InfermieristicaMente
sindacando
NURSIND

Semestrale del NURSIND - Confederazione CGS

Anno XV° - Numero 35 - Settembre 2016

c'è chi dice...

NO!

- RAPPRESENTATIVITÀ: NURSIND SALE AL 5° POSTO
- INCHIESTA: COSA SI ATTENDONO GLI INFERMIERI DAL NUOVO CONTRATTO
- RN4CAST: PRIMI RISULTATI DELLO STUDIO IN ITALIA

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NURSIND - Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche - Pisa - Periodico Trimestrale - Poste Italiane Spa
Spedizione in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n°46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza Reg. Trib. Di Bergamo n°4 del 9/03/06

sommario:

Attualità

NurSind sale al 5° posto tra le sigle rappresentative 4
Verso la contrattazione: definiti i nuovi comparti. 5
Nursind a Madia: quale futuro per i dipendenti pubblici? 5
Cosa vogliono gli Infermieri dal nuovo contratto! 6
Tavolo ministeriale sulla professione infermieristica 11
Terremoto: anche Infermiere associate NurSind tra le vittime del disastro di Amatrice 12
Era una notte come tante... 12
Contratti P. I.: Circa 25 mila ricorsi alla CEDU 14
RN4CAST: primi risultati dello studio in Italia 15
Dallo studio RN4CAST svolto in 13 regioni italiane 16
IPASVI Pisa non applicherà l'art. 49 del Cod. Deo 18
Art. 49: lodevole la proposta dell'IPASVI di Pisa 18
Art. 49 d: Infermieri abusati per legge 19
Cavicchi sull'art. 49 e l'IPASVI 20
I dirigenti infermieristici sono ancora Infermieri? 24
Rapporto Cittadinanzattiva 25
DDL Responsabilità professionale e assicurazioni 26
Sanità privata Sanzionata la Nephrocare Campania 27
Turnisti più esposti al cancro 28

dal territorio

Teramo: liquidazione banca ore a tutti i richiedenti 30
PO di Pescara: ancora barelle nei corridoi 30
San Raffaele paghi arretrati AIOP 2006-2010 30
L'Aquila: vittoria Nursind sul tempo divisa 30
Cosenza: gravissima carenza di personale. 31
Napoli: protesta contro le gravi carenze di personale 31
Ruggi D'Aragona e Asl: stato di agitazione 31
Avellino. Preselezioni mobilità infermieri: silenzio di altri sindacati ma non del Nursind 31
Emilia Romagna: Poggi confermato dal Congresso. 31
FVG. I numeri dati dal NurSind erano corretti 32
AAS2 per i PS: ottenuto personale di supporto. 32
Pordenone: assumono medici mancano gli infermieri 33
San Camillo: 18 milioni per i robot dispensa-farmaci. 33
Ex Gruppo IDI, La storia infinita pagata dai lavoratori 34
Pini-CTO: richiesto regolamento mobilità interna 34
Amianto all'ASST Fatebenefratelli – Sacco 34
Milano, Pini-CTO: «Non distrarre, terapia in corso», ...34
Art. 49: dal coordinamento lombardo, disapplicare! 35
ASST "SS. Paolo e Carlo": vigilanza h 24 al PS. 35
Nursind e ANAAO Marche chiedono l'asilo aziendale 36
Piemonte: UNA FORTE AZIONE SINDACALE CHE PORTA RISULTATI IMPORTANTI 36
Nursind Piemonte: e adesso pagateci gli arretrati! 37
Alessandria: assunzioni insufficienti. 37
Ivrea: ispettori del lavoro in ospedale per verifiche 38
Asti - Sovraffollamento del PS situazione insostenibile! 38
Asti e Alessandria - Esposto in Procura contro Moirano 39
Brindisi. Passo in avanti per Infermieri precari 39
Puglia: le proposte del NurSind su 118 40
Sassari: spese pazze alla ASL 40
Cagliari: NurSind porta in procura l'AO Univ. per l'utilizzo illecito della Pronta Disponibilità 41
Nuoro. Assistenza domiciliare: tagliati gli organici 41
Nursind Sicilia: sbloccare le assunzioni o presto aumento della mortalità nei nosocomi isolani 42
Ragusa. Basta proclami, la misura è oramai colma. 43
Agrigento: trasferimenti selvaggi all'ASP 43
Caltanissetta: attribuite le fasce economiche 43
Toscana: Dotazioni organiche sotto standard. 44
Toscana: il sistema NOA non regge 44
Volterra. Pazienti detenuti violenti: NurSind Denuncia 44
Prato: esposto di Nursind alla Procura 44
Pisa, meno infermieri, stessi posti letto 45
Coop. Agorà: gli stipendi torneranno regolari 46
Careggi - Nursind lancia l'allarme organico per il PS 46
Lucca - vertice in Prefettura: SOS Pronto Soccorso 46
Perugia: permessi formazione negati. 47
Vicenza. "Gara degli aghi" 47

Normative

Aquila: il tempo del cambio divisa va retribuito 50
Cassazione: se non hai scritto... non hai fatto 50
Cassazione: Infermiere è professionista autonomo 51
Cassazione: Ostetrico assolto, condannato il ginec. 51
Cassazione: Il medico sbaglia dosaggio del farmaco e il pa-

formazione professionale

Crediti ECM: sarà più facile acquisire i crediti 54
AIDS incremento pericoloso in Europa e Asia 54

lettere alla redazione

Storie di ordinario demansionamento... 58
Dll Gelli: nuove regole per resp. prof.le. trionfo/beffa? 58
Odissea nella Sanità Privata 59

esteri

Francia: gli infermieri stanno male! 5 suicidi in pochi mesi. Sale la protesta del sindacato di categoria 61
Portogallo, ondata di scioperi 62

Infermieristica Mente sindacando NURSIND

Direttore responsabile: Inf . Donato Carrara
Redazione: Chiara D'Angelo, Osvaldo Barba, Daniele Carbocci, Andrea Bottega, Stefano Giglio, Salvatore Vaccaro, Romina Iannuzzi, Paolo Porta.

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 inscritti Nursind, a numerose U.O. di Ospedali e Cliniche.

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

NAPM RECYCLED 50% APPROVED

Il dissenso costituzionale

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

"C'è qualcuno che non sa più cos'è un uomo. C'è chi dice no, c'è chi dice no, io sono un uomo" Vasco Rossi

A mesi si dovrebbe aprire, finalmente, la stagione contrattuale e non c'è da stare allegri. Dopo 7 anni di stop della contrattazione, di depauperamento dei fondi contrattuali, di blocco delle progressioni e di recessione stipendiale, l'offerta economica del Governo appare un insulto a tutte le categorie di lavoratori pubblici. È la politica del bonus-malus inaugurata sulle ceneri della rappresentanza dei lavoratori relegata ormai nello scenario. Un protagonismo legislativo e governativo a scapito di quello contrattuale. Un governo che elargisce bonus da 80 euro a pioggia, decide sulla mobilità dei dipendenti e tiene al palo la pubblica amministrazione, sacrificata come capro espiatorio della situazione di crisi.

La firma dell'accordo quadro sui comparti è apparsa, in questo contesto, un sussulto di protagonismo sindacale subito trasformato in un rigurgito di classica gestione autoreferenziale del "cambiare tutto per non cambiare nulla". Ridotti i comparti da 11 a 5 paradossalmente il risultato sarà di avere più confederazioni rappresentative di prima. Alla faccia della semplificazione, soprattutto se si considera che nell'area dirigenziale della PCM un sindacato è rappresentativo con ben 7 iscritti!

Ecco, nell'ambito della rappresentatività ci sarebbe da sfregarsi le mani. Nursind cresce più di tutti e supera perfino la FSI; è il vero vincitore del rinnovo delle RSU e assume sempre più un ruolo da protagonista nel panorama sanitario. Ma è vera gloria? La domanda è sacrosanta visto che già nella tornata contrattuale 2013-2015 avevamo i numeri per sederci al tavolo contrattuale ma di blocco in blocco siamo già passati nel successivo triennio senza colpo ferire. In verità un bel colpo, speriamo, l'abbiamo assestato. Il ricorso alla Corte EDU ha avuto un notevole riscontro stante il poco tempo a disposizione e la complessità dell'organizzazione richiesta, e rappresenta anche un forte segnale al governo, sulla necessità di non scherzare sugli stanziamenti economici per i rinnovi contrattuali. Con 7 euro netti al mese non si campa.

Ci sarebbe da aspettarsi un autunno caldo anche da parte di chi lo scorso anno ha chiesto il #contrattosubito!, una mobilitazione forte delle grandi organizzazioni sindacali per avere più soldi a disposizione per i lavoratori. A novembre dello scorso anno anche Nursind aveva aderito e partecipato alla manifestazione a Roma. Questo sembra diverso, annunci agostani a parte. A novembre si voterà per il referendum costituzionale e nella partita si incrociano diversi interessi da parte della politica e da parte sindacale. Finora ignorati e ostacolati dalla politica ora ritornati utili allo scopo, pronti a garantire servigi in cambio di un riconoscimento di esistenza, i sindacati sono disponibili a raffreddare il clima per evitare una lotta che a tutti i lavoratori pare necessaria (almeno quelli che frequentiamo noi).

Ma i tempi sono cambiati e lo spettro che si aggira ora per l'Europa non ha la divisa da lavoratore ma il colletto bianco da economista o banchiere di alta finanza. Uno spettro che fa più paura del precedente e che sembra tenere in scacco tutte le nazioni infiltrandosi in ogni settore e dominando le narrazioni degli avvenimenti. Tutta la nostra esistenza si esprime e si racconta in termini economici e non più valoriali. Non sappiamo più cosa significa essere uomo ma ci interroghiamo quotidianamente sulla sua utilità, la sua capacità produttiva, sulla sua funzionalità per il sistema. Le relazioni e le narrazioni mediate dai nuovi mezzi di comunicazione ci mostrano di volta in volta la dittatura dell'economia, la predominanza del mezzo sul fine, il valore del rispetto delle regole anche quando queste calpestano i diritti. Regole e diritti. Regole ferree e morbidi diritti che non possiamo più permetterci. Responsabilità e dignità in mano ad altri che scelgono per noi, questa la codardia del tempo delle relazioni virtuali.

Che fare dunque? Lanciare il nostro lamento nell'infinito web dove non si sente nemmeno l'eco? Rinunciare a scendere in piazza a scioperare perché tanto nulla cambia? Tirare il sasso nelle dichiarazioni a mezzo stampa e ritirare la mano nel momento di dimostrare il proprio peso di rappresentanza? Lasciare che la paura domini le nostre scelte e spogliarsi del potere che ci appartiene per darlo a pochi che lo esercitino per noi?

A tutto questo noi diciamo NO. Come il leone vogliamo come preda la nostra libertà ed essere signori nel proprio deserto. Per questo dobbiamo lottare per difendere i nostri diritti, i diritti dell'Uomo. Non siamo bestie da soma dove il padrone ci può gravare di nuovi lavori, competenze, mansioni, turni, pronte disponibilità mentre pieghiamo le ginocchia rallegrandoci della nostra robustezza.

A queste condizioni gli infermieri devono aver il coraggio di dire un sacro NO.

In chiusura di questo numero ci giungono le drammatiche notizie del terremoto tra le regioni di Umbria, Lazio e Marche. A tutte le sofferenze umane noi infermieri non voltiamo le spalle e dal profondo del nostro essere umani partecipiamo al dolore che esse provocano sforzandoci, con la nostra presenza e la nostra professionalità, di dare una mano per superarle e, dove non è possibile, condividerle affinché nessuno si senta solo.

Rappresentatività:

con un grande balzo in avanti NurSind sale al 5° posto tra le sigle rappresentative

I dati confermano il grande successo del sindacato infermieristico

Sono stati pubblicati dall'Aran i dati, certificati dal comitato paritetico, sulla rappresentatività del triennio 2016-2018 che, nel caso del comparto sanità, sono da ritenersi definitivi visto che in questo comparto non si sono avuto cambiamenti e quindi non sono possibili ulteriori aggregazioni di sindacati.

I dati elettorali erano già in qualche modo noti, l'elemento di novità è rappresentato dal numero di deleghe che ogni sindacato può far valere a seguito del censimento al 31 dicembre 2014.

Anche in questo caso, come per il dato elettorale, il sindacato che più di altri è riuscito a crescere è il sindacato infermieristico Nursind.

In generale si nota una perdita del sindacato confederale a favore dei sindacati autonomi anche se forse i sindacati più numerosi hanno anche risentito dal calo dei sindacalizzati. Infatti il numero complessivo di deleghe diminuisce da 278.810 del 2011 a 275.913 del 2014 (- 2.897) di pari passo con la diminuzione del personale dipendente. Da tenere conto però che in quest'ultima rilevazione sono state censite anche le deleghe del personale a tempo determinato altrimenti, a parità di condizioni, la perdita dei sindacati confederali sarebbe stata ancor più vistosa.

"Siamo particolarmente soddisfatti del risultato ottenuto perché questi dati sono rilevati all'indomani di un anno, il 2014, che ha visto Nursind particolarmente attivo nell'ambito professionale e sindacale – commenta il segretario nazionale Andrea Bottega -, un impegno che è continuato anche in questi anni e che ci ha portato a livelli di rappresentanza notevoli e che, visto i dati, è stato gradito dai colleghi."

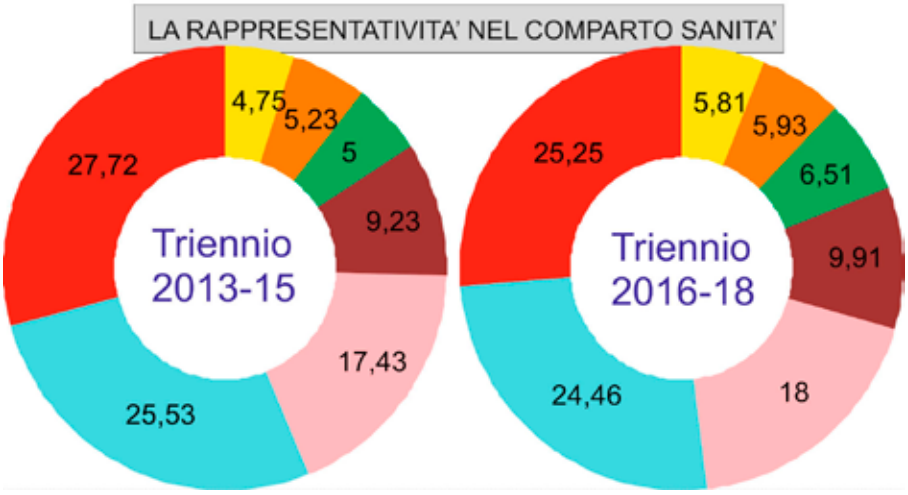
Dobbiamo pensare che i dati Nursind sono riferiti a una sola categoria del comparto e non all'insieme di tutti i dipendenti come per le altre organizzazioni.

"Con questi dati – continua Andrea Bottega – gli infermieri italiani hanno voluto mandare un segnale forte alla parte datoriale: vogliamo una maggiore valorizzazione economica e organizzativa, siamo stanchi di essere considerati la manodopera della sanità, una figura polivalente che tutto è chiamata a fare tralasciando anche ciò che proprio della nostra autonomia professionale."

Una crescita che ha definito il valore del sindacato infermieristico nel panorama sindacale e che ha indicato da che parte vogliono stare gli infermieri. Nursind, per voti e per deleghe, è il vero vincitore di questa tornata e di ciò si deve tener conto.

"Con questo mandato – conclude il segretario nazionale Nursind – noi siederemo ai tavoli contrattuali dichiarando sin d'ora la nostra indisponibilità a sottoscrivere accordi a costo zero. Di riorganizzazioni con solo oneri a carico dei lavoratori e senza spesa per il datore di lavoro, non se ne parla nemmeno. Le retribuzioni sono ferme dal 2010 e questo governo stanzia per il rinnovo contrattuale fino al 2018, con il DPCM 18 aprile 2016, lo 0,4% del monte salari, cioè 4 euro lordi mensili.

Decisamente una presa in giro."



La nuova composizione delle forze sindacali al tavolo negoziale contrattuale nazionale.

CGIL
CISL
UIL
FIALS
NURSIND
FSI
NURSING UP

Verso la contrattazione:

Compiuto il primo passo, definiti i nuovi comparti.

Sanità autonoma!

Fumata bianca alle 4 del mattino di martedì 5/4/16 nella sede dell'Aran alla chiusura delle lunga riunione che ha visto discutere le organizzazioni sindacali e, appunto, l'Aran sulla definizione dei nuovi comparti per il rinnovo della contrattazione del pubblico impiego.

Per quanto riguarda la Sanità è stato concordato l'istituzione di un comparto a sè, distinto da quello riservato alle Funzioni locali, alla Istruzione e ricerca, alle Funzioni centrali.

Il comparto Sanità è individuato nell'art. 6 dell'accordo e prevede l'inclusione di tutto il personale dipendente, non dirigente, di Asl, Ao, Aou, Izs, Irccs, Rsa, Arpa, Agenas e Inmp.

Per quanto attiene alla dirigenza sanitaria, questa costituirà un'autonoma area contrattuale in cui confluiranno tutti i rapporti di dirigenza delle amministrazioni sanitarie ad esclusione della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, che invece verranno incluse nella contrattazione del comparto Funzioni locali.

Anche i dirigenti delle professioni sanitarie (L. 251/2000), viene specificato, sono inclusi nell'area della dirigenza sanitaria, e quindi anche la dirigenza infermieristica, precisando che per appartenenti a tale area si intendono i vincitori degli appositi concorsi in possesso dei requisiti previsti dalla normativa per l'accesso, appunto, alla dirigenza.

Ne risulta quindi un quadro della contrattazione significativamente rinnovato rispetto al passato e, proprio in funzione di questo, nella riunione e nell'accordo che ne è risultato, si sono previsti meccanismi di riconoscimento della rappresentatività delle organizzazioni sindacali che tengano conto di questa fase di transizione, limitatamente al triennio 2016-2018.

Per i comparti Funzioni centrali, Istruzione e ricerca, nonché per tutte le aree

Andrea Bottega durante una pausa all'Aran

dirigenziali, sanitaria compresa, le organizzazioni, infatti, potranno entro 30 gironi fondersi o affiliarsi per dare vita ad aggregazioni cui attribuire le deleghe spettanti, posto che i nuovi organismi debbano diventare a tutti gli effetti titolari delle deleghe medesime. In tale senso, entro lo stesso termine, le organizzazioni sindacali dovranno inviare all'Aran documentazione idonea ad attestare il recepimento di queste indicazioni da parte dei propri organi statutari.

Come ulteriore previsione transitoria è prevista la possibilità di inviare tale documentazione, qualora necessiti di ratifica ai sensi delle disposizioni statutarie delle organizzazioni, entro il 31 dicembre 2017, purchè comunque anticipata dalla documentazione comprovante le aggregazioni, seppur non ancora ratificate.

Nel caso questo processo fosse disatteso, a ciascuna organizzazione verranno riconosciute le deleghe a titolarità diretta, secondo gli esiti delle elezioni RSU del 3 e 4 marzo 2015 e delle consistenze validate al 31 dicembre 2014.

Il primo passo verso la contrattazione è dunque compiuto, in sostanziale armonia con le indicazioni già anticipate dall'atto di indirizzo del Ministro Madia.

Soddisfatti i sindacati firmatari, che ora chiedono al Governo di mettere in campo le risorse necessarie per il rinnovo della contrattazione e ne chiedono una determinazione "adeguata" al fine di condurre al più presto a buon fine la fase di contrattazione, ferma da 6 anni, sollecitata ed imposta anche dalla recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 178/2015).

La Confederazione CGU-CISAL, cui Nursind aderisce, non ha sottoscritto l'accordo e si è riservata.

Incontro Sindacati- Madia

Nursind : quale futuro per i dipendenti pubblici?

Si è svolto il 26/7/16 a palazzo Vidoni l'incontro tra il Ministro della funzione pubblica e le confederazioni sindacali avente ad oggetto "questioni connesse al lavoro pubblico".

Nella riunione, durata più di due ore e mezza, il ministro ha chiesto la collaborazione delle organizzazioni sindacali per rilanciare il lavoro pubblico invertendo le politiche di austerità che hanno prodotto il blocco delle assunzioni e il blocco delle retribuzioni. Due situazioni definite patologiche dallo stesso ministro ma che possono essere superate costruendo anche un nuovo modello di pubblica amministrazione che sia più utile ai cittadini. Un modello che deve nascere dal lavoro tra sindacati e ministero sul rinnovo dei contratti e sulla stesura del nuovo testo unico del pubblico impiego.

Quattro sono i punti che il ministro pone sul tavolo per la discussione:

Assunzioni: devono essere funzionali a reclutare le professionalità che servono. Il reclutamento deve quindi essere legato ai fabbisogni e non più alle piante organiche. Il sistema concorsuale non deve essere parcellizzato ma unitario. Turn over sì ma selettivo. Vanno riviste anche le forme di flessibilità del pubblico impiego che hanno dato vita a contenziosi come quelli sul "tempo determinato".

Mobilità: quanto attuato con la modifica del DL 90/2014 si è rilevato molto funzionale, si è riusciti a riassegnare i dipendenti delle province.

Valutazione: bisogna premiare chi fa bene. Con il decreto sui "furbetti del cartellino" abbiamo dato un segnale forte contro chi non fa il proprio dovere ora dobbiamo premiare chi lavora bene. Non ci deve essere più un sistema premiante "a pioggia", premiare significa essere selettivi. Occorre lavorare assieme per individuare un sistema di valutazione che differenzi sulla base del merito.

Contratto: forse nella prossima legge di stabilità, se ci sarà la disponibilità, si potrà trattare anche il tema del contratto stanziando nuovi fondi. Per ora lavoriamo con quelli che ci sono e diamo avvio alla contrattazione.

La proposta che arriva dal ministro

è di proseguire in sede Aran con un incontro tecnico, da effettuarsi entro il 10 settembre, dove poter raccogliere le proposte per stilare l'atto di indirizzo sulla contrattazione e indicazioni da inserire nel testo unico del pubblico impiego.

Attraverso la Confederazione CGS, abbiamo ribadito la necessità in primo luogo di avere un quadro giuridico certo che chiarisca quali relazioni sindacali sono possibili con la parte datoriale e quali materie possono trovare spazio nel contratto. Come anche altre confederazioni abbiamo chiesto maggiori risorse dopo 7 anni di blocco stipendiale perché lo 0,4% del monte salari è certamente insufficiente.

Abbiamo altresì dato la disponibilità ad affrontare nello specifico i temi posti dal ministro al tavolo tecnico presso l'Aran.

Alcune riflessioni personali.

Si è trattato di un incontro politico ed esplorativo su temi generali senza alcun impegno concreto. Non c'era alcuna bozza di testo o di direttiva. L'impressione personale che ho ricavato è che **il governo voleva sondare l'umore sindacale per capire quali scenari si deve aspettare in autunno alla vigilia del voto sulla riforma della costituzione**, appuntamento fondamentale per la vita di questo governo. Dagli interventi delle maggiori confederazioni e dai toni usati pare proprio che sarà un autunno tranquillo e che i sindacati del pubblico impiego non si metteranno di traverso a Renzi felici di essere ascoltati due volte l'anno.

La questione non è tecnica (da trattare in ambito Aran) bensì politica. Come si potrà rinnovare un contratto con soli 300 milioni euro? E se anche nella prossima legge di stabilità si raddoppiassero le risorse cosa cambia? 20 euro lordi o 10 euro non permettono di indennizzare gli 11 miliardi risparmiati e certificati dalla Corte dei Conti e i 7 anni di blocco degli stipendi. Ricordiamo che l'attuale DEF prevede 11 euro lordi di aumento mensile fino al 2018 e poi fino al 2021 solo l'indennità di vacanza contrattuale. **E, pare ormai chiaro, non tutti riceveranno questi 11 euro ma saranno riversati nel salario di produttività e quindi soggetto a una distribuzione selettiva dei lavoratori.**

La questione è politica perché è necessario avere un quadro giuridico chiaro per capire se lo Stato si riserva materie importanti che erano prima dominio della contrattazione e che spazio di trattativa lascia ai sindacati nelle relazioni sindacali. Il testo Unico sul pubblico impiego chiarirà questi aspetti e solo allora sapremo se il governo vuole realmente lavorare assieme alle rappresentanze dei lavoratori per riformare la pubblica amministrazione oppure se ha voluto solo prendere tempo per non giungere al referendum con una posizione chiara **che darebbe motivo ai 3 milioni di dipendenti pubblici di votare NO per mandare a casa questo governo** che a voce dice di voler valorizzare la più importante risorsa della pubblica amministrazione ma poi nei fatti non mette le risorse economiche adeguate preferendo finanziare onerosi sgravi fiscali alle imprese e bonus "a pioggia" dal sapore beffardo come i 300 milioni stanziati per chi compie 18 anni nel 2016.

Dunque sarà il combinato disposto legge di stabilità 2017 e riforma del Testo Unico sul pubblico impiego che deciderà il destino dei pubblici dipendenti. E non è detto che sia bene arrivare a questo appuntamento con questo governo.

Andrea Bottega

L'incontro del Min. Madia con le forze sindacali

Dai risultati del questionario online "Fai la tua proposta contrattuale"

Cosa vogliono gli Infermieri dal nuovo contratto!

Di **Donato Carrara**

Nel mese di ottobre 2015 NurSind ha pubblicato online un questionario in cui si chiedeva agli infermieri di evidenziare una problematica particolarmente sentita e di suggerirne eventuali proposte in vista del prossimo rinnovo contrattuale.

Il questionario era distinto in due tronconi:

- Le tematiche già contrattualizzate
- Le tematiche fin'ora mai tenute in considerazione dai contratti nazionali ma messe a fuoco dal Nursind nell'ambito della propria attività sindacale in questi anni.

Ad ogni scelta poteva essere inserito un commento con la relativa proposta. Al questionario hanno risposto 1364 infermieri.

Di seguito sono elencate in ordine di maggior interesse riscontrato, le singole tematiche e le relative proposte suggerite. Si tratta di una vasta raccolta che ben evidenzia lo stato delle sofferenze della categoria. Le soluzioni prospettate non sempre sono in armonia tra loro a causa delle diverse condizioni personali e di lavoro in cui ognuno opera.

Inoltre alcune tematiche non appartengono alla sfera contrattuale bensì a quella legislativa; in questa sede non le abbiamo cassate per mantenere una visione più generale delle problematiche sofferte dalla categoria.

Insieme all'evidenziazione delle problematiche, sono state suggerite anche delle proposte risolutive che in alcuni casi invece mancano e saranno quindi da definire.

Come promesso, NurSind si impegnerà a tradurle in articoli contrattuali e sottoporli all'attenzione dei soggetti che parteciperanno al tavolo delle trattative nella speranza possano essere accolte e tramutarsi concretamente in diritti e norme nazionali.

Anzianità di Servizio

TESI A SOSTEGNO

Sistema vetusto ed inadeguato delle

fasce attuali. Forti critiche al sistema della "meritocrazia all'italiana". Ritorno alla valorizzazione dell'esperienza lavorativa. Aumento esponenziale dello stress lavorativo. Disparità di trattamento tra aziende.

PROPOSTE

1. Scatti automatici ogni 3/5 anni
2. Ind. supplementare ai 20-25-30 anni (adesso si va in pensione con i 42…)
3. Equiparare pubblico e privato considerando l'anzianità professionale acquisita
4. Riconoscere l'anzianità professionale nell'inquadramento
5. Riconoscerla nelle graduatorie
6. Sgravare gli anziani dalle notti; inserirli in servizi meno stressanti; part time facilitato
7. Inserire D7 e D8
8. Possibilità di Pensione anticipata volontaria a partire dal 30° anno anche se penalizzata.

Indennità Sanitaria

TESI A SOSTEGNO

"Indennità da stress lavoro correlato" perché lavorare in favore di persone/cittadini, che hanno una condizione di mancanza di salute è stressante. La "produzione" sanitaria ha un valore aggiunto non paragonabile al resto delle produzioni. Non è facile assistere quando inizi ad aver bisogno di essere assistito…

PROPOSTE

1. Utilizzare il concetto di prossimità al paziente e valutarne l'entità
2. Almeno 300 € (era di 111,04 attualmente è di 36,15€, la più bassa tra i profili, appena superiore all'ausiliario di 12,91€)

Libera Professione

TESI A SOSTEGNO

Parificazione normativa con lo status dei medici. Regolerebbe un mercato altrimenti incontrollato. Con i tempi di crisi ognuno deve essere libero di poter incrementare le proprie entrate in maniera sicura e legale.

PROPOSTE

1. Abolire l'esclusività.
2. Estendere l'indennità di esclusività anche alle professioni sanitarie.
3. Poterla esercitare fuori e dentro l'azienda.
4. Legarla alla funzione di Infermiere di Famiglia
5. Consentire il part time iniziale a chi vuole intraprendere la Lib. Prof.
6. Poterla svolgere in ambulatori o reparti a conduzione infermieristica

Esclusività del rapporto

TESI A SOSTEGNO

Parificazione normativa con lo status dei medici. Regolerebbe un mercato altrimenti incontrollato (lavoro nero). Con i tempi di crisi ognuno deve essere libero di poter incrementare le proprie entrate in maniera sicura e legale. Lesione di un diritto costituzionale: se mi blocchi lo stipendio, allora mi devi dare la possibilità di guadagnare altrove. Sequestrati nei nostri luoghi di lavoro.

PROPOSTE

1. Abolizione
2. Renderla opzionale e indennizzare chi sceglie l'intramoenia

Libretto personale dell'Usura

TESI A SOSTEGNO

Impensabile con i ritmi attuali proseguire l'attività lavorativa dopo i 60 anni

PROPOSTE

1. Calcolare il n. di notti lavorate e sottrarle all'età pensionabile
2. Legarla alla complessità assistenziale
3. Dare la possibilità di alternare periodi con esposizione a maggior stress con altri meno
4. Raggiunto un valore X, pensione anticipata o indennità

Progressione interna

TESI A SOSTEGNO

Merito non riconosciuto

PROPOSTE

1. Tener conto dei crediti ECM acquisiti
2. Superamento della 6° fascia
3. Abolire la valutazione individuale
4. Per chi acquisisce ulteriori lauree, che possa svolgere concorso interno per accedere alla dirigenza
5. Progressione automatica
6. Dopo 25 anni di servizio si acquisisca il diritto a passare all'area della dirigenza
7. Valorizzare i master clinici
8. Organismi di valutazione regolamentati da contratto

Il sistema di classificazione

TESI A SOSTEGNO

Inadeguato e vetusto. Poca differenza tra D e C

PROPOSTE

1. Inquadramento in Ds dei Coordinatori
2. Creare una nuova categoria che sia esclusiva dei sanitari oppure transitarli tutti in Ds
3. Funzione di coordinamento inquadrata come "pre-dirigenziale" e non revocabile
4. Istituire 9 fasce come nel modello anglosassone

Part Time

TESI A SOSTEGNO

Non è possibile con l'avanzare dell'età continuare a lavorare ai ritmi attuali
Conciliare lavoro e famiglia
Se fosse liberalizzato verrebbe utilizzato veramente per le sue finalità

PROPOSTE

1. Liberalizzarlo
2. Che ne abbiano diritto le lavoratrici madri
3. Di diritto dopo i 60 anni di età o 25 di servizio
4. Di diritto per chi ha difficoltà fisiche
5. Che sia a tempo indeterminato e maggiormente flessibile (67% - 83%)
6. Verifica dei requisiti ai part time già assegnati

Pronta disponibilità

TESI A SOSTEGNO

Valore fermo da 20 anni (nel 1987 = 33.600 £ oggi 39,55 – nel '95 è passata a 40.000 £ = 20,66€ se rivalutati 31,28). L'attuale valore dell'indennità copre appena la spesa del carburante

PROPOSTE

1. Inizio reperibilità h. 16
2. Non superare le sei mensili
3. La doppia reperibilità festiva dia diritto ad un riposo con riduzione del debito orario settimanale
4. Dopo la sesta ora lavorata diventa una giornata lavorativa e non lavoro straordinario
5. Estenderla ai coordinatori
6. Consentirla a professionisti con competenze specialistiche (CVC team)
7. Reperibilità per copertura assenze improvvise
8. Differenziare il valore dell'indennità se festiva
9. Adeguamento economico
10. 50 € ogni 12 ore
11. Indennizzata in percentuale allo stipendio
12. Indennizzata in base al numero dei turni mensili e delle chiamate
13. Raddoppiare l'indennità nelle super festività

Lavoro notturno

"Personalmente dopo il turno di notte mi sento morire. Si, sto malissimo, non e' normale. Il lavoro notturno è usurante e vedo tutti gli anni colleghi con patologie gravi cardiovascolari e altro! E' usurante specialmente per le donne con figli e bisogna andare in pensione prima altrimenti non ci arriviamo!"

