Cittadinanzattiva, hanno diffuso i dati di un'inchiesta sulla domanda di cure domiciliari

Si conferma il ruolo centrale del distretto territoriale nell'organizzazione delle cure a casa (92% di copertura della domanda) e la fornitura di "dimissioni protette" nell'87% dei casi, insieme all'erogazione di assistenza domiciliare integrata (Adi) nel 93,5%. Nell'81% dei casi non vengono segnalate liste d'attesa e, anche dove esistono, sono comunque previsti dei canali che assicurino la presa in carico dell'emergenza nell'arco delle 72 ore.

Questa situazione fotografa un trend verso la specializzazione delle cure domiciliari a livelli di cura complessi (il tempo medio di presa in carico dei pazienti è di 140 giorni, a testimoniare la prevalenza delle patologie croniche dovute all'invecchiamento della popolazione). Ulteriore conferma è la presenza dell'équipe multidisciplinare sul territorio quale realtà operativa sempre più strutturata e specializzata.

Crescono le cure domiciliari in Italia, ma resta l'incognita dei costi di realizzazione. E' quanto emerge dall'indagine dell'Osservatorio sulle Cure a Casa Istud 2011, che si è svolta sui distretti sanitari

nazionali, in collaborazione con Card (Confederazione associazioni regionali di distretto), e sui cittadini, in collaborazione con Cittadinanzattiva.

Da un lato, nonostante l'esigenza di conoscenza della spesa per effettuare una buona programmazione sanitaria - ovviamente in relazione alla preoccupante scarsità di fondi dichiarata - la quasi totalità dei distretti rispondenti (il 93%) riporta di non



adottare una contabilità analitica per l'utilizzo dei costi standard del paziente. E ancora sul fronte dello sviluppo effettivo delle cure a casa in un sistema di welfare socio-sanitario, si evidenziano difficoltà di gestione dell'équipe di cura per quelle figure professionali e assistenziali che dipendono dal comune o da altri enti preposti ai servizi sociali (assistente sociale, psicologo, operatore socio-assistenziale). Altro elemento a conferma di ciò è la mancanza di convenzioni operative tra i distretti e i

comuni (nel 99% dei casi) per reperire assistenti familiari (badanti).

"I dati dell'Osservatorio del 2011 indicano il fermento dell'Home Care, che evolve finalmente verso un comportamento di cura non più soltanto clinico ma anche di assistenza alla persona, come dimostrato dalla grande necessità di équipe multidisciplinari, fino a pochi anni fa non considerata sul territorio.

"Dalla ricerca le indicazioni più interessanti si possono trarre da una contraddizione tra i cittadini e i fornitori di servizi. Da un lato la posizione dei cittadini disposti a contribuire economicamente alle spese sanitarie a domicilio, segno questo di allineamento con il periodo critico che stiamo vivendo e di rottura con uno schema passato che rivendicava qualsiasi tipo di cura solo sulla base del contributo fiscale. E all'opposto l'assenza di attenzione degli erogatori delle cure verso le questioni economiche. Questa in sintesi la potremmo chiamare "anti-governance", perché in questo momento non c'è incontro sulla sensibilità economica e sulla necessità di trasparenza. Abbiamo quindi sorprendentemente i cittadini che si dichiarano disposti a pagare, e non sappiamo neppure quale ticket ragionevole definire, perché non si conosce il costo del servizio di cura al paziente".

Una nuova ricerca lo conferma:

i turni di notte fanno male alla salute!

Quello del turnista di notte è un lavoro che è sempre stato riconosciuto come "usurante". Ora una ricerca canadese svolta su un campione di donne impegnate in lavori ospedalieri notturni conferma l'azione non benefica di questa attività sul cuore: essa può rappresentare un fattore di rischio per la comparsa di malattie cardiovascolari. Lo studio, condotto dall'ex infermiera Joan Trammer e presentato presso il Congresso canadese dedicato a queste patologie, ha preso in considerazione 227 dipendenti di due nosocomi canadesi dell'Ontario di età compresa tra i 22 ed i 66 anni impegnate su turnazioni e notturno.

Ed è emerso che questa tipologia di

lavoro mette a maggiore repentaglio le donne, inficiando sulle loro condizioni cardiologiche e ormonali. Almeno una donna su cinque di mezza età presenta i sintomi tipici di una sindrome metabolica in atto come obesità, ipertensione arteriosa, elevati livelli di glucosio e trigliceridi nel sangue e un tasso ridotto di colesterolo buono.

Come spiega la coordinatrice dello studio, il rischio di ipertensione, colesterolo elevato, diabete o infarto è risultato maggiore nelle ultra 45enni, nelle donne in menopausa, in chi opera su turni da più di sei anni e, più in generale, in chi è sottoposto a rotazione nell'attività lavorativa.

Una riflessione deve essere fatta in que-

sto caso, anche pensando alla situazione del nostro paese, dove secondo il Rapporto Italia Eurispes del 2008 ha evidenziato che il lavoro turnista si è non solo consolidato nelle realtà dove era già presente come l'assistenza ospedaliera, quella dei trasporti e quella operaia, ma che con il tempo si è ampliata anche al commercio, ai call center ed a coloro deputati alla sicurezza. Una schiera professionale in continua crescita anche in nome della mobilità che però rischia di mettere a repentaglio la salute per l'organizzazione del lavoro che ne consegue.

Da un'indagine esposta al Consiglio Nazionale delle Ricerche: confermato il burn-out in PS

Che il lavoro del Pronto soccorso sia oltremodo faticoso e stressante non ci vuole grande acume per intuirlo. E il termine burn-out è ormai entrato nel lessico familiare a coloro che al Ps svolgono la loro attività.

Tuttavia, per fornire elementi concreti di analisi del fenomeno, l'Emergency medicine and care academy ha promosso un'indagine che, attraverso due questionari on line, ha cercato di esplorare le possibili forme di disagio e malessere psicologico derivante dall'attività professionale di medici e infermieri del Pronto soccorso italiani. I risultati (hanno risposto ai rispettivi questionari 122 infermieri e 293 medici) sono stati presentati a Roma, al Policlinico Gemelli, a margine del Congresso nazionale sulla Buona pratica clinica e ricerca scientifica nell'urgenza-emergenza, tenutosi al Consiglio nazionale

delle ricerche.

Dall'indagine è risultato tra l'altro che, in una giornata particolarmente impegnativa, una forte fatica mentale si impadronisce di più della metà degli infermieri (il 54,7%) e dei medici (il 58,7%). Nella quasi totalità degli infermieri (il 96%), inoltre, **la fatica del lavoro in Pronto soccorso si manifesta entro le prime quattro ore di servizio.**

La postazione di lavoro più stressante, per il 60,9% degli infermieri, è il triage perché quando devono assegnare i codici di priorità diventano facile bersaglio di disappunto e alle volte di collera di pazienti e parenti.

Dalla ricerca è emerso anche che quasi l'8% di infermieri e medici ha dovuto fare ricorso più volte all'uso di psicofarmaci per far fronte a situazioni di disagio o malessere psicologico provocati dal lavoro in Ps.

Inoltre, il 9,6% degli infermieri (e il 12,7% dei medici) ammette di andare incontro frequentemente a stati depressivi durante il lavoro. Piuttosto frequenti sono anche i disturbi dell'apparato muscoloscheletrico, gastrointestinale e, ancora di più, i disturbi del sonno; occasionalmente si presentano anche disturbi dell'apparato cardiocircolatorio e del comportamento alimentare.

Il turno più pernicioso per gli operatori è la notte, anche perché è allora che le risorse a disposizione sono ridotte e ci si sente quindi più soli. Una condizione, questa, che può determinare, soprattutto nei più giovani, un'ansia ancora maggiore, con un aumentato rischio di commettere errori.

Nonostante ciò, per la legge italiana, questo non è considerato lavoro usurante!

Conferenza delle Lauree Sanitarie:

che i docenti siano infermieri

La conferenza permanente delle classi di laurea e di lauree magistrali delle professioni sanitarie presieduta dal prof. Luigi Frati, in data 17 settembre 2011 ad Ancona, ha approvato tre mozioni da sottoporre al Ministero della Salute e alla conferenza Stato-Regioni:

1. fabbisogno di laureati magistrali delle professioni sanitarie: di assumere quale obiettivo la costituzione di una quota di almeno il 25% dei professionisti di ciascun profilo in possesso del titolo di

Laureato magistrale;

2. validità del titolo di laurea magistrale per l'accesso a funzioni di coordinamento (art. 6, legge 43/2006): riconoscimento anche di tale titolo quale requisito d'accesso al ruolo di coordinamento delle professioni sanitarie;

3. requisiti di reclutamento dei docenti dei SSD professionalizzanti dei corsi di laurea e dei corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie: assicurare una graduale applicazione della legge 122/2010

(requisito del titolo di laurea magistrale per i docenti a contratto) da realizzare comunque entro cinque anni e di procedere nella fase transitoria valutando il possesso di una documentata competenza specifica nell'ambito oggetto del Modulo unitamente o meno al titolo di laurea magistrale e, nella fase definitiva, valutando il possesso per i candidati alla docenza del titolo di laurea magistrale e una documentata competenza specifica nell'ambito oggetto del modulo di inse-

Legge Brunetta alla Consulta per incostituzionalità: trasforma la malattia in “lusso”!

Le trattenute in caso di malattia, nel SSN riguardano solo l'indennità di coordinamento parte variabile, l'indennità di rischio radiologico, di polizia giudiziaria e di posizione organizzativa.

Lo sostiene il Giudice del Lavoro di Livorno sollevando la questione di legittimità della norma quando prevede la decurtazione dello stipendio per i primi 10 giorni di malattia dei dipendenti pubblici. Di fatto la malattia diventa un “lusso” che il lavoratore non potrà più permettersi e ciò appare in contrasto con l'articolo 36 della Costituzione che prevede che sia garantita una retribuzione proporzionata ed in ogni caso sufficiente a garantire un'esistenza libera e dignitosa.

Il giudice del lavoro di Livorno Jacqueline Monica Magi ha sollevato con un'ordinanza la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 71 della legge

133/2001, la legge cosiddetta Brunetta, che prevede per i dipendenti pubblici una decurtazione dello stipendio per i primi 10 giorni di malattia. L'ordinanza è del 5 agosto e resa nota sulla stampa tramite l'avvocato Claudio Altini che assiste 50 tra docenti e lavoratori Ala della provincia di Livorno, alcuni dei quali avevano avuto una riduzione della busta paga dopo periodi di malattia, che hanno fatto ricorso al tribunale, sollevando eccezione di costituzionalità poi accolta.

Per il giudice la norma presenta profili di incostituzionalità con riferimento agli articoli 3, 32, 36 e 38 della Costituzione. In particolare, riguardo all'articolo 3, nell'ordinanza si rileva “un'illegittima disparità di trattamento nel rapporto di lavoro dei lavoratori del settore pubblico rispetto a quelli del settore privato”. Sul “diritto alla salute” di cui all'articolo 32 la norma crea di fatto un abbassamento della tutela della salute del lavoratore che, spinto dalle

necessità economiche, viene di fatto indotto a lavorare aggravando il proprio stato di malattia, creando così un vulnus a se stesso e al Paese, fatto questo ancor più insidioso se trattasi di personale sanitario, dato l'alto rischio di trasmettere malattie contagiose (vedi la polemica sull'infermiera positiva al test tubercolinico).

Con riferimento all'articolo 36 in sostanza con la decurtazione il guadagno, dati gli stipendi che percepiscono ad oggi i lavoratori del comparto pubblico diventa tale da non garantire al lavoratore una vita dignitosa. Privare durante la malattia un lavoratore di parte dello stipendio e della retribuzione globale di fatto integra esattamente quel far venire meno i mezzi di mantenimento e assistenza al cittadino in quel momento inabile al lavoro.

Attendiamo ansiosi il verdetto della Corte Costituzionale.

Sul Part Time la giurisprudenza inverte la rotta

Diamo seguito in queste poche righe all'articolo sul part time pubblicato nel precedente numero per constatare come la giurisprudenza recente abbia confermato quanto da noi sostenuto sulla **non correttezza della revoca unilaterale da parte dell'amministrazione del contratto a part time**. Citiamo solo le recenti sentenze del Tribunale di Trento del 28 settembre 2011 (sentenza di primo grado) che richiama la normativa comunitaria sulla materia, e tre ordinanze del Tribunale di Bassano del Grappa ordinanza del 26 e del 31 agosto 2011 e del 4 novembre 2011 (conferma il rigetto dell'impugnativa), per indicare come la più recente giurisprudenza si stia orientando verso una maggiore tutela del rapporto di lavoro in essere, della volontarietà della modifica del contratto da parte del dipendente e delle ricadute sulla sfera privata della modifica del rapporto di lavoro e sulla reale applicazione dei principi di correttezza e buona fede previsti dalla legge.

Mentre andiamo in stampa giunge la notizia che anche la Cassazione Sez. Lavoro ha emesso una sentenza, la n. 24476 del 21 novembre 2011, affermando che il datore di lavoro non può unilateralmente disporre la riduzione a part-time dell'orario di lavoro, e della relativa retribuzione, di un singolo lavoratore, anche se ciò è imputabile ad una crisi aziendale. Anche se la sentenza riguarda un caso in senso contrario all'argomento (da tempo pieno a part time) possiamo ben sperare che il principio generale non cambi e che la Corte sentenzi in questo senso anche nei casi da part time a tempo pieno. Il testo delle sentenze può essere richiesto alla segreteria nazionale



Dal 2 ottobre 2011 è scattato l'obbligo per tutti i sanitari:

assicurazione professionale RCT

I dipendenti del SSN sono già coperti, tranne nel caso di rivalsa dell'azienda in seguito a riconoscimento di COLPA GRAVE. Perché SOSTENIAMO la convenzione IPASVI/WILLIS scelta da 40.000 infermieri.

La "Finanziaria" da ultimo emanata dal Governo, ossia il disposto dell'art. 3, comma 5, lettera e) della Legge di conversione 14 settembre 2011 n. 148 (GU 16/9/2011 - n. 216) recante "Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e lo sviluppo", obbliga i professionisti a stipulare idonea assicurazione professionale.

Vogliamo tornare sull'argomento, già affrontato in diverse occasioni sulla rivista, perchè ci sono giunte segnalazioni da alcune province, circa la diffusione di comunicati emessi da alcuni sindacati, tendenti a sfruttare la poca chiarezza della materia, ai soli fini di indurre ad iscriversi **in cambio di non ben precisate garanzie assicurative incluse nella quota associativa**.

Come evidenziato dal comunicato della Presidente della Federazione IPASVI A. Silvestro (vedi il testo in blu), il provvedimento della finanziaria **riguarda solo i liberi professionisti**, in quanto i dipendenti sono già coperti dall'assicurazione aziendale, salvo il caso di colpa grave, per il quale l'azienda potrebbe chiedere la rivalsa.

A tal proposito, e per fornire ulteriori delucidazioni, pubblichiamo nella tabella a lato, le caratteristiche che tale assicurazione dovrebbe avere per mettere il professionista al sicuro e permettergli sogni tranquilli.

Inutile ribadire che la polizza garantita dalla convenzione IPASVI/Willis non può che essere la migliore in assoluto, perchè nata con questo spirito e costantemente vigilata dalla Federazione e dai report annuali dei legali e del Comitato Tecnico. Inoltre, l'ulteriore garanzia, è data dal numero di adesioni che ha ormai raggiunto dalla sua istituzione, ben 40.000 aderenti.

Per questi motivi Nursind ha a sua volta attivato una convenzione con la Willis in modo che i propri iscritti godano del prezzo speciale di soli 40,00 € anzichè i 48,00 il costo annuo dell'assicurazione professionale IPASVI-Willis. La differenza del costo è coperta dal Nursind.

"Si evidenzia ai Collegi in indirizzo un aspetto di particolare importanza e coerenza inserito nella "Finanziaria" da ultimo emanata dal Governo; ossia il disposto dell'art. 3, comma 5, lettera e) della Legge di conversione 14 settembre 2011 n. 148 (GU 16/9/2011 - n. 216) recante "Ulteriori misure urgenti

Le condizioni della polizza RCT IPASVI-Willis	
Costo annuo	€ 48,00
Massimale di copertura	2.000.000 (per ogni assicurato e per ogni sinistro accaduto nell'anno)
Retroattività	3 anni
Validità sul territorio	Tutto il mondo, escluso USA, Messico e Canada.
Avvisi di garanzia	Compresi
Tutela legale penale	Fino a 5.000 €
Copertura di qualsiasi attività anche extralavorativa	SI
Copertura della colpa grave	SI
Contratto stipulato direttamente dal soggetto	SI
Trasparenza delle condizioni	SI
Studiata su misura per gli infermieri	SI
Comitato Tecnico per lo studio della Responsabilità Professionale delle Discipline Infermieristiche	SI
Consulenza legale infermieristica per sostenere le accuse	SI
Quantità di assicurati	Elevata
Validità della copertura assicurativa in caso di disdetta della convenzione in atto	SI (è previsto come punto fermo per ogni altra eventuale compagnia subentrante)
I vantaggi per gli iscritti al Nursind	
Nursind versa per ogni iscritto che fa la polizza willis 8 euro in modo che lo stesso abbia un risparmio sul premio della polizza.	

per la stabilizzazione finanziaria e lo sviluppo" che così letteralmente dispone:

"Gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto per recepire i seguenti principi: (omissis.) e a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza

stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti".

Preme richiamare in specifico:

- **che l'obbligo non si riferisce ai professionisti che operano in regime di dipendenza** stante che, in tal caso, è l'Ente datore di lavoro che deve impegnarsi rispetto al paziente;
- che la Federazione dei Collegi

IPASVI ha già da tempo stipulato una Convenzione assicurativa per tutti i professionisti infermieri operanti sia in regime libero professionale che in regime di dipendenza; - che tale Convenzione assicurativa offre a tutti i professionisti infermieri una polizza con contenuti estremamente positivi e costi

oggettivamente concorrenziali rispetto ad altre offerte;

- che la Convenzione assicurativa stipulata dalla Federazione dei Collegi IPASVI è già stata utilizzata da oltre 30.000 infermieri.

Si invitano pertanto i Collegi in indirizzo ad adoperarsi per fornire adegua-

ta informazione in merito ai propri iscritti con particolare riferimento agli infermieri libero professionisti che ad ogni buon conto troveranno specifiche indicazioni anche nel sito della Federazione Ipasvi.

Cordiali saluti.

La presidente **Annalisa Silvestro**

Infermieri Liberi Professionisti: un servizio in rete per farsi trovare

La collega Rosanna Fattore di La Spezia, ha messo in rete un sito dedicato ai colleghi Libero Professionisti che, registrandosi, hanno l'opportunità di farsi trovare dai cittadini ed offrire loro i propri servizi e competenza professionale. L'idea è originale oltre che utilissima. Facciamo i nostri auguri di un buon successo a Rosanna dedicandole questo spazio, ma anche a quanti tra noi hanno già fatto questa scelta o sono in procinto di farla.

trova un infermiere

Regione	Provincia	Città	Specializzazione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="button" value="Scegli"/>	<input type="button" value="Scegli"/>	<input type="button" value="Scegli"/>	<input type="button" value="Tutte le specializzazioni"/>

Negli ultimi anni la professione infermieristica ha visto profondi cambiamenti sia di percorso formativo che di esercizio professionale, sempre più infermieri esercitano la professione in regime autonomo. Ma come è cambiata la nostra realtà lavorativa? Il cittadino percepisce questo cambiamento?

Il Cliente oggi è sempre più informato e utilizza con dimestichezza i mezzi informatici a sua disposizione. Al fine di configurare un modello condiviso di un servizio innovativo atto a sviluppare reali presupposti di promozione di una cittadinanza attiva, coerentemente con la volontà di promuovere servizi assistenziali di carattere continuativo, il progetto persegue le seguenti finalità:

- qualificare e potenziare l'informazione alla cittadinanza con particolare riferimento ai servizi alla persona e alla famiglia da parte di professionisti della salute;

- promuovere risorse positive sul pro-

prio territorio con il coinvolgimento attivo della popolazione residente in stretta sinergia con i professionisti della salute e i servizi offerti.

La realizzazione del sito www.infermieredovevuoi.it è un progetto di pubblica utilità che oltre assicurare ai cittadini la tempestività, l'appropriatezza e la continuità delle cure, nasce anche per sensibilizzare i Liberi Professionisti allo sviluppo della libera professione sul territorio. Uno strumento informatico che raggruppa una serie di informazioni relative all'assistenza infermieristica domiciliare a carattere privato, destinato alla singola persona.

I beneficiari del progetto sono gli Infermieri libero professionisti e il Cittadino e/o Strutture Private. Il sito www.infermieredovevuoi.it offre l'opportunità agli utenti e aziende private di trovare nella propria città un professionista della salute qualificato, aggiornato e preparato, pronto ad intervenire e risolvere le problematiche assistenziali. Il Professionista della salute oggi gestisce sempre di più la propria attività professionale in modo consapevole. Egli lavora secondo una Evidenza Scientifica e mette a disposizione della collettività che fa richiesta di prestazione assistenziale: competenza, conoscenza, esperienza, serietà.