TESI

Le notti in T.I. sono più pesanti che nelle degenze?! Differenza stipendiale irrisoria tra turnisti e giornalieri.

PROPOSTE

1. Abbassare la soglia delle 78 notti annue per il riconoscimento di lavoro usurante
2. Aumentare l'indennità (quintupplicarla) (2,74 € /h, rivalutata = 3,52€)
3. Remunerarla dalle 21 alle 7
4. Ogni 5 anni di turni notturni abbuono di un anno per l'età pensionabile
5. Dopo i 50 anni di età consentirne l'esonero
6. Non consentire la doppia notte

Tempo per il passaggio consegne

TESI

Necessario per garantire la continuità assistenziale. Necessità di uno scambio verbale con i colleghi. Le relazioni e le sensazioni sono difficilmente trascrivibili

PROPOSTE

1. Riconoscerlo ad ogni cambio turno
2. Riconoscerlo a tutti gli operatori del tur-

no
3. Tempo adeguato in base alle necessità dei servizi

Tempo per il Cambio Divisa

TESI

E' necessario per dare il cambio in orario ai colleghi smontanti. Perché è riconosciuto in alcune aziende e non in altre? Siamo sottoposti all'obbligo di indossare la divisa

PROPOSTE

1. Riconoscerlo contrattualmente

Coordinamento

TESI

Nel gruppo di lavoro tali funzioni sono svolte di fatto anche da altri ma senza riconoscimento. Precarietà e ricattabilità della posizione

PROPOSTE

1. Coordinatori in Ds
2. Superamento della funzione attribuendo la Posizione Organizzativa
3. Accesso alla dirigenza per i coordinatori
4. Concorsi non legati alla specificità del servizio visto che il master è generico
5. Specificare i criteri di revoca dell'incarico
6. Una volta assegnata la funzione non deve essere revocabile (per evitare i ricatti)
7. Coordinamento assegnato per 3/5 anni poi revoca
8. Adeguare l'indennità rapportandola al numero di personale da coordinare ed alla complessità del servizio
9. Portare l'indennità mensile a 300 € (attualmente 129,11€ , rivalutata = 166,55 €)
10. Indennità variabile in base ai risultati

Indennità per turni notturni e festivi

TESI

Sacrificano la vita in famiglia. Valore fermo da troppo tempo. Disincentivano a svolgere i turni

PROPOSTE

1. Rivalutazione sostanziale (17,82 € rivalutata = 26,98)
2. Indennità festiva proporzionata alle ore lavorate
3. Agganciarle agli aumenti contrattuali

Posizioni Organizzative

TESI

Sproporzione tra numero di PO infermieristiche rispetto a quelle amministrative. Coordinatori e PO hanno lo stesso ruolo

PROPOSTE

1. Abolirle
2. Equipararle alla dirigenza
3. Estenderle agli incarichi di effettiva responsabilità dei servizi
4. Non solo gestionali ma anche cliniche
5. Rotazione biennale
6. Concorsi per titoli ed esami
7. Necessità di un titolo universitario per abolirne la discrezionalità (laurea magistrale)
8. 60% ruolo sanitario, 20% ruolo amministrativo e tecnico
9. Riconoscere autonomia gestionale
10. Aumentare l'indennità a 12.000 € annui (oggi max 9.000)

Asili nido

"abito vicino la sede centrale della LIDL dove da poco è stato aperto un asilo nido per i figli dei dipendenti con orari ed agevolazioni economiche per i dipendenti, con l'insegnamento del tedesco ed inglese ai piccini. Si tratta ovviamente di una struttura privata. Da noi pubblici non si riesce ad organizzare neanche un semplice asilo nido...Grazie"

TESI

Il personale infermieristico è per lo più femminile. Migliorare la qualità della vita delle lavoratrici mamme. Ricadute positive anche per le aziende (assenze, aspettative, part time).

PROPOSTE

1. Obbligo di Asili nido attigui all'azienda con orari connessi ai turni di servizio
2. Istituzione di kindergarden anche solo per lo scambio dei figli con il coniuge

Pianificazione dei turni con il coniuge per l'assistenza ai minori

TESI

Salvaguardare la famiglia. Si ridurrebbero le tensioni nel gruppo di lavoro

PROPOSTE

1. Dare la possibilità di pianificare i turni con il coniuge, anche per accudire anziani conviventi.
2. Esonero dal turno notturno fino al 16° anno di vita

Orario di lavoro

PROPOSTE

1. ½ ora di pausa scalata dall'orario di lavoro solo se effettiva
2. Turnistica che non generi debito orario
3. Turno mattina, pomeriggio, notte, smonto, riposo, esteso in tutto il Paese
4. Conteggio anche dei minuti lavorati
5. 35 ore settimanali
6. Turni max di 6 ore
7. Possibilità di fare 12 ore continuative per aumentare i riposi settimanali
8. 24 h. settimanali per le lavoratrici madri a parità di stipendio
9. Flessibilità in entrata/uscita per l'ADI

Risorse aggiuntive regionali

TESI

Costituiscono un vero volano dell'evoluzione del SSR?- Forti dubbi

PROPOSTE

1. Che diventino la 14° mensilità
2. Gestione più oculata e che premino effettivamente la produttività
3. Fondi specifici per aggiornamento e formazione
4. I fondi impiegati per l'abbattimento delle liste d'attesa non producono effetti. Utilizzarli per migliorare i processi aziendali

Ordini di servizio

TESI

Strumento abusato per sostituire il personale. Non utilizzati correttamente. Non utilizzati per default perché lasciano il segno delle carenze aziendali. Utilizzati come minaccia ma poi non compilati

PROPOSTE

1. Regolamentarli chiaramente
2. Porre un limite annuo
3. Far corrispondere un indennizzo economico
4. Utilizzare un sistema tracciabile nella variazione degli specchietti di lavoro
5. Osservatorio di monitoraggio
6. Divieto di comunicarli per telefono

Definire lo "Smonto notte"

TESI

Viene conteggiato come riposo

PROPOSTE

1. Vietare la doppia notte
2. Che sia definito ufficialmente come giornata di lavoro
3. Che sia seguito dal giorno di riposo

Responsabile di turno

TESI

Figura inesistente contrattualmente ma presente nella realtà. Viene caricato di responsabilità in assenza del coordinatore
E' di riferimento per l'equipe. I coordinatori sono spesso assenti per vari motivi aziendali e presidiano poco il reparto

PROPOSTE

1. Che venga definito
2. Stesso trattamento delle forze dell'ordine
3. Indennità
4. Criteri per individuare chi lo fa
5. Laddove in servizio c'è un solo infermiere, che venga riconosciuta l'indennità

Prestazioni aggiuntive

TESI

Creazione aree di assoluta responsabilità infermieristica vedi "Wound Care" ove sviluppare la libera professione a beneficio di coloro che si impegnano ad implementare la qualità dei servizi offerti. I POCT di fatto ci obbligano ad eseguirle senza alcun riconoscimento. Vengono "offerte" ad operatori diversi da quelli dell'U.O. interessata. Forti differenze retributive tra ASL della stessa regione

PROPOSTE

1. Che vengano remunerate adeguatamente per le responsabilità di cui ci si fa carico con il nostro lavoro di ostetriche
2. Eliminarle
3. Che siano pagate con maggiorazione del 50%

Rientri in servizio

TESI

Di fatto siamo in costante reperibilità deregolamentata. Accumulo di ore che non saranno mai pagate ne recuperate. Ormai è diventato routine

PROPOSTE

1. Regolamentarla
2. Definire un'indennità nel CCNL

Mansioni superiori

TESI

Non sono riconosciute. Svolgiamo più mansioni inferiori. Assegnate al più anziano o a chi ha i titoli? Infermieri specializzati che le svolgono senza riconoscimento

PROPOSTE

1. Istituire le competenze avanzate e retribuirle
2. Laddove vengono assegnate che sia l'azienda a farsi carico dell'assicurazione
3. Che non sia il capo dipartimento ad assegnarle

Specchietti dei turni mensili

TESI

Rendere noto il programma dei turni mensili con un anticipo che permetta la programmazione della vita privata e familiare dei dipendenti. In alcune realtà vengono comunicate le variazioni tramite whatsapp…

PROPOSTE

1. Che siano disponibili 15 gg. Prima
2. Che siano oggetto di verifica e controfirmati dalla direzione
3. Che sia prevista la possibilità di scambiarsi i turni tra colleghi

Indennità per particolari condizioni di lavoro

PROPOSTE

1. Istituire l'indennità per l'area psichiatrica
2. Istituire l'indennità per il PS e il 118 e in tutti i PS specialistici
3. Istituire l'indennità per gli Hospice
4. Indennità per la manipolazione degli antiblastici
5. Indennità per gli infermieri nei penitenziari
6. Indennità per le U.O. di medicina
7. Differenziare l'indennità di malattie infettive e sert a seconda della qualifica
8. Di rischio biologico
9. Ripristino dell'indennità antitubercolare
10. Ripristino indennità radiologica alla fascia B
11. Indennizzare chi fa tutoraggio
12. Indennità di responsabilità per la garanzia della privacy
13. Indennità per allerta Team di Emergenza Medica

Formazione e aggiornamento ECM

TESI

8 gg anno non bastano per mantenersi aggiornati. C'è chi si è aggiornato e chi no. Cosa succede in termini contrattuali? E' un mercato dei crediti e poco efficace per la formazione. Le aziende non li garantiscono

PROPOSTE

1. Precedenza nei passaggi orizzontali a chi si aggiorna
2. Istituzione di test di autovalutazione dai quali recepire le reali necessità formative del singolo (BLSD compreso)
3. Che il Co. Ge. Aps concluda in fretta le verifiche e che il sistema sia sincronizzato con le aziende. Ciò consentirebbe di utilizzarlo per la valutazione della meritocrazia
4. Invalidare gli ECM conseguiti in ferie
5. Formazione calendarizzata mensilmente e compresa nel debito orario
6. Garantire almeno 2 ore settimanali
7. Che non interferisca sui gg. di riposo
8. Evitare che siano sempre gli stessi ad avere l'opportunità di aggiornarsi
9. Sanzioni per le aziende inadempienti
10. Legare la produttività alla formazione
11. I crediti attualmente riconosciuti ai tutor sono indecenti
12. Tutoraggio affidato ai prossimi alla pensione
13. Istituire una Card per fronteggiare le spese
14. Che i costi siano detraibili se sostenuti personalmente
15. Bonus come per gli insegnanti (500 €)
16. Deve essere retribuita

Ferie e festività

TESI

Se vengono assegnate d'ufficio non servono al recupero psico-fisico. E' il dipendente che sa quando ha raggiunto la soglia di stress. Che ne è delle ferie congelate? All'aumento dell'età pensionabile deve corrispondere l'aumento delle ferie annue

PROPOSTE

1. Piano ferie comunicato con largo anticipo
2. Vietare l'assegnazione d'ufficio
3. Chiarire le modalità di fruizione del periodo estivo (devono partire da dopo il riposo, 15 gg. effettivi, 18 totali)
4. 15 gg. in più agli infermieri per contrastare il burn out
5. 8 gg. di riposo biologico per gli infermieri di sala operatoria per indennizzo gas anestetici (come per i chirurghi)
6. Festività accantonate: regolamentarne il recupero o la monetizzazione
7. Maggiorazione per le super festività
8. Festività ricadenti in domenica maggiorate

Mobilità tra aziende

TESI

Lavorare lontani da casa nuoce al dipendente e conseguentemente all'assistenza

PROPOSTE

1. Abolire il nulla osta dell'azienda cedente
2. Mobilità svincolata dai concorsi
3. Graduatorie trasparenti

Mobilità interna

TESI

Dopo un certo numero di anni, cambiare U.O. può prevenire il burn out. Rigidità e discrezionalità aziendali agli spostamenti Unità operative con carico lavorativo differente

PROPOSTE

1. Facilitare ed incentivare la variazione delle assegnazioni
2. Dopo 5 anni si matura il diritto alla mobilità
3. Tener conto dei master clinici
4. Precedenza all'anzianità di servizio
5. Obbligo di disposizione scritta alle mobilità d'ufficio
6. Rimborso spese viaggio alla Mobilità d'ufficio superiore ai 10 km
7. Definire criteri di certezza che impediscano il clientelismo
8. Obbligo di emettere bandi interni

Meccanismo delle selezioni interne

TESI

L'anzianità di servizio limita chi ha competenze certificate. Meritocrazia non riconosciuta. Scarsa trasparenza

PROPOSTE

1. Valutare i curriculum
2. Concorso su prova scritta
3. Componenti delle commissioni appartenenti alla stessa categoria da selezionare
4. Esaminatori esterni per garantire imparzialità

Compensi per la produttività

TESI

Quando distribuiti a pioggia non tengono conto dell'effettiva presenza in servizio. Scarsa possibilità di accedere ai progetti aziendali. Scarsamente legati al merito

PROPOSTE

Che venga ripartita in percentuale riservandone una parte consistente al personale sanitario

Tutela dei dipendenti in particolari condizioni psicofisiche

TESI

Scarsa attenzione alla tutela della salute dei dipendenti. Burn out disattenzionato

PROPOSTE

1. Creazione di ambulatori di ascolto psicologico
2. Riconoscimento di periodi di aspettativa per tutelarsi dallo stress
3. Differenziazione del numero di ferie in base all'indice di stress delle U.O.

Mensa

TESI

Il diritto alla mensa è solo virtuale. Le aziende trattengono i 30' anche se non si usufruisce del servizio

PROPOSTE

1. Buono pasto oltre le 6 ore di servizio
2. Ticket spendibili anche nei supermercati alimentari
3. Mensa serale, notturna o buoni pasto
4. Diritto alla mensa ai turnisti

Lavoro straordinario

PROPOSTE

1. Pagamento il mese successivo
2. Abolizione del "dimenticatoio" monte ore obbligando l'azienda al recupero

entro i due mesi successivi
3. Riconoscere lo straordinario alle PO

Assenze per malattia

TESI

Orari di visite fiscali differenti tra pubblico e privato

PROPOSTE

1. Escludere i controlli fiscali in caso di malattia conseguente ad int. Chirurgici, immobilizzazioni degli arti, depressione
2. Fasce orarie uguali per tutti, pubblici e privati
3. Migliorare le tutele in caso di malattie croniche invalidanti

Congedi per eventi e cause particolari

TESI

3 gg. sono pochi. Gran parte del personale si ritrova ad essere nonno ed al contempo dover accudire i propri genitori

PROPOSTE

…

Diritto allo studio

TESI

Spesso è subordinato alle esigenze del servizio. Insufficienti per lauree o master

PROPOSTE

1. Da 150 a 300 ore
2. Che vengano godute anche solo per lo studio

Infortuni sul lavoro e malattie dovute a causa di servizi

PROPOSTE

1. Riconoscere le discopatie come malattia professionale
2. Infortunio in itinere in regime di pronta disponibilità: utile un'assicurazione dedicata

Congedi dei genitori

PROPOSTE

1. Maggior tutele per madri single con figli minori

Permessi retribuiti

TESI

3 giorni sono pochi per le esigenze attuali

PROPOSTE

1. Controlli periodici di chi utilizza la 104
2. Estendere i permessi anche ai tempi determinati
3. Abolire il "debitamente documentati" come avviene per la Dirigenza

Rientro dalla maternità

PROPOSTE

1. Garantire flessibilità di orari a chi ha più figli in età scolare
2. Maggiori tutele per il rientro in servizio
3. Conoscere la destinazione con un mese di anticipo
4. Conservare il diritto al rientro nel proprio reparto

Congedi per la formazione

PROPOSTE

1. Se ricadono in un giorno di riposo devono essere riconosciuti

Aspettativa

PROPOSTE

1. aspettativa per svolgere un altro lavoro autonomo o per missioni di volontariato
2. Averne diritto anche senza problemi gravi

Mutamento di profilo per inidoneità psico-fisica

PROPOSTE

1. Costringere le aziende a mutare il profilo a chi ha perso l'idoneità alla mansione liberando il posto nella dotazione organica

Tutela dei dipendenti portatori di handicap

TESI

Non vengono rispettate le limitazioni. Collocazioni improprie

PROPOSTE

…

Tempo determinato

PROPOSTE

1. Assunzione diretta senza concorso dopo 3 anni di servizio
2. Abolire il sistema delle chiamate dalle agenzie interinali
3. Utilizzo delle graduatorie aperte
4. No all'utilizzo di cooperative

Norme disciplinari

TESI

Se un dipendente rileva dei comportamenti da parte di dirigenti non consoni deve poter denunciare senza incorrere nelle ire dell'amministrazione

PROPOSTE

…

Farmacia interna

TESI

Deve essere data la possibilità ai dipendenti di acquistare presidi medico-chirurgici a prezzi vantaggiosi aprendo una farmacia interna che potrebbe essere gestita anche dai volontari del CRAL AZIENDALE . Il pagamento viene fatto con trattenuta in busta paga , verificando così i consumi personali e contigentando gli acquisti . In questo modo si scoraggerebbero i furti e l'usanza da parte del personale di appropriarsi di beni dell'azienda.

PROPOSTE

…

Altre richieste...

1. Adeguamento stipendio
2. Riconoscimento Arretrati contrattuali
3. Pensione anticipata per usura
4. Contratto infermieristico
5. Liquidazione TFR al pensionamento immediata e non dopo 2 anni
6. Possibilità anticipo TFR
7. Assicurazione colpa grave a carico dell'azienda
8. Riconoscimento economico per chi ECM OK
9. Legiferare sul rapporto Infermiere/paziente
10. Abolire obbligo tassa IPASVI
11. Tassa IPASVI a carico dell'azienda
12. Estendere fino ai 7 mesi dopo il parto l'ind. pagata all'80%
13. Istituire la figura del Case management
14. Infermiere di famiglia
15. Degenze a conduzione infermieristica
16. Responsabile Infermieristico della Dialisi Extracorporea
17. Riconoscimento del master Inf.Legale Forense
18. Abolizione delle fasce orarie fiscali (visite programmate)
19. Infermieri jolly per le sostituzioni
20. Riconoscimento dell'anzianità professionale a prescindere tra pubblico e privato
21. Alle cooperative la sostituzione delle assenze
22. Accesso alla dirigenza anche con altre lauree
23. Master gestiti in azienda
24. Patente di servizio per ADI
25. Prestazioni sanitarie a tariffe agevolate per i dipendenti

Tavolo ministeriale sulla professione infermieristica:

riflessioni e forti perplessità del Nursind

Rivedere l'impianto, definire obiettivi e problematiche da risolvere

Il Segretario Nazionale, Andrea Bottega, ha sintetizzato le considerazioni del Nursind in ordine alla bizza dei lavori del Tavolo ministeriale sulla professione infermieristica, diffuso nei giorni scorsi proprio per raccogliere, intorno ai suoi contenuti, le prime osservazioni delle rappresentanze professionali e sindacali.

Riceviamo per una valutazione la bozza in discussione al tavolo sulla professione infermieristica. Il testo consta di due paragrafi che, a nostro parere, sembrano introduttivi a qualcosa d'altro che per ora rimane indeterminato.

Nel primo paragrafo si analizza il contesto epidemiologico nazionale per rilevare che la spesa per la prevenzione delle malattie è notoriamente insufficiente e che sono necessarie politiche proattive specialmente rivolte all'emergere di nuove e più consistenti situazioni di cronicità e fragilità che condizionano non tanto l'aspettativa di vita ma la qualità della stessa. Difficoltà di accesso alle cure, sottofinanziamento del sistema, minore autonomia nelle attività quotidiane, crisi del modello tradizionale di famiglia, necessità di integrazione e personalizzazione dell'assistenza, meno ospedale più territorio sono alcuni dei punti citati per riorientare l'intera offerta assistenziale.

È citato una sola volta ma lo studio più recente è il rapporto CENSIS 2016. In esso appare chiara "l'erosione della qualità e dell'accessibilità del Servizio sanitario pubblico a seguito della scure finanziaria sui bilanci pubblici" e che tale condizione ha determinato che "sanità a pagamento e sanità negata sono due facce della stessa crisi sanitaria del nostro Paese". Una sconfitta per il SSN e per le istituzioni che tutelano la salute.

Non è condivisa dal sindacato infermieristico Nursind la soluzione proposta nello stesso rapporto di colmare questa negazione del diritto alla salute con la sanità integrativa; sarebbe di fatto una controriforma, un ritorno alle mutue già esistenti e sperimentate il cui superamento ha dato vita proprio al Servizio sanitario nazionale.

Il secondo paragrafo si apre con una deduzione, a nostro parere, del tutto slegata dalla premessa. Se, infatti, quelli sono i punti caratterizzanti il nuovo contesto anzitutto si dovrebbe dedurre che un tale sistema è inefficace e inefficiente nel garantire i principi costituzionali della Repubblica. Ciò non comporta primariamente come dichiarato "una diversa ed evoluta rappresentazione" delle professioni sanitarie attraverso "ulteriori sviluppi di carriera di questi professionisti e la spendibilità degli specifici ruoli all'interno del SSN" il tutto chiaramente "senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

La prima deduzione da fare è che le risorse umane ed economiche devono essere tali almeno per garantire i diritti dei cittadini, una qualità della vita dignitosa e attivarsi affinché in un momento di crisi le famiglie già falcidiate dalla perdita del lavoro (altro fondamento costituzionale) non debbano sopportare anche i costi dell'assistenza.

Salvo Lo Presti e Paolo Porta della DN a rappresentare Nursind al tavolo M.

Ci si sarebbe aspettati una deduzione che riguardasse una presa in carico dell'aumento della non autosufficienza nel territorio attraverso l'istituzione dell'infermiere di famiglia in modo similare al servizio di medico di medicina generale. Affrontare le varie modalità di organizzazione nel territorio di tale figura, la tipologia di rapporto di lavoro e il rapporto con gli altri professionisti della salute.

Ci si sarebbe aspettati una riflessione sull'adeguamento delle dotazioni organiche infermieristiche attraverso l'assunzione di una metodologia di rilevazione del fabbisogno basata sugli esiti e di valenza possibilmente internazionale al fine di comparare e uniformare all'interno dell'Unione europea gli standard. Invece su tali aspetti nulla si dice ma si introduce la questione competenze.

Sulle competenze viene citato il D.lgs 28 gennaio 2016, n. 15 che fa riferimento a una normativa europea. Tra le competenze dell'infermiere il punto 1 richiama la pianificazione, l'organizzazione e il prestare le cure infermieristiche proprie dell'ambito autonomo dell'infermiere.

Un recente studio (Rn4Cast italia) su 40 ospedali di 13 regioni italiane, presentato a Genova il 10 giugno 2016, ha evidenziato come l'infermiere tralascia, per sovraccarico di lavoro o per carenza di organico, proprio quella parte che riguarda la pianificazione, la comunicazione con il malato, l'educazione all'autogestione e dei care giver; proprio quegli aspetti tipici dell'autonomia professionale e che la stessa normativa europea riconosce come competenze della professione infermieristica.

Chi dunque garantisce ai cittadini quanto dovrebbe garantire l'infermiere? A questa domanda non troviamo risposta. Eppure a noi sembra la domanda centrale proprio per garantire quei livelli minimi di assistenza che lo Stato si è impegnato verso il popolo nel patto costituzionale al pari del pareggio di bilancio (art. 81 introdotto con la riforma del 2012 ma non presente nel testo originario del 1948).

Lo stesso studio ci dice invece che gli infermieri italiani sono pienamente consapevoli dell'impossibilità data dai contesti lavorativi di esercitare proprio quelle competenze che già hanno e che tale impossibilità è alla base della scelta di ben il 36% di lasciare il lavoro entro un anno. Un dato che merita una seria riflessione da parte degli enti decisori, ministero e regioni.

Deduzione vorrebbe che questi temi fossero primariamente affrontati, invece viene introdotto "il nuovo modello di evoluzione delle competenze infermieristiche" presentato dalla Federazione IPASVI.

Su tale modello, il Nursind si è già espresso in senso negativo.

Ribadiamo ora le stesse critiche e la piena contrarietà a una revisione legislativa e dei percorsi universitari che richieda ulteriore ...

(prosegue a pag. 29)

Terremoto nel Lazio e Marche:

anche Infermiere associate NurSind tra le vittime del disastro di Amatrice

NurSind e la Redazione del Giornale InfermieristicaMente, si stringono attorno ai familiari delle vittime del terremoto del centro Italia, in particolar modo alle famiglie delle nostre colleghe e associate che lavoravano nell'ospedale, morte sotto le macerie della cittadina di Amatrice.

Tra queste vittime ricordiamo l'Infermiera Rita Cherubini, Coordinatrice del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Amatrice, il marito Agostino Ciancaglioni, la figlia Morena, incinta di 4 mesi.

Rita si era distinta tempo addietro per aver condotto una battaglia di protesta per la salvaguardia dell'Ospedale di Amatrice, come presidio di montagna e quindi disagiato.

Abbiamo raggiunto telefonicamente il Segretario Territoriale di Rieti, l'Infermiera Maria Cristina Camisola, che ci ha rassicurati circa il sul suo stato di salute. Fortunatamente è stata estratta viva dalle macerie Oriana D'Emidio Coordinatrice del reparto di Medicina.

Purtroppo ancora risultano disperse circa 10 Infermiere, tutte della comunità di Amatrice ed iscritte al NurSind Segreteria Territoriale di Rieti.

Grazie al sentimento e alla solidarietà di tutto il Direttivo Nazionale, della Redazione del Giornale, dei nostri dirigenti sindacali e degli associati di tutta Italia, siamo pronti ad intervenire ed assicurare loro ogni aiuto che si renderà necessario, per il ritorno alla normalità.

Il Direttivo Nazionale NurSind
Redazione di InfermieristicaMente

in Centrale Operativa 118 Piceno Soccorso:

era una notte come tante...

il racconto a pelle di una nostra iscritta

Era una notte come tante, quella del 24 Agosto, in Centrale Operativa 118 Piceno Soccorso.

Anzi, forse un po' più tranquilla, tanto che con i miei Colleghi, Alberto e Elena si parlava proprio del fatto che il popolo dei turisti si andava man mano riducendo e quindi sulla costa c'erano meno "casini", vabbè, ci dicevamo, vuol dire che stiamo rientrando nella normalità…

Ore 3:36, la normalità alla quale tanto aspiravamo se ne è andata… per sempre…

Ci guardiamo increduli, mentre un boato ci assale alle spalle e tutto inizia a tremare, non ci muoviamo, siamo impietriti seduti alle postazioni di lavoro, gli allarmi della telefonia che va in tilt riecheggiano nella sala operativa amplificati da quel silenzio di tomba, in quei momenti rivivo la notte del sisma dell'Aquila, anche quella notte ero in servizio, fu la stessa cosa, inizio a realizzare, ci scuotiamo, iniziamo a sopperire al black out delle linee telefoniche attivando il sistema telefonico di emergenza, ma l'allarme rientra e squilla il primo 118…

Risponde Alberto, dall'altra parte una voce disperata dice "Venite, Pescara del Tronto è crollata completamente…"

Dovevo partire, ero io l' Infermiera di prima uscita in equipaggio ALS, mentre mi avvio verso l'ambulanza cerco di richiamare al telefono mia figlia sola a casa, ci avevo provato qualche minuto prima ma le linee erano interrotte, ancora niente ma dopo alcuni secondi mi richiama lei, sospiro di sollievo, mi assicura che va tutto bene , le dico quello che era successo e dove stavo andando e che forse non ci saremo sentite per un po' di tempo mi dice "Mamma nei limiti del possibile mandami uno squillo ogni tanto così so che stai bene…" rispondo "Ok mamma, un bacio…"

Sulla strada per raggiungere il target cerchiamo di esorcizzare la paura, forse sarà una di quelle solite persone che esagerano sempre, su tranquilli è impossibile che sia crollato un intero paese al più sarà crollata qualche casa, ma di quelle vecchie dove di solito non abita nessuno…

Transitiamo per Acquasanta Terme, il primo paese che apre le porte a quello che è il nostro caro territorio montano, molta gente per strada, ma nessuno ci fa cenno per chiederci soccorso, ok fin qui tutto bene, forza ragazzi sicuramente non è quel che si dice… superiamo Quintodecimo, anche qui nulla di particolare, ci avviciniamo a Trisungo, sulla Salaria non transita nessun veicolo, ci sono massi sulla carreggiata, ci fermiamo per spostarli altrimenti non possiamo proseguire, iniziamo a preoccuparci, sulla sinistra una casa crollata, ma quella la conosco è disabitata da tempo, uno sguardo alla sovrastante Arquata del Tronto, buio pesto, ma noi dobbiamo proseguire per Pescara del Tronto è quello il nostro Target, chiamo in Centrale, mi rispondono che sì, anche ad Arquata ci sono problemi, ma stanno inviando altri mezzi, del resto è scattata la maxi-emergenza e il personale è stato richiamato tutto in servizio.

Si profilano nella mia mente scenari già visti, non sono al mio primo terremoto, ne ho vissuti già due, sarà così anche questa volta?

Ancora frane sulla strada, stavolta indossiamo i caschi di protezione, scendiamo, liberiamo ancora una volta la strada per proseguire, dico all'autista che sarebbe meglio approcciare il paese dal basso così da avere una visuale più completa, ci sono due strade che vi conducono, il paese in questione è adagiato su un pendio, in alto attaccato alle montagne che lo sovrastano, in basso si affaccia sulla strada Salaria, percorriamo pochi metri dal bivio e li ci rendiamo conto della drammaticità dell'accaduto, macerie di abitazioni hanno invaso la stradina di accesso, no stavolta è peggio, mi dico.

"Forza, Daniela, gira, passiamo per Forca Canapine…." dico all'autista.

Non parliamo più, abbiamo capito tutto, ognuno di noi si prepara psicologicamente in silenzio a quello che dovremo affrontare, tecnicamente non dobbiamo dirci nulla, sappiamo quello che dobbiamo fare…

Ancora massi da spostare sulla carreggiata, le prime case sulla strada, crollate, scendiamo dal mezzo di soccorso, è arrivato anche il mezzo BLSD della postazione di Acquasanta, fumo, silenzio, buio, odore di gas, cavi dell'alta tensione che scintillano a terra, le prime urla nella polvere e da quella polvere esce un uomo insanguinato che porta tra le braccia un bimbo, disperato ce lo consegna, non respira, su forza, iniziamo le manovre di rianimazione avanzata mentre l'ambulanza ondeggia per le successive forti scosse, non siamo in sicurezza ci dice l'autista, cadono massi sull'ambulanza, io e il medico facciamo finta di non sentire e continuiamo nel tentativo di riuscire a strappare alla morte quel piccolo angioletto…

Tutto inutile, si chiamava Giordano, abbiamo dovuto lasciare i genitori ed il nonno nella disperazione, senza poter rimanere lì ad abbracciarli, ma dovevamo proseguire c'erano altre persone che avevano bisogno di noi ed eravamo ancora soli, iniziavano a venirci incontro persone ferite, dovevamo stabilire spazi in relativa sicurezza per poterle sistemare ed operare un primo triage, è questo il compito della prima squadra che arriva sul posto, mentre dal basso del paese si sentivano urla di dolore e richieste di aiuto.

Si sa, in queste situazioni prima che la macchina del soccorso vada a regime passa del tempo ed in questo caso non è stato nemmeno tanto, bravi i miei colleghi della Centrale Operativa, uno dopo l'altro iniziano ad arrivare i mezzi di soccorso tecnico e sanitario, con i nostri colleghi a bordo, che bello vedere volti conosciuti, adesso sì che possiamo iniziare a distribuirci i compiti.

Un Caposquadra dei Vigili del Fuoco ci comunica che sono state chiuse le centrali del gas metano e della corrente elettrica, albeggia, riusciamo a vedere nitidamente quello che fino a quel momento potevamo solo immaginare la distruzione totale di un centro abitato, no, non sembra l'effetto di un terremoto, sembra l'effetto devastante di un bombardamento.

Ci dividiamo le zone di accesso al paese, carichi dei nostri materiali, costituendo squadre miste composte da Sanitari, Vigili del Fuoco e Soccorso Alpino, perfettamente coscienti che il nostro "dogma" sulla sicurezza sarebbe andato a farsi benedire, ma lì non eri in sicurezza nemmeno se rimanevi sulla strada sovrastante a fare niente.

Con la mia squadra proseguo verso la parte ovest dell'abitato, quella prospiciente sul fiume Tronto, conosco bene quel paese, lì dovrebbe esserci un antica fabbrica della gazzosa… sì, completamente rasa al suolo, la fontana no quella c'è ancora e ancora sgorga la freschissima acqua del torrente Pescara, un angolo di normalità, in quello scenario di totale distruzione.

La prima casa che incontriamo è crollata ci sono due corpi senza vita sotto le macerie, due ragazzine… le copriamo, sotto un tetto crollato qualcuno grida aiuto, è un ragazzo, lo raggiungiamo, lo stabilizziamo, mentre i vigili del fuoco gli liberano le gambe, è stato facile, è vivo, proseguiamo, dalle macerie molte voci, molti lamenti, non ricordo quante persone abbiamo recuperato vive, ma ogni volta era una vittoria sulla morte, non ricordo quanti baci ho dato ed ho ricevuto da quelle persone che rivedevano la luce del sole dopo ore interminabili di terrore ed oscurità.

Ci dividiamo fra quelle macerie, per estrarre viva più gente possibile, da una casa ancora in piedi ma con gli interni crollati, il Caposquadra dei Vigili del fuoco richiama la mia attenzione c'è una donna che ha bisogno di immobilizzazione prima di essere estratta, entro dentro stabilizziamo la signora, che mi dice di cercare il suo nipotino ed il marito, la tiriamo fuori dall'abitazione, cerco nelle stanze devastate chiamando il bimbo, nessuna risposta, sposto un materasso e aggrovigliato tra le lenzuola lui era lì bianco di polvere, non parlava, mi guardava terrorizzato, si CHIAMA Giulio, chissà quando avrà parlato e sorriso ancora…

Tutta salva quella famiglia, Giulio era lì in vacanza con i nonni…

E' già quasi mezzogiorno, le due Eliambulanze del 118 Regionale, iniziano a verricellare i feriti gravi estratti dalle macerie, non abbiamo acqua da bere, stanno terminando i presidi sanitari, ne facciamo richiesta al campo base, nel frattempo ci arrangiamo con porte e scale facilmente reperibili tra le macerie, apro qualche flebo di glucosio per dissetarci, un sorsetto a testa, i liquidi servono a ben altro…

Ci fermiamo un attimo a fare il punto della situazione, da sotto i nostri piedi sentiamo una flebile voce, dobbiamo scavare, ci raggiunge un ragazzo che dice essere il fratello della persona sotto le macerie, lo guardo e lo riconosco, è un mio amico di infanzia, ci dice che oltre al fratello ci sono la cognata ed i genitori della cognata, sotto ad un materasso, aggrovigliata tra le coperte c'è la signora, le promettiamo che avremmo raggiunto il marito, i due anziani sono morti.

Il mio soccorso si ferma lì, Giulio, anche il signore in questione si chiama così, è schiacciato sotto il solaio del piano superiore dell'abitazione, si svolge da parte dei Vigili del Fuoco un lavoro minuzioso di puntellamento per evitare che crolli tutto, le operazioni sono lunghe e difficoltose, riusciamo a reperire una via venosa una volta liberata parzialmente la vittima, si inizia a trattare sul posto la sindrome da schiacciamento, dentro a quel buco di un paio di metri dove Giulio è incastrato dal torace in giù.

Troppo tempo in quella posizione, abbiamo paura che una volta tirato fuori, come il più delle volte avviene in questi casi, la vittima non ce la faccia, e succede quello che temevamo, ogni tentativo è vano… non abbiamo mantenuto la promessa fatta…

Dodici ore che sono lì, il mio collega mi guarda, mi intima di risalire, proseguirà lui insieme al medico, sono già le quattro del pomeriggio, stanno tirando fuori solo cadaveri, il nostro compito è quasi terminato…

Arrancando tra le macerie raggiungo la sommità del paese, quanta gente, quante divise !!! Ero scesa che non c'era quasi nessuno… bianca di polvere dal casco ai piedi, mi avvio verso il campo base, e i miei occhi vedono la cosa più bella che potevano mai vedere, mia figlia , mi viene incontro, mi ha portato cose da mangiare e da bere, l'abbraccio, piango di un pianto liberatorio, la rimprovero perché è venuta lì in un posto non sicuro e le chiedo poi come diavolo avesse fatto a passare visto che il paese era ormai blindato, splendida mia figlia e io ce l'ho lì davanti a me bella e sorridente diversamente da tante mamme che lì dovranno piangere i loro figli… Lei mi risponde che sapeva che avevo bisogno di lei e che quindi ha trovato il modo di aggirare gli ostacoli, del resto lo so che è testarda e coraggiosa, vuole diventare un Vigile del Fuoco…

Dott.ssa Inf. Cinzia Fiori
Centrale Operativa 118 Piceno Soccorso

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Contratti Pubblico Impiego:

Circa 25 mila ricorsi alla CEDU per indennizzare il mancato rinnovo

Non solo CGIL, CISL e UIL e Codacons, il più consistente ricorso finora presentato per il mancato rinnovo dei contratti pubblici è stato presentato il 28 giugno presso la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo dalla Confederazione Generale Sindacale .

"Non basta affermare che i mancati rinnovi contrattuali hanno riportato gli stipendi al valore del 2001 e che in media un dipendente pubblico ha perso 212 euro lordi al mese causa il blocco della contrattazione che dura da più di 6 anni; occorre tutelare il lavoro e i lavoratori secondo i principi costituzionali, se ancora c'è rispetto per questa Costituzione e per le sentenze della più alta Corte della repubblica."

Proprio dopo aver vinto il ricorso presso la Corte Costituzionale nel giugno 2015, il cammino di tutela del salario dei dipendenti pubblici è proseguito attraverso un ricorso di grande valenza politico-sindacale: la richiesta di risarcimento presso la CEDU promossa dalla CGS (confederazione che rappresenta circa 90 mila dipendenti pubblici) attraverso la piattaforma www.ricorsocgs.it (ancora attiva per la gestione delle comunicazioni).

L'iniziativa non ha avuto, paradossalmente, l'appoggio delle altre confederazioni rappresentative nel pubblico impiego ma in breve tempo (secondo i nostri legali i ricorsi andavano depositati entro il 30 giugno 2016 e le procedure di raccolta delle adesioni sono state particolarmente delicate perché svolte in soli due mesi e con una mole di documentazione non indifferente) hanno aderito ben 25 mila ricorrenti. Le organizzazioni sindacali che oggi chiedono nuove risorse per l'apertura del triennio contrattuale 2016-2018 dimenticano però che la sentenza della Corte Costituzionale riconosce il diritto ai lavoratori pubblici a vedere prima "chiuso" il triennio contrattuale 2013-2015. Contro questa volontà di far passare in cavalleria l'arretrato, il Nursind tramite la CGS ha offerto ai propri iscritti il tentativo di una causa risarcitoria presso un organismo esterno alla Stato italiano visto che anche le sentenze della Corte Costituzionale rimangono inapplicate.

Il report annuale della Corte EDU ha evidenziato come nel 2015 l'Italia abbia raggiunto la cifra record di 77 milioni di euro di risarcimento che il Governo ha liquidato per violazione della Convezione europea dei diritti dell'uomo.

"Pensiamo – conclude il segretario nazionale Nursind – che la tutela dei lavoratori richieda il coraggio di lottare in ogni modo per la garanzia dei diritti costituzionali e che la contingenza economica non possa essere la scusa per bloccare gli stipendi dei dipendenti pubblici. La scelta di allocare le risorse disponibili in mance o bonus piuttosto che adeguare gli stipendi, è una scelta politica e come tale va valutata come singoli cittadini e come associazione di rappresentanza dei lavoratori."

Se anche questo ricorso può essere utile affinché il governo riveda la cifra irrisoria di 300 milioni di euro messa a disposizione per il triennio 2016-2018 e finalmente decida di adeguarsi ai principi della Costituzione Italiana prima di chiederne la modifica attraverso il referendum ben venga ma non si pensi che Nursind garantirà il proprio appoggio alle scelte governative indipendentemente dalle risorse che si stanzieranno e da come si penserà di sanare la pregressa tornata contrattuale.

Il Comunicato stampa C.G.S.

Comunichiamo che il 28 giugno 2016 alle ore 10,01 i ricorsi sono stati depositati tramite corriere a Strasburgo presso la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, (C.E.D.U.) organizzato dalla Confederazione Generale Sindacale (C.G.S.) contro il blocco dei contratti e delle retribuzioni nel pubblico impiego.

Per ragioni giuridico organizzative sono stati presentati otto ricorsi complessivi.

Nelle prossime settimane proseguirà il lavoro del Centro Gestionale del Ricorso per la sistemazione e/o integrazione del carteggio che, per il momento, dovrà rimanere presso i nostri archivi e pertanto la nostra segreteria continuerà a contattare via mail i ricorrenti che devono perfezionare la loro documentazione.

Il nostro sito www.ricorsocgs.it rimarrà comunque attivo per informare e aggiornare i ricorrenti sugli sviluppi riguardanti il ricorso alla CEDU e sulle eventuali ulteriori attività ricorsuali promosse o attuate dalla CGS.

RN4CAST:

primi risultati dello studio in Italia

Cofinanziato da Nursind, presentato a Genova il 10 giugno

Si è tenuta a Genova, venerdì 10 Giugno, presso l'auditorium dell'ospedale "S.Martino" la Conferenza Internazionale per la presentazione dei risultati dello studio italiano RN4CAST di cui NurSind è uno dei finanziatori economici.

Nutrito il carnet dei relatori, tutti di fama internazionale, che con le loro autorevoli relazioni hanno interessato e appassionato una sala gremita in ogni ordine posto.

All'evento ha presenziato tutta la Direzione Nazionale NuSind, a riprova che non solo il Sindacato delle Professioni Infermieristiche ha investito in termini di risorse economiche in questo progetto ma soprattutto che il presente e il futuro dei Professionisti della Salute è e rimarrà la mission principale.

Per dovere di cronaca va segnalata la mancanza, tra i partner del progetto, dell'organo istituzionale che rappresenta tutta la classe Infermieristica italiana.

Il progetto italiano di RN4CAST-EUROPA è stato curato dalla direttrice, la Professoressa Loredana Sasso, professore associato di Nursing presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova.

"L'obiettivo della ricerca – spiega la Professoressa Loredana Sasso – è quello di prevedere il fabbisogno infermieristico impiegando un modello che valuta l'impatto dell'assistenza infermieristica sugli esiti del paziente. Il metodo con cui è stata condotta la ricerca è uno studio osservazionale descrittivo, trasversale, multicentrico. L'indagine è stata condotta in 13 Regioni ed ha interessato 40 ospedali, 292 unità operative, 3716 pazienti e 3667 infermieri.

L'indagine sui pazienti - continua - ha interessato diversi aspetti della condizione di utente quali la comunicazione con medici ed infermieri, la gestione del dolore, le informazioni sulla terapia e alla dimissione. Soprattutto la disponibilità dell'utente a raccomandare l'ospedale ad amici e parenti. Da questa indagine è emerso che migliori rapporti tra infermieri, pazienti ed ambiente sono associati a livelli di soddisfazione più alta del paziente.

Il rapporto pazienti/infermieri a fronte di una media europea di 6 in Italia è di 9,54 e che il 51,30% degli infermieri italiani è moderatamente soddisfatto del suo attuale lavoro in ospedale".

" Prima di iniziare la mia relazione – spiega la Professoressa Linda Aiken, Professore di Sociologia e Direttore del Centro, di Ricerca degli Outcome e delle Politiche Sanitarie- University of Pennsylvania- Philadelphia, USA- e Co-Director di RN4CAST-EU – ho il piacere di comunicare che la Professoressa Loredana Sasso è stata nominata membro del progetto internazionale e che presto farà parte del gruppo di studio negli Stati Uniti."

"Lo studio RN4CAST - conclude la Professoressa AIKEN – è stato condotto in 15 stati. Uno studio similare sta per essere condotto in altri 30 stati.

Dallo studio è emerso che il tasso di mortalità per un intervento chirurgico, con la stessa metodologia di esecuzione, con caratteristiche similari tra i pazienti, aumenta esponenzialmente tra un ospedale ed un altro". Un applauso particolarmente caloroso da parte di tutta la platea ed un abbraccio caloroso tra la Aiken e la Sasso, ha sancito nella concretezza l'importanza dello studio ma soprattutto la qualità del gruppo RN4CAST Italia e del suo team-leader.

Da un articolo pubblicato da THE LANCET nel 2014, autorevolissima rivista internazionale sanitaria a firma della stessa Aiken, è emerso che le morti sono significativamente più basse negli ospedali con un numero inferiore di pazienti per infermiere e soprattutto con la presenza di infermieri laureati.

Dallo stesso articolo emerge che per ogni paziente oltre il numero massimo di 6, affidato alle cure del singolo infermiere, aumenta del 7% il tasso di mortalità in quel reparto. L'incremento del 10% di infermieri laureati in un reparto diminuisce del 7% il tasso di mortalità".

La conclusione della Conferenza è stata affidata al Professor Walter Sermeus, Professore di Management Sanitario, Direttore doi RN4CAST-EU.

I dati pubblicati dal Professor Sermeus sono stati estrapolati da uno studio condotto in collaborazione con la OCSE (Organisation for Economic Co-operation and Development), un'organizzazione internazionale di studi economici per i paesi membri (34), paesi sviluppati aventi in comune un sistema di governo di tipo democratico ed un'economia di mercato.

"Le strategie di politiche sanitarie pubblicate a marzo del 2016 – Professor Sermeus – fanno emergere:

1) GIUSTO LAVORO: " Formare un numero sufficiente e adeguato di operatori sanitari per soddisfare le esigenze future , senza indebitamente far affidamento sugli sforzi di formazione di altri paesi, in particolare di coloro che soffrono di una grave carenza".

2) GIUSTE COMPETENZE: "Garantire che gli operatori sanitari acquisiscano le giuste capacità e competenze, con l'opportunità di adattare le loro competenze nel corso della loro vita lavorativa per fornire un servizio sanitario di alta qualità in più approcci team-based centrati sul paziente,"

3) GIUSTO LUOGO: "Fornire a tutta la popolazione un adeguato accesso alle cure mediche, indipendentemente da dove essi vivono, attraverso la promozione di una distribuzione più uniforme geografica degli operatori sanitari e un maggiore uso di modelli innovativi di erogazione dei servizi di salute , in particolare la telemedicina."

La conferenza, terminata in perfetto orario rispetto al programma istituzionale, ha dato vita ad un importante dibattito conclusivo tra una platea particolarmente reattiva ed i relatori visibilmente compiaciuti dal feedback decisamente positivo.

Dallo studio RN4CAST svolto in 13 regioni italiane:

il rapporto pazienti/infermieri è di 9,54 Contro l'ottimale del 6

Vengono a mancare le cure «core» dell'assistenza

Recentemente si sono susseguiti una serie di rapporti sulla sanità che hanno dato vita a diverse prese di posizione. Ne è mancata una, però, prettamente infermieristica. Dopo i dati della Corte dei Conti e del Censis, sabato scorso a Genova, sono stati presentati anche i primi dati dello studio Rn4Cast svolto in Italia.

I primi due rapporti hanno evidenziato come in questi anni da una parte si sia ampiamente risparmiato sul personale pubblico attraverso il taglio delle dotazioni organiche e il blocco stipendiale (Corte dei Conti) e, dall'altra, 11 milioni di nostri cittadini hanno rinviato o rinunciato alle prestazioni sanitarie con la notizia che buona parte della popolazione ritiene che la qualità del proprio servizio sanitario regionale sia peggiorata negli ultimi due anni (Censis).

I primi dati del terzo studio sono arrivati a fine settimana in una conferenza internazionale a Genova, dove la prof.ssa Loredana Sasso ha presentato i primi risultati dello studio RN4CAST (Registered Nurse Forecasting). Uno studio già svolto in altri 14 paesi europei - oltre che in altri paesi di diversi continenti - che ci permette di analizzare l'impatto di un numero adeguato di personale infermieristico (staffing) sulla sicurezza del paziente e sulla qualità dell'assistenza con dati fondati scientificamente e con una metodologia che permette il raffronto tra i 40 ospedali delle 13 regioni italiane che hanno partecipato allo studio e gli altri paesi europei.

Uno studio che in Italia mancava (Nursind nel 2013 né è stato finanziatore e promotore) e che sarà alla base delle politiche sanitarie dell'Unione europea per far fronte al crescente bisogno sanitario della popolazione, per l'enorme impatto che l'ambito sanitario ha nel mondo del lavoro e per il valore strategico che la salute dei cittadini europei ha in termini di politiche generali (immigrazione, scambi commerciali, lavoro, difesa militare, …).

Cosa ci dicono in sintesi i primi dati dello studio?

Anzitutto che il rapporto pazienti/infermieri nei reparti di chirurgia e medicina in Italia è di 9,54 (valore minimo 7,08 – valore massimo 13,65) mentre il livello ritenuto ottimale per evitare esiti importanti sulla salute dei malati è di 6:1.

In secondo luogo i dati ci dicono che le cure mancate riguardano principalmente aspetti core della professione infermieristica, cioè quelli che più interessano l'area di autonomia professionale (pianificazione delle cure, sorveglianza adeguata dei pazienti, sviluppo o aggiornamento dei piani di assistenza e programmi, cambio frequente della posizione, confort/dialogo col paziente, educazione del paziente e della famiglia, la cura del cavo orale) e che questi variano in base al numero di infermieri e al loro carico di lavoro.

Particolare influenza ha l'ambiente di lavoro dove si associa un più alto rischio di burn out e dove agli aspetti di soddisfazione legati al godimento dei diritti, alla flessibilità e all'autonomia professionale si contrappongono alti valori di insoddisfazione per lo stipendio e l'avanzamento di carriera.

In Italia il 36,15% degli infermieri (età media 41 anni) avrebbe intenzione di lasciare il lavoro nel prossimo anno, un dato preoccupante se pensiamo che il futuro dell'Italia e dell'Europa richiederà un maggior numero di professionisti infermieri.

In sostanza un sistema che "brucia" la sua risorsa più preziosa. Ancora una volta le condizioni lavorative incidono notevolmente sulle scelte individuali: il desiderio/volontà dell'infermiere di cambiare struttura aumenta del 50% in presenza di impossibilità di completare le attività di gestione del dolore per mancanza di tempo mentre diminuisce del 30% in caso di organico perfettamente adeguato e del 40% se c'è almeno un parziale riconoscimento della professione e ascolto da parte della dirigenza.

Andrea Bottega con il Prof. Walter Sermeus

Sono primi dati che richiederanno diverse analisi e rapporti con altri dati di carattere economico, per esempio, al fine di valutare se il costo di un infermiere in più è giustificato economicamente rispetto al costo che il sistema deve sostenere per gli esiti delle mancate cure.

Tuttavia pare indubbio che la spending review sia stata efficace nel rientro economico delle regioni ma è altrettanto provato che ciò è anche andato a discapito della qualità dell'assistenza (il 40% degli infermieri ritiene che la qualità sia mediocre o scadente), degli esiti e della sicurezza (solo il 30% degli infermieri ritiene che il livello di sicurezza dei pazienti sia molto buono o eccellente). Inoltre non ab-

biamo prova che con i tagli economici si siano adottati più efficienti ed efficaci modelli organizzativi.

La prof.ssa Linda Aiken nel suo intervento ha ribadito che i precedenti studi del consorzio Rn4Cast hanno correlato la mortalità nelle strutture ospedaliere a due variabili: al rapporto pazienti/infermieri (la mortalità è più bassa negli ospedali in cui un infermieri segue meno pazienti) e al più elevato titolo di studio dello staffing (il 50% degli infermieri italiani sono laureati).

La difficoltà di svolgere la professione infermieristica in situazioni di carenza d'organico è testimoniata dal fatto che il 79% degli infermieri dicono di non essere abbastanza presente al letto del paziente. Non ci sono abbastanza infermieri. Tra i 40 ospedali italiani si osservano differenze rilevanti: si passa da strutture con il rapporto nelle 24 ore di un infermiere e 6 pazienti a strutture con il rapporto un infermiere a 11 pazienti.

Appare quindi evidente – e le sfaccettature di queste evidenze saranno oggetto di studio e pubblicazione nel proseguo delle analisi e comparazioni tra i dati – che c'è una correlazione significativa tra staffing (formazione, composizione e numero di personale addetto all'assistenza), ambiente lavorativo e qualità e sicurezza delle cure. Una tale correlazione non può che avere come corollario l'affermazione che l'assistenza infermieristica non è il problema ma soluzione dei problemi di salute dei pazienti.

In sostanza, permettendomi una riflessione personale, si vede confermato ciò che da tempo andavamo affermando: la questione infermieristica (l'infermiere che non c'è) è rilevante per la qualità delle cure.

I tagli lineari, il blocco dei contratti e del turn over hanno aggravato le condizioni lavorative e peggiorato l'ambiente lavorativo, due fattori che hanno inciso sulla qualità e sicurezza delle cure offerte alle persone bisognose. I tavoli ministeriali sulla professione infermieristica non potranno non partire da queste considerazioni ora avvallate anche da dati oggettivi e da comparazioni internazionali.

Andrea Bottega

Da destra: la Prof.ssa Loredana Sasso e la Prof.ssa Linda Aiken con Andrea Bottega

Ecco perchè

IPASVI di Pisa non applicherà l'art. 49 del Cod. Deontologico

Gentile direttore, l'attività Infermieristica, per la sue peculiari caratteristiche sociali, al pari di molte altre professioni, necessita, a tutela dei fruitori ma anche degli esercenti, di un codice etico che ne regolamenti l'operato. Lo strumento con cui si ottiene questo risultato è il Codice Deontologico.

La domanda che ci siamo posti, come Consiglio Provinciale del Collegio IPASVI di Pisa, è se i soggetti ed il contesto per cui è stato redatto il Codice Deontologico attualmente in uso siano ancora gli stessi.

In questi ultimi anni, a nostro avviso, v'è stata una profonda evoluzione dei Cittadini e della professione Infermieristica accompagnata da una profonda mutazione, e per certi versi involuzione, del contesto sociale Italiano.

Dal nostro confronto è emerso, anche alla luce delle recenti sentenze giudiziarie, che il Codice Deontologico necessiti, in tempi stretti, di essere revisionato e che, pur riconoscendone la funzionalità e l'integrazione con il codice attuale ed il passato contesto, l'articolo 49 debba essere disapplicato.

Questo articolo, che non trova pari nel panorama dei codici deontologici italiani, ha finito per essere utilizzato dalle amministrazioni come strumento strutturale per sopperire con gli infermieri alle carenze organizzative, andando a distogliere le già scarne risorse dedicate all'assistenza; nato con l'intento di tutelare il cittadino è stato trasformato, nei fatti, in svantaggio per lo stesso e per la professione.

Per i motivi sopra descritti, questo Consiglio Provinciale, ha deliberato di procedere alla realizzazione di un nuovo Codice Deontologico da portare all'attenzione di tutti i Collegi Provinciali e della Federazione Nazionale, riconoscendo in questa l'organismo che deve raccogliere e sintetizzare le istanze degli infermieri.

Quello che ci proponiamo è di avviare un dibattito partecipato da tutti i portatori di interesse rispetto alla professione Infermieristica. Il nostro lavoro non è da intendersi in contrapposizione con quanto già avviato dalla Federazione Nazionale, ma come contributo che, speriamo, possa essere accolto, in parte o in tutto, dalla professione.

In via transitoria, nell'attesa di adottare un nuovo Codice Deontologico, questo consiglio ha deciso di portare alla prossima assemblea degli iscritti la mozione di disapplicazione dell'articolo 49 per gli iscritti al Collegio IPASVI di Pisa.

Emiliano Carlotti
Presidente del Collegio IPASVI di Pisa

Art. 49:

Nursind: lodevole la proposta dell'IPASVI di Pisa, autonoma rispetto al Sindacato

Leggiamo nei social media che l'iniziativa del Collegio IPASVI di Pisa di disapplicare in sede locale l'art. 49 del Codice deontologico dell'infermiere e proporne a livello nazionale uno nuovo sarebbe strumentale a un attacco di Nursind alla Federazione Ipasvi.

Ci preme ricordare, ai chi avesse rimosso l'Anno Domini 2014, che Nursind le proprie battaglie le conduce sempre in prima persona mettendoci la faccia e dichiarandosi apertamente. Per queste persone abbiamo scritto "Il riformatore e l'infermiere, il dovere del dissenso" di Chiara D'Angelo Edizioni Quotidiano Sanità.

Voler far passare come iniziativa Nursind quanto deciso dal direttivo IPASVI di Pisa denota la volontà (strumentale alla linea di pensiero conservatrice della Federazione Ipasvi?), a nostro parere, di sminuire la portata della decisione tutta interna all'IPASVI.

Che Nursind sia per l'abolizione dell'art. 49 del Codice deontologico e a favore di una sua revisione complessiva è noto da tempo tanto che lo scorso anno abbiamo dedicato a questo tema la giornata internazionale dell'infermiere. E anche quest'anno ribadiamo, sempre per il 12 maggio, l'invito alla Federazione Ipasvi di abrogare l'art. 49 perché ce lo chiedono i colleghi, è dannoso ai cittadini, è funzionale agli interessi della dirigenza e rappresenta una legittimazione delle politiche di taglio di risorse al sistema salute. Inoltre, perché è l'avvallo professionale a una nuova forma di schiavitù.

Tutte cose già dette da noi ben prima di questa iniziativa. Gli infermieri che rappresentiamo ci chiedono di superare le carenze e i disservizi del sistema e non di compensarli!

Parlare di "attacco di Nursind alla Federazione Ipasvi" significa essere funzionali alla politica della stessa Federazione che non accetta il dialogo e minaccia sanzioni disciplinari a chi osa esternare un pensiero diverso (per tutti citiamo il "caso Gostinelli").

Quanto proposto dal direttivo IPASVI di Pisa è invece, a nostro parere, un atto di reale partecipazione alla vita professionale. A noi sembra che i colleghi di PISA non si siano accontentati - come invece fanno molti – di sedersi nelle comode e remunerate poltrone dell'Ipasvi a curare gli interessi del sistema autoreferenziale ma abbiano colto il grido di dolore del loro popolo e si siano attivati per traghettarli nella terra promessa di una maggiore autonomia e valorizzazione professionale, principi coerenti con il loro mandato.

Quella del Collegio IPASVI di Pisa, come l'abbiamo letta dalle dichiarazioni del suo Presidente, non ci sembra una iniziativa sovversiva bensì propositiva che, tra l'altro, è in linea con quanto dichiarato dalla neo presidente Mangiacavalli il 21 marzo 2015: "tra gli obiettivi c'è poi l'aggiornamento del Codice deontologico".

Cosa dovrebbero fare i Collegi Ipasvi se non farsi portavoce delle istanze della comunità professionale che li ha votati? Perché negare a questi colleghi la possibilità di proporre qualcosa di alternativo all'attuale e discuterne apertamente? Dobbiamo sorbirci sempre quello che propongono solo i componenti della selezionata élite come successo per le competenze specialistiche?

Abbiamo anche letto la risposta che la Presidente della Federazione ha dato a questa iniziativa e dobbiamo dire che non ci stupiamo in quanto, come da lei dichiarato a inizio mandato, si muove "in sintonia e continuità con il lavoro svolto nel triennio precedente" dimostrando di non essere una persona aperta al cambiamento e al dialogo. I frutti di questa continuità li stiamo vedendo nella perenne conflittualità con la professione medica e nell'inconcludenza dell'evoluzione professionale.

Governare la professione e gestire il potere è ancora la principale preoccupazione che ci sembra impegni il sistema ordinistico.

Chi dice che, per aver espresso come Sindacato rappresentativo degli infermieri quello che pensiamo, attacchiamo l'Ipasvi è funzionale alla gestione del potere e "libertà d'informazione infermieristica" sotto il titolo della testata giornalistica non può che ricordarci la battuta di Enrico Olivieri (Tony Servillo) nel film "Viva la libertà": "…lei scriverebbe mai la verità sul suo editore? – noi siamo un giornale indipendente; - è vero sulla testata c'è scritto indipendente cioè mentite sin dall'inizio".

Andrea Bottega

Art. 49 del Codice Deontologico e sentenze:

Infermieri abusati per legge

Gentile Direttore, vorrei esprimere delle riflessioni in merito alla recente sentenza del Tribunale di Frosinone che tocca il problema, tanto vivo quanto irrisolto, della "duttilità" del lavoro dell'infermiere. Secondo il Giudice, infatti, l'infermiere può e deve svolgere mansioni anche afferenti a figure professionali di livello inferiore.

Sappiamo bene che il demansionamento, o de-professionalizzazione che dir si voglia, è la spina nel fianco della professione, compressa tra una norma mal e quasi mai applicata e una prassi capillarmente diffusa prepotentemente violenta nei confronti dell'infermiere.

Il professor Ivan Cavicchi, già da tempo, ha cercato di farci capire come il demansionamento sia figlio di una serie concentrica di criticità della professione e del contesto, prime fra tutte la disorganizzazione del lavoro e le politiche di definanziamento che comprimono il lavoro spingendolo verso una decapitalizzazione che ne corrode inesorabilmente la dignità e il valore (capitolo 5, Le Interviste: strategia e progetto, de "Il Riformatore e l'Infermiere – il dovere del Dissenso", edito da Quotidiano Sanità Edizioni).

In un contesto in cui tutte le forze sono contrarie, ci sarebbe da aspettarsi che almeno la rappresentanza professionale, quindi l'IPASVI, si prodigasse affinché la condizione dell'infermiere possa evolvere in senso migliorativo.

L'espressione formale dell'idea della professione infermieristica espressa dalla propria rappresentanza si concretizza nel Codice Deontologico, la norma di auto-disciplina la cui versione ultima e vigente è quella del 2009.

Nell'articolato del Codice Deontologico l'articolo 49 investe l'infermiere della responsabilità di prestarsi a mansioni di rango inferiore "nell'interesse primario degli assistiti". In buona sostanza utilizza un principio nei confronti del quale è difficile giustificare moralmente un'abdicazione per consegnare la professione a ogni genere di abuso e sopruso. Poco conta che nello stesso articolo si dica che l'infermiere ha "l'obbligo di rifiutare la compensazione" ove le carenze che la generano siano abituali o ricorrenti.