Risultati attesi:

- Aumento dei livelli di informazione tra cittadino e professionista della salute;
- Rilevazione dei bisogni peculiari ed emergenti nel contesto individuato;
- Sensibilizzare i Professionisti della Salute allo sviluppo e al mantenimento della libera professione sul territorio.

il sito www.infermieredovevuoi.it è



on-line per i Professionisti della salute presenti su tutto il

territorio nazionale regolarmente iscritti al Collegio IPASVI e ENPAPI con Partita IVA.

ISCRIZIONE AL SITO E' SEMPLICE E COMPLETAMENTE GRATUITA!

Invito tutti a navigare sul sito. Una opportunità di lavoro in più.

Rosanna Fattore

Via Visola 41 - 19031 Ameglia (SP)

Italy

cell: 348 8434707 home: 0187

1856263

e-mail: rosanna.fattore@gmail.com -

skype:rosannafattore

www.infermieredovevuoi.it

infermieredovevuoi
i professionisti della salute al servizio del cittadino

[HOME](#) [INFORMAZIONI UTILI](#) [NEWS](#) [CONTATTI](#) [LINK](#)

Hai bisogno di un professionista per assistere la tua famiglia?

Dal rapporto PIT 2011 di Cittadinanzattiva un allarme: i LEA si stanno pericolosamente trasformando in “ciò che può essere garantito con le risorse disponibili”

Inf. Pompeo Cammarosano - Segreteria Provinciale Nursind Brescia



Il Tribunale dei Diritti del Malato, ha elaborato un documento di sintesi delle 25.000 segnalazioni raccolte in tutto il Paese tramite le 300 sezioni locali.

Attraverso il rapporto annuale chiamato Pit Salute (Progetto integrato di Tutela) mette a disposizione dell'opinione pubblica, dei cittadini e di quanti esercitano ruoli rilevanti nel SSN e nel sistema del Welfare in generale, dati ed informazioni sul rapporto tra cittadini e sistema sanitario, secondo un approccio che mette in primo piano la condizione degli utenti dei servizi.

Di cosa si lamentano i cittadini?

Di una carenza di umanizzazione del personale sanitario che si esprime con atteggiamenti sgarbati, incuria, maltrattamenti, indisponibilità a fornire informazioni, dolore inutile e violazione della privacy.

Il personale medico secondo il PiT Salute 2011, pecca di più (34,3%) in tema di mancanza di umanizzazione rispetto al personale infermieristico (27,2%). La scarsa umanizzazione si registra di più presso le strutture ospedaliere, dove è invece richiesta maggiore attenzione e disponibilità. In una ipotetica classifica, la mancanza di attenzione, tatto e tempo dedicato ai pazienti balza al primo posto, seguita a ruota dall'incuria, indisponibilità a fornire informazioni sullo stato di salute, dolore inutile e violazione della privacy. Il comportamento scorretto e poco umanizzante è uno dei più frequenti motivi che determinano la sfiducia nel servizio sanitario nazionale. I cittadini denunciano poi nell'ambito di una presunta malpractice (le negligenze e le inefficienze del personale sanitario, errori tali che possono condurre dei pazienti fino alla morte), una serie di disattenzioni da parte del personale sanitario che comprendono tutti quei comportamenti effettuati con trascuratezza e con mancanza di attenzione, che pur non avendo causato un danno, rientrano comunque tra le procedure incongrue e che potenzialmente avrebbero potuto creare complicazioni.

Tali procedure vengono percepite dagli utenti come cattiva assistenza e mancanza di qualità professionale. Una disattenzione, potrebbe essere la cattiva abitudine di lasciare cibo, acqua o farmaci sul comodino dei pazienti o nelle sue vicinanze anche quando questi, non essendo autosufficienti non li avrebbero potuto assumere da soli.

Tale comportamento, avrebbe potuto comportare rischi di dimagrimento, disidratazione e di efficacia terapeutica per i pazienti. Così il non provvedere alla richiesta di cibi particolari per pazienti con difficoltà nella masticazione, deglutizione o con particolari intolleranze, rischia di mettere in pericolo il paziente, non potendo questo alimentarsi correttamente. Una disattenzione più volte sottolineata è la mancata applicazione delle sbarre di protezione ai letti di malati semi-coscienti, anziani, non autosufficienti, con morbo di Alzheimer, che non protetti ed assistiti, sono talvolta caduti. Il fare attendere troppo tempo il paziente allettato che chiama, rientra anch'esso nel novero delle disattenzioni.

I presunti errori terapeutici e diagnostici sono i casi di presunta malpractice più gettonati da parte dei cittadini che però regi-

territoriali, lasciando i cittadini sguarniti dall'assistenza di cui necessitano.

Osservando il quadro generale delle segnalazioni inerenti l'assistenza ospedaliera, vediamo che a soffrire maggiormente risulta essere la rete dell'emergenza urgenza, risultato derivante dai pesanti tagli ai posti letto, del blocco del turn-over degli operatori sanitari e dalla incapacità di presa in carico da parte del territorio.

Ci sono esperienze in campo sanitario che hanno l'obiettivo di puntare ad una riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse emergenza-urgenza, andando ad incrementare o la rete di assistenza territoriale per le situazioni meno urgenti o una maggiore integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri. Si soffre della mancanza, nell'ambito della dimissione, la mancanza di coordinamento tra reparto che dimette e presa in carico da parte del territorio. In particolare l'assenza di orientamento rispetto alle strutture extra-ospedaliere esistenti o la modalità di attivazione dell'assistenza territoriale, gettano nello sconforto le famiglie.

Sconcerta inoltre il dato sulle dimissioni di pazienti terminali. Purtroppo il paziente terminale paga il prezzo più alto rispetto agli altri.

L'impossibilità di gestire un paziente terminale è condivisibile, dato che l'ospedale non è il luogo più idoneo per questi pazienti. L'ospedale gestisce le urgenze, è vero ma è da considerare il senso di abbandono vissuto dalle famiglie dei morienti, esacerbato dall'impossibilità e dramma di accudire tali pazienti e dalla assoluta carenza di strutture specializzate sul territorio (Hospice). L'Osservatorio civico sul federalismo in Sanità, di Cittadinanzattiva, comunica le principali problematiche della rete emergenza-urgenza, quali il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, mancato raccordo tra rete di Pronto Soccorso e rete ospedaliera, mancato raccordo tra rete di pronto soccorso ed assistenza territoriale, anomala distribuzione dei DEA ed EAS su territorio nazionale, assenza di sistemi informativi e software gestionali e carenza di programmi per la verifica e la promozione della qualità prestata.



strano un trend in calo (dal 63% del 2009 è passato al 58,9% del 2010), mentre le segnalazioni sulle disattenzioni del personale sanitario, ovvero tutti quei comportamenti che pur non avendo causato un danno, rappresentano procedure incongrue potenzialmente rischiose, si sono raddoppiate (dal 5,8% del 2009 al 12,9% del 2010).

La fotografia che emerge dai dati forniti dal TDM è quella di un SSN e Regionale che riduce progressivamente la sua offerta, fino a non riuscire a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) che non sarebbero più considerati come “ciò che deve essere garantito” ma come “ciò che può essere garantito con le risorse disponibili” (fonte Cittadinanzattiva).

I cittadini segnalano con forza che il proprio sistema sanitario va sfaldandosi, attraverso le segnalazioni che riguardano la chiusura di reparti, strutture, riduzione di posti letto, non accompagnata da un reale potenziamento dei servizi socio-sanitari

Il rapporto della Commissione d'Inchiesta sui casi di mala sanità conferma: meno infermieri = alto rischio!

Inf. Gregorio Drago - Segreteria Provinciale Nursind Palermo

La commissione di inchiesta presieduta da Leoluca Orlando ha reso noti i dati aggiornati al 30 settembre 2011 sotto esame in commissione parlamentare riguardanti gli errori sanitari a partire dal 2009, data della sua istituzione.

Ordinando i dati delle regioni secondo il totale dei casi segnalati (tabella 1) è significativo osservare che le prime 5 regioni con maggior numero di eventi avversi risultano essere tra quelle che hanno ottenuto il peggior punteggio della "Pagella" infermieristica (vedi Infermieristicamente n°24) attestandosi sotto la media nazionale di 6,3.

Questo dato avvalorza la nostra tesi basata sul punteggio ottenuto dalle singole regioni analizzando in contemporanea i seguenti requisiti: numero di infermieri per 1000 abitanti; numero di infermieri per medico; giornate di degenza per infermiere; dimessi per infermiere; posti letto per infermiere; rapporto infermieri/personale amministrativo.

Nei dati comunicati dalla Commissione viene fatto risaltare l'alto numero di decessi verificatosi in Calabria e Sicilia (78 e 66). Si tratta di dati verosimili che non rendono però una visione completa e oggettiva della realtà. Una corretta lettura impone di omogeneizzare i dati in modo che possano restituire obiettività nella loro interpretazione. Per ottenere tale risultato occorre riportare il numero degli eventi avversi alla popolazione di

ogni singola regione in modo da ottenere un indice regionale per ogni centomila abitanti. Rielaborati in questo modo i dati riportano una diversa graduatoria (tabella 2) dalla quale si evince che la regione con maggior rischio di eventi avversi risulta essere la Valle d'Aosta con il 7,03%. Segue la Calabria con il 4,82% e la Sicilia con l'1,80%.

Per comprendere meglio la relazione tra il numero totale degli eventi avversi e il voto negativo ottenuto dalla Pagella Infermieristica, abbiamo evidenziato in

rosso le regioni che risultano aver ottenuto un voto insufficiente ed in verde quelle sufficienti o superiore alla media nazionale di 6,3 punti.

I governi che si susseguono continuano a fare la parte del sordo e, come dice il proverbio: "non c'è peggior sordo di chi non vuol sentire". "La carenza infermieristica nuoce gravemente alla salute" recita un famoso slogan del NurSind, l'evidenza scientifica è andata oltre dimostrando che addirittura di carenza di Infermieri si muore.

L'abbiamo detto in tutte le salse, denunciato su tutti i fronti gridandolo ovunque a gran voce, mentre gli studi che lo confermano si moltiplicano. L'ultima ricerca è stata pubblicata di recente sul New England Journal of Medicine da Jack Needleman dell'Università di Los Angeles. "Il team Usa ha stimato che c'è un 2% in più di rischio per ogni turno di lavoro infermieristico non adeguatamente coperto da personale. E' il risultato di una ricerca condotta su 198.961 pazienti ricoverati, durante 177.696 turni di otto ore in 43 unità ospedaliere".

Se un Infermiere commette un errore viene denunciato e se riconosciuto colpevole paga per le sue colpe: questo è lecito. Nessuno mai costringerà a pagare coloro i quali continuano a non fare nulla affinché siano messe in campo le necessarie risorse per azzerare quel 2% in più di rischio: è lecito anche questo?

Tabella 1	Casi segnalati
Calabria	97
Sicilia	91
Lazio	51
Puglia	32
Campania	31
Toscana	29
Lombardia	28
Emilia R.	24
Veneto	23
Liguria	20
Valle d'Aosta	10
Piemonte	9
Abruzzo	7
Umbria	4
Friuli V.G.	3
Basilicata	3
Marche	3
Sardegna	2
Molise	2
Trentino A. A.	1

Tabella 2	% di casi sulla popolazione
Valle d'Aosta	7,03%
Calabria	4,82%
Sicilia	1,80%
Liguria	1,24%
Lazio	0,89%
Puglia	0,78%
Toscana	0,77%
Molise	0,63%
Emilia R.	0,54%
Campania	0,53%
Abruzzo	0,52%
Basilicata	0,51%
Veneto	0,47%
Umbria	0,44%
Lombardia	0,28%
Friuli V.G.	0,24%
Piemonte	0,20%
Marche	0,19%
Sardegna	0,12%
Trentino A. A.	0,10%

NurSind dal 2010 è ECP (E-learning Center Point / polo formativo e didattico) dell'Università Telematica Pegaso. Gli ECP vengono accreditati dall'Ateneo come "centri qualificati per lo svolgimento di progetti didattici, educativi e formativi". Questo permette al NurSind di creare una perfetta congruenza tra domanda e offerta.

Conclusasi il 30 novembre, con un ottimo riscontro in termini di iscrizioni, l'immatricolazione ai 5 master, Management, Ricerca, Infermieristica Legale e Forense, Formazione e Tutorato, Area Critica, a breve verranno pubblicate su www.nursind.it le nuove offerte formative in merito a corsi di Laurea, Master, Corsi di Perfezionamento.

L'essere "ECP Pegaso" ci permette condizioni vantaggiose sul costo proposto di ogni singolo percorso.



D.M. 20/04/2006 G.U. n° 118 del 23/05/2006

Per maggiori informazioni ecp@nursind.it

Pisa - Nursind denuncia: “Super-premi ai dirigenti, ma il personale è KO”

Infermieri e direzione generale dell'Azienda ai ferri corti. Incentivi, organici, problemi nelle Unità Operative e al Pronto Soccorso. Sono alcuni dei punti sui quali alza il tiro la segreteria provinciale il sindacato degli infermieri Nursind. «Migliaia di euro di bonus per il raggiungimento degli obiettivi alla dirigenza e 160 euro lordi al personale. Ma quali sono gli obiettivi raggiunti dai dirigenti? Uno - incalza il Nursind - è forse il buco di bilancio di milioni di euro? A loro, nonostante il deficit, il bonus e agli infermieri il taglio del pagamento degli straordinari nonostante l'aumento delle ore accumulate, il costante demansionamento per la mancanza di Oss.

E ANCORA, gli infermieri pagano «con la mobilità selvaggia fra Unità operative, i salti di riposo per il continuo richiamo in servizio per il



Il nuovo ospedale di Cisanello

blocco delle assunzioni e dulcis in fundo l'elemosina di 160 euro lordi di incentivo per un anno di lavoro, anno in cui il personale ha garantito il trasferimento da S. Chiara a Cisanello.

ORGANICI - La carenza di infermieri e Oss «è così grave che se prendiamo i dati delle ore di straordinario e lo convertiamo in unità di personale, si vede che in azienda mancano almeno 140 persone di cui circa 100 sono infermieri. E per di più una direttiva aziendale ha ordinato un abbattimento del 15% delle ore che possono essere retribuite. Ma i soldi per i dirigenti si sono trovati».

DEA - «L'ampliamento del Dea, con l'inserimento in questo dipartimento delle Unità operative di Medicina, è stato fatto senza prendere in considerazione un aumento del personale di assistenza, creando notevoli difficoltà per il repentino cambiamento della complessità dei pazienti che vengono ricoverati. In particolare gravi difficoltà si registrano nell'Unità Operativa Medicina 5, nell'edificio 30 del presidio di Cisanello dove per 18 posti letto, con un tasso di occupazione del 100% e un tasso di pazienti non autosufficienti del 75%, la dotazione organica di infermieri e Oss non ha avuto nessun ampliamento. E questo in pratica sta succedendo in tutte le altre Unità operative di medicina inserite nel Dea».

PRONTO SOCCORSO - Permane la carenza di infermieri e Oss. Poi il dito viene puntato contro il «Destino», il sistema di conteggio dei pazienti in attesa di essere inviati ai reparti. «Un escomotage che ha eliminato solo nominalmente le decine di pazienti sparsi nel Pronto Soccorso in attesa di un posto letto, ma in real-



tà questi ci sono sempre. E ovviamente impegnano il personale di assistenza, creando un vero e proprio reparto di degenza “clandestino” dentro il Pronto Soccorso con tutte le problematiche gestionali che si possono immaginare».

MALATTIE Cardiovascolari 2 - L'Unità si è trasferita da poco nel Dipartimento Cardiotoracico a Cisanello. Quello che avrebbe dovuto essere un reparto di degenza ordinaria di 18 letti, è stato invece dotato di monitoraggio di tutti i letti, con una centralina di controllo di ben 18 monitor, ma con la dotazione di personale infermieristico calcolata sui parametri di una degenza ordinaria, ovvero di 1 infermiere ogni 10 pazienti invece di 1 infermiere ogni 4. Questo vuol dire che, in particolare di notte, sono solo 2 gli infermieri in servizio che devono assicurare, oltre all'assistenza al letto dei pazienti, anche il controllo delle monitorizzazioni».

TUTTO questo «è assolutamente impossibile da gestire e quindi si espongono sia i pazienti al rischio di non poter essere adeguatamente controllati, e il personale infermieristico al rischio di andare incontro a problemi di natura giudiziaria. L'azienda, sollecitata da ben due mesi, non risponde con l'aumento di personale infermieristico. A questo punto, se non troveremo risposta, verrà proclamato lo stato di agitazione del personale».

Veneto: Nursind in V[^] Com.ne Sanità 5 critiche al P. S. S. R.

Pubblichiamo l'intervento delle Segreterie Nursind di Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza, di fronte alla V Commissione Sanità riguardo al Disegno di Legge di iniziativa della Giunta Regionale concernente “Piano socio - sanitario regionale per il triennio 2012-2014”.

Gentile Presidente, Stimati Consiglieri, ringraziamo per la possibilità dataci di esprimere un parere a nome dei nostri 3.000 infermieri iscritti nel Veneto. Riteniamo che il Piano Socio Sanitario della nostra Regione, avendo diretta ricaduta sulla salute dei cittadini e sull'esercizio della nostra professione, debba avvalersi di molteplici pareri e pertanto speriamo sia



tenuta in particolare considerazione l'opinione di chi è costantemente a diretto contatto con l'utenza e se ne prende cura 24 ore su 24. Leggendo il documento in oggetto non possiamo che esprimere profonda preoccupazione e forte delusione. Certamente non possono che essere condivisi alcuni principi generali contenuti nel Piano ma non ci sono chiari molti aspetti e individuiamo alcune lacune che così riassumiamo:

1. Tra le 100 e più pagine il termine infermiere compare solo 4 volte. Manca, infatti, in più parti la rilevanza della figura infermieristica quale risorsa fondamentale professionalmente adatta e valorizzata nella conduzione clinica-assistenziale e manageriale dei percorsi di cura. Con i molti infermieri che dopo la laurea in Scienze Infermieristiche hanno conseguito anche la laurea magistrale e centinaia che hanno ottenuto il Master post laurea in Management Infermieristico è uno spreco non valorizzare le risorse che hanno seguito percorsi formativi gestionali in ambito sanitario. È a partire da questa risorsa che un nuovo PSSR dovrebbe rivelarsi innovativo. Posto che si afferma che le organizzazioni vanno cambiate, che le risorse economiche sono insufficienti, che l'invecchiamento della popolazione comporta un aumento dell'assistenza infermieristica, che l'ospedalizzazione in ricoveri ordinari sarà focalizzata sui casi complessi di acuzie e l'organizzazione cambierà per intensità di cure, **come si pensa di attuare tutto ciò senza un coinvolgimento diretto negli ambiti decisionali clinici e organizzativi degli infermieri?** Sia nel territorio che nelle strutture ospedaliere si perpetua un sistema medico-centrico che nulla ha di nuovo rispetto alla visione paternalistica dei sistemi del '900. I sistemi sanitari di qualsiasi nazione moderna considerano gli infermieri quali professionisti che possiedono competenze e svolgono essenziali ruoli manageriali e assistenziali avanzati.

2. Il documento individua tre macro obiettivi: potenziamento del territorio, razionalizzazione della rete ospedaliera con modello hub & spoke, reti assistenziali per la continuità dei percorsi per garantire il trattamento dell'acuzie nell'ospedale e della cronicità nel territorio. Purtroppo su questi tre punti nulla il piano dice se non l'enunciazione di alcuni prin-

cipi e un disegno di una cornice che demanda ad altra sede la definizione dei contenuti del quadro. Non è chiaro, per restare sul territorio, quale ruolo gestionale dovrà avere il personale infermieristico nella costruzione e attuazione di modelli di presa in carico della cronicità e della fragilità, come della formazione dei caregiver. Caregiver che, come scritto a pag 13, “avrà seri limiti nell’assistenza al paziente cronico... per cui si dovrà ancora di più fare ricorso a varie forme di sostegno esterno” ed intanto la Segreteria Regionale in questi giorni invia alle aziende sanitarie documenti propedeutici ad un drastico taglio del personale infermieristico in Veneto scaricando la soddisfazione del bisogno di assistenza direttamente sui cittadini. Nel territorio **la più volte sbandierata multi professionalità è sempre e solo in mano ai medici anche quando potrebbero benissimo essere solamente complementari** come nel caso degli Ospedali di Comunità dove il 90% è attività a gestione infermieristica. Se vogliamo risparmiare cominciamo dalla dirigenza medica che costa di più ed è prevista in forte carenza. Liberiamo i medici da impegni organizzativi e utilizziamoli per quello che realmente sono stati formati, per l’ambito clinico, per la diagnosi e la terapia. Così potremmo ridurre le liste d’attesa che affliggono i cittadini veneti. Quindi bene la presenza del case manager infermieristico ma non basta. Chiediamo una valorizzazione più consona al nostro percorso professionale e manageriale, svolto e certificato. L’organizzazione e la gestione degli aspetti assistenziali non possono essere in mano ai medici ma al personale infermieristico appositamente formato a livello universitario per queste funzioni. Questa linea di indirizzo denota una carenza di pensiero nei padri estensori del documento che dimostrano scarsa attenzione e mancata conoscenza dello sviluppo che la professione infermieristica ha avuto negli ultimi decenni e l’ampia autonomia e responsabilità acquisita. L’infermiere nel PSSR è sempre posto sotto la figura del medico. Del resto ci pare che nel gruppo di lavoro non ci sia alcun laureato delle professioni sanitarie non mediche. Se si è riusciti a trovare un posto per un giornalista in qualità di consulente ARSS e si può presumere che la partecipazione di un dirigente infermieristico sarebbe stata più produttiva ... ma con questo non vogliamo mettere in dubbio l’alta statura e la lunga esperienza nelle corsie degli ospedali dei componenti il gruppo di lavoro di cui a pagina 4.