Conta talmente poco che lo stesso articolo 49 è stato utilizzato dalla Magistratura a supporto delle sentenze (Corte d'Appello di Roma, Tribunale di Frosinone) che legalizzano il demansionamento.

Il Nursind, Sindacato degli Infermieri, di cui faccio parte, già dal 2009 denuncia la pericolosità di questo articolo del Codice Deontologico.

Allora la senatrice Annalisa Silvestro, a quel tempo Presidente della Federazione Nazionale IPASVI, rispose alle perplessità del Segretario Nazionale Andrea Bottega con la formulazione attuale dell'articolo, sostenendo come essa fosse ritenuta adeguata a rispondere ai dubbi e ai timori manifestati dal Nursind.

L'anno scorso il Nursind ha realizzato una vasta campagna di sensibilizzazione fra gli Infermieri, in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere, per chiedere l'abrogazione dell'art. 49.

Dalla Federazione IPASVI nessun segnale, se non alcune dichiarazioni in cui si condanna l'utilizzo di letture parziali della norma che producono conseguenze lesive della dignità della professione.

Da persona comune, con un pensiero comune, ma con un vero sentimento di attaccamento alla mia professione, a me pare ovvio che la norma, proprio perché si presta a questi usi, abbia qualcosa che non va.

Non giova certo alla professione rimanere attaccati al concetto secondo cui sono gli altri a sbagliare perché leggono parzialmente, quando a finirci di mezzo sono gli infermieri, senza criticamente accettare che l'articolo 49 è stato un errore.

Un errore dimostrato dai fatti, denunciato in molteplici occasioni con analisi dettagliate e approfondite sia dal punto di vista giuslavoristico che deontologico, e, ora e purtroppo, rimarcato dal verso delle sentenze della Magistratura che fanno leva proprio sul nostro Codice Deontologico per avallare lo svilimento della nostra professione.

Un paradosso vero e proprio e, non a caso, unico nel panorama delle professioni. In nessun altro codice deontologico esiste una norma simile; che le altre profes-

sioni non abbiano a cuore il bene degli assistiti, forse? Difficile immaginarlo. Allora francamente non capisco questa ostinazione a mantenere una norma che ci danneggia; mi sembra un atteggiamento poco proficuo e poco consono a chi ci dovrebbe invece tutelare. Si vuole salvare a ogni costo quanto la precedente presidenza ci ha consegnato come frutto di un incredibile progresso, ma che i fatti dimostrano non essere questo.

E non è nemmeno accettabile la compensazione del problema con la contropartita delle competenze avanzate, perché mentre le seconde sono tema che riguarderà una minoranza (come è stato per la grande rivoluzione della Dirigenza infermieristica, che nei fatti ha creato un'elite di non-più-infermieri sempre più distanti da quegli infermieri che dirigono e dei quali nemmeno percepiscono più le necessità), il primo è una piaga che brucia sulla pelle di molti, moltissimi infermieri che, solo per citare alcuni, pochissimi fra i mille, esempi, a Prato fanno i portinai, a Roma si occupano dei rifiuti, a Frosinone sostituiscono gli ausiliari, nel Lazio sono onorati della possibilità di svolgere le funzioni degli OSS e degli educatori.

Mi viene da pensare che dopo l'abolizione del "mansionario" (anche se solo a parole, poiché l'organizzazione del lavoro di stampo tayloristico – cfr. Cavicchi – che imperversa tutt'oggi nelle corsie di fatto lo mantiene vivo e vegeto) ci si sia voluto dare un "missionario".

Peccato che missione e professione siano, anche in italiano, due parole diverse. Entrambe con grande valore e dignità, ma ognuna fortemente indipendente dall'altra. L'IPASVI e il Codice Deontologico dovrebbero occuparsi della Professione con la capacità di immaginare, difendere e promuovere una professione vera, moderna, identitaria, rispettata, riconosciuta e valorizzata. L'"interesse primario degli assistiti" non sarebbe secondario a questo, ne sarebbe diretta conseguenza.

Chiara d'Angelo
Infermiera, Caporedattrice
di Infermieristicamente

Ivan Cavicchi sull'art. 49 e l'IPASVI:

Se un infermiere va dal Giudice, vuol dire che non ce la fa più!

"quando penso a quegli infermieri che si sono rivolti al tribunale perché stufi di fare i tappabuchi e ai quali i giudici hanno dato torto sbattendo loro sul naso l'art. 49 del loro codice deontologico sento amarezza. Quegli infermieri chissà quante ne hanno dovute mandare giù...

Da Quotidiano Sanità

Discussioni, richiami... proteste... imposizioni e quante volte dopo il turno sono tornati a casa con la faccia lunga sotto il peso di un insopprimibile senso di ingiustizia costretti a fare qualcosa che non avrebbero voluto e dovuto fare. Se un infermiere va dal giudice vuol dire che non ne può più. Immagino anche come sia stato mortificante per loro, dopo aver aspettato per anni la sentenza definitiva, tornare sconfitti a lavorare e abbassare la testa... perché magari hanno famiglia. Per quello che vale in particolare a questi infermieri la mia convinta solidarietà.

"Ma tu sei amico mio o del giaguaro?"

Sono rimasto dubbioso nel leggere una intervista alla presidente dell'Ipasvi Mangiacavalli (Nurse Times, 20 gennaio 2016) nella quale per fare l'apologia a priori dell'art. 49 del codice deontologico, cioè dell'Ipasvi, arriva paradossalmente a difendere la sentenza contro l'infermiere che dopo aver denunciato il proprio demansionamento ha avuto torto anche grazie al codice deontologico Ipasvi. Neanche un dubbio per la presidente: l'art. 49 non si tocca ha sbagliato l'infermiere a protestare per il demansionamento.

In questo rigore un po' disumano dove la complessità degli uomini è assoggettata alla apologia precostituita di norme troppo semplici e lineari se non sbagliate, mi è tornata alla mente quella barzelletta in cui un tale racconta a un amico di avere deciso di andare a caccia di giaguari e l'"amico gli contrappone una gran quantità di ostacoli e obiezioni, finché l'altro sbotta: "ma tu sei amico mio o del giaguaro?".

Dopo aver letto l'intervista della presidente Mangiacavalli mi sono chiesto anche io: ma l'Ipasvi è amica degli infermieri o del giaguaro?

La domanda intende essere volutamente paradossale. Ci mancherebbe che l'Ipasvi non fosse amica degli infermieri ma è un fatto che a causa dell'apologia dell'art. 49, essa finisca per difendere le ragioni del giaguaro.

Questo spiegherebbe la distanza sempre più grande che esiste tra l'Ipasvi e la realtà della professione di cui hanno scritto Sinibaldi, Incaviglia e Gostinelli e altri "quattro gatti".

Schiavi occasionali

Il punto critico dell'art. 49 viene fuori da un passaggio della lettera al direttore di Daniele Carbocci che considero cruciale:

"come non capire che gli infermieri sono oggi schiavi persino del proprio codice deontologico che è diventato la spada di Damocle per ogni tentativo di riprendersi la dignità del professionista, e che è sfruttato proprio dagli stessi dirigenti infermieristici per risolvere le deficienze organizzative.

Ecco disvelata la contraddizione profonda dell'art. 49: essere "schiavi" di un codice deontologico che al contrario avrebbe dovuto tradurre l'autonomia della professione quindi la sua libertà e la sua responsabilità in deontologia. Infermieri "schiavi" di altri infermieri. Questo è essere amici del giaguaro.

Perché veda, presidente Mangiacavalli, a lei sfugge e non solo a lei, che l'infermiere che va in tribunale in fin dei conti non chiede la luna ma di essere semplicemente quello che è, cioè che il lavoro confermi la sua identità, perché per lui identità e dignità sono equivalenti. Per Lei presidente invece a giudicare dalla sua intervista, e per i giudici a giudicare dalle loro sentenze, l'infermiere che vuole essere quello che è disobbedisce all'art. 49 del codice deontologico. Si rende conto dell'enormità di tale contraddizione?

L'art 49

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

Nella pratica come tutti sanno e come ha sottolineato molto bene Chiara D'Angelo, vale solo la prima parte dell'articolo mentre il "rifiuto" nella stragrande maggioranza dei casi resta una petizione di principio anche perché se il "mandato professionale" è ordinariamente demansionato, il demansionamento causato dall'art. 49 non è un suo pregiudizio ma una sua conferma. In realtà un infermiere che ricorre al tribunale vuole non essere demansionato più di quello che già è.

L'art. 49 non è null'altro che la trasposizione sciocca nel codice deontologico di "una consolidata giurisprudenza di legittimità", come ci ricorda con puntualità l'avvocato Giacomo Doglio che si basa sul principio dell'occasionalità alias eccezionalità in ragione del quale non si ha demansionamento se l'assegnazione "di compiti inferiori "alla qualifica di appartenenza è effimera.

Non starò qui a spiegare che il concetto di occasionalità, oggi con un sistema sanitario progressivamente definanziato e quindi sempre più disorganizzato, sia quanto di più controverso e neanche ricordare che molti infermieri che hanno ricusato la compensazione rivolgendosi ai collegi di riferimento per essere aiutati non hanno avuto neanche una risposta.

In questa sede mi limiterei ad assumere provvisoriamente per buona la tesi del "demansionamento occasionale" della giurisprudenza, qual è il primo problema?

E' quello che Carbocci ha definito per l'appunto "schiavitù deontologica" cioè un codice che a dispetto dello spirito della L. 42 considera l'infermiere come una lavatrice programmata per mansioni che in certe circostanze fa "scattare" automaticamente il demansionamento. Il primo problema quindi è che nella realtà pratica l'infermiere non ha alcuna possibilità di controllare ciò che si definisce "occasionale", lo subisce e basta, appunto come se ne fosse schiavo.

Alla luce del concetto forte di "schiavitù" spero si capisca meglio la mia vecchia idea di "disobbedienza deontologica" che si trova nel libro curato da Chiara D'angelo il cui sottotitolo, lo ricordo, è, non a caso "il dovere del dissenso".

Circostanze occasionate da occorrenze

La traduzione di "occasionalmente" da parte dell'art. 49 come è noto è eccezionalmente" ma proprio per questo tanto il codice che la giurisprudenza offrono il fianco a molte contraddizioni. L'infermiere è schiavo di ciò che è "eccezionale" e ciò che è "eccezionale" proprio perché l'infermiere ne è schiavo diventa naturale, normale, incontrovertibile ma soprattutto indiscutibile. Per cui l'art. 49 diventa quasi qualcosa di giusnaturalìstico, e come tale, ovvio e scontato. Facendo il verso ai padri del diritto naturale si potrebbe dire: se l'infermiere è uno schiavo ha il diritto di essere trattato da schiavo.

Ma a parte questo paradosso... vorrei porre delle domande in "politichese" come direbbe il mio disarmante amico Nicola Barbato:

- una professione che occasionalmente/eccezionalmente è abusata da una organizzazione e da una normativa carente, è per caso meno abusata grazie alla sua saltuarietà?

- l'occasionalità rispetto ad un abuso, è funzione della frequenza degli abusi o dell'abuso in se?

- Il demansionamento obbligato per compensare dei disservizi vale come impropria imputazione di responsabilità organizzativa ma l'infermiere nella realtà non ha responsabilità organizzativa allora a quale criterio di giustizia si ispira l'imposizione di un obbligo alla responsabilità senza responsabilità?

Se paragoniamo il demansionamento agli abusi sessuali sui minori, cioè se usiamo di nuovo il paradosso, possiamo capire che il termine occasionale/eccezionale non è così semplice come si pensa.

Allora i problemi che vedo sono due con una piccola premessa: siccome la petizione di principio del "rifiuto" e il pregiudizio del "mandato professionale" nella realtà sono inconsistenti, si tratta di:

- fare in modo che l'infermiere non sia schiavo (o "mulo" come scrive Emiliano Carlotti) della situazione ma il contrario che sia cioè l'infermiere a decidere sempre sulla situazione qualunque essa sia,

- andare oltre il concetto di occasionalità/eccezionalità e mettere al centro la situazione come problema che l'infermiere deve valutare e che propongo di definire "circostanza occasionata da una occorrenza".

Chiariamo i termini della mia proposta per capire cosa l'infermiere dovrebbe valutare:

- "circostanza" è la realtà in un certo momento causata in un certo modo e a certe condizioni cioè essa è contingenza e contesto,

- "occasionale" è una nozione usata in giurisprudenza con il significato del "tanto in tanto" quindi come sinonimo di fortuito,

- "occorrenza" è l'eventualità connessa all'imporsi di una necessità.

Quindi l'infermiere per non essere schiavo delle situazioni come vuole l'art. 49 dovrebbe valutare il grado di complessità delle circostanze occasionate da occorrenze e regolarsi. Il vantaggio di questa definizione è andare oltre la banalità del concetto di "occasionale" nel frattempo diventato "sistemico" e oltre le petizioni di principio del "rifiuto" nella pratica teorico e implausibile, e quindi valutare in piena autonomia:

- l'idea di causa cioè cosa produce il suo demansionamento,

- l'idea di condizione ciò che è necessario a sviluppare la causa del suo demansionamento,

- l'idea di contingenza cioè i modi organizzativi attraverso i quali causa e condizione impongono il suo demansionamen-

to.

Ma la mia proposta implica che l'infermiere abbia riconosciuta una responsabilità organizzativa grazie alla quale per l'infermiere non si tratta più di obbedire all'art. 49 come uno schiavo o un"mulo" ma di rispondere alla situazione come un autore cercando le soluzioni organizzative più idonee a risolvere il disservizio, rispetto a cause, condizioni, contingenze ma soprattutto distinguendo le responsabilità.

Troppo comodo avere degli schiavi o dei "muli" sui quali scaricare tutti i problemi della situazione. Che colpa hanno gli infermieri se la sanità è sotto-finanziata, disorganizzata? O se i loro dirigenti sono dei passa carte? O se il blocco del turn over falcidia gli organici?

Chiedo dunque alla presidente Mangiacavalli, perché gli infermieri devono pagare come se fossero responsabili di una organizzazione di cui loro non sono responsabili? Di chi è la vera responsabilità del disservizio? Chi dovrebbe in luogo degli infermieri e rispetto alle loro effettive responsabilità organizzative essere davvero demansionati?

Demansionamento quale post ausiliarietà

Il demansionamento in generale non è un fatto accidentale o naturale ma un fatto strutturale tutt'altro che fortuito, cioè è una condizione che appartiene:

- ad una certa organizzazione del lavoro
- a un certo modo di intendere la professione dell'infermiere

A tale condizione ho dato il nome di post-ausiliarietà. A certe condizioni non impedite per forza si ha post ausiliarietà e quindi demansionamento.

E' evidente che l'art. 49 è del tutto funzionale alla post ausiliarietà anzi è una particolare forma di post ausiliarietà determinata prima di tutto da due fattori: dalla non applicazione della L. 42 e da inadeguate condizioni di lavoro.

La mia critica presidente Mangiacavalli, è quindi prima di tutto culturale: con l'art. 49 vi siete limitati a copiare banalmente il senso giuridico dominante del concetto di demansionamento senza fare quello che a voi sarebbe toccato fare e cioè: problematizzare la complessità della realtà lavorativa degli infermieri; affermare lo statuto intellettuale della professione in tutte le circostanze; sancire in ogni tipo di circostanza il valore dell'autonomia e della responsabilità organizzare il lavoro in modo diverso da come è ancora oggi organizzato.

Con l'art. 49 voi al contrario semplificate le situazioni lavorative, negate il carattere intellettuale della professione, cancellate il valore dell'autonomia e mettete l'ausiliarietà a regime... nel senso che l'infermiere è sempre senza eccezione ausiliario di qualsiasi situazione. Definisco questa condizione: ausiliarietà situazionale. Cioè schiavo.

Argumentum ab auctoritate

C'è ancora una questione quasi un tabù che desidero affrontare: l'art. 49 per giustificare il demansionamento ricorre ad una formula retorica che fa leva sul ricatto morale dell'infermiere e su una particolare fallacia definita in logica argumentum ab auctoritate.

Si tratta di un argomento ingannevole che fa appello all'autorità sovrana del malato:" l'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi..." In realtà il codice fa una operazione mistificante per giustificare e nascondere altri scopi e altri interessi come quelli che riguardano la disorganizzazione del sistema, le responsabilità dei dirigenti, le carenze di risorse, i problemi gestionali.

Eloquente a questo proposito un altro passaggio della lettera di Carbocci che riferendosi proprio alla dirigenza infermieristica sottolinea che essa : "utilizza proprio l'art. 49 del codice deontologico dell'infermiere per gestire la risorsa infermieristica, carente nella totalità delle strutture sanitarie".

Non c'è alcun dubbio che lo "scopo del secondo ordine" dell'art. 49 (scopo dello scopo) è l'interesse primario del malato ma nel senso molto generico che tutte le strade portano a Roma o tutti i fiumi finiscono in mare, cioè tutto alla fine va a finire nel bene e nel male nel malato. Ma gli "scopi del primo ordine" dell'art 49 sono tutti strumentali e servono a togliere le castagne dal fuoco a dirigenti infermieristici, ai direttori generali, agli assessori fino al governo che dall'alto impone a tutti le sue

politiche di definanziamento.

L'art. 49 è una forma di opportunismo gestionale organizzato come un ammortizzatore ma per assistere i sistemi sanitari disorganizzati e carenti e che sfrutta gli infermieri facendo leva sulla loro coscienza e la loro obbedienza.

La critica politica che avanzo presidente Mangiacavalli è che con l'art. 49 l'Ipasvi ha ridotto gli infermieri a dei camerieri al servizio dell'economicismo anziché combatterlo come esigerebbe qualsiasi corretta etica deontologica. L'interesse primario del malato esigerebbe un infermiere in grado di fare con autonomia e responsabilità la sua professione fino in fondo soprattutto in contesti a regime economico condizionato perché sono questi che più di ogni altro, mettono in pericolo l'integrità della professione. Voi con l'art. 49 avete svenduto gli infermieri come se fossero schiavi. Mi rendo conto che è una affermazione forte quindi vediamo subito se essa è davvero iperbolica.

Demansionamento o deprofessionalizzazione?

Nell'intervista che ho citato la presidente Mangiacavalli riduce il demansionamento a "tutta l'attività ausiliaria di supporto (pulizia e igienizzazione locali e carrelli, fattorinaggio e facchinaggio)" aggiungendo, e secondo me giustamente, che l'assistenza diretta al malato non è demansionamento.

Bene ragioniamoci sopra:

- l'espressione "demansionamento" entrata ormai nel linguaggio corrente ha senso se si riferisce ad una professione definita per mansioni quindi ausiliaria (l'ausiliarietà per forza è insita nella mansione perché la mansione può essere definita in rapporto al processo solo in modo ausiliario) cioè ha senso nella post ausiliarietà,
- non ha senso, se invece ci si riferisse ad una professione autonoma definita

per profilo rispetto alla quale sarebbe meglio, in caso di negazione, parlare di deprofessionalizzazione causata da sabotaggio del profilo.

Facciamo sintesi:

- Il profilo sabotato si ha a causa della inconseguenza della norma di attuazione e da luogo alla post ausiliarietà,
- la deprofessionalizzazione è negare agli infermieri il diritto di essere quello che dovrebbero essere per legge,
- essere infermieri post ausiliari significa essere mansionati e solo per questa ragione essere demansionabili.

Ora torniamo al codice deontologico:

- se esso avesse interpretato lo spirito riformatore della L. 42 cioè se avesse definito l'infermiere come un "autore" (altro genere di infermiere), e non come una lavatrice, non ci sarebbe stato bisogno di scrivere l'art. 49,
- sarebbe bastato dire che l'infermiere in ragione della sua autonomia e responsabilità (art 1/2/3 codice deontologico 2009) di fronte a circostanze occasionate da occorrenze decide cosa fare e come comportarsi. Cioè valuta quali altre circostanze alternative sono possibili.

Per cui, cara presidente Mangiacavalli, alla luce di queste considerazioni ritengo che l'espressione "gli infermieri per l'art. 49 sono come schiavi" sia certamente forte ma tutt'altro che infondata.

Falsificare la storia: ritorno al passato

La verità che nessuno dice è che il codice deontologico nel 2009, quindi a 10 anni esatti dalla L. 42, ha tirato i remi in barca cioè ha formalizzato la condizione di post ausiliarietà dell'infermiere sapendo che la condizione per demansionare l'infermiere è mantenerlo mansionato cioè a disposizione delle situazioni e quindi dei vari problemi organizzativi ed economici del sistema. Schiavo lo ripeto per non dare luogo a polemiche sciocche, per me vuol dire: una professione che dipende dalle situazioni senza avere nessuna possibilità di governarle. Quindi ausiliarietà situazionale.

Cara presidente Mangiacavalli vuole davvero superare il demansionamento quello vero? Mi dia retta applichi la L. 42 e superi il mansionamento e l'ausiliarietà. Cioè faccia in modo che l'infermiere diventi quello che deve essere.

Ma l'Ipasvi, secondo me, ha rinunciato a questa battaglia per cui difende l'art. 49 non solo per un comprensibile orgoglio istituzionale ma perché non essendo riuscita ad andare avanti cioè a dare le gambe alla L. 42 non le resta che tornare indietro cioè ripiegare sulla mansione o sulle competenze avanzate che dir si voglia.

L'art. 49 rispetto alla mansione è come la valvola di sicurezza sul fianco della mia amata macchinetta del caffè, cioè compensa un sistema di disservizi messo costantemente sotto pressione da tre fattori: l'economicismo delle politiche sanitarie; un pensiero sulla professione come quello che lei rappresenta nei confronti della L. 42 nettamente contro-riformatore e una professione decisamente incompiuta.

Lei oggi presidente Mangiacavalli ha ereditato oggettivamente una situazione che dire difficile fa ridere, ma della quale lei e tutti gli altri nessuno escluso siete corresponsabili.

Oggi quello che vedo è una Ipasvi impegnata a dissimulare la sua sconfitta storica e questo succede dopo:

- non essere riusciti a superare la post ausiliarietà,

- non essere riusciti a riformare la realtà di lavoro e le prassi professionali,
- la batosta del comma 566 cioè aver perso una "guerra" scriteriata contro i medici teorizzata come "riscatto sociale" e trasformata in "guerra delle competenze" (Silvestro),
- che i medici si riportano a casa con la benedizione del governo, la loro centralità.

Oggi anziché capire le ragioni della sconfitta e mettere in campo nuove strategie vi siete chiusi e trincerati dietro un progetto regressivo che a partire dalla difesa strenua dell'art 49, punta tutte le sue carte sulla restaurazione della mansione (QS 7/10 marzo 2016) in ragione del quale il vostro mitico profilo professionale dovrebbe diventare come uno spezzatino in umido con le patate.

J'accuse lei presidente e l'Ipasvi che, per non ammettere la vostra sconfitta, state facendo di tutto per falsificare le carte della storia con ciò incuranti di condannare la vostra professione ad una regressione che per essere tale è fatalmente senza futuro.

Voi ingannando un popolo di lavoratori generosi e altruisti state tornando scalzi dal futuro non perché non esiste ma perché non siete riusciti a costruirlo... e per tutelare i vostri egoismi personali siete in viaggio verso l'unica cosa certa che vi è rimasta: il passato.

Per cui presidente Mangiacavalli abbia pazienza siccome quello che faccio a differenza di voi che dirigete l'Ipasvi è "pro bono", siccome in tutta coscienza considero la schiavitù deontologica immorale, siccome non per colpa mia tra voi e gli infermieri ormai c'è un abisso e siccome ritengo che la professione soprattutto per colpa vostra stia andando alla deriva... rinnovo, la domanda: L'Ipasvi di chi è amica degli infermieri o del giaguaro?

Ivan Cavicchi

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

I dirigenti infermieristici sono ancora Infermieri?

Gentile Direttore, premesso che questo non vuol essere un intervento a difesa degli scritti di Ivan Cavicchi che evidentemente sa difendersi molto meglio da solo, volevo fare alcune considerazioni su quanto espresso dal presidente del CID. L'intervento di Barbato sulle analisi di Ivan Cavicchi, dà la misura di quanto i dirigenti infermieristici, ormai da anni "gestori" anche di molti Collegi nonché della Federazione IPASVI, siano lontani anni luce da quel mondo infermieristico che sono chiamati a condurre come dirigenti nelle strutture sanitarie o nelle istituzioni che gestiscono la politica professionale.

Non sfugge credo a nessuno, infatti, che ormai da molti anni i vertici dell'IPASVI sia a livello locale che nazionale siano stati e in larga parte continuino ad essere gestiti da infermieri con la qualifica di dirigenti, e che quindi essi siano i veri responsabili del percorso politico-istituzionale e gestionale della professione infermieristica.

Detto questo, che il responsabile dei Dirigenti infermieristici affermi di non riuscire a capire le metafore o le favole di Cavicchi è probabilmente il segnale di una distanza siderale della dirigenza infermieristica da quello che è il mondo reale della professione.

E' il segnale chiaro ed inequivocabile del fatto che questa dirigenza infermieristica vive in un mondo immaginario e che evita di voler vedere e capire quale sia il mondo reale della professione.

A me pare che le favole o le metafore di Cavicchi siano quanto di più lontano ci sia dal politichese e che quindi siano comprensibilissime da chi vive quotidianamente la condizione di "base" degli infermieri italiani.

Probabilmente la condizione per capire quanto dice Cavicchi è essere un infermiere che vive sulla propria pelle le contraddizioni che il sistema ha creato grazie anche alla complicità di quella dirigenza alla quale adesso sfugge persino l'evidenza.

L'evidenza di una teoria che non si traduce mai in pratica.

La dirigenza infermieristica, a tutti i livelli, vive di "teorie" che la stragrande maggioranza degli infermieri, fatti salvi appunto proprio i dirigenti (ma sono ancora infermieri?) e forse qualche fortunato collega che vive in realtà speciali, non vedono mai realizzate negli ambiti lavorativi.

Come si può non capire che, tanto per fare un esempio, la teoria del progetto di "riforma" (l'ennesimo…) del percorso formativo dell'infermiere, abbia una qualche possibilità di modificare la condizione professionale degli infermieri?

Come non capire che nell'attuale organizzazione del lavoro infermieristico, impegnare risorse in quel progetto non sia assolutamente una priorità per gli infermieri italiani che già hanno un percorso formativo adeguato che tuttavia non è assolutamente valorizzato. Perché insistere ancora in un percorso di ulteriore specializzazione quanto non si è in grado di garantire l'applicazione nemmeno delle competenze di base.

Come non capire che gli infermieri sono oggi "schiavi" persino del proprio Codice Deontologico che è diventato la spada di Damocle per ogni tentativo di riprendersi la dignità del professionista, e che è sfruttato proprio dagli stessi dirigenti infermieristici per risolvere le deficienze organizzative.

Proprio quel Codice Deontologico dell'infermiere che evidentemente non piace ai dirigenti infermieristici tanto che hanno proposto di averne uno diverso come se ormai ai dirigenti infermieristici non piaccia più essere "infermieri" ma che nonostante questo si sentano in diritto di dettare le linee di sviluppo della professione.

Certo, le analisi di Cavicchi non possono piacere a quella dirigenza che utilizza proprio l'art. 49 del Codice Deontologico dell'infermiere per gestire la risorsa infermieristica, carente nella totalità delle strutture sanitarie, in barba proprio a quel percorso formativo di eccellenza che teorizzano. In altra sede, Barbato difende a spada tratta l'art 49 del Codice Deontologico dell'Infermiere. Immagino che nel suo progetto di un Codice Deontologico del Dirigente Infermieristico lo abbia riproposto in modo che anche un dirigente possa, nel momento del bisogno, compensare le carenze e magari non dico fare l'ausiliario ma magari tornare un po' in corsia ad esercitare quantomeno un po' di pratica infermieristica.

E' evidente che le analisi di Cavicchi possano non piacere ad una dirigenza (infermieristica) impotente con le direzioni aziendali e anzi talmente organica alle direzioni aziendali da non riuscire più a capire se le scelte organizzative, spesso deleterie, siano frutto di imposizioni aziendali o "teorie" della dirigenza infermieristica. Altro che, per dirla con Barbato, di "importanti risultati che si sono espressi nelle esperienze di direzione sviluppatesi in tante e diverse realtà sanitarie".?

E' singolare che un Dirigente infermieristico percepisca che quanto afferma Cavicchi nei suoi interventi "tenda a ridicolizzare una professione".

Evidentemente Barbato non ha presente che invece, purtroppo, la professione è ridicolizzata dai propri vertici dirigenziali incapaci di avere un ruolo

istituzionale forte che difenda la professione da quell'avvitamento su se stessa in cui è caduta.

I dirigenti infermieristici ritengono le prese di posizione di Cavicchi peggiori dell'inesistente azione politico-istituzionale della Federazione Ipasvi che ha fra i propri obiettivi strategici per la tutela degli infermieri la trasformazione del Collegio in Ordine o la difesa ad oltranza di uno strumento ormai morto come il comma 566?

Meglio, per Barbato, la teoria di Mangiacavalli e Silvestro che evidentemente

pensano che, portati a casa questi obiettivi, per gli infermieri italiani si aprano spazi immensi di soddisfazioni professionali e emancipazione dalla condizione di sfruttamento e logoramento che vivono quotidianamente in barba ai percorsi formativi ultraspecialistici e ai tanto decantati meta paradigmi della professione?

A me pare che gli interventi di Cavicchi più che ridicolizzare la professione abbiano aperto gli occhi agli infermieri e che la maggioranza silenziosa degli infermieri italiani vedano riflessi in quegli scritti la loro quotidiana condizione lavorativa fatta di svilimento professionale di cui anche i dirigenti infermieristici sono responsabili.

Forse è questo di cui hanno paura i dirigenti infermieristici...

Daniele Carbocci
Segretario Amm.vo Nazionale

Rapporto Cittadinanzattiva su cronicità e carenze della Sanità pubblica

L'Italia scivola pericolosamente verso la privatizzazione dei servizi sanitari

A cura di **Chiara D'Angelo**

Cittadinanzattiva ha presentato a Roma il XIV Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, a cura del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici (CnAMC), che ha raccolto e analizzato i dati provenienti da 38 associazioni/federazioni nazionali di persone con malattie croniche.

Il titolo dello studio è, significativamente, "La cronicità e l'arte di arrangiarsi".

I dati che emergono dal rapporto sono abbastanza preoccupanti, poiché delineano in maniera piuttosto netta un sistema sanitario pubblico che ha il fiato molto corto sulle politiche sanitarie di sostegno ai servizi rivolti alle cronicità.

Partendo dalla considerazione che il 38,3% dei residenti in Italia soffre di almeno una patologia cronica, e quindi rappresenta una "fetta" di popolazione assolutamente non trascurabile, Cittadinanzattiva va a indagare quale sia il livello delle prestazioni erogate a favore dei malati cronici.

Uno dei punti più gravi è la denuncia di mancanza dei servizi territoriali; una Associazione su tre ritiene che essi siano inesistenti o insufficienti, mentre il 78% dei pazienti ritiene che questi servizi abbiano subito dei tagli, con conseguenti aumentati disagi per poter accedere alle strutture rimaste (distanza, accessibilità), con conseguente aumento dei costi per l'accesso.

Analoga situazione anche per i servizi domiciliari, nei quali si aggiunge anche la lamentela in ordine alla efficacia dei trattamenti e all'adeguatezza del personale.

La burocrazia, inoltre, fa la sua parte nel creare ulteriori disagi ai pazienti, con lungaggini (il 72% delle associazioni riceve segnalazioni in tal senso), complessità delle procedure, difficoltà ad individuare gli uffici competenti, scarsità di informazioni.

Il gravame della burocrazia si accentua negli iter per il riconoscimento delle invalidità civili e dell'handicap, soprattutto per l'ottenimento dei benefici, delle indennità di accompagnamento e di quanto previsto dalla legge 104/92.

Molti gli inghippi procedurali, ai quali la legge per la semplificazione 114/2014 non ha dato significativo aiuto, che costringono alla ripetizione degli accertamenti anche e, di conseguenza, amplificano le liste di attesa.

Senza contare le incertezze diagnostiche, che derivano direttamente dalla complessità delle patologie e dei quadri sintomatologici, talvolta malinterpretati.

Nemmeno l'erogazione farmacologica brilla particolarmente, con Regioni che tardano nell'immissione nei prontuari regionali di farmaci approvati a livello nazionale.

Un sistema complesso e debole, in ultima analisi, che fanno percepire ai malati cronici un concreto rischio di compromissione del proprio stato di salute (il 90% lo pensa), soprattutto in conseguenza della riduzione dei finanziamenti centrali.

Una conclusione che espone l'altro lato della medaglia: la spinta verso la sanità privata e il conseguente incremento di costo per la salute a carico dei cittadini.

In base alle dichiarazioni di Costantino Troise (ANAAO Assomed), il Fatto Quotidiano ha pubblicato un articolo in cui si fanno "i conti in tasca" alla sanità pubblica e a quella privata evidenziando, secondo gli autori, un elemento grave e significativo: le politiche sanitarie governative stanno spingendo verso la privatizzazione dei servizi sanitari. Il primo indicatore di questa tendenza è il calo della spesa sanitaria, che pone l'Italia al terzultimo posto fra i Paesi OCSE con un livello pari al 6,6% del PIL).

Secondo Troise non si tratta di un indicatore di efficientamento economico del sistema, bensì di una contrazione tout court che, di riflesso, si traduce in un aumento della richiesta dei servizi privati da parte dei cittadini che hanno necessità di curarsi. Indicativo in questo senso anche l'incremento del mercato delle polizze vita e sanitarie da parte delle assicurazioni private.

Ma dove risiedono le criticità del sistema, oltre al suo definanziamento?

Secondo Troise prima di tutto nel fallimento delle politiche commissariali, che non hanno apportato innovazione organizzativa ed economica ma si sono limi-

tate ad applicare le solite ricette di tagli, aumenti di tasse e ticket. Le Regioni in dissesto sanitario non hanno quindi realizzato i progressi che avrebbero dovuto per riportarsi al passo di quelle più virtuose.

Ma nemmeno le Regioni virtuose sono rose e fiori; in Lombardia, ad esempio, fiore all'occhiello della sanità, buona parte delle strutture pubbliche non producono utile (il Niguarda segna un passivo di 35 milioni di euro), mente invece la sanità privata fa affari d'oro, con bilanci i cui utili complessivi viaggiano su cifre quasi a 5 zeri (85 milioni di euro solo sommando i cinque gruppi più grossi), quasi raddoppiati in un anno.

E poi c'è il problema della migrazione sanitaria, segnatamente dal Sud al Nord, che aggrava pesantemente i bilanci delle Regioni meridionali (nel 2015 la Calabria ha speso per prestazioni fuori porta quasi 300 milioni di euro) e appesantisce il carico delle strutture delle regioni settentrionali. Circa mezzo milione di italiani, l'anno scorso, si è spostato lungo lo stivale per curarsi al nord.

E' necessaria quindi un'inversione di rotta, secondo l'ANAAO, e il rifinanziamento del sistema sanitario per riprendere quota nei confronti del sistema privato, che drena risorse ingenti alle tasche dei cittadini, anche se apparentemente allevia i conti dello Stato (al netto, ovviamente, delle truffe di cui la cronaca ci da non di rado, purtroppo, notizia).

Ma anche in questo lo Stato non da segnali convincenti, anzi... E' curioso l'investimento del Fondo F2i (partecipato della cassa Depositi e Prestiti) nel gruppo di residenze per anziani Kos (privato, di proprietà De Benedetti). Come dire: lo Stato che investe e scommette contro se stesso.

DDL Responsabilità professionale e assicurazioni

Rendere obbligatoria la trasparenza!

Sul DDL responsabilità professionale (c.d. DDL Gelli) e in particolare sulle coperture assicurative obbligatorie per i professionisti previste dall'art. 10, interviene con l'articolo che sotto riportiamo il Segretario Nazionale del Nursind, Andrea Bottega, per fornire alcuni chiarimenti e spiegare quali sono, a suo dire, le zone d'ombra che si creano nell'intersezione delle norme generali sulle assicurazioni e quanto previsto dal DDL.

In particolar modo si crea un anello debole nella trasparenza dei costi e delle clausole contrattuali nelle fattispecie delle polizze collettive, laddove c'è il rischio concreto che all'assicurato (professionista) non sia chiaramente palesato quali siano le precise clausole contrattuali e i costi della polizza, poiché il contratto di polizza collettiva viene stipulato dall'intermediario (contraente).

In merito al DDL sulla responsabilità professionale in discussione al Senato (AS 2224), desideriamo porre a dibattito un aspetto sulle assicurazioni che, a nostro parere, è di rilievo per la maggior tutela dell'assicurato, cioè del professionista.

IL DDL in esame, lo ricordiamo, prevede all'art. 10 l'obbligo di dotarsi di una copertura assicurativa a proprio carico.

Come noto, il contratto di assicurazione prevede l'esistenza di due soggetti, Assicurato e Contraente, che non necessariamente coincidono.

Il Contraente è colui che stipula il contratto, ovvero colui che manifesta la volontà negoziale e assume l'obbligazione del pagamento del premio, mentre l'assicurato è la persona titolare dell'interesse esposto al rischio, in sostanza la persona il cui interesse è messo al sicuro, in tutto o in parte, dal contratto di assicurazione.

L'assicurato non è parte del contratto ma è parte del rapporto assicurativo che nasce dal contratto.

Il Codice delle Assicurazioni (D.Lgs 7/9/2005 n. 209) definisce delle regole di comportamento a cui gli intermediari debbono attenersi che trovano il loro fondamento nella volontà di proteggere il soggetto economicamente più debole nel rapporto e nella volontà di determinare delle scelte di acquisto consapevoli nella platea di acquirenti di prodotti assicurativi.

Gran parte di queste regole di comportamento impongono in capo agli intermediari l'obbligo di fornire informazioni nella fase precontrattuale in cui viene appunto a consolidarsi la volontà a contrarre, altre regole di comportamento disciplinano poi la vendita a distanza.

Queste informazioni oltre a riguardare le caratteristiche del prodotto assicurativo oggetto della transazione e la sua adeguatezza al rischio in esame, riguardano anche l'intermediario stesso, la sua veste (Agente o Broker) e le eventuali situazioni di conflitto di interesse.

Su tutta questa materia esistono regolamenti attuativi emanati dall'Ente di Vigilanza preposto - IVASS.

Il mercato propone sostanzialmente due schemi con cui è possibile collocare coperture assicurative: esistono polizze stipulate in forma collettiva e polizze stipulate in forma singola.

Nelle polizze singole di Responsabilità Civile Professionale le figure di Assicurato e Contraente coincidono, mentre nelle collettive esiste un soggetto che assume la funzione di Contraente (tipicamente associazioni, società scientifiche, sindacati…) e la platea degli aderenti assume quindi il ruolo di assicurati: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Gli obblighi di informazione precontrattuale e di verifica di adeguatezza posti dal Codice delle Assicurazioni in capo agli intermediari sono tutti rivolti al Contraente del contratto, per cui gli intermediari oggi non si trovano in situazioni potenzialmente sanzionabili se omettono alcuni elementi di carattere informativo nel rapporto intrattenuto con gli assicurati.

Questo fatto genera una "zona grigia" per cui chi è assicurato in quanto aderente ad una polizza collettiva quasi mai conosce i termini del contratto in cui figura come assicurato per il fatto che nessuno gli ha fornito queste informazioni, assolvendo l'intermediario i propri obblighi nella sua relazione con il Contraente della collettiva.

Occorrerebbe quindi che, parallelamente alla definizione dei "contenuti minimi" del contratto di assicurazione si definissero anche i "contenuti minimi" dell'attività di intermediazione, estendendo gli obblighi di carattere informativo previsti in capo agli intermediari per le polizze singole anche alle polizze collettive e si eliminasse la possibilità di "inglobare" all'interno di una quota associativa di qualsiasi tipo il premio assicurativo della polizza a cui l'associazione dà diritto senza che l'esatta composizione del costo sia nota all'Assicurato.

Va rilevato, infine, che la dizione "a proprio carico" prevista dall'art. 10 può essere diversamente interpretata in caso il contraente non sia anche l'assicurato.

Andrea Bottega

Sanità privata

Sanzionata la Nephrocare Campania

l'azienda che impone le timbrature ai lavoratori solo in ingresso e non in uscita!

Dopo circa un anno si è conclusa l'indagine ispettiva della Direzione Provinciale del Lavoro di Salerno, promossa dal NurSind il 31/03/2015 e che comporterà importanti sanzioni nei confronti di Nephrocare S.p.A., Azienda multinazionale che si occupa di dialisi e presente su tutto il territorio nazionale.

L'iniziativa, nata dalla protesta di tutti i lavoratori dei Centri di Dialisi Nephrocare della Campania, per i quali l'Azienda ha deciso di adottare un nuovo sistema di implementazione delle presenze che rileva le timbrature solo in ingresso e non in uscita, con le evidenti difficoltà per i lavoratori di poter dimostrare l'effettivo lavoro svolto e soprattutto quello svolto in più.

A complicare il tutto è l'orario di lavoro di 5 ore e mezza per turno, che ricordiamo frutto di una proposta avanzata dall'Azienda nel lontano 2004 cui ha fatto seguito un accordo sottoscritto da CGIL CISL UIL, in una particolare contingenza che a distanza di 12 anni non trova più giustificazione. Lo stesso accordo inoltre non è stato rispettato dalle parti in quanto le stesse avrebbero dovuto monitorarne e verificarne le condizioni e le modalità attuative, nonché la sussistenza stessa delle condizioni che lo avevano reso necessario, con cadenza trimestrale; cosa mai avvenuta.

L'indagine si è conclusa dopo attente ispezioni in tutti i centri Nephrocare della provincia di Salerno, attraverso le quali gli ispettori della DPL hanno effettivamente constatato quanto da noi denunciato, ossia il continuo sforamento delle 5 ore e mezzo.

Questo quanto concerne Salerno, ma il NurSind ha avviato le stesse richieste ispettive anche per i centri dialisi della provincia di Napoli e di Avellino, cui solo una estrema lentezza burocratica ci fa ancora attendere i risultati.

Il NurSind inoltre ha avviato anche una richiesta alle ASL di Salerno, Napoli ed Avellino, al fine di verificare i requisiti previsti per la definizione dei limiti di spesa, Decreto n. 7 del 31 gennaio 2011 Regione Campania, con particolare riferimento al costo infermiere posto/letto per orario di lavoro, per il quale l'azienda Nephrocare S.p.A. ha dichiarato turni di 6 ore di lavoro

NurSind non si accontenterà comunque delle sole sanzioni ma continuerà con tutte le azioni giuridiche necessarie atte a tutelare i lavoratori finché l'azienda non deciderà di avviare un confronto serio con le OO.SS. al fine di porre rimedio alla questione delle timbrature e dell'orario di lavoro.

Romina Iannuzzi
Responsabile Sanità Privata Nursind
Membro Direzione Nazionale Nursind

Tieniti aggiornato quotidianamente su
www.infermieristicamente.it
Infermieristica Mente sindacando NURSIND
HOME DAL TERRITORIO COMUNICATI STAMPA CENTRO STUDI LA RIVISTA AREA GESTIONAL INTERVISTE LEGGI & SENTENZE
FORMAZIONE SATIRA COMPETENZE AVANZATE NURSING STANDARD ASSISTENZIALI LETTERE ALLA REDAZIONE
Le notizie in diretta dalle corsie, dalle aziende e dalla politica sanitaria
infermieristicamente@nursind.it

Un recente studio lo conferma

Turnisti più esposti al cancro

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

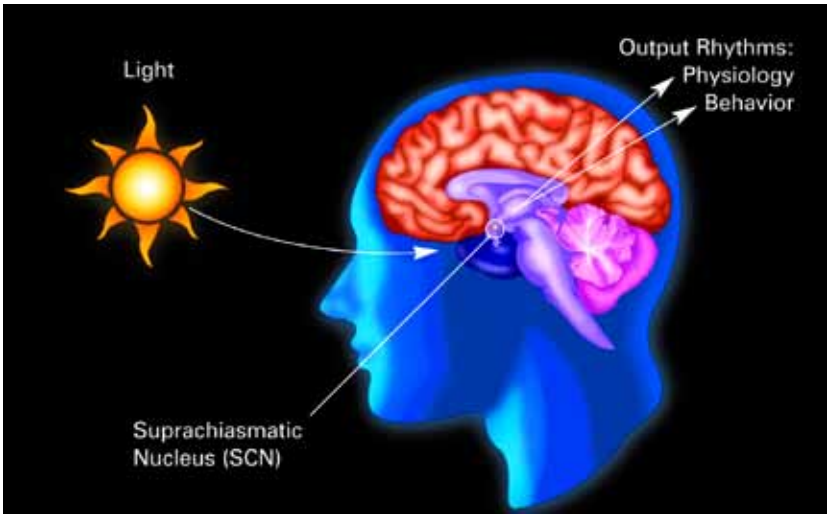
Il cancro del polmone è la principale causa di decessi per cancro in tutto il mondo (Siegel et al., 2016). Nonostante l'ampia caratterizzazione degli eventi somatici che contribuiscono alla genesi e progressione del tumore, si sa poco circa il ruolo dei fattori di rischio fisiologici, come l'alterazione del ritmo circadiano da lavoro a turni, nell'origine del tumore polmonare. Studi epidemiologici hanno dimostrato che individui che lavorano in turni notturni sono a più alto rischio per lo sviluppo di una neoplasia maligna (Hansen, 2001; Kloog et al, 2009;. Megdal et al, 2005;. Schernhammer et al, 2001, 2006;. Viswanathan et al., 2007) o di una maggiore probabilità di prognosi infausta per cancro (Lis et al., 2003).

Negli esseri umani e nella maggior parte degli altri organismi viventi, la temporizzazione degli aspetti fondamentali della fisiologia umana, sono governate da un orologio circadiano, alimentato e regolato dalla luce. I ritmi circadiani sono oscillazioni bio-umorali che si verificano ogni 24 h; controllano una varietà di processi biologici nei sistemi viventi: il ritmo sonno-veglia, la secrezione ormonale e di varie sostanza tra cui il cortisolo e la melatonina, le variazioni della temperatura corporea, parametri legati al sistema cardio-circolatorio e regolano attività cellulari come il metabolismo, la divisione di conseguenza anche la proliferazione delle neoformazioni. Negli esseri umani, l'orologio circadiano, si trova nel nucleo soprachiasmatico del cervello

(SNC), e dalla retina riceve informazioni sui livelli di luce. Il SNC comunica queste informazioni alle cellule nel corpo, attraverso ormoni e altre molecole di segnalazione.

Il team del MIT nella ricerca sperimentale, su modello animale murino (topi), ha scoperto che due dei geni che controllano i ritmi circadiani delle cellule anche nell'uomo, funzionano come soppressori tumorali.

In condizioni sperimentali, i ricercatori hanno osservato che l'interruzione del normale ciclo luce / buio, permette ai tumori di diventare più aggressivi, perché si ottiene una perdita di questi due geni che fungono da antagonisti dello sviluppo tumorale.



Non importa come s'interrompe "l'orologio", troppa o nessuna esposizione alla luce, entrambe le direzioni comportano la perdita del ritmo circadiano e questo sembra guidare verso la crescita di tumori.

All'interno delle cellule, un gene chiamato Bmal1 è responsabile dell'avviamento di altri geni che controllano funzioni e ritmi circadiani, tra cui uno chiamato Per2. Le oscillazioni giornaliere con i livelli delle proteine codificate da questi 2 geni normalmente oscillano per tutta la giornata, ma quando i normali cicli luce / buio vengono interrotti, le oscillazioni spariscono.

Lo studio aveva l'obiettivo di indagare su un possibile legame tra il cancro e questi geni, nei topi che sono stati geneticamente modificati per sviluppare un tipo di cancro al polmone conosciuto come cancro del polmone non a piccole cellule.

Il lavoro sperimentale si è articolato in diverse fasi, in quella iniziale i topi hanno subito due differenti programmi di esposizione alla luce, un gruppo con calendario più notturno e l'altro più "normale". Nello specifico, un gruppo di topi è vissuto con un normale programma di 12 ore di luce seguita da 12 ore di buio, mentre l'altro è andato su un calendario "jet lag": ogni due o tre giorni, sono stati esposti a ulteriori otto ore di luce . Questo imita l'interruzione dell'orologio biologico che si verifica quando gli esseri umani lavorano in turni notturni oppure viaggiano attraverso diversi fusi orari.

Nello scenario jet lag, i tumori sono cresciuti più velocemente e sono stati più aggressivi di quelli dei topi che vivevano con un normale programma luce/notte.

Nella successiva serie di esperimenti, i ricercatori hanno tenuto i topi su un programma normale luce/notte, ma hanno eliminato i geni Bmal1 e Per2, i principali regolatori del ritmo circadiano nei mammiferi e nell'uomo. In questi topi, i tumori sono cresciuti più velocemente, proprio come hanno fatto nello scenario jet lag.

I ricercatori del MIT hanno anche analizzato campioni di tumore del polmone umano, trovando livelli molto bassi dei geni Bmal1 e Per2, nonché di altri importanti geni regolatori dell'orologio circadiano, carenti sia nei tumori che nel tessuto polmonare "sano" degli stessi pazienti. I tumori più aggressivi avevano livelli ancora più bassi di questi geni.

Dopo questi risultati, la ricerca va avanti, ora si indaga sulle possibili soluzioni. Se le cellule tumorali che prendono il sopravvento a causa di un ritmo circadiano interrotto, hanno eventuali punti di debolezza, questi potrebbero essere sfruttati come potenziali bersagli farmacologici. Inoltre, il team del MIT si è impegnato nell'approfondire come le interruzioni circadiane possono influenzare altri tipi di tumori, tra cui il cancro al pancreas.

Elsa Frogioni

Fonte http://www.cell.com/cell-metabolism/home

Studio BWH conferma legame

Turnazione notturna e cardiopatie

Lavorare di notte fa male. Nuovo studio su Jama conferma aumento rischi per il cuore nelle infermiere che fanno turni notturni rispetto alle colleghe che non li fanno

Pubblicato su JAMA, una ricerca del Brigham and Women's Hospital (BWH) di Boston, guidata da Celien Vetter, ha confermato l'esistenza di un collegamento fra prestazione di lavoro con turnazione anche notturna e incidenza delle cardiopatie di natura ischemica.

Su questa classe di malattie concorrono una lunga serie di fattori tra i quali il fumo, l'ipertensione, le alterazioni del colesterolo, il diabete, lo stress, l'obesità, la sedentarietà, la scarsa qualità della dieta.

Ma anche il lavoro notturno pare avere un suo ruolo incidendo in misura rilevabile, secondo quanto emerso dal campione analizzato negli studi Nurses' Health Study I e II, che hanno messo sotto esame 189000 infermiere statunitensi per 24 anni, rilevandone periodicamente ogni fattore di cambiamento sia dei rischi che dei profili clinici e di prestazione lavorativa.

Il risultato dell'analisi, che conferma quanto emerso anche da altri studi, è che il lavoro notturno, prestato per almeno 10 anni, aumenta il rischio di cardiopatie ischemiche del 15-18%.

Un'accurata analisi dei rischi ambientali e individuali (qualità del sonno, ritmi biologici) potrebbe trovare quindi giovamento in un'altrettanto accurata analisi delle condizioni lavorative ai fini della prevenzione dell'incidenza di queste malattie sulla popolazione del personale sanitario.

Chiara D'Angelo
Fonte: Quotidiano Sanità

...(continua da pag. 11)

e diversa formazione per i professionisti già abilitati. La formazione sta diventando l'oppio dell'infermieristica. La formazione è chiaramente un business ed è funzionale al sistema non all'organizzazione del lavoro che non prevede alcuna remunerazione a compensazione degli sforzi e dei costi sostenuti per formarsi. Lavorare gratis fa male e pesa almeno quanto il lavoro retribuito.

È tempo di porre al vaglio critico modelli organizzativi già superati in altri contesti esteri (il modello per intensità di cure) e ripartire dall'infermiere che non c'è per farlo esistere e dare pieno compimento alle legge 42/99.

È tempo di mettere sul piatto dei denari per finanziare una sanità di iniziativa e progetti specifici di valorizzazione professionale, partendo magari da progetti nazionali già avviati (es. il trattamento del dolore: non è possibile che chiunque può andare in farmacia con una prescrizione della nonna e prendere una tachipirina contro il dolore ma un infermiere non possa somministrare lo stesso analgesico senza prescrizione medica!).

E' tempo di affrontare la vera questione infermieristica nell'interesse di chi vede quotidianamente i malati e deve rispondere pienamente ai bisogni dei cittadini.

È tempo di ascoltare cosa chiedono i pazienti e gli infermieri di linea e non limitarsi a modelli studiati a tavolino che affrontano i problemi dei dirigenti e dei docenti ma sono distanti da chi poi deve tradurre in pratica quotidiana le competenze acquisite.

Riteniamo quindi che il documento vada strutturalmente rivisto chiarendo gli obiettivi che si intendono raggiungere e dichiarando quali problemi si intendono risolvere.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

Un'istantanea dei partecipanti al tavolo ministeriale

ABRUZZO

Teramo. Nursind vince battaglia legale: liquidazione banca ore a tutti i richiedenti

Da anni ormai sistematicamente la ASL di Teramo omette di pagare agli Infermieri ed al personale del comparto le ore di lavoro straordinario rese ed accantonate nella c.d. Banca Ore, violando precise disposizione del CCNL e con ciò provocando una lesione del diritto dei lavoratori ad una retribuzione proporzionata alla quantità di lavoro prestato, sancito dalla Costituzione.

IL FATTO: a novembre 2015 un gruppo di 186 lavoratori, per il tramite della scrivente organizzazione sindacale, ha inoltrato regolare richiesta di pagamento delle ore accumulate in banca ore, la ASL ha omesso però di corrispondere il dovuto nei termini, non facendovi luogo neppure nei sei mesi successivi alla scadenza prevista dal CCNL e nonostante i solleciti e le rassicurazioni fornite.

Attivata la tutela giudiziale per il tramite degli avvocati del Nursind, oggi l'Azienda Sanitaria teramana si vede costretta al rispetto dei diritti dei suoi dipendenti; infatti, a seguito delle condanne giudiziali al pagamento in favore degli iscritti Nursind, la Direzione ASL ha deciso di procedere alla relativa liquidazione in favore di tutti i lavoratori, che ne abbiano fatto richiesta, anche di quelli che non hanno ancora attivato le vie legali: la Tutela di tutti i lavoratori è l'obiettivo che le organizzazioni sindacali devono e vogliono perseguire ed il Nursind continuerà nella battaglia in difesa non solo dei propri iscritti!

Teramo, 14 luglio 2016

Il segretario provinciale Nursind Teramo
Giuseppe De Zolt

PO di Pescara: ancora barelle nei corridoi della geriatria, la denuncia del Nursind

L'O.S. NurSind, da tempo, fa presente che nel reparto di geriatria sud del PO di Pescara si continua a ricoverare pazienti alloggiandoli lungo il corridoio con una media di 6 pazienti e con picchi che arrivano fino a 12-14. Una situazione disumana ed inaccettabile, aggravata dal fatto che sono pazienti affetti da pluri patologie e la somministrazione della terapia non avviene in sicurezza. I corridoi sono privi di prese per ossigenoterapia, prese corrente e campanello, non è possibile assicurare la privacy ne di garantire l'evacuazione in caso di incendi a causa dei letti posti in corridoio che ne ostacolerebbero il deflusso.

Si fa presente l'alto Rischio di incendi dovuti a prese di corrente volanti e bombole di ossigeno terapia.

Il personale infermieristico e OSS dell'UO di Geriatria pur operando con la massima diligenza e professionalità è impossibilitato ad assicurare un'assistenza efficace ed efficiente, sia per motivi logistici e sia per l'insufficiente numero di operatori (geriatria sud in data 6.6.16 ore 19 presenti 2 infermieri e 2 OSS in turno).

La situazione di STRESS di lavoro correlato a cui sono sottoposti gli operatori è inaccettabile ed insostenibile. I ricoveri vengono fatti dal Pronto Soccorso indipendentemente dai posti letto disponibili e non sempre ai parenti viene comunicata la sistemazione in corridoio del reparto.

Con l'estate alle porte, sia per far fronte alla carenza di personale e sia per assicurare al personale le ferie estive per il recupero psicofisico, la scrivente Org. Sindacale CHIEDE:

1) a tutela dei degenti e degli operatori la risoluzione delle problematiche esposte con il blocco dei ricoveri nei corridoi dell'U.O, con il trasferimento contestuale dei pazienti eventualmente ricoverati in sovrannumero presso altre strutture ospedaliere;

2) la ricognizione promessa del personale fuori posto e ricollocazione;

3) il potenziamento dell'assistenza territoriale per ridurre i ricoveri (a nostro avviso, la cosa più importante).

Il Segretario Provinciale NurSind Pescara
Argentini Antonio

Tribunale di Sulmona: San Raffaele paghi arretrati AIOP 2006-2010. Vittoria Nursind!

L'estate scorsa ci eravamo occupati della vertenza relativa al mancato pagamento degli arretrati dei contratti AIOP per l'arco temporale 2006 – 31 agosto 2010. Oggi registriamo la prima importante vittoria del Nursind.

Infatti il Tribunale di Sulmona quale Giudice Unico del Lavoro ha emesso un decreto ingiuntivo nei confronti della San Raffaele S.p.A., intimando a quest'ultima di pagare a favore di un infermiere iscritto all'organizzazione sindacale un importo di circa tremila euro a titolo di arretrati contrattuali AIOP per il periodo 1 gennaio 2006 – 31 agosto 2010. Finalmente si è riusciti a far valere un sacrosanto diritto di fronte alla condotta omissiva delle aziende sanitarie e dell'AIOP.

Il NURSIND esprime tutta la propria soddisfazione per il risultato così raggiunto, convinto che alla luce di tale pronuncia giudiziale anche gli altri lavoratori interessati potranno ottenere quanto effettivamente loro legittimamente dovuto. Purtroppo i tempi sono ristretti in quanto l'accordo regionale dell'Abruzzo veniva stipulato il 20.06.2011, per cui coloro i quali intendano richiedere la liquidazione degli arretrati dovranno necessariamente farlo entro il 20.06.2016.

Il NURSIND è comunque a disposizione di tutti i lavoratori interessati al fine di fornire notizie e chiarimenti in merito nonché per mettere a loro disposizione il proprio ufficio legale.

Quanti dunque volessero possono contattare il NURSIND al seguente recapito.

Segretario provinciale
Antonio Santilli
aquila@nursind.it

Corte d'Appello di l'Aquila: vittoria Nursind sul tempo divisa

La segreteria territoriale di Nursind Pescara rende noto l'esito del ricorso in Corte d'Appello di l'Aquila del 17 marzo 2016. Il ricorso in appello è stato promosso dalla Asl di Pescara contro la sentenza dello scorso ottobre del tribunale di primo grado. Settanta infermieri seguiti in causa dall'avvocato di Nursind (avv. Carmine Ciofani) hanno vinto in giudizio. L'Asl che si è vista respingere il ricorso dovrà, con questa sentenza, pagare circa cento mila euro.

"Sono particolarmente soddisfatto per l'esito della causa – spiega il segretario Nursind Pescara, Antonio Argentini – che ha visto riaffermato un principio ormai consolidato anche attraverso altri ricorsi vittoriosi per gli infermieri. Il Nursind dimostra di voler parlare con i fatti muovendosi a tutela dei lavoratori che sempre

più numerosi capiscono l'importanza di affidarsi ad un sindacato serio che va fino in fondo nelle questioni che interessano gli infermieri. Sappiamo che è sempre più difficile e spesso è l'estrema ratio – continua Argentini – trovare giustizia nelle aule del tribunale, ma in una situazione patologica di blocco della contrattazione e depotenziamento delle relazioni sindacali spesso non ci resta altra strada."

CALABRIA

Cosenza: gravissima carenza di personale. Denuncia del Nursind

Di fronte all'aggravarsi della carenza, già cronica, di personale infermieristico e di supporto all'Ospedale di Corigliano Calabro, il Nursind cosentino lancia l'ennesimo allarme e annuncia che la misura è colma.

I servizi del nosocomio lavorano con personale ridotto all'osso ed ancora meno, per mancanza di infermieri e operatori di supporto. In questa condizione i pochi infermieri in servizio si trovano in turno da soli e senza altro personale, il che induce oltre che a un sovraccarico di lavoro, anche alla necessità di prestarsi a svolgere qualsivoglia tipo di attività, ivi compresa quella degli OSS. Una situazione gravissima dal punto di vista dell'organizzazione del lavoro, dei livelli minimi di assistenza che devono essere garantiti e che non si riescono a raggiungere, del demansionamento e della mortificazione professionale degli infermieri.

E' tempo, rivendica Nursind, che chi ne ha il potere intervenga: Sindaco, Direzione, Regione. Il sindacato, se nulla si farà, è pronto a salire sulle barricate.

CAMPANIA

Nursind Napoli: protesta contro le gravi carenze di personale

Ospedale di Gragnano (Napoli). É in atto la protesta del Nursind, che chiede in maniera urgente ed improcrastinabile, un incontro con i vertici dell'Asl Na3, al fine di chiarire le motivazioni di che sono alla base di uno strano "valzer" di infermieri, spostati dal distretto di Gragnano e quello di Castellammare.

Da tempo infatti sono in atto trasferimenti da un nosocomio all'altro che hanno portato al depotenziamento dell'Unità operativa di Epatologia del plesso di Gragnano, fiore all'occhiello della Asl Na3 e della Campania, in quanto innovativa, all'avanguardia e meta di migliaia di pazienti provenienti da tutto il Mezzogiorno.

A narrare quanto sta accadendo sulle pagine del quotidiano locale Metropolis, è Raffaele Amodio, segretario aziendale Nursind Asl Na3: "I trasferimenti hanno indebolito il centro epatologico, che avrebbe invece dovuto essere rafforzato, al fine di migliorare maggiormente il servizio di un vero e proprio punto di riferimento per tantissimi cittadini; questi trasferimenti selvaggi, avvenuti peraltro senza nessun ordine di servizio della direzione sanitaria, hanno innescato un meccanismo di straordinario giornaliero di dubbia lettura e durata".

Il Nursind denuncia inoltre come molti di questi trasferimenti siano alquanto sospetti, come cambi crociati di infermieri tra i due distretti, dove uno dei due infermieri va in pensione qualche giorno dopo, aggravando la carenza.

"Tutto ciò è inammissibile!", sottolinea Amodio, e continua, "ci sentiamo vessati ed umiliati da tale comportamento ingiusto ed inadeguato ed esigiamo rispetto per chi lavora".

Seguiremo lo svolgersi della vicenda, per capire quali le spiegazioni dei vertici a queste politiche insensate.