3. Per quanto riguarda la rete ospedaliera notiamo ancor più carenze: non si conoscono le schede di dotazione ospedaliera che sono uno strumento fondamentale della programmazione

socio-sanitaria. Conoscere quanti, quali e dove sono presenti servizi, specialità e reparti di degenza è cruciale perché le implicazioni riguardano in primis la qualità e la sicurezza oltre a questioni legate ai costi. Il rischio è di fissare ora delle regole del gioco vuote approvando il PSSR e poi lasciare ampia delega alla Giunta per le decisioni sulle schede ospedaliere spogliando così il Consiglio Regionale di una prerogativa fondamentale che richiede ampia discussione anche con le forze di minoranza al fine di evitare che importanti decisioni riguardanti l’assetto complessivo di un sistema che rappresenta l’80% del bilancio regionale venga deliberato tra poche persone. A proposito di rete ospedaliera, inoltre, si parla di strutture da riconvertire in Ospedali di Comunità o Unità Riabilitative Territoriali ma non è detto a quali attuali strutture si fa riferimento; come non è detto quali reparti andranno a chiusura. Si fa riferimento a una rete ospedaliera su due livelli, gli hub e gli spoke, ma poi si prevedono altri “ospedali nodi di rete” di cui non si capisce il valore e il riferimento ed infine le strutture a vocazione turistica. Noi non capiamo per quali ospedali si prevede la chiusura e per quali il potenziamento. Ancora, come si relazionano gli hub con gli spoke? Con quali rapporti gerarchici si interfacciano? Come l’attuale esperienza delle aree vaste? Con tutte le liti, i veti e le opposizioni che quotidianamente viviamo? Per questo non c’è bisogno di un nuovo Piano ma se è prevista una rete vorremo sapere come si articolano i rapporti tra i nodi della rete e nel documento non ve n’è traccia. Altro aspetto molto importante riguarda la modalità di finanziamento delle strutture hub e spoke. Al di là della quota capitaria com’è pensabile che le ULSS hub abbiano gli stessi costi degli spoke? E le alte specialità ivi presenti come saranno finanziate rispetto alle altre ULSS della provincia, con gli attuali valori dei DGR che penalizzano le grandi strutture? Questo non è detto chiaramente. Come l’affermare il contenimento della spesa farmaceutica. Cosa significa? Che i medici di medicina generale riceveranno degli incentivi se prescriveranno meno farmaci o farmaci a carico degli utenti anziché del PSSR?

4. Sul modello organizzativo della day surgery si esprime solo qualche debole intenzione. E’ assodato a livello internazionale che ben il 90% degli interventi chirurgici può essere eseguito in day surgery con notevolissimi risparmi. Ed è risaputo che i maggiori sprechi negli ospedali derivano dalle inefficienze nella gestione delle sale operatorie. Con una forte spinta all’utilizzo esteso della day surgery anche gli infermieri potrebbero essere impiegati in modo più appropriato **evitando inutili e costosi turni notturni** e festivi con il vantaggio anche di far conciliare il lavoro con la vita familiare (l’80% degli infermieri sono donne). E’ necessario che il piano preveda obiettivi temporali per **un’ampia adozione della day surgery** con la realizzazione di strutture territoriali dedicate.

5. Sui modelli organizzativi proposti anche a livello di struttura ospedaliera manca poi ogni riferimento alla dirigenza infermieristica e delle professioni sanitarie. Eppure, per rimanere nel modello lombardo tanto caro alla Segreteria Regionale, basta leggere i piani sanitari della Lombardia per trovare una maggiore valorizzazione dell’infermieristica. Invece ciò che viene incentivato è la gestione manageriale del medico che raddoppia. Accanto all’attuale direzione medica ci sarà un nuovo Direttore medico “unico responsabile organizzativo-funzionale dell’intera funzione ospedaliera”! Così si aumenteranno i costi e si apriranno nuovi posti da dirigenti medici! Così anche nel territorio si raddoppiano le figure mediche gestionali. Se sempre più medici faranno i dirigenti manager chi curerà i malati? Rimanendo sul piano del personale non possiamo non riscontrare ancora una volta una controtendenza rispetto la bozza del PSN 2011-2013 e al PSR 2007-2009 della Lombardia dove si richiama la cronica carenza di infermieri la cui figura è incen-



tivata anche da un accordo sindacale regionale del 27 luglio 2011 che prevede un'indennità economica apposta per gli infermieri. Probabilmente il Veneto è l'unica regione d'Italia in cui gli infermieri sono in eccesso e il sistema è solo carente di dirigenti medici come riportato a pag 59 del documento. Infatti abbiamo potuto recentemente apprezzare l'acume di alcuni dirigenti regionali alla sanità che hanno inviato a tutti gli ospedali tabelle da cui fanno emergere esuberanti di infermieri perché gli organici vengono calcolati sui livelli minimi accettabili definiti dalle norme sull'accreditamento delle strutture sanitarie della Lombardia del 1998 o Decreti Ministeriali del 1988. Nel disegno di legge in oggetto a pag 85 si parla di ridefinire modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale. Peccato che non è stata fatta nessuna riorganizzazione o revisione dei modelli ma **si paventa una riduzione del personale sulla base di tempi assistenziali dello scorso secolo**. Peccato che quando si parla di costi e tagli del personale si intenda sempre e solo personale infermieristico e mai dirigenti che anzi numericamente continuano ad aumentare e dei quali è difficile comprendere le funzioni manageriali senza tener conto che decine e decine di studi internazionali attestano che la riduzione del personale infermieristico determina aumento di costi a causa dell'aumento della degenza media, dei ricoveri ripetuti, di infezioni ospedaliere, lesioni da decubito, errori nella somministrazione dei farmaci, maggiore mortalità.

Il sistema sanitario veneto riceverà in futuro sempre minori incrementi dal Fondo Sanitario Nazionale per cui è necessario che siano adottate misure efficaci nell'impiego dei contributi assegnati tramite il riparto del Fondo Sanitario Regionale. Le risorse pubbliche non possono essere drenate dalle strutture private con prestazioni inappropriate, con fughe intraregionali determinate da strutture private che appesantiscono i bilanci della Ulss in cui sono incardinate. Deve essere creata vera concorrenza tra strutture private (aprendo il mercato a nuovi attori) e tra strutture private e pubbliche anche mediante una rivisitazione delle tariffe DRG che devono essere correttamente remunerative. Va inoltre abbandonato l'istituto dell'incremento finanziario per i privati che crea effetti distortivi. In questo modo sarà possibile recuperare risorse da allocare anche per il personale infermieristico che in prospettiva, con il forte aumento della popolazione anziana, sarà sempre più cruciale.

Infine è importante disciplinare rigorosamente l'istituto della **Libera Professione Intramoenia in cui molti medici agiscono senza alcuna prestazione infermieristica mentre quando invece agiscono a livello istituzionale pretendono di avere uno stuolo di infermieri perché svolgano attività segretariali e di supporto**. Da anni chiediamo parità di trattamento tra le professioni sanitarie e chiediamo che anche agli infermieri sia data la possibilità di esercitare la professione in regime libero-professionale. Se questa nobile assemblea di rappresentanti dei cittadini ha un qualche potere chiediamo che batta un colpo e si faccia sentire; diversamente sarà per noi chiaro che ha abdicato al proprio ruolo di controllo della Giunta e alla propria funzione di legiferare nell'interesse comune e non solo di una parte seppur maggioritaria.

Stimati Consiglieri, ciò che è più importante è ciò che manca, ciò che non è scritto, ciò che è nascosto perché al di là del Piano, perché avverrà dopo l'approvazione di questo Piano. Noi, che amiamo la verità alla maniera degli antichi come il non nascondimento, chiediamo che ciò che non è scritto si appalesi, venga alla luce e sia reso noto perché è la parte



più importante e sostanziosa che determina le reali politiche sanitarie dei prossimi anni. Se approverete questo Piano approverete solo la condizione di possibilità che altri decidano per Voi e per noi cittadini utenti del SSR. Troppo spesso nel progetto di legge si parla di riduzione dei costi come affermazione per la sostenibilità del sistema. Ciò è solo parzialmente condivisibile. Non è condivisibile invece ridurre i costi compromettendo i risultati di salute o scaricando gli stessi ulteriormente sulle tasche dei cittadini. Servizi con personale infermieristico insufficiente indurranno un aumento dei costi in termini di salute (cioè infezioni ospedaliere, complicanze, errori, prolungamento delle degenze e ricoveri ripetuti) e in termini di sofferenze umane ed inevitabilmente di costi finanziari, ottenendo perciò il contrario di ciò che viene enunciato come un obiettivo centrale del piano. Non condividendo il testo di questo Disegno di Legge ed essendo ignari di ciò che sta dietro confidiamo che, prima di decidere, renderete noto agli utenti le vere linee di programmazione delle politiche sanitarie regionali.

Il Coordinatore Regionale Nursind
Inf. Andrea Gregori

Udine: flash mob in azione collassano 20 infermieri

Sono caduti, svenuti, come birilli, uno dopo l'altro, in mezzo alla folla: una ventina di infermieri friulani sono collassati questa mattina davanti all'ospedale di Udine, fra lo stupore e l'agitazione della folla. Si è trattato, in realtà, di un flash mob, il primo in assoluto organizzato da una categoria sanitaria sul nostro territorio, lanciando in aria il certificato di (cattiva) salute: il Nursind del Friuli Venezia Giulia ha voluto mettere in scena questa particolare forma di rappresentazione per denunciare il profondo stato di malessere che sta spremendo la capacità di resistenza degli infermieri.

A ogni fermata dell'autobus, ogni 10 minuti circa, gli infermieri, appena le persone scendevano dal mezzo pubblico, si lasciavano cadere per attirare l'attenzione dei passanti che, incuriositi ma soprattutto increduli e spaventati, si avvicinavano per capire che cosa stesse succedendo. Un flash mob no stop che è iniziato alle 7 del mattino estendendosi fino alle 14 con l'unico obiettivo di lanciare un messaggio chiaro: la categoria è a rischio collasso, non ce la fa più ed è preoccupata per le ripercussioni che questa situazione può creare sul diritto alla salute dei cittadini.

"Abbiamo raggiunto il nostro obiettivo - spiega il segretario regionale del sindacato, Gianluca Altavilla, in quanto siamo riusciti non soltanto a veicolare agli udinesi le nostre difficoltà, distribuendo circa 3 mila volantini con il primo Certificato di salute dell'infermiere friulano (un'amara fotografia di una pessima condizione sia fisica sia psicologica), ma soprattutto a far loro capire che questa innovativa forma di protesta è stata indetta proprio per assicurare i diritti della gente, la nostra gente: non a caso il nostro leitmotiv è **'Dalla parte dei Cittadini'**".

Altavilla osserva che "noi non ci limitiamo a fare i girotondi, facciamo molto di più: 'cadiamo tutti giù per terra', per dimostrare fino in fondo le conseguenze anche tragiche a cui si può arrivare". La terapia presentata nel Certificato distribuito è una sola e passa attraverso il "riconoscimento della professionalità dell'infermiere nell'ambito della salute a cui ogni cittadino può ricorrere per un'assistenza professionalizzata, pertinente, personalizzata; passa attraverso la denuncia e la condanna delle disfunzioni organizzative e dei disservizi organizzativo-assistenziali che





impediscono all'infermiere di erogare un'assistenza di qualità alla comunità degli utenti", fanno sapere Patricia Ariis e Afrim Casli, rispettivamente segretario e vicesegretario NurSind Udine.

La manifestazione, oltre ad avere come location il S. Maria della Misericordia, è andata in scena contemporaneamente in tutte le strutture sanitarie della provincia di Udine: Tolmezzo, Gemona, Udine, S. Daniele, Palmanova, Latisana, Gervasutta. Inoltre, è stato distribuito anche un volantino a tutti gli infermieri con lo slogan "**Non basta un camice per fare un infermiere**" nel quale si denunciano i tentativi di introdurre figure analoghe all'infermiere con corsi non universitari: "La nostra professionalità - si legge nel volantino - comporta qualifiche ed esperienza ogni giorno messe in discussione da tagli, disorganizzazione e dalla possibile introduzione di figure che potranno svolgere i nostri compiti senza però avere la preparazione adeguata". Contro tutto questo si deve riportare al centro la professionalità e le competenze dell'infermiere vero.

Bergamo - parcheggio del nuovo ospedale: gratuito ai dipendenti e che finanzi l'ECM

Gli Ospedali Riuniti di Bergamo, azienda che conta 3.700 dipendenti si appresta a traslocare. Il nuovo ospedale, piano piano sta ultimando i lavori. Se non ci saranno ulteriori imprevisti ed intoppi burocratici ad ottobre 2012 scatterà il trasloco ed inizierà l'era del Papa Giovanni XXIII. Queste sono le previsioni del D.G. dott. Nicora e dell'assessore alla sanità lombarda dott. Bresciani.

Già, perché le precedenti previsioni sono andate tutte fallite: ottobre 2009, maggio 2010 ed ancora primavera/autunno 2011. Prima o poi qualcuno ci azzecherà. Questo il quadro d'insieme di una vicenda che già più volte è salita agli onori della cronaca.

A tutt'oggi poi non è stato ancora definito quel modello assistenziale per intensità di cure che si adotterà all'interno dello stesso. Uomini e mezzi ci stanno lavorando "solo" da cinque anni. Un po' di pazienza, il giorno prima ci verrà ampiamente illustrato nel dettaglio. Ma questo avrà un suo divenire, e noi non saremo semplici spettatori.

In tutta questa fretta, ci siamo dimenticati delle infrastrutture?

No, perbacco. I parcheggi sono pronti e l'azienda già nel lontano 2007, comunicava alla stampa locale, che i dipendenti dovranno pagare 50 euro mensili di abbonamento. Il posto poi non è assicurato, in quanto ai 1200 posti riservati all'azienda se ne devono sottrarre una sessantina



per i bisogni aziendali: pronto soccorso, mezzi aziendali, posti della dirigenza, servizi di dialisi... etc. Calcolato il personale presente di giorno nella sede ospedaliera, le previsioni di parcheggio non sono proprio rosee.

Stante questa situazione Nursind ha deciso di aprire una vertenza lanciando una petizione tra i dipendenti ed indirizzata al D. G. e al Pres. della Provincia, nella quale si chiede un parcheggio più capiente e gratuito. In soli due giorni abbiamo raccolto 900 firme e contiamo di fare il botto grazie alla collaborazione dei colleghi nei vari reparti.

Il passo successivo, quello in corso, è di fare delle proposte concrete per poter reinvestire gli utili che il parcheggio, tenendo conto dei visitatori, crea.

La proposta avanzata è quella che i proventi dell'intero parcheggio siano reinvestiti nella ricerca e nella formazione all'interno dell'azienda ospedaliera.

La lotta è sicuramente impari, visto che la creazione dei parcheggi è stata affidata dall'ospedale alla provincia - responsabile delle infrastrutture - ed a sua volta ad una società privata che, avendo messo i fondi (17 milioni di euro) per la creazione degli stessi, ha ottenuto la concessione della gestione e degli introiti per un periodo di tempo di 28 anni.

Per il nuovo ospedale sono stati spesi 500 milioni di euro, 17 in più o meno avrebbero inciso così significativamente? Quale uomo della strada, di fronte ad una spesa importante, ma con ricavi annui altrettanto importanti (stima di 4/5 milioni annui) non terrebbe per sé un così fiorente business? Solo le aziende pubbliche lo affidano ad altri. **Solo le aziende pubbliche lasciano che il business avvanti una società privata a danno anche dei propri dipendenti.**

La partita è ancora in corso e si è estesa a tutti i cittadini bergamaschi tramite una Petizione Pubblica raggiungibile da questo link <http://www.petizionepubblica.it/?pi=PNO2012> e dal quale chiediamo a tutti di dare la propria adesione.

Sicuramente grazie all'interessamento del nostro sindacato, le acque si stanno muovendo e si spera che altre sorprese possano esserci. La prima è stata quella, cercando tra la documentazione, che l'azienda ospedaliera si è fatta garante del pagamento mensile dei 1200 posti verso la società costruttrice del parcheggio. E pensare che fino ad oggi l'azienda ospedaliera ci aveva sempre risposto che "*aveva le mani legate, la gestione è solo della provincia*".

Poverini, quanto sono teneri e carini a prenderci per i fondelli.

Inf. Mauro Moscheni
Segreteria Aziendale Nursind OO.RR.BG

Nursind Forlì - Cesena nuovi traguardi con la neo Segretaria

Sono Paola Cappelli e sono la nuova segretaria di Nursind Forlì.

Sono come voi un'infermiera che milita nel sindacato già nel 2007, perché aderii alle finalità del NurSind: la necessità di essere rappresentati da infermieri e rappresentativi e la consapevolezza che ciò si può raggiungere esclusivamente con un sindacato di categoria.

Da settembre di quest'anno, dopo varie vicissitudini, vista la mancanza di una guida nella segreteria provinciale causa pensionamento dell'ex segretario Giovanetti Renato ho deciso di propormi per continuare a portare avanti a Forlì e provincia le idee del Nursind. Non potevo lasciare che un progetto così importante per la categoria e con un seguito già consistente naufragasse per mancanza di ricambio nell'attivismo del sindacato. Ed eccoci qui. Sappiamo che non è facile sostituire i colleghi del precedente direttivo provinciale, a cui vanno i nostri calorosi ringraziamenti per averci condotto fin qui, ma già abbiamo creato un piccolo gruppo e noi non molliamo, noi crediamo nel nostro futuro di visione d'insieme: infermieri solidali e uniti, soprattutto in questo momento in cui le forze sociali ovvero i sindacati maggiori chiedono di "mandare giù il rospo", ma i sacrifici non devono essere impari! Se avremo il vostro appoggio con la vostra adesione e il vostro voto alle prossime elezioni RSU arriveremo a farci sentire e valere presso le direzioni



aziendali.

Per crescere abbiamo bisogno dell'impegno di ciascuno dei colleghi di Forlì anche con la semplice disponibilità a candidarsi alle prossime RSU sotto il simbolo del Nursind, il sindacato degli infermieri, fatto da infermieri per gli infermieri.

Da parte mia e dei colleghi che collaborano con me confermiamo di spenderci per le finalità che il Nursind propone e puntiamo sulla nostra credibilità e coerenza come novità consolidate per far nascere un nuovo Nursind provinciale giovane, forte e partecipato.

La neo segretaria provinciale
Inf. Cappelli Paola

Apri Nursind Pavia

Cod. Deont. infermieri 2009. Art.1 "L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica". Art. 47 "L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, **contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale**"

Sono i primi pensieri che abbiamo fatto quando abbiamo iniziato a meditare sul significato di quello che, nelle sue tante varianti, viene definito come: Sindacato di categoria... sindacato come Nursind!

E si perché, dalle lontane nozioni avute dai libri di scuola, i sindacati erano e "sono" organi che raccolgono i rappresentanti delle categorie produttive... è soprattutto storia dei lavoratori che si riuniscono allo scopo di difendere gli interessi delle loro categorie.... E Nursind è proprio questo.

Le ragioni che ci hanno portato a far sì che divenisse realtà nella "nostra" provincia pavese sono tante ma prima fra tutte, forse, è il non schieramento politico del Nursind e la consapevolezza che il suo scopo è unicamente quello di rappresentare gli interessi degli infermieri.

E si perché se ci pensiamo bene, oggi, l'infermiere non lavora più

solo e soltanto nelle corsie di degenza degli ospedali come mero esecutore di ordini e consegne, ma riveste un ruolo importante nel settore della Sanità sia pubblica che privata. "L'Infermiere è protagonista nella vita vera; è una storia che racconta milioni di vite è una professione al centro della vita... e talvolta anche della baracorda".

Con l'avvento del nuovo millennio la giurisprudenza, supportata anche da quella mentalità corrente che nei paesi dell'area occidentale non è più disposta a subire, con rassegnazione, qualsiasi danno conseguente ad errori medici o disservizi della struttura sanitaria, pubblica o privata, è passata dall'affermazione della natura extracontrattuale della responsabilità medico-sanitaria a quella schiettamente contrattuale con modificazione delle regole sul nesso di causalità e sull'onere della prova.

È dunque facile "cadere" in un fatto illecito di qualunque natura (civile, penale, disciplinare) perché la responsabilità, oggi, è stata ravvisata ogni volta che è mancata lealtà, diligenza e perizia professionale.

Per questo motivo abbiamo scelto di istituire anche nella provincia pavese una segreteria Nursind per diffondere una più vasta conoscenza dei diritti e doveri degli infermieri, affinché la maggior parte di essi sappiano, con un po' di buon senso superare, non diciamo tutti i "mali" della Sanità, ma almeno affrontarli con razionalità.

Inf. Jessica Stella
Segreteria provinciale di Pavia

La Segr. di Reggio Calabria lancia Nursind-INPS

Le attività degli infermieri si stanno sempre più, diversificando in settori lavorativi assai differenti con funzioni di grande rilevanza. I cambiamenti della sanità e della professione ne propongono una diversa e diffusa presenza sul territorio.

NON SOLO CORSIA.

Le aree della sanità sociale e del lavoro rappresentano una realtà operativa di grande interesse per la professione infermieristica, per i cittadini e per gli enti.

Consapevolezza delle proprie identità professionali e coscienza dell'importanza delle funzioni svolte sono gli strumenti con i quali gli infermieri dell'area sociale e del lavoro si misurano quotidianamente con i cambiamenti in atto del paese.

Gli articoli 32 della costituzione italiana "la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività" e 38 "ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo, provvedono organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato", rappresentano i principi dell'agire dell'infermiere dell'area sociale e del lavoro.

Sono circa 12 mila gli infermieri che operano in realtà extra S.S.N. (enti pubblici non economici, FF.SS., A.T.M., Esercito, Polizia, aeroporti, fabbriche, navi da crociera, ecc.), di questi circa 1.200 sono distribuiti nei Centri Medico legali centrali e territoriali dell'INPS.

L'istituto gestisce le assicurazioni sociali a tutela della salute del cittadino lavoratore assicurando il rischio derivato da diminuzione della capacità lavorativa per patologie (cardiovascolari, oncologiche, respiratorie, neurologiche, artrosiche, croniche) che determinano la concessione, a domanda e dopo valutazione medico legale, di prestazioni previdenziali: assegni ordinari d'invalidità, pensioni d'inabilità, rendite ACT per processi tubercolari in fase attiva, maggiorazione di assegni e/o pensioni di reversibilità per familiari facenti parte del nucleo familiare e riconosciuti inabili, cicli di cure bagno termali e/o inalatorie per prevenire l'insorgenza di malattie invalidanti, indennità giornaliera per malattia comune non cronica e permessi giornalieri ai sensi della legge 104.

E ancora prestazioni assistenziali: con il trasferimento all'INPS delle funzioni residue allo Stato in materia d'invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap e disabilità, decretato dall'art. 10 della legge n. 248/2005 e attuato con il d.p.c.m. 30 marzo 2007, l'attività di verifica ordinaria e straordinaria relativa alla permanenza dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione di pensioni, assegni e indennità, è rientrata nelle competenze dell'Istituto. L'accertamento in merito alla permanenza dei requisiti sanitari è attuato attraverso la Commissione Medica Superiore e le Commissioni Mediche di Verifica Provinciali istituite pres-



I giovanissimi pionieri di Nursind Pavia: Jessica, Federico, Davide, Francesca e Santo



so i Centri medici legali.

Il collaboratore sanitario infermiere nell'istituto si occupa di:

- a) Accoglienza e educazione sanitaria dei cittadini utenti lavoratori e non che quotidianamente si recano presso i nostri Centri;
- b) pianifica e gestisce, per quanto di propria competenza, le attività attraverso l'utilizzo di procedure informatiche e statistiche.
- c) assiste e partecipa alle visite dirette per l'accertamento delle patologie denunciate dai cittadini richiedenti le prestazioni;
- d) coordina e gestisce, per quanto di propria competenza, le attività riguardanti le visite dei medici specialisti e del contenzioso medico legale (CTU e CTP);
- e) acquisisce e archivia, nel rispetto della privacy, la documentazione clinica cartacea e telematica inerente la prestazione richiesta dal cittadino utente;
- f) coordina e gestisce, per quanto di propria competenza, le attività riguardanti le visite mediche di controllo sullo stato di malattia disposte dal medico legale Inps e/o estrapolate da archivi informati, cura i rapporti con i medici di base, di lista, i datori di lavoro e i cittadini.

L'attuale sistema di classificazione del personale infermieristico dell'Istituto si delinea nel quadro del CCNL degli enti pubblici non economici del 16/02/1999.

I collaboratori sanitari sono inquadrati nell'area C del personale (che accorpa le ex qualifiche funzionali VII, VIII e IX, comune ai dipendenti amministrativi e informatici) con posizioni funzionali di C1, C3 e C4.

Il personale infermieristico opera strutturalmente nel processo produttivo ed è competente a svolgere tutte le fasi del processo in cui è inserito. Sono previste posizioni di sviluppo economico di C2 e C5. E' prevista una specifica indennità specialistica.

L'istituto ha realizzato una politica di sviluppo personale tesa al potenziamento dell'area C attraverso concorsi esterni e percorsi interni di crescita professionale. Riguardo alle esigenze di servizio può conferire ai dipendenti dell'area C incarichi che, pur rientrando nell'ambito delle funzioni di appartenenza, richiedono lo svolgimento di compiti di elevata responsabilità, che comportano l'attribuzione di una specifica indennità di posizione organizzativa.

Rimangono, purtroppo, per i collaboratori sanitari Inps criticità nell'ambito della contrattazione aziendale, quali:

- a) la mancata possibilità e la non previsione di posizioni organizzative in ambito infermieristico e/o il conferimento d'incarichi che comportino compiti di elevata responsabilità o in area di staff, di studio, di ricerca caratterizzati da elevata autonomia ed esperienza;
- b) la partecipazione a corsi ECM esterni all'Istituto a proprie spese e con l'impossibilità di usufruire di congedi retribuiti;
- c) l'appartenenza al Ramo Sanitario dell'Istituto, come seconda qualifica sanitaria, ma mancato inserimento dell'infermiere laureato nei rami professionali, riservati solo ai medici, avvocati, attuari, ingegneri e architetti;
- d) la mancata attivazione del Servizio Infermieristico all'interno dell'Istituto;
- e) la mancanza di una contrattazione aziendale dedicata ai collaboratori sanitari, comune adesso a quella dei colleghi amministrativi;
- f) il mancato riconoscimento per i collaboratori sanitari-infermieri, a titolo accademico e di carriera, dei master e/o dei corsi di perfezionamento svolti in materia medico-legale.

Sono convinto che la nostra attività lavorativa possa essere straordinariamente valorizzata grazie ad un confronto serio e continuo tra Infermieri e auspicio il contributo dei colleghi iscrivendosi e collaborando affinché l'O.S. NurSind, unico sindacato di categoria presente in

INPS, possa rafforzarsi e costituire un punto di riferimento per chi ama la nostra professione.

Il referente nazionale NURSIND-INPS

Segreteria provinciale NURSIND REGGIO CALABRIA
(Tel.: 3683517928 - 0966 267176 - e-mail: inps@nursind.it -
reggiocalabria @nursind.it)
Inf. Sebastiano Passarello

Catania: lettera aperta all'assessore regionale

Egredo assessore, con la presente siamo a ricordarle l'importanza fondamentale rivestita dalla professione infermieristica nella gestione del bene salute dei cittadini. Questa importanza non sembra essere nella vostra visione della sanità in Sicilia.

Siamo arciconvinti che la politica oggi non tiene nella giusta considerazione la peculiarità di una professione che nell'ultimo quindicennio ha fatto passi da gigante sia sotto l'aspetto formativo che sotto quello normativo.

Nonostante ciò gli infermieri - specialmente in Sicilia - sono costretti a subire un vergognoso e costante demansionamento a causa di quella che ci appare come una cronica e pervicace volontà da parte della pubblica amministrazione di non voler affrontare seriamente ed in maniera decisa la questione assistenziale che necessita oltre che degli infermieri - già preparati a dovere ed in ambito universitario - anche delle cosiddette figure di supporto (operatori socio sanitari in primis) all'assistenza infermieristica.



Più volte l'organizzazione sindacale Nursind ha chiesto di poterla incontrare, ma le nostre richieste sono cadute nel vuoto: ciò contribuisce senza dubbio ad aumentare il distacco e la sfiducia della nostra categoria nei confronti della politica e di questa politica.

Gli infermieri siciliani sono in fermento in ogni luogo di lavoro e presto faranno sentire la loro voce alle istituzioni ed ai cittadini non riuscendo per motivi di contingenza ad assisterlo adeguatamente.

Chiediamo di poterla incontrare per confrontarci con lei sulle seguenti questioni:

- Questione infermieristica
- Personale di supporto all'assistenza
- Utilizzo del personale infermieristico del 118 come barelliere
- Stato dell'arte della riforma sanitaria in Sicilia

Siamo certi che questa politica metta in atto una considerevole discriminazione nei confronti degli infermieri dimostrando solo l'interesse di fare cassa a discapito della qualità dell'assistenza.

Ancora una volta, dobbiamo constatare che questa politica sorda, non può rappresentare gli infermieri.

Per Infermieri della provincia di Catania
Inf. Salvatore Vaccaro

Sicilia: incontro con assessore regionale per l'infermiere di famiglia

Il 3 ottobre 2011 presso l'Assessorato regionale alla Salute si è tenuto un incontro tra l'Assessore Massimo Russo ed Enrico Virtuoso in rappresentanza del Coordinamento regionale NurSind Sicilia. All'appuntamento si è pervenuto dopo una serie di incontri preliminari con il Dr Angelo Aliquò funzionario dell'Assessorato iniziati nel 2010, per discutere insieme l'istituzione dell'INFERMIERE DI FAMIGLIA nella nostra Regione.



L'INFERMIERE DI FAMIGLIA rappresenta un argomento di importanza strategica per NurSind in quanto la sua realizzazione permetterà di raggiungere contemporaneamente un triplice scopo:

1. Abbattere i costi della Sanità.
2. Migliorare la qualità dei Servizi sanitari offerti agli Utenti.
3. Valorizzare e riconoscere la figura dell'Infermiere come professionista cardine del Sistema Sanitario.

Considerati i tempi di crisi che stiamo vivendo, questi non sono obiettivi da poco. NurSind Sicilia ritiene che non vi sia ulteriore tempo da perdere poiché sono passati già 121 anni da quando Florence Nightingale nel 1889 ne preconizzava l'avvento e 13 anni da quando l'OMS ne raccomandava l'istituzione come strumento per centrare gli obiettivi di salute per la Regione europea nel 21° secolo.



L'Infermiere di famiglia consentirà di trasformare gradualmente un sistema essenzialmente basato su un modello ospedalocentrico (efficace ma costosissimo e non più sostenibile) in un sistema (altrettanto efficace, più efficiente, meno costoso e più sostenibile) in cui l'ospedalizzazione rappresenti solo una opzione tra le tante offerte per perseguire l'obiettivo SALUTE.

È esattamente in questi termini che è stata posta la questione all'Assessore Russo il quale l'ha accolta favorevolmente, assumendo anzi di avere già pensato ad una soluzione simile, ma di non averla concretizzata per il sopraggiungere di ostacoli di carattere "TECNICO", che siamo certi

affronterà e risolverà, NurSind è disposto ad aiutarlo in questo.

Allora, L'INFERMIERE DI FAMIGLIA si può fare? Si può, se si vuole! Occorre mettere in campo la volontà politica di rimuovere gli ostacoli che impediscono il raggiungimento dei tre obiettivi citati, tra questi ostacoli sicuramente non figurano:

- Ostacoli di ordine finanziario: l'Infermiere di famiglia è in grado di autofinanziarsi e produrre ulteriori risorse finanziarie da investire nel Sistema, attraverso la capitalizzazione dei risparmi ottenuti con la riduzione dei ricoveri ospedalieri, la riduzione programmata delle giornate di ricovero grazie alle dimissioni precoci e protette, la prevenzione della malattie e loro complicanze.

- Ostacoli di ordine normativo: perché "l'Infermiere è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica. l'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa" art. 1 commi 1 e 2 DM 739/94; lo può fare in maniera assolutamente autonoma vedi Legge 42/99 e Legge 251/2000.

- Ostacoli di ordine organizzativo: l'Apparato regionale è perfettamente in grado di organizzare un servizio di questo tipo e di trovare risorse umane adatte allo scopo, gli Infermieri Siciliani infatti non mancano e molti di essi vantano un curriculum accademico, formativo e professionale di prim'ordine.

NurSind ritiene che gli ostacoli veri siano altri (di natura corporativa, culturale, egoistica) così come altri sono gli interessi non sempre orientati al bene comune; con la nostra proposta, oltre a migliorare lo stato di

Salute dei Cittadini siciliani e delle casse regionali, si vuole dare agli Infermieri l'opportunità di vivere una esperienza professionale diversa e modificare le condizioni di lavoro degli Infermieri ospedalieri. L'INFERMIERE DI FAMIGLIA è per Noi quindi una precondizione per affrontare con efficacia i grandi e gravi temi che interessano tutti: la questione salariale, le dotazioni organiche, il demansionamento professionale. Se non ora, quando?

Dr. Enrico Virtuoso
Infermiere Legale e Forense
Coordinamento NurSind Sicilia

IDI di Roma: la protesta contro il mancato pagamento degli stipendi

C'era una volta l'IDI, l'Istituto Dermatopatico dell'Immacolata, fiore all'occhiello della dermatologia italiana ed europea. Lavorare qui era considerata una vera fortuna: ambiente tranquillo e piuttosto familiare, condizioni discrete e a sprazzi quasi ottimali di lavoro (almeno per noi infermieri), buona retribuzione.



Beh ...c'era una volta... perchè da giugno, per noi dipendenti (ma da qualche anno secondo l'amministrazione), l'Idi è sprofondato in una grave crisi economica e/o finanziaria. Debito non meglio quantificato, la regione Lazio che non paga o paga?... Chissà.

Comunque sia le conseguenze di tutto ciò sono: ritardi importanti nel pagamento degli stipendi del personale, incertezza sul futuro, impossibilità ad erogare tutti i servizi presenti per mancanza di materiali, apparecchiature che non funzionano e che nessuna azienda intende riparare, divise del personale che non tornano dalla lavanderia... Ma non tutti i mali vengono per nuocere... almeno così si dice...

Constatati gli scarsi risultati dei sindacati interni e soprattutto stanchi di essere considerati il contorno dell'ospedale, noi infermieri ci siamo rivolti al Nursind sindacato di categoria (finalmente!). Da ottobre ad oggi abbiamo 70 iscritti su 200 infermieri circa, un rappresentante legalmente eletto (il sottoscritto) ed in carica dal 21/11/2011, ma per gli altri non è abbastanza. Lottiamo tutti i giorni per partecipare agli incontri sindacati/amministrazione, ma non ci vogliono... Hanno paura forse?

Un giorno durante un'assemblea qualcosa nell'aria faceva presagire che era arrivato il nostro momento; i rappresentanti sindacali vengono convocati dal Presidente per un tavolo informativo sul mancato pagamento dello stipendio di ottobre, e sulla situazione in cui versa l'Istituto. Nursind urla il proprio diritto di accesso all'incontro, ma sigle e amministrazione manifestano apertamente la loro ostilità. Non vi nego che il primo confronto con le altre sigle e con l'amministrazione è stata una vera e propria odissea, conclusasi a nostro favore solo dopo l'intervento/protesta deciso e determinato di tutti gli iscritti e non iscritti.

Quella giornata memorabile ha segnato l'inizio degli interventi Nursind all'idi: una interrogazione regionale è stata aperta grazie



all'intervento di un consigliere della regione lazio, la cui risposta ci permetterà di capire che cosa è successo, succede e succederà all'IDI. Certo non è facile lavorare con chi ti rema contro, ma sono sicuro che con l'appoggio degli infermieri, miei colleghi che credono in questo sindacato, con l'ausilio di esponenti sicuramente più esperti e gerarchicamente più in alto e con il mio impegno costante, riusciremo a vederci chiaro e perchè no, cercare una via d'uscita a questa crisi che non preveda solo un pagamento da parte dei dipendenti, ma se sacrificio dovrà essere, almeno che sia di tutti e in misura direttamente proporzionale.

Il Segretario Aziendale Nursind I.D.I.
Inf. Vincenzo Di Pasquale



Caltanissetta: Nursind proclama lo stato di agitazione

Al D. G. Az. San. Prov. N. 2
Pres. Osp. S. Elia - Caltanissetta

**OGGETTO: Richiesta incontro urgente -
Nursind proclama lo stato di agitazione della
categoria, denuncia la carenza di personale infermieristico e di sup-
porto - denuncia la mancata organizzazione del lavoro.**

Con la presente nota, e in riferimento alle nostre precedenti richieste relative alla carenza di personale Infermieristico, Ausiliario e O.S.S., presso il Presidio Ospedaliero S. Elia di Caltanissetta, la scrivente Organizzazione Sindacale, denuncia ancora una volta la:

- mancata organizzazione del lavoro nelle Unità Operative;
- l'utilizzo improprio del personale Infermieristico e Ausiliario,
- mancata rispetto del profilo professionale dell'Infermiere e di conseguenza il suo demansionamento (dovuto alla totale assenza di personale O.S.S.);
- l'utilizzo improprio di personale Infermieristico adibito a funzioni amministrative, pur rivestendo il ruolo di Infermiere in posizione funzionale cat. D;
- mancata copertura dei posti vacanti di Coordinatore Sanitario Esperto - Ds - richiesta di concorso interno urgente;
- violazione dell'art. 34 comma 1, 2, e 3 del CCNL del 7 aprile 1999, sulla continua richiesta al personale Infermieristico di ore di servizio straordinario, per coprire turni in maniera programmata, anche in giornata di riposo;
- mancato rispetto dei carichi di lavoro;
- mancato rispetto dell'art. 18 e 19 del CCNL Integrativo del 7 aprile 1999, su attivazione della mobilità interna ed esterna, con la concertazione delle OO.SS. e la R.S.U.;
- violazione dell'art. 7 Capo III del CCNL Integrativo del 7 aprile 1999, sull'utilizzo improprio del servizio di pronta disponibilità (con turni pari a più del doppio);
- violazione dell'art. 40 del CCNL Integrativo 7 aprile 1999, sulla mancata attivazione della Banca Ore;
- ritardo nel pagamento degli oneri accessori (presenze giornalieri - festivi - notturni - straordinari);
- mancata applicazione dell'art. 9 del CCNL Integrativo 7 aprile 1999, sui festivi infrasettimanali;
- mancata corresponsione dei riposi compensativi;
- mancata corresponsione retribuzione di risultato saldo 2010;
- mancata corresponsione indennità di vacanza contrattuale;
- mancata assegnazione delle posizioni organizzative.

Ancora oggi assistiamo al disastro della sanità nissena legato anche alla carenza di personale Infermieristico e del personale O.S.S., è una questione aperta da anni, ed è collegata alla cattiva gestione, a modalità non omogenee e non razionali di definire il fabbisogno. Spesso rileviamo un'assegnazione e una distribuzione inadeguata, su base di stime che non tengono conto dei carichi di lavoro e della complessità assistenziale, costringendo gli infermieri ad un surplus di lavoro, con il ricorso a straordinari (non pagati) e doppi turni, con conseguente abbassamento dei livelli di assistenza.

Quello del fabbisogno di Infermieri e di Coordinatori è un tema complesso, che richiede criteri oggettivi di computo e metodi razionali per la distribuzione e redistribuzione delle risorse professionali, basato non più su metodi empirici o consuetudinari, ma su metodi scientifici vedi sistemi: L.E.A. - M.A.P. - I.C.A., che tengono in conto la centralità del



L'ospedale Sant'Elia di Caltanissetta

paziente e le sue effettive esigenze, basato sulla valutazione della complessità assistenziale del ricoverato.

Diverse Unità Operative del Presidio S. Elia di Caltanissetta hanno una dotazione organica di Infermieri insufficiente come: Pronto Soccorso, Neurochirurgia, Emodinamica, Otorino, Medicina, Cardiologia, Chirurgia Generale e d'Urgenza, Ematologia, Urologia e Ginecologia, inoltre il Serv. di Gastroenterologia del Presidio "M. Raimondi" di San Cataldo.

Diverse sale operatorie e Servizi del Presidio S. Elia di Caltanissetta sono prive di Coordinatori: sala operatoria di Specialistica, U.O. Oculistica, sala operatoria Ostetricia, U.O. Ematologia, U.O. Cardiologia, Gruppo operatorio IV° piano (chirurgia generale e d'urgenza - chirurgia vascolare - neurochirurgia), U.O. Medicina, Serv. Fisiopatologia Respiratoria, Serv. Riabilitazione, sala operatoria Ortopedia, sala operatoria di Ostetricia - Ginecologia, U.O. Neurologia, U.O. Oncologia.

Questa condizione compromette l'organizzazione del lavoro, l'assistenza ai pazienti e l'attenzione a questi rivolta, esponendo a rischio clinico operatori sanitari e pazienti.

Chiediamo un incontro urgente e rimaniamo a disposizione per ogni chiarimento in merito, porgiamo i più cordiali saluti.