Salerno. Ruggi D'Aragona e Asl: stato di agitazione di tutto il personale del Comparto

La sottoscritta Organizzazione Sindacale

- vista la grave disattenzione da parte della Regione Campania alle problematiche della Sanità pubblica del territorio salernitano e l'inerzia dei Direttori Generali dell'Azienda ospedaliera e dell'ASL sull'organizzazione dei servizi sanitari in risposta alle esigenze dei cittadini e degli utenti;
- vista altresì la disattenzione per i diritti dei lavoratori: fondi contrattuali, coordinamento, ecc.;
- vista la mancata volontà di definzione delle dotazioni organiche minime nelle varie Strutture con conseguente demansionamento continuo di Infermieri, Oss, Coordinatori;
- visto l'ingessamento totale del ruolo e delle prerogative della RSU e delle OO.SS. che di fatto impedisce la realizzazione di uno stato di avanzamento su tutti gli istituti economici e contrattuali;
- vista la gestione compiacente verso i politici e la rinuncia alla gestione dell'Azienda per compiacere qualcuno o qualcosa;
- visto il continuo stillicidio e la vessazione dei lavoratori portata avanti con tracotanza dovuta ad una cattiva politica locale e regionale ai danni dei professionisti e delle stesse aziende;

Vista la gravità della situazione Nursind ha deciso di dichiarare lo stato di agitazione e parteciperà a tutte le iniziative a sostegno dello stesso, ivi comprese assemblee ed eventuali forme di lotta, non escludendo nemmeno il ricorso allo sciopero della fame.

Si chiede, pertanto, di espletare il tentativo obbligatorio di conciliazione al fine di scongiurare la messa in atto dello stato di agitazione.

Il Coordinatore regionale Nursind Campania
Pasquale Picariello

Avellino. Preselezioni mobilità infermieri: silenzio di altri sindacati ma non del Nursind.

Nursind da anni è impegnato contro la legge 114/2014 che in tema di mobilità prevede l'obbligo del "nulla osta"dell'azienda di provenienza. Con l'entrata in vigore della suddetta legge è stato modificato l'art. 30 del Dlgs 165/2001 che al comma 1 prevede: le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti di cui all'art.2 , comma 2. appartenenti a una qualifica corrispondente e in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento, previo assenso dell'amministrazione di provenienza. E' da qui che parte la protesta degli infermieri e del Nursind.

Tale modifica, infatti, rende inutile lo strumento della mobilità ed il dipendente pubblico diviene sostanzialmente proprietà privata di una pubblica amministrazione. A gennaio 2015 il Nursind ha predisposto un apposito emendamento invitando Governo e Parlamento a farlo proprio e che riportiamo di seguito:

"Al comma 1 dell'art. 4 della legge 11 agosto 2014, n. 114 di

conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 al termine del primo periodo siano abrogate le parole "previo assenso dell'amministrazione di appartenenza"."

Accanto al problema del nulla osta poi c'è un problema tutto campano, in quanto le procedure di mobilità disposte dalle ASL della Campania sono diverse da quelle del resto del paese. La regione Campania infatti è l'unica regione d'Italia che indice preselezioni per la mobilità! Questo il motivo che ha portato all'esasperazione gli oltre 350 infermieri che lo scorso venerdì ad Ariano con le loro proteste (pacifiche) hanno bloccato ed annullato la prova di selezione.

Ricordiamo che il bando iniziale assegnava 60 punti per i titoli e 40 per il colloquio, da qui la prima illegittimità: il colloquio. Eppure, dopo un anno e tre mesi, dei 60 punti per i titoli neanche l'ombra. Nel frattempo usciva una delibera che annunciava che gli ammessi alla procedura di mobilità erano circa 750 infermieri.

Dopo alcune settimane l'Asl di Avellino a sorpresa emetteva una nuova delibera che prevedeva una inammissibile preselezione. Come detto, le normative in vigore non stabiliscono né colloqui né prove d'esame - per legge le mobilità si fanno solo per titoli - su questo si è ampiamente espressa anche la Cassazione a Sezioni Unite del 24 febbraio 2015.

E cosi con i soldi pubblici viene appaltata una ditta esterna per l'organizzazione di una preselezione (illegittima). Veniamo poi a conoscenza che la ditta risulta essere la stessa che ha organizzato le preselezioni (illegittime) al Ruggi d'Aragona di Salerno nel 2014.

Poca trasparenza e spreco di soldi pubblici che possono dare adito ad interpretazioni di corruzione legalizzata. Infermieri denigrati in mano a sporchi giochi politici e clientelari. Il Coordinamento Regionale Nursind Campania aveva già denunciato queste illegittimità a febbraio 2016 attraverso una lettera aperta al Ministro della Sanità, alla Autorità Nazionale Anticorruzione al Governatore della Regione Campania e ai Direttori della ASL/AAOO della Campania. A questa ne è seguiva un'altra il 28/06/2016.

Il segretario Territoriale Nursind Avellino
Romina Iannuzzi

EMILIA ROMAGNA

Coordinamento Nursind Emilia Romagna: Poggi confermato dal Congresso.

Si è svolto a maggio il I Congresso regionale Nursind dell'Emilia Romagna, per l'elezione del coordinamento regionale. A Bologna si sono dati appuntamento i Segretari Territoriali ed i Delegati del Sindacato infermieristico che, infine, hanno riconfermato Marco Poggi alla guida del Coordinamento e Cristina Focaccia vice coordinatore con delega di Segretario amministrativo.

Durante la mattinata, il coordinatore uscente, Marco Poggi, ha relazionato sullo stato della professione infermieristica nel territorio, evidenziandone in maniera puntuale le criticità e portando le questioni rilevanti all'attenzione delle rappresentanze politiche presenti in platea, a testimonianza della rappresentatività del Nursind nel descrivere in maniera esperta le condizioni della categoria.

Nella relazione di Poggi diversi sono stati i punti d'attenzione: dalle relazioni con il Collegio IPASVI, alla difficoltà a far decollare le strutture e i servizi a gestione infermieristica autonoma, alla scarsità delle risorse economiche del sistema sanitario.

Infermieri costretti a turnazioni pesanti a discapito della qualità del lavoro e della vita personale e familiare e spesso poco ascoltati nei processi decisionali, anche laddove (come nel caso dell'assistenza e della valutazione della qualità degli acquisti) per competenza e conoscenza dovrebbero essere degli interlocutori privilegiati.

Il coordinamento regionale dell'Emilia Romagna si appresta dunque a intraprendere questo nuovo mandato con la cognizione

ben precisa delle difficoltà in cui versano il sistema e, in particolare, la professione infermieristica.

Per questa ragione verrà steso un nuovo Regolamento interno per definire ulteriori e maggiormente efficaci meccanismi di interazione fra le segreterie affinché l'azione del sindacato posso diventare elemento di influenza sui processi decisionali politici, dai quali dipende l'assetto che il sistema andrà ad assumere, oltre che regolamentare i sistemi di finanziamento e di elezione degli organi territoriali.

FRIULI VENEZIA GIULIA

FVG. Assunzione per 590 Infermieri. I numeri dati dal NurSind erano corretti

Era il mese di luglio del 2015 quando il NurSind FVG comunicò alla politica ed agli organi di stampa, i dati di uno studio analitico sulla carenza di personale infermieristico regionale. Lo studio analizzò le criticità di ogni ospedale friulano, reparto per reparto, servizio per servizio, stimando che il disavanzo ammontava a 580 unità di cui 260 solo all'ASUIUD.

Di colpo si levò una cordata di repliche da parte dei vertici di tutte le aziende in primis, seguite da tutti gli stakeholders interessati con una ventata di dichiarazioni contraddittorie. Dal "si che tutto va bene" a chi "sparava carenze di circa 150 unità", a chi dichiarava " Basta allarmismi"…

A settembre del 2015 venne dichiarato l'avvio alle procedure per lo svolgimento del "Concorsone regionale", bandito per 173 posti con la partecipazione di 10.000 infermieri nelle caotiche giornate autunnali di Trieste.

Il NurSind da tempo aveva posto l'attenzione sulle criticità rilevate dai numeri posti a concorso in quanto gran parte dei vincitori già operano con contratti a tempo determinato da molti anni, senza portare energie nuove a organizzazioni logore e sfinite. Infatti la politica del facciamo cassa sul personale ha dato i suoi risultati.

Durante l'inverno scorso i dati davano le aziende ospedaliere in deficit di oltre 80 milioni di euro. A giugno i nuovi dati davano un avanzo di bilancio di 25 milioni di euro.

Gran parte di questi risultati ottenuti obbligando il personale a rientri su riposi, a sobbarcarsi straordinari per garantire le ferie estive, al disastro annunciato della centrale unica del 118 ove vi sono solo 4 infermieri disponibili, su 36 necessari, a trasferirsi alle dipendenze di EGAS nelle profonde incertezze operative.

Nonostante il coinvolgimento dell'ispettorato del lavoro che ha preso in esame i turni del personale infermieristico, si continua in diverse unità operative a saltare riposi, a 15 turni di reperibilità mensili pro capite, a straordinari programmati già su base mensile.

Pare inutile quindi segnalare determinati disagi ai vertici aziendali se poi si è costretti a rivolgersi agli organi competenti. Ma la soddisfazione per NurSind è il decreto 82 del 24 agosto scorso ove la regione autorizza l'assunzione di 590 infermieri di cui 266

per l'ASUIUD.

Sono gli stessi numeri dello studio regionale NurSind!! Vigileremo inoltre sulle dichiarazioni della politica regionale per un prossimo avvio delle stabilizzazioni del personale precario ancora presente. In pratica dunque considerando le fisiologiche rinunce, ormai si può considerare quasi esaurita in un battibaleno una graduatoria che consentirà presto nuovi posti a concorso.

Questo per rispondere a quanti minimizzano sull'attività e sull'incapacità dell'unico sindacato di categoria che da sempre si adopera a tutela e salvaguardia della professione infermieristica. La disponibilità alla collaborazione verso l'organizzazione sanitaria regionale sarà sempre alta soprattutto quando tecnicamente si sa di cosa si stia parlando.

In conclusione, pur evidenziando e conoscendo lo sforzo della regione, valutando con occhio positivo il lavoro svolto dal assessore alla sanità Dott.ssa Telesca per l'assunzione immediata degli infermieri, ricordiamo che ben 106 di questi infermieri lavorano già nelle strutture sanitarie della regione, e che quindi non si può parlare di nuove assunzioni che coprono interamente il fabbisogno del personale, ma si tratta soltanto di un passaggio contrattuale da lavoro a tempo determinato a tempo indeterminato.

Stefano Giglio
Direzione Nazionale
NurSind FVG.

Muso duro del Nursind contro l'AAS2 per i PS: ottenuto personale di supporto.

E' passato ormai un mese (giugno) dalla dichiarazione dello stato di agitazione indetto dal Nursind presso i pronto soccorso dell'AAS 2 bassa friulana-isontina e le segreterie provinciali del Nursind di Udine e Gorizia possono già trarre un bilancio positivo.

Fin dall'emanazione, il personale infermieristico ha dichiarato di interrompere lo svolgimento dei percorsi brevi, e nelle ore notturne, i trasporti di campioni ematici ed il trasporto di pazienti non gravi.

Questo ha generato una situazione caotica con l'emanazione di nuove direttive da parte del direttore di struttura che ha obbligato il personale infermieristico allo svolgimento delle attività suddette. L'importante presa di posizione del personale infermieristico ha fatto sì che le attività siano certificate e sottoscritte dal dirigente medico presente ogni notte.

Sono stati raccolti gli elenchi delle prestazioni demansionanti che il personale è costretto a svolgere e che saranno le basi per le debite azioni legali.

Dopo l'inoltro da parte dei legali del Nursind di una diffida al perpetuarsi di tale comportamento, l'azienda ha previsto immediatamente l'inserimento di 3 unità di personale di supporto adibito a tali procedure.

Questo certifica che il Nursind aveva ragione e che è totalmente sbagliata la politica gestionale di questa scalcinata azienda sta perpetuando ormai sulla pelle del personale dipendente. Va dato merito al personale stesso che non ha avuto paura delle intimidazioni, delle pressioni psicologiche e verbali che hanno dovuto subire in questo arco temporale.

Nursind inoltre sta monitorando quotidianamente tutte le pronte disponibilità in eccesso che vengono svolte dal personale infermieristico ed inoltre sta perfezionando le azioni necessarie alla riassegnazione dell'indennità ex art. 44 del CCQNL.

Siamo in attesa di essere convocati per tutte queste problematiche dai Prefetti delle province di Gorizia e Udine che ormai si stanno facendo attendere da troppo tempo. Qualora anche queste istituzioni resteranno miopi nella loro attività saremmo costretti a dichiarare lo sciopero generale della categoria infermieristica.

La scure aziendale in questi giorni ha voluto toccare quanto di più nobile ha da sempre caratterizzato l'attività infermieristica. Infatti drasticamente si è messa la pietra tombale sulla possibilità di svolgere attività volontaria presso ogni tipo di istituzione.

Lungi da noi voler avallare le posizioni da doppiolavoristi, ma che un'azienda sanitaria deputata ad erogare servizi alla persona vada ad ostacolare le attività volontaristiche che un dipendente possa svolgere nel proprio tempo libero, ci pare un po' esagerato.

La cultura friulana si è basata dalla notte dalla notte dei tempi sull'aspetto umanitario e solidaristico nei confronti dei bisognosi. Caratteristiche proprie di ogni infermiere e di una categoria intera. Caratteristiche che hanno permesso nei periodi di estreme necessità di far fronte a notevoli disagi e catastrofi. Cosa sarebbe successo se dopo il catastrofico terremoto del 1976 i friulani avessero incrociato le braccia ad attendere i sostenti di qualcuno. Da lì invece si ripartì anche grazie alla volontariato di molti infermieri, (esclusi purtroppo dall'attività di volontariato quelli dell'AAS2) che ancora oggi nelle varie associazioni, contribuiscono a mantenere attivi quei servizi alle persone che le istituzioni non sono in grado di garantire.

Chissà per quanto tempo i servizi sanitari andranno ancora avanti con questi problemi.

Un sentito ringraziamento dunque a tutti gli infermieri per quello che hanno fatto e per quello che stanno subendo in quelle strut-

ture ormai amministrate da veri burocrati che come obiettivo primario non hanno cuore la salute del cittadino ma solo finalità politiche.

Nursind Pordenone: assumono medici nei reparti, ma mancano gli infermieri

«Mancanza di lungimiranza da parte della direzione precedente (da 360 mila euro anno) e in parte attuale. In regione, dopo tre anni, è stato bandito un concorso per infermieri. La graduatoria a tempo determinato per infermiere all'epoca di Paolo Bordon offriva all'inizio soltanto 6 mesi di contratto poco allettante. Molti, infatti, rifiutavano. Poi si è passati a un anno e in poco tempo è andata a esaurirsi. Adesso siamo a piedi: c'è un avviso a tempo determinato che è in alto mare. Si ricorre a interinali con contratti sino ad agosto, visto che l'agenzia Talea scade in piena estate. Quindi nessuno degli infermieri accetta un contratto sino ad agosto, quando le cooperative assumono a tempo indeterminato».

Lo sostiene Gianluca Altavilla, segretario provinciale del Nursind, dopo che è stato annunciato l'arrivo di nove medici negli ospedali dell'Azienda sanitaria 5 di Pordenone e due al Cro di Aviano. «I manager da 120 mila euro anno dovevano pianificare interventi di assunzione e non ridursi all'ultimo minuto - prosegue -. Cosa ce ne facciamo di un chirurgo vascolare, se non ci sono infermieri in sala operatoria e in reparto?

A fare più rabbia sono i politici, che, in tempo di elezioni, fanno promesse di assunzione e se ne vedono i risultati: un concorso dopo tre anni. Il sindacato mette in evidenza che la situazione in provincia è allarmante su molti fronti.

In rianimazione a Pordenone dovrebbero esserci 5 infermieri a turno, invece sono 4. In pronto soccorso, sempre a Pordenone, mancano due infermieri, in chirurgia vascolare sei infermieri e tre Oss. La situazione più a rischio è a Maniago e Spilimbergo, dove mancano tre infermieri. Insomma, è tutto un colabrodo. Le iniziative da intraprendere sono chiusura-accorpamento dei reparti in sofferenza. Per non parlare di reparti che lavorano al minimo del minimo, come la neurologia, con due infermieri per 24 posti letto.

«Il messaggio di fondo - conclude Altavilla- è che un minor carico di pazienti per singolo infermiere si traduce in un'importante riduzione di mortalità, quantificata in un meno 20 per cento (abbassando da 10 a 6 il numero di pazienti affidati a un singolo infermiere). A Pordenone, siamo sull'ordine di un infermiere ogni 12/14 pazienti».

LAZIO

San Camillo: 18 milioni per i robot dispensa-farmaci. Sono inutili e inutilizzati, denuncia il Nursind

Doveva essere un'operazione di risparmio, attraverso la quale abbattere la spesa farmaceutica dell'ospedale. In realtà al San Camillo di Roma si è realizzato l'ennesimo spreco: 18 milioni di euro investiti per l'acquisto di 45 robot dispensa-farmaci monodose che però non hanno portato alcun risparmio, anzi.

La denuncia del Nursind, attraverso la voce del segretario aziendale Stefano Barone, è chiara: al San Camillo è stata spesa una cifra enorme per dei macchinari che, nel migliore dei casi, non danno alcun valore aggiunto. Semplicemente la macchina sostituisce l'infermiere nel prelevare la singola dose di farmaco (pasticca) ma, nella maggioranza dei casi, i robot stessi non sono utilizzati, sia perchè non sono adatti alla somministrazione di farmaci, ad esempio, a temperatura controllata, sia perchè non sono in grado di gestire l'erogazione di dosi frazionate, quando, ad esempio, il medico prescrive mezza pa-

sticca, o un quarto di pasticca, In questo caso lo spreco derivante dall'uso del robot è evidente, essendo la macchina in grado di fornire solo la dose intera.

Perchè dunque non si sono utilizzati quei 18 milioni per investimenti di altra natura? E' la domanda che Nursind pone e a cui il buon senso imporrebbe una risposta convincente, mentre le tre amministrazioni aziendali che nel frattempo si sono succedute fanno scaricabarile sulle responsabilità.

Lazio. Sanità: ex Gruppo IDI, Nursind: "La storia infinita pagata dai lavoratori"

Siamo colpiti che ancora una volta a pagare la crisi generata dal crack finanziario emerso nel 2013 continuino ad essere gli onesti lavoratori della sanità dell'IDI- affermano i dirigenti sindacali Nursind San Carlo ex gruppo IDI Sanità Antonino Gentile e Anna Rita Amato- 120 dei quali dal 1 aprile saranno messi in cassa integrazione in deroga per tre mesi.

Purtroppo sembrerebbe non esserci fine agli strascichi economici e giudiziari causati dal dissesto finanziario che si protrae da anni a causa delle note vicende su cui la Procura di Roma ha chiesto ultimamente il rinvio a giudizio per 40 persone. Non è bastato il periodo di amministrazione straordinaria e la successiva vendita, lo scorso aprile 2015, delle strutture dell' ex Gruppo IDI Sanità (San Carlo di Nancy, IDI, Villa Paola e 2 RSA) per far dormire sonni tranquilli ai dipendenti e consentire il ritorno alla normale attività sanitaria. L'Irccs –continuano i sindacalisti Nursind-, gestito adesso dalla Fondazione Luigi Maria Monti, si è visto tagliare da decreto della Regione Lazio circa 10 milioni di budget 2015, riportando gravi ripercussioni sulla gestione economica. A fronte della situazione creatasi siamo di fronte all' inizio di un periodo difficile per i dipendenti dell ' IDI, 89 dei quali ex dipendenti del San Carlo, tra cui diversi infermieri, a seguito dell' accordo sindacale sulle condizioni del trasferimento dei rami d'azienda, i quali da un lato usufruiranno del sostegno al reddito per i tre mesi di cassa integrazione in deroga concessa e dall' altro si vedranno diminuito lo stipendio. Ad essi va tutto il nostro sostegno e la nostra solidarietà - concludono Amato e Gentile- nella consapevolezza che ancora una volta a rimetterci per responsabilità altrui sono i lavoratori onesti, vittime indifese di una crisi che, protraendosi da anni, appare ai più una storia infinita.

Roma, 19/03/2016

NurSind San Carlo-IDI
A.R. Amato
A. Gentile

LOMBARDIA

Milano Pini-CTO: Nursind chiede regolamento mobilità interna al SITRA

Dopo una prima richiesta di estensione e pubblicazione di un regolamento sulla mobilità interna all'ASST Gaetano Pini - CTO, la Segreteria Territoriale Nursind di Milano non ha digerito il diniego dell'Azienda, cui replica in questi giorni con un comunicato a firma di Rosario Pagana e Nicoleta Veronica Voichescu.

Nel documento sindacale si chiede di conoscere i criteri secondo i quali vengono decisi gli spostamenti di personale all'interno dell'Azienda, nonché di ottenere in tal senso un regolamento pubblico e trasparente, che consenta di individuare e conoscere a priori le condizioni e tolga ogni dubbio sulla possibile esistenza di privilegi discrezionali in capo ad alcuni dirigenti piuttosto che ad altri.

Amianto all'ASST Fatebenefratelli – Sacco: la dirigenza risponde a Nursind Milano

La Lombardia è la regione italiana a maggiore incidenza di casi di mesotelioma pleurico maligno, l'incidenza di questo tumore è correlata alla presenza di amianto negli ambienti di vita e di lavoro.

Tra il 2000 ed il 2013 si sono ammalate 8.000 persone e la metà di queste sono decedute; il 50,7% di questi lavorava in ambienti in cui era presente l'amianto.

La legge regionale n.17 del 29 settembre 2003, si pone come obiettivo quello di bonificare gli ambienti di vita e di lavoro, eliminando tutto l'amianto presente. Obiettivo non ancora pienamente raggiunto.

In una nota del 20 giugno invitata al Direttore Generale ASST Fatebenefratelli – Sacco e all'Ast di Milano, la Segreteria Nursind milanese nella persona di Rosario Pagana, ha sollecitato la Dirigenza a dare delle risposte e rassicurazioni in merito alla presenza di amianto per quel che riguarda il P.O. Macedonio Melloni, le cui ultime bonifiche, stando agli atti, risultano essere state effettuate negli anni che vanno dal 2008 al 2009.

In quanto cittadini e lavoratori, il Nursind ha rivolto specifiche domande ai dirigenti:

- Le cosiddette quantità residuali sono state tutte eliminate fino al loro definitivo allontanamento e
Smaltimento?
- Nel caso erano (siano) presenti manufatti in cemento-amianto quali le probabilità di una dispersione di
quelle fibre in aria e/o nel suolo?
- Ad ogni modo, si provvedeva e si provvede a misurare la qualità dell'aria in quegli ambienti lavorativi
dove vi era presenza di amianto?

E' di oggi (5/7/16) la nota della dirigenza in risposta al Nursind nella quale si informa la O.S. che si sta procedendo a formalizzare un incarico ad un professionista esperto in materia al fine d recuperare ed esaminare tutta la documentazione relativa alle strutture ospedaliere. Realizzare una mappatura della situazione amianto a fibre naturali su tutte le strutture della ASST, in modo da verificare o meno la presenza di questi e studiare interventi correttivi.

Milano, Pini-CTO: «Non distrarre, terapia in corso», il SITRA valuta la proposta Nursind e avvierà fase sperimentale

La Responsabile NurSind della ASST Gaetano Pini-CTO di Milano, Voichescu Nicoleta Veronica, in data 5 aprile 2016, ha voluto proporre alla Direzione Aziendale, e nello specifico al Dirigente SITRA e al Responsabile del Clinical Risk un progetto utile a ridurre il rischio di errori da parte degli Infermieri durante la somministrazione della terapia, migliorando così la sicurezza del paziente.

L'intento non era solo quello di distribuire per ogni reparto casacche omaggio, promuovendo la Campagna: "Non distrarre -Terapia in corso", ma "sensibilizzare" chi di competenza.

Il professionista che somministra il farmaco deve accertarsi, come ricorda la raccomandazione ministeriale numero 12, che sia presente una completa prescrizione, ad eccezione ovviamente dei casi di conclamata emergenza (giusto malato, giusto farmaco, giusto orario, giusta dose, giusta via di somministrazione, giusta registrazione); non dovrebbe in questa fase ricevere stimoli di interruzione

Rappresentando la maggioranza le richieste improprie che raggiungono l'Infermiere durante la fase di somministrazione del farmaco (il parente che vorrebbe conoscere l'orario di ricevimento del primario, il medico che vorrebbe qualcosa di assolutamente non urgente, ecc...), l'utilizzo di strategie ''difensive'' passive, di contenimento dell'errore, come l'utilizzo di giubbotti con riportate scritte dissuasive alla interruzione della fase di somministrazione dei farmaci hanno un buon potenziale dissuasivo ed educativo, anche all'interno del team assistenziale, e costituiscono allo stesso tempo un valido strumento educativo rivolto a tutti coloro, purtroppo molti, che non hanno le idee del tutto chiare sulle responsabilità, anche legali, che riguardano Noi Infermieri.

In data odierna (01/05/2016), il Dirigente SITRA, ringraziando per la proposta avanzata dalla Responsabile Aziendale NurSind, Voichescu, ha informato la stessa che chi di competenza seguirà un progetto che si è provveduto a sviluppare sul tema proposto da NurSind.

Probabilmente, verranno proposte le seguenti UU.OO.: COR e COO (presso Gaetano Pini), una delle 2 UU.OO. di Fisiatria (Polo Riabilitativo di Via Isocrate), e

una U.O. del P.O. CTO, nell'attesa che il tutto sia avallato dal Risk Manager Aziendale.

Occorre non dimenticare, che tante UU.OO. della ASST Gaetano Pini-CTO di Milano risultano ormai da tempo insufficienti di organico infermieristico e totalmente assenti di personale di supporto.

In questo contesto, sembrano non far più testo le segnalazioni per gli ordinari disagi che gli infermieri continuano a subire.

Sembra inutile e contraddittorio riempire la testa agli infermieri parlando di Risk Management!

Nonostante tutto, bisogna tener sempre presente che il soggetto delle cure infermieristiche è la "persona malata", e l'instaurarsi di eventuali contenziosi per "malpracti-

ce" non giova a nessuno.

Art. 49: Lettera del coordinamento regionale Nursind ai Presidenti IPASVI lombardia per chiederne la disapplicazione

Continua l'effetto domino in merito all'articolo 49. Il Coordinamento regionale Nursind Lombardia, con una lettera inviata ai Collegi Ipasvi lombardi, chiede la disapplicazione dell'articolo 49, schierandosi a favore dell'iniziativa del Collegio Ipasvi di Pisa. Pubblichiamo di seguito la lettera:

Gentile Presidente,

come noto, l'articolo 49 del nostro Codice Deontologico sta coinvolgendo in accesi dibattiti tutto il mondo professionale infermieristico; il suo sapore, vagamente anacronistico, sta influenzando negativamente il clima, già inasprito da altre questioni "calde", del lavoro di colleghe e colleghi del nostro Paese. Tale articolo arma la mano di Direzioni Infermieristiche ciniche autorizzandole a fare del demansionamento infermieristico la quotidiana modalità operativa in moltissime aziende pubbliche e private del territorio (serve ricordare di infermieri che lavano pavimenti, smaltiscono rifiuti, puliscono ferri, sostituiscono OSS o fanno portineria?).

Non solo: autorizza alcuni tribunali ad emettere sentenze umilianti sia per gli interessati, sia per l'intero corpus infermieristico (tribunale di Frosinone e Corte d'Appello di Roma). L'articolo 49, per sua natura ingenuo, propositivo e ottimista (offre aiuto e sostegno alle organizzazioni in caso di improvvisa difficoltà), sta diventando un perverso strumento di ricatto, dominio, controllo di un'intera categoria professionale! E per questo motivo che chiediamo alle SS.VV., sull'onda di quanto un altro Collegio IPASVI italiano (Pisa) ha "eroicamente" deciso, di prendere atto del bisogno di colleghe e colleghi che rappresentate e tutelate e di disapplicare l'articolo 49 in attesa che venga elaborato, discusso, approvato il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri. Confidando in un Vs. celere riscontro alla presente e proponendoci anche come parte attiva rispetto alla questione esposta, porgiamo cordiali saluti riservandoci, in caso di disinteresse da parte vostra, di perseguire ogni altra forma di protesta atta a tutelare l'immagine e il decoro dei professionisti che rappresentiamo.

Milano, ASST "SS. Paolo e Carlo": vigilanza h 24 al PS. Accolte le istanze Nursind!

Dopo la nota della Segreteria milanese del Nursind, inviata alla Direzione dell'ASST "SS. Paolo e Carlo" (Clicca) e di un ulteriore sollecito (QUI) con cui il sindacato degli infermieri chiedeva all'Azienda la presenza di personale di vigilanza al pronto Soccorso anche nelle ore notturne e la ricollocazione della postazione dedicata a tale personale in prossimità del Triage, finalmente una decisa apertura da parte della Direzione.

Il personale di Sicuritalia (Società che garantisce la sicurezza con propri addetti) è stato ricollocato nella postazione "ex-convitto" dell'azienda, quindi posto in Triage, con copertura 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Lo annuncia il Segretario provinciale Nursind di Milano, Rosario Pagana, sottolineando come al buon esito dell'istanza abbia contribuito la determinatezza e la perseveranza della segreteria aziendale del presidio ospedaliero San Paolo ed in particolare dell'infermiere Errante Filippo e rimarcando la bontà delle nuove disposizioni, che garantiranno maggiore sicurezza sia agli operatori (sempre più spesso oggetto di atteggiamenti violenti e aggressivi da parte dell'utenza) che agli utenti stessi, e permetteranno al personale sanitario di svolgere il proprio lavoro con maggiore serenità.

In tema di lavoro, Pagana ritiene inoltre che l'estensione del servizio di vigilanza 24/7 possa indurre un fabbisogno occupazionale anche per la Società fornitrice Sicuritalia, e quindi avere una ripercussione positiva anche su questo versante.

MARCHE

Nursind e ANAAO Marche chiedono l'asilo inter-aziendale all'A.O. Torrette e INRCA di Ancona

A livello europeo è stato evidenziato che l'Italia è uno dei paesi che spende di gran lunga di meno nel sostegno alla famiglia e, assieme al Portogallo, è il fanalino di coda fra quelli dell'Europa occidentale (*L'ITALIA E LE POLITICHE PER LE FAMIGLIE FRA IMMOBILISMO NAZIONALE E DINAMISMO LOCALE a cura di EMMANUELE PAVOLINI 2013.).

La Germania nel 2007 ad esempio, ha realizzato una riforma di ampio respiro nel sistema dei congedi, introducendo un anno di congedo genitoriale con un mese riservato ai padri.

Il servizio di asilo nido, in particolar modo se inserito nel contesto aziendale in cui i genitori lavorano, facilita l'accesso delle donne al lavoro e sostiene la conciliazione delle scelte professionali e familiari di entrambi i genitori, in un quadro di pari opportunità tra i generi.

Per tutte le donne occupate, spesso maternità e attività di cura vengono a costituire la ragione principale di uscita dal mercato del lavoro, sia essa temporanea che definitiva.

I dati Istat (2011) mostrano che la quota di madri che interrompono l'attività lavorativa in occasione della nascita di un figlio è rimasta pressoché stabile dagli anni quaranta, (dal 15,6 per cento delle donne nate tra il 1944 e il 1953 si arriva al 14,1 per cento di quelle nate dopo il 1973), confermando che la maternità continua ad essere un momento di forte criticità nel percorso di vita delle donne.

L'Italia, probabilmente vanta il primato, tra tutte le nazioni europee, di aver avuto il primo nido aziendale. Il progetto si realizzò negli anni 50, ad Ivrea, grazie ad un illuminato imprenditore, Olivetti Adriano, che fù d'ispirazione per altri imprenditori e per le politiche sociali dell'intero paese, tanto che gli asili nido, vennero acquisiti come servizi da erogare a livello territoriale Municipale .

Purtroppo questa progettualità in Italia è andata via via scemando, siamo molto al disotto della soglia del minima del 33% fissata dall'Unione Europea (Lisbona 2000), nella copertura di servizi educativi per l'infanzia dai 0-3 anni .