Il Segretario Provinciale Nursind
Dott. Antonino Mangione



Nasce Nursind Taranto

Sono Rita Pinna, infermiera neo Segretaria Provinciale di Nursind Taranto. Lavoro nel Presidio Ospedaliero "Valle D'itria" di Martina Franca, là dove noi infermieri siamo

allo sbaraglio, dove viviamo purtroppo in una realtà ormai superata per la nostra era, realtà dove far valere i propri diritti crea una serie di difficoltà, in cui la rassegnazione e il servilismo la fanno ancora da padrone.

Per questo ho deciso di aderire a questa nuova forza sindacale, che da noi è poco conosciuta, pertanto mi auguro di riuscire a costituire una segreteria con delle buone solide basi e far capire che è ora di creare quel cambiamento che possa maggiormente qualificare e rivalutare la nostra professione in una nuova migliore realtà, fuori dall'anacronismo in cui si trova.

Mi è doveroso ringraziare per il loro aiuto, Andrea Bottega, Donato Carrara, Antonio Colucci di Brindisi, Nando Palumbo e Nicola di Acquaviva delle Fonti.



Salerno:

dichiarato lo stato di agitazione



Al Direttore Generale Attilio Bianchi A.O.S. Giovanni di Dio e Ruggi D'aragona Egregio Direttore Generale, all'inizio del suo mandato Lei ha affermato dei concetti importantissimi: uno di questo il più importante, a nostro avviso, e credo per la maggioranza dei lavoratori era questo:

“la dignità professionale di ciascuno di noi, a nessuno è consentito scalfire”.

Questa sua affermazione ha dato speranza a molti di noi. Questa speranza man mano è andata sempre più affievolendosi in quanto Lei pare non accorgersi dei continui disagi, mortificazioni dei diritti contrattuali e professionali dei lavoratori tutti in specifico degli infermieri e ancora più in specifico degli infermieri della chirurgia generale e centro trapianti.

La convivenza impossibile della U.O. di Chirurgia Generale con: il Centro trapianti, chirurgia oncologica, chirurgia Day Surgery (appartenente ad altro dipartimento), chirurgia toracica e breast-unit, addirittura quest'ultima afferente ad un progetto (soldi) con la U.O. di ginecologia, ma assistita sempre e solo dalle due unità infermieristiche della chirurgia generale (quarto piano).

La convivenza con tutte queste strutture, ha causato in primis sovraccarico di lavoro insostenibile per le due unità infermieristiche, che le ricordo sopperiscono anche alle attività di supporto tecnico alberghiere non dovute (in quanto l'azienda ha speso soldi per formare e paga le figure di supporto, che a tutt'oggi non sono state adeguatamente collocate).

Sovraccarico che potrebbe determinare ricorsi legali per mobbing, burnout e demansionamento.

Nel sottolineare che la situazione è generalizzata a tutte le U.O. dell'Azienda, in questo momento preme allo scrivente risolvere l'ulteriore e non più accettabile situazione della chirurgia generale, in considerazione anche che nonostante il verbale di riunione del 27/10/2008 e successivi, né la S.V., né la direzione sanitaria, né l'RSU, pur essendo a conoscenza di tutto e presenti in quella riunione non ha provveduto a verificare il rispetto di quanto deciso.

Tanto è vero che oggi risulta ingiustificabile questa improvvisa decisione di cambiare i turni di servizio in contraddizione a quanto scritto nel verbale e in merito al grave disagio in cui versa l'U.O. al quarto piano.

Nel chiedere il Vostro immediato intervento atto a ripristinare immediatamente la legalità, la dignità, la professionalità in tutta l'azienda e ad horas i problemi della chirurgia generale che abbiamo da sempre denunciato e che non garantiscono un buon servizio al cittadino ma, stanno generando un preoccupante stress psicofisico all'infermiere che è sottoposto quotidianamente a ingiustizie, a demansionamento, a disagi, a mobbing e burnout, nonostante la loro abnegazione al proprio dovere.

In attesa di un incontro urgente per una repentina risoluzione della questione, riservandosi comunque qualsiasi azione civile e penale per quanto sopra descritto, rimanendo a disposizione per ogni confronto, si porgono distinti saluti.

Il Segretario Provinciale NurSind
Inf. Pasquale Picariello

stanchi e scontentati dall'essere considerati null'altro che numeri, sminuiti nell'esercizio delle proprie funzioni che, è necessario ricordare, sono rivolte alla parte più vulnerabile della popolazione: gli ammalati.

Nonostante nei mesi scorsi si sia cercata una soluzione a tali problematiche l'Azienda si è dimostrata insensibile alle richieste legittimamente avanzate, e questo silenzio ha generato le criticità che oggi si stanno vivendo.

Alla luce di tale vergognoso scenario, il sindacato Nursind continuerà la protesta in atto e tutelerà sotto qualsiasi forma e in tutte le sedi preposte le infermiere e gli infermieri del Pronto Soccorso dell'Ospedale Cardinal Massaia.

Asti, 10 settembre 2011
Segreteria provinciale Nursind Asti
Dott. Inf. Andrea Milani



L'ingresso al PS del Cardinal Massaia

Leggiamo di seguito dalla stampa;

Continua la protesta portata avanti dalle segreterie provinciali di NurSind e Cgil riguardante il personale infermieristico operante al Pronto Soccorso del Cardinal Massaia. Infermieri e Oss da mercoledì della scorsa settimana hanno organizzato picchetti con tanto di bandiere, striscioni e volantini per sensibilizzare la cittadinanza riguardo le condizioni del punto di prima accoglienza del Massaia. Carezza di organico e turni troppo lunghi. Questi in sostanza i cardini della manifestazione che sembra continuerà anche nei prossimi giorni, nonostante un incontro con la dirigenza che avrebbe promesso di correre ai ripari. Proprio questa mattina Paolo Marforio, direttore sanitario dell'azienda ospedaliera, ha incontrato i giornalisti. "Dopo innumerevoli incontri con le sigle sindacali e un'attenta valutazione delle problematiche - ha spiegato Marforio - abbiamo stabilito che entro la fine dell'anno i turni dei dipendenti del pronto soccorso torneranno ad essere di 8 ore e non più di 12. Ciò significa che ci sarà anche un lieve incremento di personale".

Asti: protesta per la scarsità di personale in PS



Nursind a fianco dei professionisti infermieri del Pronto Soccorso dell'ospedale Cardinal Massaia. Protesta ad oltranza contro la perdurante carenza di personale all'interno del servizio.

La scrivente organizzazione sindacale vuole denunciare la drammatica situazione venutasi a creare all'interno del Pronto Soccorso di Asti, che vede i colleghi infermieri trovarsi a fronteggiare da ormai troppi mesi una carenza di personale divenuta insopportabile.

Tale mancanza, stimabile intorno alle dieci unità infermieristiche, ha provocato l'impossibilità di avere un turno regolare, con conseguente pianificazione dell'orario ordinario utilizzando (in palese contrasto con il CCNL) ore straordinarie.

Questa scelta ha fatto lievitare il monte ore di ciascun operatore in maniera consistente con l'impossibilità di recupero o di pagamento, considerato che il fondo per le ore straordinarie risulta essere esaurito. Anche le reperibilità per i trasporti extra-ospedalieri sono a totale carico degli infermieri in oggetto, compresi quelli per gli altri dipartimenti. Si segnala infine una forte scarsità di operatori di supporto.

Il Pronto Soccorso Astigiano, che conta oltre 60.000 passaggi annui con una media di 162 accessi giornalieri, non può permettersi tale situazione lavorativa. Essa è frutto evidente di una pessima organizzazione del lavoro, tesa ad una continua compensazione di carenze, figlia di incapacità gestionali e di pressapochismo.

E' indispensabile sottolineare come gli infermieri appaiano ormai

Lecce, circostanziata denuncia del Nursind: spogliatoi infermieri, indecenti e fuori norma

Nella lettera di denuncia inviata al DG dell'ASL di Lecce il 18/11/2011 si legge:

Oggetto: sicurezza e igiene negli ambienti di lavoro;

Gentile Direttore, giungono alla scrivente Segreteria, diverse segnalazioni in merito al degrado in cui versano molti ambienti di lavoro destinati a spogliatoi per il personale in servizio negli ospedali dell'intera ASL. In questi mesi abbiamo voluto verificare in forma diretta e, di fatto, abbiamo accertato situazioni e condizioni non dignitose e rispettose delle norme di settore.

E' poco decoroso il trattamento che stanno ricevendo gli Infermieri, gli OSS e gli ausiliari dei presidi in tema di sicurezza negli ambienti di lavoro, costretti ad utilizzare spazi adibiti a **spogliatoi che assomigliano molto più a piccoli magazzini, depositi e/o cantine, mentre riscontriamo che i medici sono in possesso di stanze con bagno, letto, armadietto per l'esclusivo uso personale che funge anche da studio per ricevere pazienti.**

Non condividiamo questa **divisione classista che privilegia una categoria professionale rispetto alle altre.** Ribadiamo che gli spoglia-



toi sono e devono essere luoghi in cui i lavoratori devono lasciare i propri effetti personali, cambiarsi di abito indossando la divisa da lavoro in ambienti salubri. Anche la normativa è a tal proposito chiara e qui riportiamo l'ex D.Lvo 626/94 sostituito dal D. Lvo n. 81/08 il quale prevede i seguenti adempimenti:



11. L'art. 40 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303, è sostituito dal seguente: "Art. 40 (Spogliatoi e armadi per il vestiario).

1. Locali appositamente destinati a spogliatoi devono essere messi a disposizione dei lavoratori quando questi devono indossare indumenti di lavoro specifici e quando per ragioni di salute o di decenza non si possa loro chiedere di cambiarsi in altri locali.

2. Gli spogliatoi devono essere **distinti fra i due sessi** e convenientemente arredati.

3. I locali destinati a spogliatoio devono avere una capacità sufficiente, essere **possibilmente vicini ai locali di lavoro**, aerati, illuminati, ben difesi dalle intemperie, riscaldati durante la stagione fredda e **muniti di sedili**.

4. Gli spogliatoi devono essere dotati di attrezzature **che consentano a ciascun lavoratore di chiudere a chiave i propri indumenti** durante il tempo di lavoro.

5. Qualora i lavoratori svolgano attività insudicianti, polverose, con sviluppo di fumi o vapori contenenti in sospensione sostanze untuose o incrostanti, nonché in quelle dove si usano sostanze velenose, corrosive o infettanti o comunque pericolose, gli armadi per **gli indumenti da lavoro devono essere separati da quelli per gli indumenti privati**.

6. Qualora non si applichi il comma 1 ciascun lavoratore deve poter disporre delle attrezzature di cui al comma 4 per poter riporre i propri indumenti."

12. Gli articoli 37 e 39 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 303 sono sostituiti dai seguenti:

"Art. 37 (Docce e lavabi).

1. **Docce sufficienti e appropriate** devono essere messe a disposizione dei lavoratori quando il tipo di attività o la salubrità lo esigano.

2. Devono essere previsti locali per le docce separati per uomini e donne o un'utilizzazione separata degli stessi. **Le docce o i lavabi o gli spogliatoi devono comunque facilmente comunicare tra loro**.

3. **I locali delle docce devono avere dimensioni sufficienti per permettere a ciascun lavoratore di rivestirsi senza impacci e in condizioni appropriate di igiene**.

4. Le docce devono essere dotate di acqua corrente calda e fredda e di mezzi detergenti e per asciugarsi.



5. Devono essere previsti lavabi separati per uomini e donne ovvero un'utilizzazione separata dei lavabi, qualora ciò sia necessario per motivi di decenza.

Art. 39 - (Gabinetti e lavabi).

1. I lavoratori devono disporre, in prossimità dei loro posti di lavoro, dei locali di riposo, degli spogliatoi, delle docce o lavabi, **di locali speciali dotati di un numero sufficiente di gabinetti e di lavabi**, per acqua corrente calda, se necessario, e dotati di mezzi detergenti e per asciugarsi.

2. Per uomini e donne devono essere previsti gabinetti separati."

Contrariamente a quanto disposto dalle norme a tutela della dignità del lavoratore gli spazi adibiti a spogliatoi sono molto spesso di ridotte dimensioni in base al numero dei lavoratori, comuni per ambo i sessi, poco riscaldati, non illuminati, senza armadietti nè per indumenti puliti nè per le divise e oltretutto senza i servizi igienici.

Pertanto si attende una risposta formale alla presente per un impegno diretto della direzione al superamento di tali situazioni al di fuori della legalità. Diversamente ci vedremo costretti, a tutela dei dipendenti, a segnalare la situazione ai **NAS dei Carabinieri** e chiedere loro di intervenire a tutela della salute pubblica e alla **direzione provinciale del lavoro** per l'invio di ispettori che possano sanzionare eventuali inadempimenti del datore di lavoro.

Con la presente, inoltre, si coglie l'occasione per chiedere la **revisione del regolamento aziendale sul vestiario del personale** in base alla qualifica, alle mansioni, al ruolo. Si è infatti riscontrato, e lo si riscontra quotidianamente, che gli utenti trovano **difficoltà nel distinguere la qualifica del personale** in servizio e conseguentemente rivolgere loro le giuste richieste, ad esempio:

- Stabilimento Nuovo "V. Fazzi", il personale addetto alle pulizie, indossa divisa verde simile a quella del personale infermieristico e medico operante nei servizi di P.S., T.I., sale operatorie etc. "distinguibile" da semplici bordini azzurri alle maniche della casacca;

- Gli studenti in Scienze Infermieristiche vengono confusi con gli ausiliari;

- Con gli ausiliari non c'è differenza tra OSS, OTA tutti indossano la stessa divisa pur avendo mansioni differenti; questo si presenta anche nei vari presidi ospedalieri provinciali come quello di Casarano dove il personale tecnico indossa divise azzurre senza distinzioni di ruoli.

Pertanto, al fine di rendere chiaro all'utente il profilo del professionista con cui sta parlando, chiediamo che venga presa in considerazione e risolta anche tale problematica.

Rimanendo in attesa di una cortese risposta a breve, porgo distinti saluti.

Il Segretario Provinciale
Inf. Graziano Accogli

Isili (CA) la denuncia del Nursind: carenza di personale in P.S.

Alla redazione dell'Unione Sarda. la situazione del servizio di pronto soccorso di Isili, come molte altre realtà sanitarie delle aziende cagliaritanee, soffre di una carenza di personale che inevitabilmente determina ritardi nelle prestazioni assistenziali, terapeutiche e diagnostiche, nonché un inadeguato processo di comunicazione e ascolto degli assistiti.

Gli Infermieri del Pronto Soccorso di Isili, che hanno ben chiaro il loro mandato, nonostante l'impegno posto nel cercare di risolvere i vari problemi, si sono sempre impegnati a tutelare la collettività per quanto attiene il benessere e la sicurezza segnalando all'azienda tutte le disfunzioni organizzative e i disservizi organizzativo-assistenziali che non gli permettono di erogare un'assistenza di qualità.

Ci preme segnalare che l'U.O. in esame è carente di circa quattro unità infermieristiche, tra cui il coordinatore e tre unità di personale di supporto. Infatti, a detta carenza, si è cercato di compensare con prestazioni extra che vedono gli stessi infermieri lavorare fino a quarantotto ore la settimana. Inutile affermare che più e più volte si è chiesto di adeguare la dotazione organica, non solo ai riferimenti normativi, ma alla reale complessità assistenziale presente in un Pronto soccorso di un P.O. che



dista circa 70 km da Cagliari.

E' necessario infatti considerare che tale U.O., la quale assiste mediamente 7000 utenti l'anno, non possiede specialistiche e pertanto ogni giorno eroga un'assistenza in maniera olistica verso qualunque necessità, effettuando, qualora il quadro clinico lo richieda, trasferimenti verso i presidi ospedalieri, non solo dell'ASL 8, siti in Cagliari. Tale condizione esacerba le lacune determinate dalla già carente dotazione organica in forza all'U.O. del Pronto Soccorso, esso infatti non avendo un organico medico proprio (solamente un medico strutturato più uno attualmente in congedo per maternità), si avvale dei medici delle divisioni di Medicina e Chirurgia e in alcune fasce orarie dei medici del 118, per cercare di garantire il raggiungimento degli standard come definiti dal SSN.

Da un punto di vista della carenza strutturale, segnaliamo l'assenza di locali atti a pianificare, progettare, valutare gli interventi infermieristici, infatti, in tale U.O. non sono presenti spazi per lo svolgimento di un corretto triage (il triage applicato in tale struttura è un triage a colpo d'occhio) e tanto meno spazi che consentano un'osservazione breve. Il Pronto Soccorso di Isili ha due soli ambulatori, più uno dedicato alle emergenze, anch'esso praticamente sempre occupato, come talvolta i corridoi.

Pertanto, il Nursind Sindacato Infermieristico, auspicando interventi risolutivi, in nome e per conto del personale Infermieristico del pronto Soccorso, ritiene opportuno solidarizzare con l'utenza, che talvolta, malgrado lo spirito d'abnegazione dei professionisti della salute a cui ogni cittadino può rivolgersi con la grande opportunità di ricevere un'assistenza professionalizzata, pertinente e personalizzata, subisce disagi correlati alle cause sopra richiamate.

Inf. Fabrizio Anedda
Nursind Cagliari



legato strettamente all'impegno svolto e quindi alla chiamata effettiva in servizio durante il turno di pronta disponibilità.

L'azienda ha quindi stabilito che tutte le figure che svolgono l'istituto della pronta disponibilità debbano avere il giusto riconoscimento in questo modo: tutte le reperibilità vengono pagate con la tariffa dovuta (ad esempio i 20 euro per gli infermieri), mentre **le ore di chiamata oltre la sesta reperibilità** quindi a partire dalla settimana, **vengono pagate come prestazione aggiuntiva di 30 euro circa l'ora**. In questo modo vengono veramente valorizzate le figure che lavorano di più in pronta disponibilità e siamo appunto noi strumentisti ad essere maggiormente impegnati nelle chiamate in urgenza.

Certo, probabilmente si poteva ottenere di più e tutto, comunque, è soggetto a variazione ma, al momento dei fatti, questa soluzione è sembrata la più giusta. E' comunque importante che l'azienda abbia recepito il nostro messaggio riconoscendo comunque un valore aggiunto alla nostra professionalità e al nostro impegno in prima linea nel garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini.

Nuoro, accordo sulla reperibilità: dalla 7a reperibilità, 30 euro l'ora

Il 01/03/2011 è stato siglato tra l'RSU e la dirigenza della ASL n°3 di Nuoro l'accordo che prevede la regolamentazione dell'istituto della pronta disponibilità. Come tutti sappiamo l'articolo 7 comma 10 del CCNL dice che: **"di regola non potranno essere previsti per ciascun dipendente più di sei turni di pronta disponibilità al mese"**.

Con i numeri che abbiamo nel nostro blocco operatorio è impossibile rispettare questo numero pertanto ci siamo spesso ritrovati a fare anche 10-12-16-18 reperibilità. Questo comportava un disagio notevole in termini di stress psicofisico che incideva negativamente sulla nostra qualità di vita professionale oltre che privata. A questo disagio imposto dalla carenza di numeri non veniva corrisposto neanche un minimo riconoscimento economico. Abbiamo esposto le nostre istanze al nostro rappresentante sindacale del Nursind, Mauro Pintore che è anche presidente della RSU aziendale, il quale si è attivato subito per cercare di trovare una soluzione che accontentasse tutti: infermieri e azienda.

Uno dei fattori che giocava a nostro sfavore era che non solo gli infermieri del blocco operatorio, emodinamica, endoscopia chirurgica, radiologia interventistica svolgono turni di pronta disponibilità, ma anche altri colleghi che lavorano in diversi servizi non sanitari come qualche servizio tecnico e amministrativo. Pertanto in azienda esistono molte figure che fanno le reperibilità e questo, dal punto di vista aziendale, rappresenta un costo notevole e, quindi, le resistenze per arrivare ad un accordo erano molte.

Noi dicevamo che tutti, se l'ufficio lo prevede, devono avere riconosciuto economicamente prestazioni fatte oltre il normale orario di lavoro e di reperibilità ma, e questa la nostra obiezione, ci sono figure come gli infermieri strumentisti che, senza togliere nulla alle altre figure, ci mancherebbe altro, svolgono un lavoro che ricopre una notevole importanza sia dal punto di vista professionale in termini di responsabilità che di rischi legati strettamente al nostro ruolo; insomma una figura, la nostra, che deve essere in qualche modo valorizzata se vogliamo usare un termine molto spesso dimenticato quando ci si riferisce alla professione infermieristica.

Quindi abbiamo chiesto che questo venisse tradotto in un riconoscimento economico. Appurato che sei reperibilità è impossibile farle bisognava dare a chi lo meritava l'incentivo economico che doveva essere



Ultima Segreteria neonata in Nursind: Benvenuti ai colleghi di Ravenna

Ultim'ora: è operativa la Segreteria Nursind di Ravenna. Dopo numerosi contatti con i colleghi della Segreteria di Rimini, ci siamo decisi e finalmente ci stiamo adoperando per completare le procedure per l'attivazione e rendere ufficialmente aperta la segreteria Nursind a Ravenna, anche se già da oggi siamo operativi per fornire il nostro contributo alla causa infermieristica, molto sentita nel territorio ravennate.

I componenti della segreteria sono da destra a sinistra Luca Fusaroli, infermiere del 118, Cristina Focaccia, infermiere del 118 e Luca Nordi, infermiere del pronto Soccorso di Ravenna, più altri numerosi colleghi non presenti nella foto ma estremamente interessati al progetto Nursind.

Siamo nuovi e ci affacciamo per la prima volta al panorama sindacale italiano, abbiamo la consapevolezza delle difficoltà che ci attendono ma al contempo siamo animati da spirito battagliero costruito in tanti anni di assoluta indifferenza verso la nostra categoria.

Una sola promessa, ce la metteremo tutta...



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!

Convenzioni Nazionali

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



riservate
agli
iscritti



sconti di ogni tipo ovunque



Corsi e Convegni ECM



Chiarimenti sull'anticipo di pensione per invalidità

Domanda: quali sono le agevolazioni di anticipo dell'età pensionabile nel caso di dipendenti con rispettivamente il 50% e 80% di invalidità?

Risposta: I benefici in favore dei lavoratori invalidi e sordomuti sono previsti dall'art. 80, comma 3 della Legge 23 dicembre 2000 n. 388 che riconosce un incremento dell'anzianità contributiva di due mesi per ogni anno di servizio effettivamente prestato presso pubbliche amministrazioni o aziende ovvero cooperative fissando un tetto massimo di 5 anni. Per poter fruire del beneficio bisogna sia riconosciuta un'invalidità superiore al 74% (in caso di riconoscimento di invalidità civile) ovvero un'invalidità ascritta alle prime 4 categorie della tabella A delle pensioni di guerra (in caso di riconoscimento di infermità per causa di servizio). Il riconoscimento del bonus pensionistico decorre dalla data di presentazione della domanda di invalidità civile o di causa di servizio anche se il riconoscimento avviene molto tempo dopo. Si ribadisce che oggetto di riconoscimento sono tutti i servizi privati e pubblici durante i quali all'interessato è stata riconosciuta un'invalidità superiore al 74%. Chi ha diritto al riconoscimento è invitato a presentare apposita istanza all'ente di appartenenza cui è demandato l'accertamento della sussistenza del requisito per il diritto all'attribuzione della maggiorazione pensionistica in questione nonché la trasmissione della prescritta documentazione alla sede INPDAP competente. L'INPDAP, a tutt'oggi, applica il suddetto beneficio in sede di pensione limitatamente a coloro che rientrano nel sistema retributivo (chi ha maturato un'anzianità contributiva di 18 anni al 31/12/1995). Per coloro a cui si applica il sistema contributivo si è in attesa di un chiarimento in merito alle modalità applicative. Pertanto, in risposta al quesito, il beneficio viene riconosciuto solo ai dipendenti con l'80% di invalidità essendo superiore al 74% mentre non compete ai dipendenti con invalidità al 50%.

Il servizio previdenziale

Illegittimo il cambio turno conseguente a ritorsione gerarchica

La Cassazione ha affermato che, nel caso di un cambio turno imposto ad un dipendente, qualora vi sia uno stretto rapporto cronologico tra un comportamento del lavoratore stesso e la scelta datoriale ed in mancanza di prove oggettive delle ragioni tecnico-organizzative che hanno portato a tale deci-

sione, il provvedimento di cambio turno può considerarsi fondato su motivi disciplinari e ritorsivi ed è quindi illegittimo. La Corte di Cassazione, nella sentenza n. 20196 del 4 ottobre 2011 si è occupata di un caso alquanto singolare, relativo ad un cambio turno assegnato ad un lavoratore dalla propria azienda, avente fini ritorsivi e disciplinari.

Infatti, nel caso di specie, il lavoratore era stato sempre addetto al turno di notte in un reparto di tessitura ma, allorquando si era rifiutato di seguire altri 5 telai, oltre agli 11 già attribuiti alle sue cure, aveva ricevuto una contestazione disciplinare.

Tuttavia lo stesso aveva presentato le proprie giustificazioni alle quali non era seguita l'irrogazione di alcuna sanzione disciplinare, ma subito dopo gli era stato comunicato il cambio di turno per "motivi inerenti l'attività produttiva e per evitare il verificarsi di fatti molto incresciosi".

In effetti, così come presentato il provvedimento di cambio turno sembrava avere più una natura disciplinare ed anche ritorsiva piuttosto che essere giustificato da ragioni tecnico-organizzative.

Posto quanto sopra ed atteso che il cambio aveva di fatto provocato un danno salariale (conseguente alla perdita della maggiorazione per il turno notturno), oltre a patologie cliniche connesse a disturbi del sonno, il lavoratore ha impugnato il provvedimento chiedendo:

- il riconoscimento dell'invalidità o della nullità del provvedimento di mutamento del turno;
- il reintegro nel turno notturno;
- il pagamento delle differenze salariali conseguenti alla perdita della maggiorazione;
- un risarcimento per danni biologici, morali ed esistenziali.

In conclusione gli Ermellini hanno riconosciuto che la scelta datoriale in merito alla modifica del turno nei confronti del dipendente non è legittima qualora si fondi su ragioni di carattere ritorsivo e disciplinare.

Sblocco del turn over per le regioni indebitate

Manovra bis - legge di conversione 14 settembre 2011, n. 148, pubblicata nella G.U. 16 settembre 2011, n. 216.

Art. 23-bis. Per le regioni sottoposte ai piani di rientro per le quali in attuazione dell'articolo 1, comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è stato applicato il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, su richiesta della

regione interessata, può essere disposta la deroga al predetto blocco del turn over, previo accertamento, in sede congiunta, da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), della necessità di procedere alla suddetta deroga al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, il conseguimento di risparmi derivanti dalla corrispondente riduzione di prestazioni di lavoro straordinario o in regime di autoconvenzionamento, nonché la compatibilità con la ristrutturazione della rete ospedaliera e con gli equilibri di bilancio sanitario, come programmati nel piano di rientro, ovvero nel programma operativo e ferma restando la previsione del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Toscana, check list di sala operatoria obbligatoria per legge

Con una delibera di Giunta, la Regione Toscana ha introdotto la check list di sala operatoria tra le buone pratiche da adottare obbligatoriamente per la sicurezza del paziente. La buona pratica propone sia la check list in versione essenziale, come raccomandata da Oms e Ministero della salute, che una check list più estesa, che traccia le operazioni dell'intero percorso chirurgico del paziente.

Responsabili della check list sono tutte le figure coinvolte nel processo: chirurghi, anestesista, ferrista, infermieri di sala e di reparto, ciascuno per la parte di propria competenza. Scopo dell'applicazione di questo strumento, quello di prevenire procedure chirurgiche nel paziente sbagliato, o su una parte del corpo sbagliata, e la ritenzione di garze, strumenti o altri materiali nella parte operata.

Nella delibera si stabiliscono anche i principi e le regole per la comunicazione degli eventi avversi, sia all'interno dell'organizzazione sanitaria che nei rapporti con il paziente e/o i suoi familiari.

"Anche in questo caso - si legge sul sito ufficiale della Regione Toscana - ci sono ormai numerose evidenze scientifiche che sottolineano come i principi di fondo a cui deve ispirarsi la comunicazione sono l'empatia, il tempismo, l'approccio non colpevolizzante e non difensivo, la trasparenza, l'alleanza con il cittadino, la fiducia, l'impegno per il miglioramento, la collaborazione, il coinvolgimento".



Sull'attribuzione delle Posizioni Organizzative decide il Giudice ordinario e non il TAR

Importante vittoria al Policlinico Umberto 1°

di Prof. Dott. Mauro di Fresco - Roma

Ora che le Regioni, nell'impeto della crisi economica e nell'unica soluzione di tagli alla spesa pubblica (comprese le retribuzioni del pubblico impiego), hanno deciso di ridurre le posizioni organizzative di cui agli artt. 20 e 21 C.C.N.L. Comparto Sanità 1998-2001, le Avvocature ospedaliere e Generali dello Stato sperimentano una nuova strategia difensiva eccettuando il difetto di giurisdizione cioè sostenendo che la causa di chi pretende il pagamento dell'indennità de qua debba essere spostata dal Giudice del Lavoro al T.A.R.

Insistono che il Giudice Amministrativo sia il giudice naturale delle posizioni organizzative perché l'art. 63 del D.Lgs. 30.03.2001 n. 165 lo individua come giudice degli atti autoritativi e delle procedure concorsuali.

Un caso emblematico ci permette di esaminare la questione per definirla esaurientemente: due capireaie infermieristiche dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I hanno visto riconosciuto il diritto alle posizioni organizzative. Il Tribunale del lavoro di Roma, sulla scorta di un ricorso confezionato dal sottoscritto relatore ha liquidato una somma pari ad euro 84.000 quale arretrato quinquennale dell'indennità in parola.

L'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I resiste in appello sollevando la questione pregiudiziale e deducendo il vizio di giurisdizione anche in ordine all'art. 4 del D.Lgs. n. 165/2001 per cui ritiene che gli ospedali siano organi di governo che formano atti autoritativi e di indirizzo politico-amministrativo.

Da questo discende la giurisdizione squisitamente amministrativa dell'impugnazione della delibera e del regolamento attuativo per l'attribuzione delle posizioni organizzative.

Alcune fondamentali questioni confutano questa assurda teoria che, tra l'altro, non trova adeguata giurisprudenza a sostegno.

In verità l'art. 4 del D.Lgs. n. 165/2001 non disciplina la giurisdizione del giudice ordinario e del giudice amministrativo che è, invece, regolata dall'art. 63. L'art. 4 regola le attività degli organi di governo che hanno il potere di emanare le linee di indirizzo politico-amministrativo e gli atti relativi alle procedure concorsuali.

Ebbene, la controparte vuole far intendere che fa parte di tali organi per cui può emanare gli atti relativi alle procedure concorsuali con conseguente spostamento della giurisdizione.

Leggendo accuratamente l'art. 4 si constatata, con estrema chiarezza, **che gli organi di governo emanano gli indirizzi programmatici mentre i dirigenti provvedono all'applicazione.** Infatti, in questo modo, viene enunciato il principio di separazione tra politica ed amministrazione, introdotto nell'ordinamento italiano dal D.Lgs. 29/1993: la politica spetta agli organi di governo (tra i quali rientrano il governo a livello nazionale e i consigli, le giunte e i presidenti o sindaci a livello regionale, provinciale e comunale), mentre l'amministrazione della cosa pubblica spetta ai dirigenti. Per cui la tesi proposta dalle aziende ospedaliere, ancorché fuorviante, è del tutto inconferente e viziata da falsa applicazione.

Difatti la giurisprudenza ha interpretato, in maniera inequivoca, l'art. 63 nel senso che il Giudice amministrativo interviene nelle procedure concorsuali relative alle assunzioni e non ai passaggi economici di personale già assunto. Per esempio, proprio su un caso identico a quello presente cioè sul difetto di giurisdizione relativo all'attribuzione delle posizioni organizzative, la Suprema Corte di Cassazione, SS.UU., sent. 18.06.2008, n. 16540, respingendo l'eccezione sollevata dal Comune di Brindisi, così decise: "Le c.d. posizioni organizzative si concretano nel conferimento al personale inquadrato nelle aree di incarichi relativi allo svolgimento di compiti che comportano elevate capacità professionali e culturali corrispondenti alla direzione di unità organizzative complesse e all'espletamento di attività professionali e nell'attribuzione della relativa posizione funzionale.

Non vi è dubbio,

la giurisdizione della presente causa non può che essere ordinaria! Le SS.UU. (settima ed ottava) hanno riconfermato recentemente quanto qui confutato all'azienda ospedaliera. Con sentenza n. 8836 del 14.04.2010 e ordinanza n. 10419

dell'8.05.2006, che riguardano proprio le posizioni organizzative è stato ribadito che: "Le posizioni organizzative si concretano nel conferimento al personale che svolge compiti che comportano elevate capacità professionali e culturali corrispondenti all'espletamento di attività professionali e nell'attribuzione della relativa posizione funzionale. In particolare la contrattazione ha previsto che possono essere preposti a tali posizioni i dipendenti appartenenti all'area apicale dei diversi comparti...".

Emerge che la posizione organizzativa non determina un mutamento di profilo professionale né un mutamento d'area. Si tratta, in definitiva, di **una funzione ad tempus.**

Per questi motivi la Corte, a sezioni unite, dichiara la giurisdizione del giudice ordinario". Sentenza confermativa di una giurisprudenza già così univocamente orientata. - Ex plurimis T.A.R. Calabria, sez. I, sent. n. 2081 del 13.12.2001 e SS.UU. (nona citata) ordinanza n. 9168 del 20.04.2006.

A ben vedere, nove decisioni rese a Sezioni Unite e tutta la giurisprudenza amministrativa e ordinaria in materia, smentiscono inoppugnabilmente quanto sostenuto dalla difesa del Policlinico.

Queste, sommariamente, le difese che i coordinatori infermieristici possono opporre alle aziende che non intendono riconoscere il legittimo diritto alle posizioni organizzative.

L'articolo per esteso è rinvenibile su www.laprevenienza.it

Roma 20.11.2011

Prof. Dott. Mauro Di Fresco



La valutazione delle strutture sanitarie:

il concetto di Accreditemento

Inf. Massimo Menchella - Azienda Sanitaria di Caserta



Secondo il vocabolario della lingua italiana Zanichelli la parola **accreditamento** deriva dal verbo **accreditare** che significa: rendere credibile. Nel contesto sanitario attuale che metaforicamente ruota attorno a termini quali: “responsabilità, qualità, miglioramento”; la parola **accreditamento** occupa un ruolo da “star”. Negli’ultimi venti anni il sistema sanitario è stato protagonista di una rivoluzione copernicana, che ha ridimensionato radicalmente il management aziendale sanitario oggi infatti si parla di management: “il Customer Driver (guidato dal cliente)”. Lo strumento operativo del management Customer Driver è ispirato alla strategia organizzativa della qualità totale. Su di un palcoscenico così strutturato si può ben comprendere l’importanza che attualmente riveste l’accreditamento come garanzia di un servizio sanitario di qualità, una qualità reale, oggettiva e misurabile.

Nel sistema sanitario italiano distinguiamo:

- l’accreditamento istituzionale;
- l’accreditamento all’ecceellenza.

Per Accreditemento Istituzionale intendiamo il processo di valutazione e di verifica del possesso di una serie di requisiti predeterminati da parte di Aziende sanitarie pubbliche e private che vogliono esercitare attività sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario nazionale. L’accreditamento istituzionale è previsto dal DPR 14/1/1997 “Atto di coordinamento e di indirizzo Per l’autorizzazione delle strutture sanitarie ...” che ha dato indicazioni alle regioni perché individuino i requisiti ulteriori per l’accreditamento. L’accreditamento istituzionale rappresenta un insieme standardizzato di requisiti di governo considerati utili per garantire prestazioni conformi alle caratteristiche stabilite.

Con il decreto legislativo n. 229/99 è stato possibile per le regioni identificare i criteri per la realizzazione dell’accreditamento regionale. L’accreditamento istituzionale pone l’Italia nella categoria dei paesi che si rifanno a sistemi per l’accreditamento cosiddetti per pubblica regolamentazione perché promossi dagli enti di governo; in altre situazioni questi hanno avuto avvio per azione di gruppi professionali.

Il primo esempio del secondo approccio si è realizzato negli Stati Uniti per iniziativa dei chirurghi 1916/1917 che attivarono percorsi di accreditamento delle strutture sanitarie per garantirsi ospedali in grado di supportare adeguatamente la

pratica clinica; tale approccio, tuttora in vigore seppure trasformato, ha fatto proseliti in numerosi altri paesi, soprattutto in lingua anglosassone (Canada, Regno Unito ed Australia). I due approcci differiscono soprattutto nella filosofia ispiratrice: la promozione di una buona pratica clinica in un caso; la garanzia di buona assistenza sanitaria per i cittadini nel secondo.

L’Accreditamento all’Eccellenza ha ormai una lunga storia sia in America, sia in Canada ed Australia, con un elemento comune: il consenso generale tra i professionisti rispetto al fatto che l’accreditamento avrebbe aiutato ad assicurare uniformità negli standard di assistenza e a fornire un ambiente appropriato dove i sanitari avrebbero trattato i pazienti.

L’accreditamento all’ecceellenza è un processo nel quale un ente, separato ed indipendente dall’organizzazione sanitaria richiedente, solitamente non governativo, valuta l’organizzazione al fine di stabilirne l’aderenza

ad un set di requisiti (standard) studiati per migliorare la sicurezza e la qualità dell’assistenza sanitaria. L’accreditamento è percepito come uno strumento che può aiutare chi fa politica sanitaria a valutare l’adeguatezza della qualità dell’assistenza.

Il sistema di accreditamento ideale dovrebbe avere:

- le caratteristiche della partecipazione volontaria;
- standard attraverso cui viene valutata la compliance;
- valutatori che sono esterni e indipendenti dalle organizzazioni sanitarie;
- una singola misura che indica il grado di adesione agli standard.

La partecipazione nella maggior parte dei processi di accreditamento è volontaria e l’esito è rappresentato da una classificazione o da un punteggio che denota il grado di complice degli standard. Ogni sistema di accreditamento è sotto il controllo di un board indipendente costituito dai rappresentanti dei relativi gruppi professionali. Il board concorda la classificazione, i gruppi di



accreditamento si auto-finanziano e, ciascuna organizzazione partecipante paga una tassa.

Cenni Storici

Il sistema di accreditamento nasce negli Stati Uniti nel 1912 e viene promosso da un gruppo professionale al fine di attivare una forma di controllo sugli ospedali, assicurare un riconoscimento professionale all'interno della comunità scientifica ed iniziare un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Nel 1916 vengono prodotti i primi standard dando avvio al programma di standardizzazione degli ospedali.

Nel 1952 i professionisti attraverso gli organi di rappresentanza associativa, quali l'American Medical Association, l'American Hospital Association, l'American College of Physicians, l'American Dental Association ed altre, costituiscono la Joint Commission Accreditation of Hospital, un organismo volontario, non governativo, senza fini di lucro, che ha il compito di aggiornare e produrre gli standard e, inoltre, effettuare le procedure di accreditamento; l'equipe è composta da infermieri, medici, amministratori ed altri specialisti.

Alla fine degli anni '70 in Europa si incominciano a sviluppare ed incrementare i sistemi di accreditamento. I primi sono i Paesi Bassi che, nel 1979, su

iniziativa dei professionisti, fondano il CBO (Central Begeleidingsorgaan Voor De Intercollegiale Toetsing) un'agenzia indipendente finanziata dagli ospedali, il cui obiettivo è l'individuazione di sistemi di miglioramento della qualità che supportano i professionisti nell'implementazione dei sistemi stessi nei servizi in cui operano.

Nel 1989 il Kings Fund Centre introduce in Gran Bretagna una forma sperimentale di controllo "l'audit organizzativo", il cui obiettivo è quello di promuovere un processo di autovalutazione interna nell'ambito delle attività assistenziali e degli esiti ottenuti. Il programma prevede l'adesione volontaria da parte delle strutture sanitarie e il risultato della verifica non è rappresentato dallo status di accreditato ma, dal rilascio di raccomandazioni. La Gran Bretagna dispone, inoltre, di altri sistemi di accreditamento.

In Italia i primi segnali di interesse per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie sono emersi dal contratto nazionale di lavoro per il settore sanità, DPR n. 270/87. Vi si

prevedevano attività, da realizzarsi a livello di unità sanitaria locale e a livello



regionale, di valutazione e promozione della qualità, in particolare "... di verifica di standard assistenziali".

Nel successivo contratto si prevedeva l'istituzione di un comitato nazionale per la verifica e la revisione della qualità "... tecnico scientifica e umana dei servizi e degli interventi sanitari per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie".

Nella metà degli anni '90 nasce in Italia la Società Italiana VRQ; questa società ha introdotto in Italia il metodo di A. Donabedian.

Con il Decreto Legislativo n. 502/92 sono stati dettati i principi ispiratori dell'accREDITAMENTO. La forma di accREDITAMENTO che viene promossa è quella della certificazione obbligatoria e, quindi della valutazione esterna della struttura nei termini di una conformità a standard richiesti.

Nel 1995 la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 416, definisce l'accREDITAMENTO come: un'operazione, da parte di un'autorità o di un'istituzione, con la quale si riconosce il possesso, da parte di un soggetto o di un organismo, di specifici requisiti appositamente prescritti e si risolve nell'iscrizione in un elenco albo da cui possono attingere per l'utilizzazione altri soggetti.

Il 14/01/1997 è stato pubblicato il DPR recante "approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Le regioni risultano per cui in stretto rapporto con il processo di accREDITAMENTO, poiché ad esse è demandato il compito di definire i requisiti qualitativi ulteriori, rispetto a quelli minimi identificati nel decreto utili ad innescare il processo di accREDITAMENTO.