Questo livello minimo non è stato raggiunto da nessuna regione italiana, i bambini che frequentano il nido o altri servizi per la prima infanzia sono il 13,5%. Inoltre si rileva la solita fortissima discrepanza nella presenza di queste strutture tra le regioni del sud e quelle del Nord-Est d'Italia, disparità che si riflettono anche sull'occupazione femminile. Maggiori offerte di servizi all'infanzia corrispondono sempre ad un aumento del tasso di occupazione delle donne.

I vantaggi non sono solo per le famiglie e il lavoro ma anche per i bimbi. Le ricerche longitudinali compiute in contesti europei ed internazionali, sull'impatto di crescita sociale attraverso la co-

stituzione di asili nido, ha permesso di attestare che la freequenza regolare in nidi di qualità , determina in questi bambini una maggior probabilità di successo.

Le strutture sanitarie, del Servizio Sanitario Nazionale, vista la maggioranza di lavoratrici (donne oltre il 70% dei dipendenti del SSN), rappresentano un luogo ottimale dove realizzare questi servizi.

L'esperienza italiana lo ha già dimostrato, la Lombardia è la regione capofila, sono stati realizzati 23 asili nelle aziende sanitarie pubbliche a: Bergamo, Brescia, Lecco, Monza, Milano San Raffaele, Milano Sacco, Varese, ecc.. Nel resto d'Italia, con una larga prevalenza del centro nord d'Italia nelle aziende sanitarie di:Trento, Nuoro, Rimini, Rovigo, Pordenone,ecc.

Nelle Marche non sono note esperienze simili in strutture sanitarie, infatti in modo significativo le donne occupate nella sanità marchigiana, lamentano gravi ripercussioni personali nella gestione di vita e lavoro. Per queste ragioni *NURSIND ed ANAAO Marche, dopo il successo dell'evento del 31/05/2016, al Teatro ridoltto Le Muse di Ancona, dove si è parlato dei problemi e soluzioni della sanità al femminile, hanno formalizzato la loro richiesta alle autorità di governo Regionale e Nazionale, di concretizzare la realizzazione di un asilo nido inter-aziendale, tra Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti e INRCA di Ancona.

E' tempo che si passi dalle buone intenzioni ai fatti, i dipendenti con figli non possono più sopportare i disagi di turnazioni flessibili, straordinari e salti dei riposi; la loro vita ruota attorno alla centralità del lavoro, la dignità del lavoro dovrebbe essere sempre salvaguardata, invece osserviamo che gli operatori della sanità marchigiana, sono costretti a "vivere per lavorare".

Elsa Frogioni

PIEMONTE

UNA FORTE AZIONE SINDACALE CHE PORTA RISULTATI IMPORTANTI

Condizioni di lavoro inaccettabili che sono diventati la norma e che rischiano di diventare peggiori se la determinazione lascia il posto alla demotivazione e allo sconforto, dando via libera alla politica dei tagli del personale e allo svilimento di una professione.

E' questa la situazione Piemontese, dei vertici Regionali che hanno avuto il coraggio, ad inizio anno, di dichiarare addirittura un esubero di personale infermieristico, con il silenzio assordante di quei sindacati che ormai hanno smesso di combattere e di fare sindacato da tempo.

E sulla base di questa pericolosa, quanto realistica possibilità da parte della Regione Piemonte di dichiarare un esubero, dopo anni di mancate assunzioni tra l'altro, che il NURSIND ha dato vita negli ultimi mesi ad una campagna di mobilitazione.

Abbiamo dimostrato, con dati veri e oggettivi, richiesti e forniteci dalle Aziende Sanitarie, che solo con le ore di straordinario (Piu' di un Milione in Piemonte) e del numero di ferie non godute (250.000) gli infermieri che mancano all'appello sono piu' di 1500.

Numero che serve solo a non accumulare straordinari e ferie ma molto piu' alto se si vuole arrivare agli standard ottimali. Solo a Citta della Salute le ore e le ferie accumulate erano rispettivamente 230.000 e 25.000.

Abbiamo dato vita ad una serie ed importanti presidi di protesta nelle piu' importanti Aziende Piemontesi, trovando nella stampa e nei media ampia disponibilità ad occuparsi della problematica, dando voce a una denuncia dai contorni clamorosi e pericolosi.

Da parte sua la risposta della Regione non si è fatta attendere attraverso il suo Direttore Regionale. " Lo straordinario degli infermieri sono ore sbrodolate" affermazione diventata famosa che ha fatto indignare tutti gli infermieri Piemontesi e riportata da tutte le testate giornalistiche.

A questa grave quanto bugiarda dichiarazione, abbiamo reagito con forza e determinazione soprattutto perché non sono arrivate le scuse dello stesso Direttore ne tanto meno quelle dell'Assessore.

Abbiamo inoltrato un esposto alla procura della repubblica a tutela dell'immagine della professione e un esposto all'ispettorato del lavoro fornendo loro i dati dello straordinario di tutte le Aziende a seguito del quale la prima asl Piemontese è stata multata di 400 mila euro per il mancato rispetto del riposo giornaliero e settimanale.

Ad oggi sono due gli importanti risultati raggiunti dal Nursind Piemonte.

Il documento Regionale che parlava di esuberi di personale infermieristico è sparito e non sembra piu' essere all'ordine del giorno, anzi l'assessorato annuncia assunzioni che comunque ancora non sono arrivate in maniera in sufficiente.

Le Aziende si stanno adeguando al rispetto delle normative relativamente al rispetto del riposo giornaliero e settimanale.

Quest'ultimo risultato và difeso con forza e monitorato. L'illusione di alcuni piccoli vantaggi nel poter cambiare qualche turno, l'illusione delle 12 ore, che permettono apparentemente di avere piu' tempo libero, non faranno altro che aggravare ancora di piu' la situazione, fornendo altri strumenti per attuare e continuare la politica dei tagli sul personale mettendo sempre più a rischio l'assistenza e il nostro operare.

Se vogliamo difendere il nostro lavoro e il nostro futuro dobbiamo uscire dalle logiche dei piccoli apparenti vantaggi o da pos-

Cronaca di Torino 43

Veleni dopo la battuta del direttore Moirano sulle «ore sbrodolate»

Infermieri contro la Regione "Dovete pagarci gli arretrati"

Esposto del sindacato Nursind all'Ispettorato del Lavoro

ALESSANDRO MONDO

L'esposto

La polemica

Gli infermieri lamentano turni eccessivi per la carenza di organico

25.000 giorni

Le ferie non godute alla Città della Salute al 31 dicembre 2015, calcolate dal Nursind

Gli ultimi dati

sibili pericolosi diversi assetti organizzativi che le Aziende e i Dirigenti sembrano favorire. Tutti noi ne potremmo trarre giovamento e i vantaggi saranno molto piu' grandi. Difendiamo la nostra professione, difendiamo il nostro operare.

UNIAMOCI INTORNO AD UN IDEA PER VALERE DI PIU'

Francesco Coppolella
Coordinatore Regionale Nursind Piemonte

Nursind Piemonte alla Regione: e adesso pagateci gli arretrati!

Non si placa, l'ondata di malcontento nelle aziende sanitarie Piemontesi dopo le infelici dichiarazioni del Direttore Fulvio Moirano, dal quale si attendono ancora con ansia le dovute scuse per, aver avuto un atteggiamento arrogante, pressapochista e denigrante, offendendo tutti i 440 mila infermieri italiani.

E siccome le scuse non giungono a destinazione, ma le cifre portate in dibattito, in merito a straordinari e ferie non godute, sono vere, è ora di passare alla linea dura, perché oltre il danno non si può subire anche la beffa, e, visto che alla beffa chi di dovuto non pone rimedio, è il momento di porre fine al danno.

Il Nursind Piemonte ha presentato due esposti: uno allo Ispettorato del lavoro, corredato di tutte le rilevazioni fatte su straordinari e ferie, per verificare le avvenute violazioni contrattuali e di legge, l'altro esposto alle procure delle province piemontesi.

Il Nursind chiede il pagamento degli straordinari arretrati e la possibilità di smaltire le ferie non godute tramite nuove assunzioni; queste le cifre relative agli infermieri operanti nella Città della Salute: 243.000 ore di straordinario e 25.000 giornate di ferie non godute al 31 dicembre 2015.

E se, come dichiara Moirano, gli straordinari fossero la risultante di "sbrodolature", le ferie non godute a cosa sono dovute?

Dichiara Francesco Coppolella Coordinatore Regionale Nursind: "Ci chiediamo quali sono i parametri che utilizza Moirano per affermare un esubero di addirittura 2000 unità, la verità è che lo straordinario è generato dalla richiamata in servizio per la copertura dei turni scoperti e le ferie non possono essere concesse per evidenti carenze di personale, continua Coppolella- vorremmo ricordare inoltre a Moirano e Saitta che la maggior parte dello straordinario accumulato dagli infermieri è fatto gratuitamente, non retribuito, solo per puro spirito di sacrificio e responsabilità che ha sempre mostrato la categoria."

I NODI DI

il caso

1.500 posti

200.000 giorni

38 infermieri

340.000 euro

La proiezione sui dati di Mauriziano e Asl Torino 3

Un milione di ore di straordinari, emergenza in corsia

Il sindacato infermieri: "Subito nuove assunzioni"

Le comunità psichiatriche

La procura non rivela danni a malati

Ma si indaga sulle falle nei contratti

Ed ancora se si fossero concesse le ferie nell'atto di spettanza, gli ospedali avrebbero potuto chiudere battenti.

I Dipartimenti con maggiore difficoltà sono rispettivamente la Chirurgia generale e specialistica con 3.830 giorni di ferie non godute e 48.634 ore di straordinario e la Medicina generale e specialistica con 2.607 giorni di ferie e 34.286 di ore di straordinario.

E' facile nascondere le inettitudini di chi dirige malamente la Sanità dietro fantomatiche sbrodolature, è facile e vergognoso allo stesso tempo.

Dal canto suo, l'assessore alla Sanità, Saitta, prova a giustificare questo stato di cose, riconoscendo la sofferenza di alcuni reparti ed accennando vagamente a 900 assunzioni fatte, ma senza parlare dell'insufficienza ti tali assunzioni che, non prendono in considerazione le uscite a vario titolo, e parla ancora di dimensionare gli organici nelle unità operative.

In merito a Moirano , sempre Saitta, difende il Direttore, ritenendolo in "buona fede".

La buona fede, se mai ci fosse stata, non giustifica tanta arroganza e le accuse mosse.

E' ora per il Nursind Piemonte di alzare la testa e riappropriarsi di tutto quello che spetta agli infermieri, Dignità compresa.

Maria Luisa Asta

Ivrea: ispettori del lavoro in ospedale per verifiche sui riposi. ASL si prepara al ricorso.

Ivrea, Cuorgnè, Chivasso, Ciriè e Lanzo: questi i cinque ospedali cui hanno fatto visita gli ispettori del lavoro per verificare il rispetto della legge 161/2014, quella che ha introdotto anche in Italia le norme sul riposo dei lavoratori, imponendo, tra l'altro, di garantire un riposo di almeno 11 ore tra un turno e il successivo.

Sentinella del Canavese; 29 luglio 2016

Sin dall'entrata in vigore della norma (25 novembre 2015) il Nursind aveva lanciato l'allarme: nelle strutture sanitarie la norma non può essere rispettata; troppo grave la carenza diffusa di organico per sostenere una turnazione "a norma". In Piemonte il Segretario Provinciale Nursind Giuseppe Summa aveva da subito annunciato la linea dura, chiedendo alle autorità di controllare e vigilare sul rispetto della normativa del lavoro, diffondendo dati di incredibili monte ore di ferie non godute del personale piemontese, a testimonianza indiretta che in quelle realtà il personale, anche senza 161/14, è pesantemente sotto stress.

I controlli sono partiti a marzo e si sono conclusi a inizio luglio, portando la Direzione Territoriale del Lavoro di Torino a notificare a cinque dirigenti dell'ASL/To4 un verbale di contestazione di infrazione delle disposizioni della 161/2014 per quanto attiene ai riposi e all'utilizzo della pronta disponibilità.

Non trapelano dall'Azienda ulteriori dettagli sulla vicenda, ma la questione rischia di diventare pesante, se si tiene in considerazione il fatto che ogni singola infrazione può comportare sanzioni che vanno da 1800 a 10000 euro.

Intanto, per preparare le proprie controdeduzioni al verbale, l'Azienda ha conferito l'incarico all'avv. Monica Durante, e se questo passo non sarà sufficiente a chiudere la partita, si apre la strada del ricorso.

Il Nursind, dal canto suo, certo non plaude di fronte al verbale: è la conferma di una situazione grave e di gestione impropria delle risorse umane, che può trovare soluzione solo in un adeguato piano di espansione degli organici. "Oggi - dichiara Summa - per coprire tutti i turni di lavoro in sanità in Piemonte, si dovrebbero assumere 1500 nuovi infermieri".

Se le amministrazioni non si incammineranno su questa strada, nonstante sia evidente il blocco che viene da Roma, è evidente che non ci sarà soluzione. E dunque "chiediamo verifiche in tutte le aziende sanitarie", conclude Summa, che mettano in evidenza tutto il contesto di cui sinora si è fatto finta di non conoscere la drammaticità. Davanti ai verbali non si potrà più fare finta di nulla.

Arrivati gli ispettori del lavoro

Doppi turni in corsia Asl To4 a rischio di una supermulta

Tre medici potrebbero pagare per la mancata vigilanza

Li avevano annunciati e alla fine sono arrivati. Gli ispettori del lavoro hanno fatto visita agli ospedali di Ivrea, Cuorgnè, Chivasso, Ciriè e

trodeduzioni, dove si evinco numerosi errori di rilevazion fanno sapere dall'Asl, che si pella all'obbligo giuridico e r rale di non interrompere servizio pubblico essenziale Se mai ci sono stati sforame sarebbero di minima entit sorretti, quindi, dallo stato necessità».

Senza personale

«Crediamo siano state acce te parecchie violazioni e che

Asti - Sovraffollamento del P. S., situazione insostenibile! Nursind: intervenire subito prima che sia troppo tardi

Nursind periodicamente è costretto a ritornare sul problema del sovraffollamento del Pronto Soccorso di Asti. La causa principale di questa continua criticità, che ormai perdura da anni, è il blocco dell'uscita, cioè l'impossibilità di ricoverare i pazienti, dopo il completamento della fase di cura in Pronto Soccorso, nei reparti degli ospedali a causa dell'indisponibilità dei posti letto. Questo, nonostante i due reparti di Medicina A e B abbiano la disponibilità di 42 posti letto rispettivamente, oltre a 10 posti al di fuori da Medicina A e B in tutti gli altri reparti ospedalieri.

L'occupazione di tutti i posti letto è infatti ormai satura al 100% (anche nei reparti di geriatria e lungo degenza), e come testimoniato dal segretario territoriale di Nursind, Gabriele Montana: "Non esiste un giorno in cui un letto possa rimanere libero per almeno 24 ore". Tutto questo, come spesso avviene, si ripercuote sul reparto di Pronto Soccorso, dove la situazione è assai critica e sotto l'occhio di chiunque vi transiti.

Sovraffollamento, con gente che staziona su carrozzine, sedie e barelle all'interno del reparto astigiano di prima emergenza sono ormai situazioni all'ordine del giorno. Il problema che si manifesta nei Pronto Soccorso è purtroppo simile in tutti i sistemi sanitari nazionali, ma la criticità origina all'esterno.

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso di Asti non è infatti dovuto ad una carenza di personale. "L'ASL ha assunto infermieri in Pronto Soccorso in questi ultimi mesi. Il problema non è quindi legato strettamente al numero di personale, anche se da questo punto di vista sarebbe necessario l'equiparazione del numero degli infermieri presenti di notte a quelli presenti di giorno" – ha detto il segretario territoriale Nursind Gabriele Montana – "Attualmente sono 7 gli infermieri in servizio nelle ore diurne, mentre solo 6 quelli presenti durante le ore notturne. Nella maggior parte dei casi però, non vi è differenza tra giorno e notte, quindi da questo punto di vista l'ASL deve migliorare, garantendo l'equità in presenze durante le 24 ore". Per Nursind Asti però, i principali punti critici che hanno portato alla crescita del fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso, sono da individuare in 5 diversi fattori:

- la riduzione di posti letto per acuti, (passata in dieci anni dal 5/1000 al 3/1000 abitanti);
- l'aumento della vita media e dei grandi anziani over 75 anni con bisogni socio-sanitari;
- l'aumento delle malattie croniche respiratorie, cardiovascolari, metaboliche e neoplastiche;
- una inadeguata rete di assistenza domiciliare socio–sanitaria;
- una insufficiente presenza di strutture integrate, ambulatoriali sul territorio, in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini in alternativa al ricorso ospedaliero delle cure.

Tutto questo, insieme agli accessi inappropriati frutto di una cultura popolare generale non idonea a gestire situazioni di questo tipo, contribuisce all'affollamento del Pronto Soccorso, con il conseguente effetto di non riuscire a gestire l'utenza che vi transita, una riproposizione del problema ormai ricorrente e costantemente irrisolto.

A far le spese di questa situazione è in primis il personale medico, infermieristico e di supporto, che lavora in condizioni ad alto rischio clinico e ad alta probabilità di "burn-out", per il sovraccarico operativo, la conflittualità più elevata e l'impossibilità di garantire contestualmente l'efficacia dell'azione di cura, l'equità e il rispetto dell'autonomia dei pazienti.

Per Nursind, una possibile soluzione del sovraffollamento potrebbe essere quella di creare un sistema che vada a gestire le cronicità a domicilio, in modo da non farle divenire poi acuzie che inevitabilmente andranno gestite all'interno del Pronto Soccorso.

Un'ipotesi potrebbe essere la valorizzazione e l'istituzione dell'Infermiere di famiglia o di comunità. L'elevato numero di "Codici Bianchi" (quelli meno gravi), infatti, è la testimonianza che il servizio offerto dai medici di medicina generale non è efficiente/sufficiente. Il fenomeno dei "rientri" (persone che si scompensano e rientrano più volte nella struttura ospedaliera) è il chiaro segnale che dopo la dimissione non vengono seguiti adeguatamente. La figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità è una figura di raccordo con la struttura ospedaliera, col medico di medicina generale, il medico specialista, il fisioterapista e il distretto socio sanitario. Come nella struttura ospedaliera l'infermiere si occupa di rilevare, registrare e comunicare i parametri clinici, effettuare la somministrazione dei farmaci, attuare la prevenzione delle infezioni e delle complicanze delle procedure (per es. fleboclisi...), dell'allettamento (piaghe da decubito...) della gestione dei presidi (cateteri venosi e urinari...), di informare sui corretti stili di vita e sui comportamenti, così tale professionalità può essere espressa a domicilio dell'assistito o in un ambulatorio.

Ci rendiamo conto delle ristrettezze imposte dalla Regione Piemonte, ma le stesse non possono far venir meno l'assistenza al cittadino che va garantita così come vanno garantiti i diritti dei lavoratori. Ma il problema del sovraffollamento del Pronto Soccorso non può essere risolto solamente così, ecco quindi che Gabriele Montana, segretario territoriale Nursind, si auspica la creazione di un tavolo in cui sindacati, Ipasvi, ASL e tutte le relative parti interessate dal problema si possano incontrare per analizzare al meglio le criticità del sistema e per cercare di risolvere in co-

munione il problema del sovraffollamento, perché: "Non si può più andare avanti così. Gli infermieri non possono più lavorare in queste condizioni" - ha detto Montana - "In questo modo, infatti, sia l'utenza che l'infermiere sono martoriati, ed il rischio di un errore è dietro l'angolo. Non aspettiamo che avvenga qualcosa di eclatante per poi intervenire, ma agiamo sin da subito per preservare la salute degli astigiani e degli infermieri".

Gabriele Montana
Nursind Asti

Straordinari infermieri: Esposto in Procura dei direttivi Nursind di Asti ed Alessandria contro Moirano

Nursind Asti e Alessandria presentano un esposto alle rispettive Procure contro il Direttore Regionale alla Sanità Piemontese. Potrebbero quindi avere ripercussioni giudiziarie le dichiarazioni di Fulvio Moirano sugli straordinari degli infermieri pronunciate lo scorso 26 maggio ad Ivrea, in occasione di un incontro pubblico riguardante la Sanità.

"Bisogna vedere se le ore di straordinario degli infermieri sono reali, oppure speriamo che non timbrino e poi sbrodolino, o magari c'è chi parcheggia e poi…oppure se si deve uscire alle 14, non si esce alle 14,10": queste le parole tanto disarticolate quanto fuori luogo (oltre che motivo di contestazione), che il Direttore Regionale alla Sanità aveva espresso in un suo intervento di risposta a Giuseppe Summa, sindacalista del Nursind che durante lo stesso incontro ad Ivrea aveva sollevato il tema delle 80mila ore degli infermieri dell'Asl/To4.

Le dichiarazioni di Moirano rapidamente si erano diffuse nelle diverse realtà infermieristiche piemontesi, scatenando l'inevitabile ira dei diretti interessati, che hanno immediatamente chiesto a gran voce tramite il sindacato delle professioni infermieristiche (Nursind) le pronte scuse del Direttore Regionale alla Sanità, non escludendo la possibilità di scendere in piazza per protestare.

Fino ad ora però, a distanza di due settimane, da parte di Moirano, nessun dietro front. Ecco così, che i segretari Nursind di Asti (Gabriele Montana) ed Alessandria (Salvo Lo Presti) hanno deciso di procedere legalmente firmando un esposto alle rispettive Procure di Asti e Alessandria per chiedere all'autorità giudiziaria se esistono gli estremi per procedere nei confronti di Moirano per il reato di diffamazione.

"Tali commenti, a parare di codesta organizzazione sindacale, presentano connotati diffamatori nei confronti dei professionisti infermieri, perché insinuano l'idea che questi siano fannulloni e assenteisti, fatto sicuramente incettabile per gli infermieri piemontesi che da anni nonostante le criticità del sistema Sanità si adoperano per offrire all'utente un servizio sempre ottimale, oltre che per Nursind, che si prefigge quali obiettivi principali la tutela del decoro e degli interessi morali ed economici e giuridici di tutti gli esercenti le professioni infermieristiche, come citato nell'art. 2 del nostro statuto": hanno dichiarato i segretari territoriali Nursind di Asti e Alessandria.

PUGLIA

Brindisi. Importante passo in avanti riguardante la tutela dei diritti degli Infermieri precari. Accordo raggiunto tra NurSind e ASL, presso il tribunale di Brindisi.

E' con soddisfazione che prendiamo atto dell'accordo raggiunto tra le parti composte dal legale NurSind Brindisi Francesco Colucci ed il legale ASL Brindisi Alfredo Perricci, presso il tribunale di Brindisi, sezione lavoro, presieduta dl Dr. Francesco De

Giorgi, riguardante la proroga al 2018 del contratto a T.D. del collega M.B. come da DPCM precari.

Allo stesso tempo, con la presente, si vuole, d'altra parte, esprimere il rammarico per la totale chiusura della ASL Brindisi verso le istanze degli infermieri di cui si fa portavoce la O.S NurSind della provincia di Brindisi.

La domanda che ci poniamo a questo punto è se tale chiusura è rivolta verso tutte le OO.SS. presenti nella ASL Brindisi o se è rivolta in modo preconcetto, esclusivo e discriminante verso la scrivente; non è degna NurSind Brindisi ad essere ascoltata? Quali sono le motivazioni? È un problema di rappresentatività? È un problema di inesperienza del segretario territoriale che la rappresenta? Eppure credo siano a conoscenza le SS.VV. della maggiore rappresentatività di NurSind a livello nazionale e che NurSind non è firmataria di contratto non certo per sua colpa ma per il sopraggiunto blocco contrattuale.

Probabilmente ciò che sicuramente non sanno le SS.VV. è che la scrivente OS territoriale ha alle spalle una consolidata struttura sindacale nazionale oltre ad un efficiente ed efficace struttura legale che la supporta.

La successiva domanda, conseguente, che ci si pone, è se sia assolutamente necessario ricorrere al giudice del lavoro per ottenere il riconoscimento dei diritti negati dei lavoratori

E' stato infatti necessario ricorrere a tale strumento per ottenere il riconoscimento del diritto alla mobilità. E' stato necessario ricorrere a tale strumento per ottenere riconoscimento del diritto menzionato in premessa.

A tal proposito si vuole evidenziare che la scrivente OS si è fatta finora portavoce di istanze provenienti dai lavoratori che rappresenta non per capriccio, non per esibizionismo, non per spirito propagandistico ma perché convinta di ciò che rivendica, rivendicazioni supportate da valide motivazioni anche di ordine legale.

Auspicando per il futuro una maggiore considerazione della scrivente, questa OS si dichiara pronta, se necessario, a rivalersi in ogni sede al fine del riconoscimento dei diritti rivendicati.

Segreteria Territoriale NurSind Brindisi

Assetto regionale Emergenza-Urgenza: le proposte del NurSind

IMPORTANTE convocazione ricevuta da NurSind Puglia, che il 22 giugno 2016 si è recata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute della Regione Puglia dott. Giovanni Gorgoni, per l'esposizione dell'assetto regionale Emergenza-Urgenza, che sarà depositato presso il Ministero della Salute.

Il Nursind Puglia era presente con i rappresentanti sindacali Nicola Azzizzi (Segretario Territoriale di Bari), Carmelo Villani (Segretario Territoriale di Brindisi) e Ciro Genchi (Dirigente sindacale e referente 118 di Bari).

Durante l'accurata esposizione del dott. Gorgoni, il Nursind

Puglia è intervenuto più volte sulle questioni dell' emergenza sanitaria, mostrando l'elevata competenza e professionalità infermieristica acquisita sul campo ma soprattutto mettendo in risalto le problematiche mai risolte del sistema di emergenza/urgenza e più volte denunciate. I temi dibattuti sono stati i seguenti:

1- Competenze avanzate degli infermieri oggi, e utilizzo di protocolli infermieristici sulle ambulanze.

In questo status quo, gli infermieri sulle ambulanze India si comportano nella stessa maniera del personale posto sulle ambulanze Victor (ovvero solo con soccorritore). Abbiamo proposto di affrontare un definitivo cambiamento che porti a valorizzare la nostra professione, per poter migliorare, di riflesso, anche l'assistenza ai cittadini sui mezzi di soccorso.

2- Automediche.

Ancora una volta abbiamo evidenziato come le previsioni regionali, sono completamente distaccate rispetto alla realtà. Sono ormai innumerevoli le segnalazioni che riguardano le inefficienze del sistema 118, che possiede un parco di ben 13 automediche nuove e MAI IMMESSE SUL TERRITORIO.

3- Organizzazione della emergenza in mare.

Tenuto conto che l'assistenza entro le 12 miglia nautiche è di competenza dell'ASL, si è proposto di non trascurare tale tema, sia per tutelare i cittadini pugliesi sia per tutelare i turisti che frequentano le nostre coste nel periodo estivo. Questa tutela andrebbe organizzata ad esempio facendo formazione del

personale della capitaneria di porto, o di altro personale marittimo.

4- Situazione del numero unico per l'emergenza 112.

Ancora un nulla di fatto su questo tema che presenta notevoli difficoltà di coordinamento.

5- Implementazione della rete radio-digitale.

E' stata finanziata l'implementazione della rete radio-digitale, questo al fine di evitare i punti geografici completamente scoperti da linea cellulare.

Sicuramente Nursind Puglia, ha mostrato al direttore Gorgoni l' assoluta competenza in materia oltre alla capacità di effettuare proposte concrete per il bene della professione infermieristica e dei cittadini pugliesi, e per questo ci sentiamo sempre pronti ad un confronto con le istituzioni.

NurSind Puglia

SARDEGNA

Sassari: spese pazze alla ASL

Alla Asl manca il materiale necessario per le attività più basilari come disinfettanti, stick per glicemia, carta igienica e carta mani, carta da lettino, sfigmomanometri, e molto altro.

Da gennaio in tutta l'azienda è diminuito il personale di 1200 unità e malgrado ciò, sta aumentando a dismisura il parco macchine che si è arricchito di 37 nuove unità per un totale di 137 mezzi.

Infatti, con la Delibera commissariale n°138 del 3.03.2016 si è dato avvio al noleggio per quattro anni di ben 31 autoveicoli per una spesa totale pari oltre 443 mila euro: nello specifico parliamo di n. 6 Fiat Panda 1.3 MultiJet, n. 14 Fiat Panda 4x4, una Fiat Ducato e una Renault Clio Van, n.9 Doblò Cargo.

Nel 2015 la ASL di Lanusei ha ceduto gratuitamente una autoemoteca alla ASL Sassari (Deliberazione commissariale n.201 dell'8/06/2015) che a sua volta è stata donata all'Avis turritana, dalla quale l'azienda acquista sacche di sangue. Nel frattempo vengono acquistate altre due autoemoteche per il centro trasfusionale di Alghero e Ozieri, ma che attualmente si trovano in un terreno incolto nel presidio di Rizzeddu.

Pare ci siano anche dieci furgoni e a questo punto ci si chiede a cosa serviranno tali automezzi se il materiale da trasportare nei servizi e reparti è praticamente inesistente e i magazzini sono vuoti?

A ridosso della protesta dei sindaci del Mejlogu, troviamo un

altro esempio di "illuminante" organizzazione: per coprire il posto di impiegato amministrativo al ticket di Thiesi, chiuso da alcuni mesi, si è deciso di spostare un'impiegata dall'ufficio Bonorva scoprendo tale sede per due giorni e quindi chiudendo il servizio nel paese. Il disastroso risultato è che l'ufficio di Thiesi è chiuso per quattro giorni e Bonorva rimane chiuso per due giorni.

La sanità del sassarese è ormai arrivata a livelli di declino mai visti prima d'ora e che penalizzano sempre più lavoratori e cittadini. Se Atene piange, Sparta non ride: anche la Aou è ormai nella spirale del decadimento. La Stroke Unit è in grave affanno. L'unità operativa che in questi anni è diventata punto di riferimento per tanti pazienti colpiti da ictus e che ha ottenuto ottimi risultati a livello nazionale, vive un periodo di forte criticità che rischi a di danneggiare in primis i pazienti, quindi il personale stesso. L'esiguo numero di infermieri e Oss, aggravato dall'assenza di un medico di guardia interno al reparto durante l'orario notturno, sta mettendo a dura prova l'attività.

I 7 infermieri e 6 OSS in organico alla struttura, durante il periodo estivo, si sono ridotti ulteriormente a causa di 2 congedi straordinari e di un'assenza per malattia di 60 giorni, per non menzionare inoltre il diritto di ciascun lavoratore al godimento delle ferie estive! Chiediamo alla dirigenza dell'AOU di porre rimedio prima che si metta in pericolo la salute dei pazienti e il benessere psicofisico dei propri operatori.

Un altro problema che interessa in primis gli utenti è inerente le visite ortopediche: dopo incidenti automobilistici (nello specifico tamponamenti) i pazienti si recano al pronto soccorso che prescrive l'uso del collare, ma non possono essere visitati e quindi seguiti dagli ortopedici ospedalieri come sempre è avvenuto, ma devono cercare uno specialista esterno. Ancora una volta si privilegia il privato e si costringono i pazienti ad onerosi esborsi di denaro che non tutti possono permettersi e si umiliano i cittadini ancora di più.

Cagliari: NurSind porta in procura l'AO Univ. per l'utilizzo illecito della Pronta Disponibilità

Ricorrere alla Pronta disponibilità in maniera arbitraria, per colmare le falle degli organici ormai cronicamente carenti e ridotti all'osso, è diventata prassi nelle Aziende Sanitarie della nostra cara Italia. E se le assunzioni si fanno attendere, ed anche questa estate si chiude con un bilancio penoso, le aziende decidono, illegittimamente, di far fronte alla mancanza di personale sanitario con turni straordinari in pronta disponibilità, che di straordinario non hanno più nessuna connotazione, mentre permane la fattezza di Ordinarietà.