L'evoluzione dei sistemi di accREDITAMENTO

In questi ultimi anni a seguito dei nuovi scenari nel mondo politico, sanitario, economico e culturale, si è innescata una continua ed inarrestabile evoluzione dei modelli di accREDITAMENTO. L'evoluzione



IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
 IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

ha trasformato prevalentemente gli standard e gli indicatori.

L'evoluzione del sistema statunitense

La **Joint Commission** ha focalizzato il suo lavoro sulla definizione di indicatori di processo, certa che la performance organizzativa rappresenti la base per il raggiungimento di risultati inerenti i pazienti, i costi, la qualità e valore per il cliente finale.

Il sistema statunitense adotta la filosofia del miglioramento continuo che prevede la centralità del cliente, il controllo del processo, una visione sistemica, l'attenzione verso tutti coloro che rappresentano la leva del cambiamento.

La Joint Commission ha inoltre sviluppato un programma per attivare una procedura di accreditamento al di fuori dei confini statunitensi.

L'evoluzione del sistema canadese

Nel 1991 il Canadian Council ha apportato delle modifiche al sistema di accreditamento perché ha adottato la filosofia del Total Quality Management ed ha elaborato per cui standard inerenti a specifici processi:

- assistenza al paziente;
- processi di supporto;
- processi legati alla guida dell'organizzazione.

Il processo di accreditamento avviene mediante un processo di autovalutazione che deve precedere la visita di accreditamento. L'esito del processo di autovalutazione deve essere consegnato all'ente di accreditamento prima della visita.

Il modello di accreditamento prende in esame nove aree assistenziali vere e proprie, tre aree assistenziali al cliente, l'area dirigenziale di leadership.

Meccanismi operativi di un sistema di accreditamento

La maggior parte dei sistemi elencati finora, condivide l'impostazione iniziale data dal programma per la standardizzazione degli ospedali del College of Surgeons (USA); infatti:

1. presenta un processo ciclico in cui alla fase della verifica segue l'adeguamento della struttura a standard che con il tempo vengono aggiornati a livello di performance sempre più elevate;

2. le agenzie verificatrici sono esterne all'organizzazione, auto-finanziate, non a fini di lucro;

3. il risultato del processo di accreditamento consiste in un'approvazione o non approvazione graduata per uno o più anni, inoltre il risultato può essere riconosciuto dal governo per concedere l'accesso ai

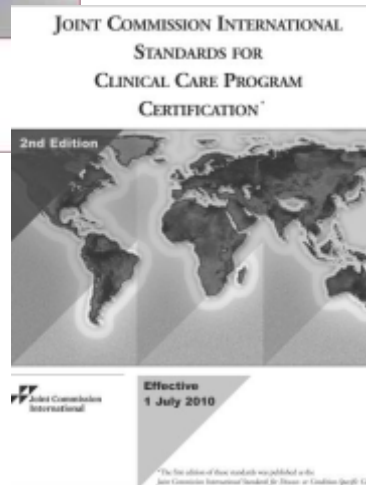
rimborsi.

Se prendiamo in considerazione la valutazione della qualità, i sistemi di accreditamento delle diverse nazioni hanno in comune gli attributi della qualità:

- efficacia;
- Efficienza;
- Appropriatezza;
- Linee guida;
- Tempestività;
- L'accessibilità;
- Accettabilità;
- Soddisfazione degli utenti;

Partendo dagli attributi della qualità i sistemi per l'accreditamento hanno stabilito per poter condurre una valutazione della qualità dei Criteri degli standard.

I criteri rappresentano le caratteristiche osservabili di una organizzazione sanitaria, un esempio è: "la dotazione di infermieri per posto letto, la disponibilità di bagni in camera"



Lo standard è associato ad ogni singolo criterio ed è rappresentato da un valore quantitativo che da significato al criterio stesso, rappresentando il livello di accettabilità di quella caratteristica se associato alla qualità e s e m p i o : il criterio/caratteristica "dotazione di infermieri per posto letto" si trasforma in "numero di infermieri per posto letto".

Per ogni criterio e standard è possibile associare un peso, in base all'importanza che questi rivestono nel determinare il livello qualitativo.

Tuttavia nel valutare la qualità di una prestazione sanitaria, nel valutare l'adeguatezza della dotazione di infermieri per posto letto è fondamentale l'uso degli indicatori quando si parla di "monitoraggio e miglioramento della qualità in una struttura". Gli indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria sono variabili utilizzate per misurare la qualità e per prendere decisioni ai fini di migliorarla (Focarile 1998).

Un'altra definizione di indicatore è la seguente: "caratteristica qualitativa e quantitativa di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire" (Regione Emilia Romagna).

Un indicatore deve presentare le seguenti caratteristiche:

- Pertinente: capacità di misurare soltanto il fenomeno che si intende misurare.
- Accurato (sensibilità e specificità): capacità di misurare in modo veritiero ciò che s'intende misurare.
- Comprensibile.
- Facilmente calcolabile.
- Discriminante: capacità di differenziare condizioni in funzione dei diversi valori assunti.
- Evidence - Based: basato sull'evidenza scientifica.

Gli indicatori possono essere classificati anche in:

- Indicatori basati su dati aggregati;
- Indicatori ottenuti aggregando dati di più eventi attraverso medie, rapporti, proporzioni, tassi, confronto con un valore di riferimento;
- Eventi sentinella.

In base al paradigma di Donabedian distinguiamo:

- Indicatori di Struttura;
- Indicatori di processo;
- Indicatori di esito.

L'indicatore rappresenta uno strumento di misura non convenzionale, pertanto la sua identificazione comporta l'esplicitazione:

- Dell'argomento (di cui tratta).
- Della giustificazione (per cui si pensa sia importante misurare l'andamento del fenomeno individuato).
- Della definizione dei termini.
- Del tipo di indicatore (di struttura di processo o di esito).

- Della fonte dei dati.
- Del livello soglia (corrisponde al livello di accettabilità del dato ed è estrinsecamente importante per dare significatività alla misurazione effettuata, che viene confrontata con esso);
- Del Formato dell'indicatore (rapporto tra due caratteristiche o presenza/assenza di una caratteristica).

Per cui gli indicatori oltre ad essere fondamentali come strumenti di misurazione affidabili e specifici, permettono anche un confronto tra due o più organizzazioni e quindi, oltre ad essere utili per una valutazione interna, possono indirizzare la struttura/servizio ad aprirsi all'esterno, realizzando a pieno un'attività di benchmarking

Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia



Piero Pantaleo

Ed. Franco Angeli
ISBN: 9788856831320
Prezzo: € 23,00
pp. 192
1a edizione 2011

I malati di tumore si affidano nella quasi totalità alla bio medicina, ma nelle diverse fasi del percorso della malattia, che li sottopone a una notevole carica di

stress fisico e psicologico, ricorrono frequentemente alle cure complementari.

Spesso le conoscenze relative a queste cure vengono acquisite attraverso i media o la rete amicale, con il rischio di conseguire informazioni incomplete o errate che possono confondere e allontanare dagli obiettivi della cura. È importante quindi che i malati, i loro familiari, ma anche gli operatori sanitari, abbiano una corretta informazione in modo da chiarire l'efficacia di tali cure e da sviluppare aspettative adeguate.

Questo è l'obiettivo del volume che descrive accuratamente le diverse forme di cure complementari specificando che esse non sono alternative alle cure tradizionali ma sono una parte di quella medicina integrata multidisciplinare che potrebbe e dovrebbe accompagnare il malato durante tutto il percorso di cura.

Scopo di questo testo è anche stimolare l'interesse dei professionisti, con la finalità di costruire interventi di supporto, non sostitutivi, alle terapie oncologiche. L'uso appropriato di queste forme di cura, opportunamente integrate e utilizzate da operatori esperti, può infatti apportare grandi vantaggi sulla qualità della vita dei malati.

Aiutare il paziente, sostenendolo durante la difficile fase della malattia, è infatti compito di ogni professionista della salute che intende occuparsi del malato nella sua totalità, unicità e complessità.

Piero Pantaleo, infermiere di oncologia, ha lavorato per molti anni presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Dopo la specializzazione in Infermieristica oncologica e Cure palliative, conseguita presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma, ha sperimentato ulteriori percorsi formativi ed esperienziali sulle cure complementari.

Infermieristica medico- chirurgica

Brunner-Suddarth



Quarta edizione
Casa Editrice Ambrosiana.
www.ceaedizioni.it
S. C. Smeltzer, B. Bare, J. Hinkle, K.
Cheever
Isbn 978-8808-18136-7
2010
Vol. 1° - 1728 pagine
Euro 115,00
Isbn 978-8808-18078-0
2010
Vol. 2° - 1104 pagine
Euro 88,00

Un testo che dovrebbe essere riposto al centro di una scrivania per un consulto facile e quotidiano ma nello stesso tempo in una libreria tra i testi fondamentali per lo svolgimento di una professione e parlando di professione infermieristica è certamente il Brunner-Suddarth.

I corollari della professione per gli autori sono la ricerca continua,

l'assistenza basata sull'evidenza. Il testo rimane strumento indispensabile e insostituibile per rendere la propria attività professionale conforme all'evoluzione continua della Disciplina Infermieristica.

L'opera nella sua quarta edizione è costituita da due volumi che contengono 16 unità. Ogni unità tratta l'argomento in modo esaustivo, partendo da cenni di Anatomia e Fisiologia che sono propedeutici alla comprensione dello stesso.

Da un punto di vista iconografico è ricco d'immagini esplicative.

Consiglio il testo a chi si avvicina alla didattica della disciplina infermieristica e a chi vuole esercitare la professione con una visione del panorama assistenziale "da una terrazza unica nel suo genere".

Aspetti giuridici della professione infermieristica 6/ed

Luca Benci



Ed. McGraw-Hill
ISBN: 9788838636998,
Prezzo: Euro 37,00,
Pub Date: September 2011
Pagine: 416

La sesta edizione del testo giuridico di riferimento per l'ambito infermieristico si presenta aggiornata alle riforme degli ultimi anni, come quella Brunetta sull'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, e tiene conto del Codice deontologico dell'infermiere approvato a gennaio 2009.

Il testo è stato completamente rivisto dall'autore, che ha ampliato i capitoli della vecchia edizione introducendo temi che non erano stati trattati (le infermiere della Croce Rossa, l'esercizio abusivo della professione, le sanzioni disciplinari, l'esercizio della professione in farmacia ecc.) ed eliminando riferimenti normativi superati dalle sentenze della Corte di Cassazione.

Il volume si rivolge al professionista, allo studente dei corsi di laurea, di laurea magistrale e dei master.

INDICE

- 1) La formazione infermieristica
- 2) L'esercizio della professione infermieristica
- 3) La funzione di coordinamento e la funzione dirigenziale
- 4) Gli operatori di supporto, gli operatori a esaurimento e le infermiere volontarie della Croce Rossa
- 5) L'inquadramento contrattuale della professione infermieristica nel Servizio sanitario nazionale
- 6) La responsabilità professionale: la responsabilità penale
- 7) I principali reati a carico dell'infermiere
- 8) La responsabilità dell'infermiere in determinate situazioni operative
- 9) La professione medica
- 10) Le altre professioni sanitarie
- 11) La responsabilità civile
- 12) La responsabilità disciplinare
- 13) Il nursing e la deontologia
- 14) Il consenso informato
- 15) L'infermiere e la libera professione
- 16) La documentazione sanitaria
- 17) La legge sulla privacy e le ripercussioni sull'assistenza sanitaria
- 18) Gli organi di tutela professionale

Luca Benci: Professore a contratto presso l'Università degli studi di Firenze per i corsi di laurea specialistica delle classi di laurea delle professioni sanitarie e membro del Comitato del master di I livello sulla metodologia della responsabilità professionale.



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

Per scrivere alla redazione:

infermieristicamente@nursind.it

Lavorare per vivere e morire di lavoro

Morire di lavoro, lottare per ottenere il rispetto dei propri diritti, perché come operatori sanitari non abbiamo ancora assimilato la cultura del rispetto della propria salute? Teresa (Sisa), era emigrata a Torino perché credeva profondamente nella libertà che fornisce l'indipendenza economica che da un lavoro onesto. Ha cominciato come ausiliaria in medicina, dove ha sempre lavorato e si è guadagnata il rispetto di tutti, pazienti e dipendenti.

Li ci siamo conosciuti e sposati, era in medicina quando è nato nostro figlio, era in medicina quando nell'85, si è punta con un ago infetto (dicitura riportata sulla denuncia INAIL del P.S.). Lì è cominciata la sua storia di caduta sul lavoro.

Spesso il nostro rispetto va ai martiri per la patria nelle varie guerre, ne parlano giornali, TV, radio libri. Si dedicano loro piazze e vie, ed è giusto, ma chi muore nello svolgere il proprio lavoro ha una fine spesso solitaria, silente, ma spesso anche senza onore, con un senso di vergogna. L'08/03/1992 moriva di HIV la nostra collega Bruna Pedali, infermiera alle Molinette di Torino, le fu fatale uno schizzo di sangue infetto, in un occhio, il sangue era di un paziente che era stato trasfuso nell'85 con sangue infetto (lo stesso paziente morirà a fine agosto 92). Io seguii con interesse la vicenda, anche perché era un triste momento, sotto molti aspetti, per l'infermieristica Torinese, ero stato colpito dalla mancanza di pietas nei confronti della collega, fui colpito all'epoca nel leggere le motivazioni della sentenza del giudice Guariniello di Torino, per tutto il fango gettato da parte di alcuni colleghi/e su di Bruna.

In quella occasione, la carenza di solidarietà, danneggiò molto la nostra categoria. Tornando a Sisa, con il ricordo di Bruna, nel 1999 si scopre HCV positiva; lì comincia una presa di coscienza (direi famigliare), ci rendiamo conto che l'ente si rifiuta di riconoscere la patologia, solo l'INAIL, in qualche modo ci appoggia in quella che diventerà una vera e propria guerra. Il fango arriva da diverse direzioni: l'ente ventila la trascuratezza negli accertamenti; la responsabile accusa Sisa di scansafaticismo durante la terapia con Interferon-ribbavirina; i sindacati sono latitanti (in un patronato sindacale di una sigla della triplice, un borioso soggetto ci propone 8 milioni di lire (10% a lui), in cambio di una liberatoria nei confronti dell'ente. E' di quel periodo la mia scoperta del sindacato di categoria, la scoperta di una carenza nel campo della sicurezza e della tutela nel nostro ambiente di lavoro.

Il periodo fu infelice, anche perché ci fu il passaggio delle nostre cause dal TAR al giudice del lavoro ordinario, noi finimmo in un periodo "finestra", dove entrambi si pronunciarono per la non competenza, unita all'imperizia di alcuni avvocati, c'era di che mollare tutto. Sisa optò per lottare, mi chiese di esserle a fianco, ed è cominciata una lotta titanica contro i mulini a vento, i muri di gomma, il fango delle accuse di cercare soldi. Il giudice del lavoro ci condannò a pagare le spese, chiedemmo all'ente una dilazione del pagamento ci venne concesso : 50% subito, il resto il

mese successivo, ovviamente pagammo in un'unica soluzione, a "microfoni spenti" il loro legale disse al nostro che chi non ha soldi non fa cause. Ergo, la giustizia è una merce per ricchi, per Sisa non ci doveva essere giustizia, in questo paese di intrallazzatori a vari livelli, Sisa come Bruna era una povera, non necessitava di giustizia.

Una notte preso dallo sconforto scrissi al Presidente della Repubblica, narrando la nostra odissea. Ci rispose un impiegato con una lettera formale ma che non diceva nulla, la stracciai e la gettai via. La fatica della malattia cominciava ad affacciarsi, chiedemmo un part tyme con turnazione fissa per patologia, ci fu concesso. Cominciarono allora le discussioni con la caposala e primaria, che asserivano di poter modificare il turno per esigenze di servizio, per affermare il diritto dovemmo diffidare legalmente l'ente, che dovette recedere. Sisa non mollò mai, il senso di giustizia, innato in lei, diede forza ad entrambi, nulla è stato concesso a "buon prezzo", ma ogni cosa fu "guadagnata sul campo".

Gli episodi, che sarebbero stati comici se in realtà non fossero stati tragici e parlassero di esseri umani, come quando l'INPS gli sospese le indennità, perché a loro dire era deceduta, e dovemmo dimostrare che era viva (la tenzone durò 11 mesi). La patologia è degenerata, fino al carcinoma ed a diffusione massiva metastatica, Sisa mi chiese di starle vicino, di non abbandonarla e lei avrebbe combattuto fino alla fine, la parola l'ha mantenuta (come sempre è stata fedele a se stessa ed agli affetti), 5 mesi di immobilità a letto non hanno minimamente fiaccato la sua grande anima, la sua grande forza, mi ha spronato sempre a lottare, chiedemmo una visita alla CMV di Torino (ad un mese dalla fine), trovammo molta umanità nel personale medico (il presidente affermò che era suo dovere non creare disagio a persone gravi, ed eseguirono la visita a domicilio), l'esito (su base documentale fu: dipendenza da causa di servizio).

Il 29 giugno la mia donna, mia moglie, la madre di mio figlio, la mia collega ed in special modo la mia compagna di lotta mi ha lasciato. E morta circondata da decine di amici e colleghi di cui si era guadagnata il rispetto, con la caparbieta del giusto che sa di aver ragione, con la dolcezza della semplicità, pregandomi di non mollare mai la lotta per questi diritti civili. Al rosario, il sacerdote che ci aveva sposati 32 anni prima, che conosceva il nostro vissuto, parlò di una grandissima storia che nessun giornale o televisione avrebbe mai narrato, perché è una storia di gente normale, che non lascia traccia (apparentemente). Io non so come evolverà la mia vita, il mio futuro, potrò rifarmi una vita, ma l'obbligo morale di divulgare questa storia non potrò mai abbandonarlo. Sisa come Bruna sono le nostre eroine (insieme a molte altre persone silenziose), sono un patrimonio per gli operatori sanitari, di qualunque livello.

Spesso discutiamo di rappresentatività, di distacchi sindacali (valori che il Nursind tiene in giusta considerazione), qualcuno dice che questo o quel sindacato, assegna distacchi privilegi e quant'altro, ma penso che il pensiero deve correre a quelle migliaia di colleghi silenti, che nel "buio" delle corsie porta avanti eroicamente (non è retorica), la quotidianità dell'assistenza, attorniti dall'indifferenza di politici, amministratori e compagnia bella. Qualcuno ha detto: povera la società che ha bisogno di eroi; allora povera la sanità se per svolgere una professione che al pari della scuola e poche altre istituzioni ha bisogno di eroismi per procedere. L'assistenza è la base della vita civile, la pietas è insita nell'animo umano e ci dovrebbe distinguere dalle bestie, ma chi ruba o amministra male, chi "taglia" indiscriminatamente costringendo a morire per vivere conosce la PIETAS. Io sogno che in futuro si possa svolgere la nostra professione dando scienza ma soprattutto

molta dolcezza a chi si rivolge a noi per essere curato, che il dialogo non venga considerato una perdita di tempo.

Giancarlo, Torino

La corsa dei bradipi

Continui furti: auto, moto, denaro, oggetti vari come cinture, borse e abbigliamento. Sembra il classico elenco della microcriminalità che commette reati contro il patrimonio. Invece ci troviamo all'interno dell'Azienda per l'Emergenza Cannizzaro di Catania. Una realtà che purtroppo va avanti da tempo. Si denunciano all'Azienda e alle Autorità gli avvenimenti... nulla si riesce a fare per contenere questi incresciosi episodi.

La percezione degli operatori del nosocomio è che le istituzioni sono impotenti; la disfunzione è così continua così impietosa che, come spesso succede, anziché arginarla la facciamo nostra. Diventa un pezzo di carne in putrefazione che evitiamo di tagliare e buttare; ci limitiamo a nascondere, lo copriamo con la rassegnazione.

La macchina del Medico è stata rubata: pazienza; la moto dell'ausiliario è sparita:....lasciarla incustodita nel parcheggio!; la raccolta di soldi per la beneficenza è stata sottratta dall'armadietto: hanno comunque beneficiato a qualcuno; è scomparso il mio pantalone: torno a casa in divisa.

Raggiunto questo livello, la puzza prima o dopo l'avvertono tutti. In questa realtà se un nuovo operatore inizia il servizio, può (suo malgrado) avvertire la puzza; povero lui! Non è ancora carico di quella rassegnazione necessaria per riuscire a tappare il naso. La pazienza si trasforma in rabbia.

Accade nel momento in cui quel nuovo operatore è rappresentato dal figlio di Raffaele Lombardo (Governatore della Sicilia). Accade quando il "figlio di" avverte il cattivo odore (gli rubano 500 euro dallo spogliatoio di sala operatoria). Accade quando la perpetua fase di acquiescenza dell'Azienda e delle Autorità viene interrotta. Si ha subito l'immagine di un bradipo che annaspa nel tentativo di partecipare alla gara dei cento metri. La rabbia è d'obbligo. Per anni abbiamo nascosto la carne sotto la rassegnazione, e solo perché il "figlio di" sente la puzza, tutti sembrano dei Setter inglesi. Si annusa in cerca della carne, o meglio si cerca il putrefatto.

La Direzione Sanitaria del Cannizzaro (nella figura della Dottoressa Longhitano) invita gli operatori di sala operatoria in una sorta d'interrogatorio. Si cerca di capire chi può essere stato, chi ha visto cosa o chi ha sentito chi. Si sottolinea che il Direttore Poli è agguerrito, pretende di arrivare al traguardo. In questi cento metri è stato invitato anche un rappresentante della Beneficenza. La gara dei bradipi è pronta; durante la corsa, forse per fatica, forse per mancanza di ossigeno (la puzza è tanta) si odono parole confuse come trasferimento e sospensione del personale (fortuna che si tratta di confusione e non di minacce).

Una gara D.O.C. prevede anche un concorso: scommetti su chi è il putrefatto. Le scommesse sono accettate e vi elenco le quote: Direzione 1000:1; Medici 800:1; Infermieri e Ausiliari 1:1.

La Direzione ha invitato al colloquio solo infermieri e ausiliari, e questo vi fa ben capire che la colpa è sicuramente di una di queste categorie, naturalmente l'altra si è resa complice per omertà. Non so se invitarvi ad una raccolta di soldi per aiutare il "figlio di", o se invitarvi ad aprire gli occhi.

Negli spogliatoi di Sala Operatoria (la mattina) transitano 2 coordinatori, circa 5 ausiliari, una quindicina d'infermieri e non meno di trenta Medici (anestesisti, chirurghi, specializzandi). Nella nostra realtà, parlando di infermieri, riusciamo a

ribaltare ogni matematica legge delle probabilità. Si azzerà la probabilità che il putrefatto sia un Medico additando con certezza il gruppo minore.

Sono fatti di una gravità inaudita. Non siate rassegnati ad essere trattati in questo modo. Vi imploro a non rassegnarvi. DANNATI NOI categoria senza palle. Trasformiamo i bradipi in lepri. Facciamolo diventando leoni che ruggiscono con la voce della dignità.

Megna Alfonso
Fiero di essere Infermiere

L'infermiere non è un OSS

P.C. Nursind, Sindacato delle Professioni Infermieristiche

Gentilissima redazione de "L'UNIONE SARDA"

Già diverse volte vi ho scritto per farvi presente che spesso, purtroppo, nei vostri articoli raccontate una realtà che non corrisponde a verità soprattutto quando si parla della professione INFERMIERISTICA. Gli articoli ormai non si contano più e più passa il tempo, più i Vostri lettori ve lo fanno notare e più voi continuate imperterriti sullo stesso errore.

L'ultima volta vi ho scritto per due articoli pubblicati a distanza di pochi giorni datati 17 luglio 2010 nella pagina di Cagliari dal titolo "Cagliari, furti nelle corsie dell'ospedale: arrestato un infermiere del Brotzu"; il secondo datato 28 luglio 2010 nella pagina di Oristano dal titolo: "Abusi sessuali, infermieri a casa: i due sono accusati di violenza su un anziano". Titoli importanti che sicuramente attirano l'attenzione del lettore, peccato che in entrambi i casi non si trattasse di INFERMIERI.

Stesso errore è capitato in data 6 ottobre 2011 a pag. 6, e l'8 ottobre 2011 nella pagina di Nuoro, in cui parlate di "Corsi per infermieri, 60mila domande" e a seguire "Sessantamila domande presentate alla Regione per arrivare ai seicento posti dei corsi per operatore socio-sanitario".

Io sono un Infermiere, ho conseguito una Laurea presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dopo aver superato un test d'ingresso, lo stesso test che ogni anno viene svolto presso la cittadella universitaria di Monserrato alla quale voi ogni anno dedicate diverse pagine sul vostro giornale. La domanda, quindi, l'ho presentata presso l'Università degli Studi di Cagliari e non presso la Regione Sardegna. Questo per farvi capire, sempre che ce ne sia ancora bisogno, che una cosa è l'infermiere, un'altra è l'OSS. Due percorsi completamente diversi, ruoli e responsabilità completamente differenti.

Nella pagina di Nuoro, invece, in occasione di uno sciopero sui tagli nella sanità avete riportato uno stralcio di un'intervista di una signora che dichiara di essere infermiera precaria a Olbia e allo stesso tempo di far parte della graduatoria di un concorso per OSS (Operatore Socio Sanitario) finito al Tar. Credo sia un po' contraddittorio. Sarebbe come intervistare un Ingegnere che dichiara di far parte di una graduatoria per geometri.

Vi scrivo non per screditare la figura dell'OSS, ci mancherebbe, ma semplicemente per difendere la mia categoria e la mia professione, per invitarvi per l'ennesima volta a descrivere ciò che è la realtà per una questione di rispetto e correttezza per entrambe le categorie, per rispetto dei vostri lettori (tra cui il sottoscritto), perché il primo obbligo del giornalista è nei confronti della verità, o almeno dovrebbe...

Con grande rammarico,
Alessandro, Infermiere e vostro lettore.

Pensione a 65 anni?

A tutti gli amici e colleghi infermieri.

Ieri mattina a quest'ora ero in spiaggia sotto l'ombrellone a leggere sul quotidiano "la repubblica" dell'esclusione (nella "riforma" delle pensioni inserita nella manovra bis di agosto) degli anni di riscatto di università e servizio di leva dal calcolo per andare in pensione che riguardava soprattutto medici, magistrati e altre categorie con una formazione universitaria corposa.

Neanche 24 ore dopo, a casa mia, apprendo dal telegiornale che questo articolo della manovra è stato cancellato. Non hanno fatto neanche in tempo a scriverla questa norma che già i medici e i magistrati inferociti sono riusciti a farsela togliere. Vi siete chiesti il motivo per cui alcune (anzi tante) categorie di professionisti ottengono, anche in breve tempo, tutto ciò che chiedono a difesa della loro professione, dei loro compensi, pensioni e

quant'altro?

Ve lo dico io: PERCHE' SONO TUTTI ISCRITTI AL PROPRIO SINDACATO DI CATEGORIA (ci tengo alle maiuscole). Non troverete un solo medico che non sia iscritto al proprio sindacato. Perché? Perché essere iscritti ad un sindacato (meglio se della propria professione, è ovvio) vuol dire ESISTERE, vuol dire avere il POTERE di farsi ascoltare, vuol dire avere la possibilità di DIRE LA NOSTRA riguardo alle leggi, ai provvedimenti e a tutto ciò che ci interessa e di OTTENERE i giusti diritti per la propria categoria. Avete capito perché noi infermieri non riusciamo mai ad ottenere qualcosa di positivo per la nostra professione? Per la nostra vita, aggiungerei, altro che "lavoro" visto che dovremo passare 40 ANNI della nostra vita e fino a 67 anni in corsia a lavorare giorno, notte, natale, capodanno e pasqua!

Scusate se mi permetto, ma gli infermieri, NOI infermieri siamo soltanto capaci di lamentarci e piangerci addosso per le ingiustizie che regolarmente colpiscono la nostra professione. Chi crede che debba difendere i nostri

diritti di lavoratori? Le/ i nostri caposala? I nostri primari? Il dirigente infermieristico? Non penso proprio. Se non siamo noi a svegliarci e a unirvi in un sindacato di categoria che porti avanti i nostri interessi (che poi sono anche gli interessi dei malati perché se noi veniamo messi in condizione di lavorare non al meglio delle nostre capacità, quelli che ne fanno le spese sono i pazienti e questo lo sappiamo bene) non lo farà nessuno al nostro posto. Ma finché non capiremo questo, le cose andranno sempre peggio per noi. Baci.

Rosalba Caccia.

Le attività sanitarie non sono sempre e soltanto medicocentriche

Egregio Garimberti, desidero aggiungere un contributo professionale alla Sua rubrica di domenica 7 agosto, quando ha replicato, con argomenti interessanti, al medico amareggiato dall'attuale situazione del Servizio Sanitario Pubblico.

Sono un Infermiere coordinatore di 50 anni, inserito nel SSN da tre decenni, e ho lavorato dapprima per l'Ente ospedaliero, poi per le USL, infine oggi dipendo dall'Azienda Sanitaria: il tutto restando nello stesso stabilimento ospedaliero. Vorrei dire che anche ai tempi degli Enti, il Comitato di gestione era di squisita nomina partitica. Ma all'epoca le scelte di questi comitati, sicuramente politiche, non erano solo legate alla tessera, ma anche all'offerta e alla professionalità delle prestazioni.

Ho visto e vissuto sprechi favolosi: non sono

passati molti anni da quando i sindaci dei più sperduti paesini inserivano nel loro programma la postazione 118 nella piazza principale, con l'elicottero pronto al decollo.

Oggi siamo precipitati - anche a causa di sprechi indecenti - sul versante opposto, ed il rischio è quello di non sapere rispondere a tutte le richieste di assistenza: almeno a quelle giustificate.

Come Infermiere esperto, anzitutto ma sempre aggiornato (sto completando il mio secondo master universitario, per mia sola cultura vista la difficile applicazione professionale immediata) vorrei dirLe che non sono d'accordo sul ritenere un problema in più, come Lei sembra indicare, la creazione di nuove figure dirigenziali non mediche a coordinare e organizzare alcune attività ospedaliere.

Lei crede che un medico sia la persona giusta per progettare la turnazione degli Infermieri, indicare gli orari di apertura di un distretto, o scegliere quale materasso antidecubito ha le prestazioni migliori?

Non è preferibile che resti a fare diagnosi, stabilire prognosi, prescrivere terapie, in particolare se capace, esperto, aggiornato?

E sulle attribuzioni che Lei indica come "appaltate" ad altre professioni sanitarie?

Premesso che le competenze mediche non si possono semplicemente delegare a nessuno (le norme lo vietano e io lo condivido), non va fatta confusione con nuove procedure che rientrano nel campo delle possibilità di una professione sanitaria diversa da quella medica, e soprattutto si deve cominciare a pensare che le attività sanitarie non sono sempre e soltanto medicocentriche e/o medicodipendenti.

Le porto un solo esempio chiaro: due Regioni, la Toscana e la Emilia Romagna, hanno progettato, con l'accordo di tutti (ad eccezione del presidente dell'Ordine dei medici di Bologna...), ed il varo di un percorso di formazione, il "see and treat", ovvero la possibilità, per un Infermiere esperto di pronto soccorso, di trattare direttamente alcune patologie di bassa complessità, e gli consentono di inviare subito dallo specialista, senza inutili attese, il malato che ha - per esempio - un occhio ferito o un dito fratturato.

Nei pronto soccorso dove questa organizzazione non esiste, si deve attendere un tempo enorme per farsi vedere dal medico, impegnatissimo, che dopo aver siglato in fretta un modulo rinvia - per forza - dallo specialista, il quale non di rado ha già concluso il servizio; così va attivato il reperibile, eccetera.

Un disgraziato con una scheggia in un occhio attende in un pronto soccorso col see and treat qualche minuto (grazie all'organizzazione che "usa" le reali competenze di un Infermiere, assolutamente in grado di riconoscere il bisogno del malato) mentre in una organizzazione medicocentrica attende imprecisate ore, ma con l'approvazione dei rassegnati benpensanti.

Ho apprezzato il suo passaggio sulle conseguenze negative degli spostamenti selvaggi di Infermieri esperti da un reparto all'altro, dove non avendo mai lavorato possono rappresentare un problema: ma la chiosa ("manca il rispetto verso il medico") è discutibile: manca, in questi casi, il rispetto soprattutto verso chi ha bisogno di assistenza professionale, dedicata, qualificata: il malato.

Con stima
Francesco Falli

presidente Collegio Infermieri IPASVI la Spezia
www.ipasvi.laspezia.net



Slovacchia: grazie ad un'imponente petizione nazionale al Parlamento aumentati per legge gli stipendi a Infermieri e Ostetriche

Relativamente lunga ma entusiasmante ed efficace la vertenza che si è compiuta in Slovacchia da parte del sindacato infermieristico, sostenuto anche dai cittadini. Vediamo insieme le tappe.

Febbraio 2011

Il sindacato slovacco degli Infermieri e delle Ostetriche lancia una petizione chiamata «Se non ci prendiamo cura di noi, chi si prenderà cura di te?».

Maggio 2011

Di fronte al Parlamento si concentrano centinaia di infermieri, vestiti di nero, per attirare l'attenzione dei deputati sulle condizioni pietose dei loro stipendi. Consegnano una petizione composta di 240.000 firme.

Il Presidente della camera, Richard Sulik, al momento sfotte la manifestazione perchè ostruiva il traffico. Maria Levyova, la rappresentante del sindacato degli infermieri e ostetriche SKSPA, ha reagito prontamente replicando che i veri problemi erano ben altri.

Il presidente della Commissione parlamentare sanità, Viliam Novoty, si prende la responsabilità di affrontare il problema e promette il suo impegno.

Tra le richieste della petizione, oltre all'aumento dello stipendio, anche il riconoscimento di lavoro usurante con il pensionamento a 58 anni.

Giugno 2011

Gli infermieri e le ostetriche ottengono l'accoglimento da parte del Parlamento delle loro richieste incassando 143 voti parlamentari su sette questioni: aumenti di stipendio; età pensionabile più bassa (58 anni); controllo sul rispetto delle norme nelle strutture sanitarie; cambiamenti nel modo in cui le cure sanitarie vengono prestate presso le strutture di servizio sociale; sostegno per la formazione continua degli infermieri e delle ostetriche; cure ambulatoriali e creazione di un reparto infermieristico indipendente presso il Ministero della Salute.

Luglio 2011

Il Parlamento ha approvato alcune modifiche al Codice del Lavoro, soddisfacendo alcune delle richieste degli infermieri e ostetriche slovacche. Gli operatori sanitari che hanno più di 50 anni potranno chiedere l'esclusione dagli straordinari e dai turni di notte. Potranno aver diritto a cinque giorni di congedo retribuito all'anno per l'ECM.

Resta in sospeso la richiesta di aumento dello stipendio rinviata a settembre.

Novembre 2011

Il Parlamento approva il disegno di legge che ridefinisce lo stipendio minimo per infermieri e ostetriche che non potrà essere inferiore a 640 € per gli specializzati fino a 928 €. Gli aumenti entreranno in vigore da aprile 2012.

compagno per crescere i nostri due figli in un paese migliore, più "civile" e meritocratico, che offrisse un futuro migliore ai bambini.

Qual'è la considerazione dell'infermiere come professionista e come si può lavorare nel UK?

Per cominciare c'è da dire che fare l'infermiere qui è molto diverso che in Italia, qui è un lavoro ben pagato, rispettato al pari di quello del medico (se non di più!) e con possibilità di carriera.

La prima cosa da fare è l'iscrizione all'albo infermieri inglese (NMC), lo si può fare benissimo da soli richiedendo il modulo da compilare, è facile e per il completamento delle pratiche ci vogliono dalle 4 alle 6 settimane. Seconda cosa da fare è procurarsi le referenze, almeno due, qui non si può lavorare senza! Una volta che si hanno queste due cose si è pronti per cercare lavoro, non ci sono concorsi, i posti vacanti sono tutti nel web e c'è l'assunzione diretta dopo colloquio con la "charge nurse" (caposala).



Io sono qui da circa un anno e devo dire che mi trovo benissimo, a parte le difficoltà iniziali con la lingua, dato che il mio inglese non era dei migliori, ora non rimpiango proprio la scelta di essermi trasferita e non penso proprio tornerò indietro.

Attualmente sto lavorando in una "nursing home", è vicino a casa e questo mi permette di seguire senza problema di turni i miei figli (cosa che prima era impossibile); qui i turni vengono adattati alle esigenze del lavoratore ad esempio se hai figli, compagno che lavora a turni, etc... Inoltre dove lavoro io ci sono solo 40 pazienti e questo mi permette di imparare senza stress e frenesia, il linguaggio tecnico, la routine che seguono i pazienti per le visite e il post dimissione in un SSN diverso, per certi aspetti, dal nostro, specialmente nella burocrazia. Indovinate con 40 pazienti (meta' praticamente autosufficienti) in quanti siamo per turno.....??? **12!!! 3 infermieri, 1 caposala, 8 operatori.** Bisogna dire che qui di personale di supporto ce n'è veramente tanto, fare l'infermiere quindi significa occuparsi di gestire al meglio il personale e le risorse, compilare risk assessment, cartelle infermieristiche e verificare che vengano seguite ed aggiornarle.

Quanto guadagna un Infermiere Scozzese?

Lo stipendio parte da una base minima di 21.000 sterline/anno fino ad arrivare a 48.000. In Scozia dove vivo io (vicino ad Edimburgo) la vita non è molto cara con uno stipendio di 1000 sterline al mese si campa!!!

E il rapporto stipendio e costi della vita? facci qualche esempio.

Per quanto riguarda l'affitto io pago 600 sterline al mese, ed è caro (come dicono i miei colleghi) ma noi abbiamo una casa enorme di fronte al mare quindi onestamente non è poi così caro!! Per la scuola dalle elementari alle superiori è gratuita, non abbiamo nemmeno il costo dei libri o quaderni, fornisce tutto la scuola, spendiamo circa 2 pound al giorno se il bambino mangia alla mensa (altrimenti può portare da casa) e il costo delle divise è veramente ridicolo (3 pound per due paia di pantaloni, 2 pound per le magliette e 4 pound per le felpe!) il tutto viene rimborsato se fai la richiesta, indipendentemente dal tuo reddito, ogni aprile, le tasse sono il 20% ma lo paghi volentieri perché tutto funziona perfettamente! Insomma una esperienza diversa, stimolante ed appagante che consiglieri a tutti di fare.

Essere Infermiere in Scozia

Riportiamo da <http://www.infermierin.it/dal-mondo/item/294-infermiera-in-scozia-un-sogno-realizzabile> il racconto/intervista a Elisabetta Bettini, Infermiera IN da un anno in Scozia.

Come mai sei finita in Scozia?

Innanzitutto ho deciso di lasciare l'Italia assieme al mio



NurSind

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche
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

si iscrive

al sindacato NurSind con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta nella misura indicata dal Nursind **per 12 mensilità** sulla propria retribuzione e che dovrà essere canalizzata secondo le indicazioni da NurSind comunicate.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra azienda.

Con la presente inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (.....)

Data __/__/____ in fede

Ai sensi del D.lg. 196/03 art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi Nursind

Data __/__/____ in fede

Associarti al NurSind è il miglior investimento della tua carriera!
il contributo mensile (il più basso del comparto sanità) ti ritornerà
in soddisfazione professionale, personale ed economica!

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

AGRI GENTO	339 1548499	FORLI '	344 2502069	PESARO-URBI NO	340 3774179
ALESSANDRIA	348 7730047	FROSI NONE	340 8708765	PESCARA	320 3134105
ANCONA	339 2221513	GENOVA	320 1561052	PI ACENZA	328 5744839
AREZZO	328 0479421	GORI ZIA	339 3500525	PISA	320 0826435
ASCOLI PICENO	347 6459027	LATI NA	347 8465074	PORDENONE	347 1174975
ASTI	329 3342209	LECCE	347 3423464	RAGUSA	393 9912052
AVELLI NO	333 1152288	LECCO	349 6441234	RAVENNA	338 2137191
BARI	348 8231774	LI VORNO	320 0825291	REGGI O EMILIA	393 4083204
BARLETTA	328 4173358	LUCCA	328 0596018	REGGI O CALABRIA	329 9283470
BERGAMO	348 7368056	L'AQUI LA	333 4125508	RI ETI	334 3800929
BENEVENTO	347 0938303	MACERATA	333 9697131	RIMINI	338 2368798
BOLOGNA	349 4657858	MASSA-CARRARA	349 8455285	ROMA	333 9240281
BOLZANO	373 7007311	MATERA	338 1489380	ROVI GO	347 7672006
BRESCIA	328 8043717	MEDI O CAMPI DANO	347 1644078	SALERNO	334 2716330
BRI NDI SI	333 1093968	MESSI NA	338 7770909	SASSARI	338 4386893
CAGLI ARI	349 4319227	MIL ANO	331 5643203	SI ENA	338 8165127
CALTANI SSETTA	380 4100516	MODENA	340 3149340	SI RACUSA	333 1408681
CAMPOBASSO	347 0733738	MONZA	339 1935053	TARANTO	333 3940862
CARBONIA	329 1107560	NAPOLI	338 6268353	TERAMO	329 0075711
CATANI A	328 3364828	NOVARA	347 3883671	TORI NO	347 8122482
CATANZARO	320 4370271	NUORO	339 6805023	TRAPANI	347 4530823
CHI ETI	338 2561933	OLBI A TEMPIO	349 2427476	TREVI SO	340 3402872
COSENZA	339 8124656	ORI STANO	338 4464589	TRI ESTE	328 4614838
CUNEO	329 6776918	PALERMO	338 9041690	UDI NE	339 2397838
ENNA	333 6106527	PADOVA	346 0106154	VARESE	349 8474608
FERMO	348 3394773	PAVIA	366 4444153	VENEZI A	339 2754384
FIRENZE	389 9994148	PERUGIA	347 3912860	VERONA	329 9559578
FOGGIA	320 8811330			VICENZA	320 0650894

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