E' quanto accade nell'Azienda ospedaliera Universitaria di Cagliari, ed è quanto il NurSind ha deciso di denunciare, facendosi promotore di un Esposto alla Procura Regionale, alla Direzione territoriale del lavoro, all'assessorato dell'igiene e sanità e dell'as-

sistenza sociale della Regione Sardegna, allo scopo di mettere fine alla politica sanitaria scorretta ed impropria perpetrata da lungo tempo dall' AOU di Cagliari, sottoponendo al vaglio delle autorità quanto rilevato.

L'AOU di Cagliari è rea di NON aver correttamente applicato l'istituto di pronta disponibilità, infatti le disposizioni finora adottate sono ILLEGITTIME, in quanto violano quanto previsto dal CCNL di riferimento.

La prima violazione la si trova in seno all'articolo 7, comma 2 del CCNL integrativo del 20.09.2001 comparto sanità, che recita:

"all'inizio di ogni anno le aziende predispongono un piano annuale per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica, ai profili professionali necessari per l'erogazione delle prestazioni nei servizi e presidi individuati dal piano stessi ed agli aspetti organizzativi delle strutture".

L'azienda non ha fatto pervenire nessun Piano annuale per le Emergenze.

L'importanza di redigere il suddetto Piano, non è solo programmatica, ma costituisce il presupposto in base al quale organizzare il servizio, in modo da evitare per l'appunto che si faccia della pronta disponibilità, un uso improprio e distorto, come ne è stato fatto fino ad adesso, disapplicando le modalità contrattuali.

In relazione a ciò, la mancata predisposizione del piano annuale, fa venire meno la legittimità del servizio di pronta disponibilità così come organizzato, poiché non è dato sapere se realmente risponde al quadro delle urgenze dell'azienda. Tale principio è stato inoltre affermato dalla sentenza del Tribunale di Milano nella sentenza 2210 del 18/06/2007.

La seconda violazione riscontrata, alla luce della normativa contrattuale, è il modus operandi dell'azienda, che ha violato la procedura di predisposizione dei turni di pronta disponibilità, agendo in maniera unilaterale e non di concerto con le OO.SS e le RSU.

Solo dopo diverse sollecitazioni da parte del Nursind, il piano per le emergenze è stato predisposto ed inviato alle OSS, ed in seno al piano è stata evidenziata **la terza violazione** contrattuale.

Come evocato dal piano stesso, di emergenza, il servizio di pronta disponibilità ha lo scopo di garantire solo ed esclusivamente prestazioni di acclarata emergenza, e non può essere utilizzato per prestazioni relative ad eventi ordinari e/o per colmare le carenze della dotazione organica.

Così come recitano i comma 11, 12 e 13 dell'articolo 7 già citato, ovvero:

11) possono svolgere la pronta disponibilità solo i dipendenti addetti alle attività operatorie e nelle strutture di emergenza…

12)Ai seguenti profili è consentita la pronta disponibilità per eccezionali esigenze di funzionalità della struttura….

13)Le aziende potranno valutare con le procedure di cui all'articolo 6 comma 1 lettera b), CCNL 7.4.99 eventuali ulteriori situazioni in cui ammettere la pronta disponibilità, in base alle proprie esigenze organizzative.

Detto questo, la pronta disponibilità non può essere utilizzata per pianificare o per attività pianificabili o per sostituire il personale mancante.

Inoltre non può essere deliberatamente imposta al dipendente che non appartenga ad UO ad attività operatoria o, non appartenga a strutture di emergenza.

Dalla condotta impropria ed illegittima dell'azienda AOU Cagliari ne scaturisce **la quarta violazione**, quella relativa alla spesa sulla pronta disponibilità e straordinario svolto in reperibilità.

Le risorse finanziarie sono state illegittimamente impiegate, e rischiano di essere depauperate, a causa del ricorso eccessivo al lavoro straordinario e all'istituto della pronta disponibilità; se invece il servizio di reperibilità fosse stato utilizzato in conformità con quanto dettato dal CCNL, non ci sarebbe stato lo sforamento del fondo con dispersione delle risorse finanziarie.

Per quanto fino a qui detto, il NurSind chiede:

all'Ecc.ma Procura regionale della Corte dei Conti della Sardegna, di voler esercitare i propri poteri di indagine e di controllo affinché possa accertare se nei fatti sopra narrati sussistano o meno ipotesi d'irregolarità contabili o quant'altro la S.V. Ill.ma voglia ravvisare;

alla Spett.le Direzione Territoriale del lavoro di Cagliari, di intervenire per la sua specifica competenza ex art. 7 d.lgs 124/2004 nel vigilare sulla corretta applicazione dei contratti e accordi collettivi di lavoro;

ESORTA l'On.le Assessorato Regionale alla sanità affinché voglia attenzionare la problematica e le irregolarità segnalate, decidendo eventualmente tutti gli interventi che volesse adottare.

Fabrizio Anedda

Nuoro. Assistenza domiciliare per invalidi e SLA: tagliati gli organici

Ottantasettemila abitanti del distretto sanitario distribuiti in 20 comuni, e tra queste migliaia di residenti il 20 per cento ha un'età superiore ai 65 anni. La popolazione del Nuorese, insomma, in linea con i dati nazionali, è sempre più vecchia e bisognosa di cure mediche e in particolare di aiuto tra le mura domestiche nei casi di malattie croniche, ma a quanto denunciano alcuni sindacati, i servizi che vengono loro offerti in diversi casi sono ridotti ai minimi storici.

Ne sanno qualcosa le decine di pazienti che ogni giorno fanno i conti con patologie invalidanti degenerative come la Sla, ad esempio: negli ultimi tempi gli infermieri specializzati che li assistono sono passati da una decina ad appena 4.

Un taglio drastico che sta mettendo in ginocchio diverse famiglie e pazienti, e sta creando notevoli disagi anche allo stesso personale che si occupa da tempo del servizio, costretto a fare i salti mortali per gestire tutti gli spostamenti e le cure annesse.

Dove siano finiti gli infermieri tagliati dall'assistenza domiciliare, il Nursind lo sa bene. «Sono stati spostati verso i servizi ambulatoriali o verso servizi che includevano già personale in numero soddisfacente», spiega il sindacato provinciale che per primo ha denunciato questa situazione. E questa scelta, per il Nursind, è una «pessima politica delle risorse umane», che «rischia di creare un vuoto assistenziale ad un numero importante di pazienti che necessitano di assistenza domiciliare con programmi personalizzati, evitando loro il ricovero ospedaliero; pazienti con patologie invalidanti croniche e degenerative costretti a letto con respiratore meccanico come i pazienti affetti da Sla.

Un distretto sanitario con 87 mila abitanti divisi in 20 comuni, di cui il 20 per cento di età superiore ai 65 anni, secondo le linee guida e i protocolli assistenziali, dovrebbe avere un servizio di assistenza domiciliare integrata con 15 infermieri; attualmente il servizio di cui sopra è "assicurato" da soli quattro infermieri». Il Nursind provinciale, insomma, è davvero sconfortato e in una lettera inviata al commissario straordinario dell'Asl 3, Mario Palermo, spiega nel dettaglio qual è la nuova emergenza sul fronte organico per gli infermieri.

«Riteniamo – spiega il sindacato – che la corretta distribuzione del personale infermieristico sia il nodo centrale per uno sviluppo orientato all' utente, dando estrema importanza ai criteri di assegnazione del personale improntati all'efficienza del servizio,

per evitare un imperdonabile "spreco" di risorse umane non tenendo conto delle reali esigenze delle unità operative e delle diverse professionalità indispensabili per una efficace ed efficiente organizzazione del lavoro. Siamo profondamente convinti che tra le competenze del servizio infermieristico, attualmente in mano a un dirigente medico, sia particolarmente decisivo e importante il monitoraggio delle piante organiche e dei carichi di lavoro, contestualmente non può essere rimandata l'applicazione di quelle leggi che prevedono che le professioni sanitarie debbano avere un modello organizzativo basato sull'autonomia, sulla responsabilità e sulla competenza».

Il sindacato lo ribadisce, che per parlare della questione, ha più volte chiesto il confronto con i vertici della direzione sanitaria ma «ad oggi – scrive il Nursind – queste richieste sono state disattese». E così, adesso, il sindacato fa una nuova richiesta di incontro con il commissario straordinario «per rimuovere le irregolarità denunciate».

SICILIA

Nursind Sicilia: sbloccare le assunzioni o presto aumento della mortalità nei nosocomi isolani

Si susseguono inarrestabili le stagioni, ed inevitabilmente anche questa estate è già arrivata, con le solite temperature bollenti e con i soliti annosi problemi, aumento degli accessi nei pronto soccorso e personale sanitario ridotto all'osso.

Arranchiamo ormai da anni, ed anche questo inverno abbiamo combattuto picchi influenzali, punti di emergenza al collasso, unità operative colme, letti in aggiunta ed organico sempre più esiguo e stanco: sovraccarichi lavorativi ed ormai routinario demansionamento.

E mentre sopravviviamo a turni estenuanti, cercando di far quadrare i conti di uno stipendio che non è più adeguato al costo della vita, in attesa di rinnovi di contratto che prevedono piccole elemosine, incentivi di cui abbiamo perso le tracce così come le abbiamo perse anche delle fasce di progressione economica, l' Assessorato alla Salute della Sicilia ci tiene compagnia con il simpatico balletto delle "assunzioni".

Questo motivetto andante ci ha accompagnato per tutta la stagione invernale, il solito slogan "Presto assunzioni nella sanità siciliana, al via i concorsi" usato, a questo punto senza alcuna remora nel dirlo, solo come voto di scambio, come ricatto elettorale e null'altro.

Un anno fa, il 30 giugno 2015, il Nursind scese in piazza a Palermo, per manifestare contro le politiche scellerate di questa Regione, per le assunzioni mancate, per una rimodulazione della rete ospedaliera vergognosa alla quale si accompagnava un calcolo dei coefficienti di fabbisogno del personale sanitario altret-

tanto indecente.

Un anno fa… e cos'è cambiato nei 12 mesi trascorsi? Niente, si è solo succeduto Baldo Gucciardi all'allora assessore alla sanità Borsellino che diede le sue dimissioni dall'incarico, ma per il resto siamo ancora fermi a quel 30 giugno.

E noi, del Nursind Sicilia, anche quest'anno, puntuali, il 30 giugno saremo ancora una volta in piazza a manifestare tutto il nostro dissenso a chi promette ma non mantiene, contro una sanità regionale che non solo ha creato caos nei nosocomi isolani, ma sta lentamente uccidendo i suoi cittadini.

A soli due giorni dalla annunciata manifestazione, il Nursind, nelle persone di Salvo Vaccaro, segretario Provinciale Catania e membro del Direttivo Nazionale, Vincenzo Neri, anch'esso membro del direttivo nazionale, Pasquale Pennacchio segretario amministrativo e Francesco di Masi segretario aziendale Asp, è stato convocato in Regione Sicilia per discutere dell'annosa carenza di organico e delle mancate assunzioni.

In una lettera aperta al Presidente della VI commissione Sanità, il Dott. Giuseppe di Giacomo, Salvatore Vaccaro, all'indomani dell'incontro, esprime ancora una volta tutta la sua preoccupazione per la gravosa situazione in cui versa la Sicilia, sottolineandone i tratti più tragici ed allarmanti.

La cronica carenza di personale, i tagli alla sanità pubblica hanno messo e mettono a rischio la salute dei cittadini, a causa di una diminuzione sostanziale della qualità dell'assistenza e della sicurezza dei servizi erogati, in particolar modo quello aperti 24 h.

In questi anni abbiamo assistito ad una costante e continua riduzione di personale, specie in unità operative ad elevata complessità assistenziale: pronto soccorso, rianimazione, terapia intensiva coronarica, terapia intensiva neonatale, terapia intensiva post operatoria ecc.

Questo modus operandi sarà responsabile della aumentata mortalità dei pazienti.

E non è una congettura, non sono ipotesi, a dircelo è uno studio: RN4cast, progetto internazionale, finanziato da Nursind e condotto in 15 paesi, tra cui l'Italia, dove hanno partecipato 13 regioni italiane (Sicilia compresa).

Diretto dalla professoressa Loredana Sasso e dalla professoressa Linda Aiken, ha confermato quello che da anni denunciamo in tutte le sedi istituzionali: il numero massimo di pazienti che possono essere assegnati ad ogni infermiere è sei. Ogni ulteriore paziente in carico ad ogni singolo infermiere, aumenta del 7% il rischio di mortalità legata a complicanze post- trattamento e alla difficoltà di dare assistenza sulla base di reali necessità.

Ed in Sicilia quale rapporto infermiere /paziente? Nelle unità operative a carattere medico e chirurgico è di un infermiere per 11 pazienti a fronte dei sei di cui parla lo studio.

Nelle terapie intensive, dove il paziente è totalmente dipendente dall'infermiere ed è universalmente riconosciuto che il rapporto ideale è 1:2 , in Sicilia in quasi tutte le terapie intensive il rap-

porto è spesso 1:4.

La rideterminazione delle dotazioni organiche ha compromesso definitivamente l'assistenza a causa delle previste esigue risorse umane, infermieri e personale di supporto.

Questo nell'immediatezza e per il tempo a venire sarà motivo dell'aumento delle infezioni, della mortalità, dei contenziosi e chiaramente dei costi.

Salvatore Vaccaro, chiude così il suo intervento: "Di chi sarà la responsabilità delle morti che si avranno a seguito della continua diminuzione degli infermieri ed a seguito della rideterminazione delle dotazioni organiche?"

Senza infermieri la salute muore.

Senza infermieri non c'è futuro per la Sanità.

Ragusa. Basta proclami, la misura è oramai colma. Chiediamo al Management di passare ai fatti.

Riceviamo e pubblichiamo il comunicato stampa della Segreteria Territoriale NurSind di Ragusa ed RSU NurSind, che evidenzia svariate problematiche all'ASP di Ragusa, una tra tutte quella della Direzione Generale che sostituisce il personale Infermieristico con Operatori Socio Sanitario incaricati per tre mesi.

Per la nostra O.S. la misura è colma:

Ai proclami di assunzione da parte di enti istituzionali di politici di sindaci, rispondiamo che è scorretto blaterare e proclamare cose di cui non si ha manco la minima idea progettuale, tutto questo illude gli operatori e disillude ed indigna il sindacato che ogni giorno subisce continue richieste di operatori che vivono nel disagio totale e completo.

Ad oggi abbiamo solo ascoltato e letto articolo di giornale, nei fatti non è successo nulla.

Ad una Direzione Generale che sostituisce il personale infermieristico con Operatori Socio Sanitario incaricati per tre mesi. E' inammissibile ed inaccettabile un tale comportamento da parte di un'azienda che dovrebbe valorizzare i propri dipendenti non dimensionarli ed assoggettarli ad organizzazioni di lavoro non confacenti con il proprio profilo professionale.

Ad una Direzione Generale in accordo con qualche sindacato che stanzia fondi di solidarietà con i soldi degli infermieri a cui non riconosce il festivo infrasettimanale, dove si palesa una distrazione di fondi contrattuali. Ove si riconoscono indennità non contrattualizzate come quelle dei riscuotitori di ticket.

Mentre gli infermieri vengono non rispettati nella loro dignità economica e morale. Abbiamo evidenziato la problematica più volte, ma al solito questa è una amministrazione ipoacusica ai problemi degli infermieri che vengono visti come una casella della turnistica da riempire e nel conteggio delle economie hanno solo un costo economico non sono visti come coloro che fanno funzionare il sistema.

Ad una Direzione Generale che effettua un bando per infermieri in urgenza e dopo mesi e mesi ancora aspettiamo la fine e lo stato dell'arte, il tutto abissato nei mari estivi del litorale ibleo.

Al rispetto dell'atto aziendale e delle normative regionali di rimodulazione della rete ospedaliera con un serio confronto tra le parti e non alla sola chiusura di servizi sanitari.

Appare evidente che questo stato di cose non può ancora sussistere, invitiamo la Direzione Generale ad un confronto serio e proficuo volto alla risoluzione delle problematiche, ai politici diciamo di smettere con questi continui proclami volti solo ai fini elettorali senza il benché minimo miglioramento dei servizi nei confronti del cittadino.

La Segreteria Territoriale NurSind Ragusa

La RSU – **Lucifora – Arrabito - Savasta – Rendo**

Agrigento: trasferimenti selvaggi all'ASP, arriva l'esposto NurSind alla Procura della Repubblica

A far data dal 15 luglio l'ASP di Agrigento, nell'ambito della riorganizzazione ospedaliera, darà luogo alle mobilità di personale infermieristico dall'ospedale di Ribera verso Sciacca e da quello di Licata verso Agrigento. NurSind presenta un esposto alla Procura della Repubblica.

"Una situazione al limite del paradossale - Osvaldo Barba Dirigente Nazionale NurSind - dove, a fronte di presunti esuberi del personale, il management aziendale dell'ASP di Agrigento attua una politica di depotenziamento degli ospedali ritenuti di periferia a discapito della qualità assistenziale con la conseguenza di mortificare i Livelli Essenziali di Assistenza, (LEA).

A fronte di tale decisione oramai esecutiva, nelle prossime ore presenteremo un esposto alla Procura della Repubblica di Agrigento al fine di verificare che l'ASP di Agrigento stia realmente rispettando tanto le normative contrattuali nell'attuazione dei criteri di mobilità quanto di tutte le procedure in termini di prevenzione del rischio clinico connesso all'utilizzo sottostimato di personale infermieristico.

E' nostra convinzione che il Manager di un'ASP non deve solamente far quadrare i bilanci e trasformare il diritto alla salute in una sterile operazione algebrica.

Dal progetto RN4 CAST presentato a Genova lo scorso 10 giugno è emerso che in Italia, contro una media europea di 6 pazienti per infermiere, la percentuale è del 9.58% con il rischio esponenziale di mortalità in quel reparto del 20%.

Non solo: verificheremo quotidianamente che sia rispettata la legge 161/2014 in termini di nuovo orario europeo e denunceremo giorno dopo giorno all'Ispettorato del Lavoro ogni violazione oraria.

Agrigento. Eletto il nuovo Segretario e il direttivo territoriale

Lunedì 5/9/16 si è svolto il congresso provinciale NurSind Agrigento all'Hotel Akrabaello. Presenti tutti i quadri sindacali. Al termine delle votazioni è stato eletto il nuovo direttivo provinciale così composto: Angelo Amato segretario territoriale, Maria Bafumo segretario amministrativo, Paolo Consiglio e Calogero Terranova coordinatori territoriali, Calogera Cosentino, Salvo Bruno e Terrana Salvatore componenti di segreteria.

In merito il commissario straordinario Osvaldo Barba dichiara: "Si chiude un periodo particolare ed intenso iniziato lo scorso 4 maggio e conclusosi oggi con l'elezione di ben 7 componenti che rappresentano l'intera sanità agrigentina da Nord a Sud della provincia. Un periodo durante il quale la segreteria ha avuto un trand in nettissima crescita, passando da poco più che una ventina di iscritti a 100 in 3 mesi e mezzo grazie ad un lavoro di gruppo coordinato".

"L'augurio va al nuovo direttivo per la voglia e volontà di mettersi in gioco all'insegna della trasparenza e della condivisione.

TOSCANA

Dotazioni organiche sotto standard. Rischio di ricadute sulle prestazioni.

La situazione degli organici nelle strutture sanitarie toscane è da tempo al centro delle denunce che il Nursind locale, per voce del Coordinatore Giampaolo Giannoni, indirizza alle amministrazioni e alle direzioni delle aziende sanitarie.

L'allarme del Nursind oggi è supportato anche dai risultati dello studio RN4CAST (Registered Nurse Forecasting), per la prima volta attuato anche in Italia grazie al contributo fondamentale del Nursind.

Lo studio, già condotto in molti Paesi europei prima che da noi, ha evidenziato la già sospettata (e convalidata negli altri Paesi) correlazione tra dotazioni organiche, livello di istruzione del personale infermieristico e incidenza sulla qualità delle cure e persino sulla mortalità in esito a percorsi di cura.

Secondo i risultati dello studio, presentati nei giorni scorsi a livello nazionale, il rapporto ideale fra infermieri e pazienti dovrebbe essere di 1:6, per degenze ordinarie mediche e chirurgiche.

In Toscana il rapporto reale è ben al di sotto di questa soglia, con 1 infermiere ogni 9 pazienti e, in alcuni casi, 1 infermiere ogni 11 pazienti.

Una situazione che crea indubbiamente un improprio stress lavorativo per i professionisti e che pone nelle condizioni di non veder rispettate le norme di sicurezza e gli standard qualitativi delle prestazioni erogate.

Le 11 ore di riposo consecutive imposte dalla normativa europea in vigore oggi anche in Italia spesso non vengono garantite, mentre si registra anche un utilizzo indebito e indiscriminato della pronta reperibilità per sopperire a mancanza di personale in turno piuttosto che, come dovrebbe, per tamponare situazioni di emergenza, e questo accade anche nei reparti dove la pronta disponibilità non sarebbe prevista.

Un mix di carenze e inadeguatezze, anche organizzative, che si ripercuotono sullo stato di salute psicofisica dei dipendenti e, come dimostra lo studio RN4CAST, anche sui pazienti, talvolta con conseguenze gravissime.

La notizia ha suscitato interesse internazionale, è stata infatti pubblicata anche su ARCHYXX World News Archyves.

Il sistema NOA non regge se l'assistenza territoriale è indebolita. Denuncia del Nursind.

La Toscana è terra in cui il restyling del Sistema Sanitario Regionale ha fatto e fa molto discutere, tra gli addetti ai lavori e non solo.

Con l'istituzione del NOA (Nuovo Ospedale delle Apuane) la Regione ha diminuito sensibilmente i posti letto ospedalieri, con il dichiarato intento di ricondurre all'assistenza in ospedale le prestazioni a medio-elevato grado di intensità, affidando quindi ai servizi territoriali la gestione delle cronicità.

Un modello che sulla carta ha una logica apprezzabile, se non fosse per il fatto che gli operatori sul territorio sono pochi, troppo pochi, sottoposti a carichi lavorativi eccessivi e crescenti, anche in considerazione dell'aumento costante del fabbisogno assistenziale.

In parallelo la Regione sta incrementando il piano di investimenti a favore della sanità privata, stipulando corpose convenzioni.

In questo scenario il Nursind toscano lancia un allarme e chiede all'Amministrazione regionale di chiarire quale sia la strategia di fondo: depotenziare il SSR per favorire il settore privato, forse?

Un'operazione per molti versi rischiosa, soprattutto se vista sul versante del personale sanitario che, al di fuori del sistema pubblico, è vessato, oltre che dal carico lavorativo, anche da condizioni contrattuali fortemente penalizzanti.

Il comunicato della Segreteria Nursind impone una riflessione, anche al di fuori dei confini toscani, sulle strategie di outsourcing sanitario, che non possono prescindere, è bene ricordarlo in ogni circostanza, dal riconoscimento (anche contrattuale, ovviamente) delle professionalità in gioco, oltre che dalla garanzia dei livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni erogate ai cittadini. Un allarme che fa il paio con quanto denunciato dall'IPASVI locale, che chiede interventi di potenziamento della rete territoriale in seno al SSR.

Volterra. Pazienti detenuti violenti: NurSind Denuncia, "mancano i requisiti minimi di sicurezza"

Riceviamo e pubblichiamo il comunicato stampa del Coordinatore Regionale NurSind Toscana, sulla situazione divenuta inaccettabile per le violenze alla Rems, subite dal personale Infermieristico, dove viene richiesto l'intervento dell'Assessore Stefania Saccardi.

Il Coordianatore Regionale NurSind Toscana, Giampaolo Giannoni, definisce "Inaccettabile mettere una pezza con gli interinali"

"E' inaccettabile l'idea di mettere una pezza sulle carenze di personale e soprattutto di sicurezza del personale infermieristico della Rems di Volterra attraverso contratti interinali".

E' quanto dichiara Giampaolo Giannoni, Coordinatore Regionale NurSind Toscana, firmatario di un appello indirizzato all'assessore regionale Stefania Saccardi.

Già nelle scorse settimane il Segretario Territoriale NurSind Pisa Daniele Carbocci, aveva denunciato la situazione di pericolo e le ripetute violenze ai danni del personale della Residenza per l'esecuzione delle misure detentive di Volterra, dove sono confluiti alcuni pazienti dell'Opg. "Violenze riscontrate anche dalle forze di polizia – sottolinea Giannoni – che espongono i lavoratori a un

Volterra ❖ Valdicecina

Rems, un paziente sequestra infermiera dentro una stanza

Preoccupazione per alcuni episodi avvenuti nella struttura
L'Asl e il Comune si stanno occupando del problema

rischio continuo. E che contrastano profondamente con la politica di assunzioni condotta fin qui dalla Regione Toscana".

"I contratti del tipo 'libero professionale' o tramite agenzie interinali – attacca il coordinatore regionale NurSind – non garantiscono né la dovuta esperienza prevista dalla normativa per strutture del genere né la necessaria motivazione, essendo forme contrattuali di precariato".

"L'assenza di personale di vigilanza all'interno della struttura - continua - non è in grado di garantire i requisiti minimi di sicurezza per il personale in servizio: la necessità di ricorrere all'intervento esterno delle forze dell'ordine comporta infatti lunghi tempi di attesa".

"Auspichiamo una presa di posizione urgente da parte di Saccardi – conclude Giannoni – per scongiurare la sottovalutazione del caso Volterra, fin qui rimasto fin troppo sottotraccia".

Prato: esposto di Nursind alla Procura sulla gestione del (poco) personale

Roberto Cesario, Segretario territoriale del Nursind di Prato, ha presentato alla Procura della Repubblica un esposto per chiedere si svolgano le opportune indagini sulla gestione del personale infermieristico nell'Ospedale di Prato.

E' noto da tempo infatti, e più volte denunciato, il grave stato di sottodimensionamento dell'organico infermieristico e di supporto nel nosocomio, che costringe i pochi infermieri in servizio a non godere delle ferie, a non vedersi riconosciuto il riposo che dovrebbe essere garantito fra un turno e l'altro, a vedersi chiamare in servizio di pronta reperibilità anche laddove lavori in reparti in cui questo non sia previsto, mentre se ne fa un uso sistematico per coprire le assenze e non per compensare situazioni di urgenza straordinaria.

In considerazione di tutta questa serie di disagi, che da lungo tempo affliggono gli infermieri pratesi, il Nursind chiede alla Procura di indagare e di individuare eventuali responsabilità, intraprendendo le azioni, anche penali, se del caso, conseguenti.

ESPOSTO ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA

Il sottoscritto Roberto Cesario, in qualità di Segretario Territoriale dell'Organizzazione Sindacale Nursind Prato, pone all'attenzione dell' Ecc.mo Procuratore della Repubblica quanto segue:

il personale infermieristico e gli operatori socio sanitari (OSS) dell'ospedale di Prato, sono di fronte ad una situazione lavorativa divenuta insostenibile e pericolosa e di conseguenza potenzialmente rischiosa per i cittadini e certamente di non garanzia di un'assistenza di qualità.

Tale situazione, si verifica per la ormai cronica e sempre maggiore carenza di personale infermieristico e Oss, già da tempo , più volte segnalata, che, nel momento attuale, è così marcata da non permettere ai lavoratori un adeguato riposo psicofisico (tantissime ferie non godute, continua richiesta di rientri nei giorni liberi, prolungamenti dell'orario di lavoro oltre il programmato, non rispetto delle 11 ore di riposo tra un turno e l'altro e quindi non rispetto delle norme contrattuali derivanti dalle direttive europee).

La Scrivente Organizzazione Sindacale, ha più volte chiesto all'azienda l'organigramma funzionale del personale, senza mai avere una risposta in merito.

L'applicazione del servizio di pronta disponilibita' anche dove non previsto dal CCNL (reparti area medica e chirurgica) e l'utilizzo dello stesso non per le sostituzioni di assenze improvvise (ruolo per il quale nasce tale servizio) ma per coprire tutte le assenze di personale(attivazione tutte le notti di personale reperibile in pronto soccorso), è sicuramente un abuso ed un illecito, soprattutto perché tali compensi sono garantiti prelevandolo dal fondo di tutti i lavoratori.

Nursind Chiede un intervento immediato affinchè vengano da Voi verificate le sopra esposte situazioni e attuate tutte le misure necessarie per la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori,

ribadendo l'impossibilità, da parte del personale presente attualmente, di garantire un'adeguata assistenza a tutti i pazienti nelle attuali condizioni lavorative.

In attesa di nuove ed urgenti assunzioni di personale infermieristico e Oss, Nursind ribadisce, come già più volte suggerito all'azienda, di recuperare personale infermieristico e oss nei vari uffici, segreterie, ambulatori e dallo stesso ufficio infermieristico, personale questo adibito a mansioni non proprie, bensì amministrative.

Nursind ha un obiettivo che è quello di avere come punto di riferimento il cittadino utente ossia il malato e per tale ragione si accosta alle forti richieste degli operatori del comparto che da anni, in trincea e tra mille difficoltà, tentano di rendere all'utenza un servizio sanitario adeguato.

Per quanto sopra esposto e motivato il sottoscritto Roberto Cesario chiede che l'Ecc.ma Procura della Repubblica adita voglia disporre gli opportuni accertamenti in ordine ai fatti esposti in narrativa, valutando gli eventuali profili di illiceità penale degli stessi e, nel caso, individuare i possibili responsabili e procedere nei loro confronti.

Formula altresì denuncia querela qualora dagli accertamenti emergessero fatti reato procedibili a querela di parte.

Chiedo di essere avvisato ex art. 406 c.p.p. in caso di richiesta di proroga delle indagini preliminari ed ex art. 408 c.p.p. in caso di richiesta di archiviazione.

Con osservanza.

Prato 20 giugno 2016

Segretario Territoriale Nursind Prato
Roberto Cesario

Pisa, in chirurgia trapianti meno infermieri, stessi posti letto

Come ogni anno in tantissimi reparti dell'AOUP ci sarà una riduzione dei posti letto durante i periodo estivo per poter garantire le ferie al personale infermieristico e OSS e mai come quest'anno la riduzione è stata così massiccia.

Tuttavia fra i reparti che non vedranno una riduzione dei posti letto, oltre alle terapie intensive e alle rianimazioni, c'è anche l'UO Chirurgia Generale e dei Trapianti diretta dal prof. Boggi il quale ha infatti ottenuto dalla Direzione Aziendale di non ridurre i posti letto. Niente da obiettare sulla scelta visto il tipo di interventi che vengono fatti in questa Unità Operativa, ma in realtà non è tutto così positivo.

Purtroppo, nel mantenere inalterato il numero dei posti letto, ci sarà un prezzo da pagare: quello di non riuscire a garantire un'adeguata assistenza ai pazienti operati.

Infatti, contrariamente a quanto succederà nelle terapie intensive e nelle rianimazioni dove il numero di infermieri che garantiranno l'assistenza rimarrà inalterato, nell'UO del prof. Boggi ci sarà una netta riduzione della presenza di infermieri nonostante il numero di pazienti operati resti inalterato.

Non siamo in grado di capire quale logica ci sia alla base della scelta operata dalla Direzione Aziendale dell'AOUP, ma sappia-

mo che è una scelta estremamente pericolosa.

L'UO in questione è suddivisa fra il 4 e il 5 piano dell'ed. 6 del presidio di Cisanello, e mentre al 5 piano essendoci la terapia sub intensiva la quantità di personale infermieristico rimarrà inalterata, al 4 piano, nell'UO di degenza ordinaria, vi sarà una diminuzione degli infermieri in servizio sui 3 turni che garantiscono l'assistenza h24.

Il punto è che per i 21 posti letto dell'UO di degenza ai quali si aggiungono i 4 dell'UO Endocrinologia e metabolismo dei trapianti d'organo e cellulari (diretta dal prof. Marchetti) per un totale quindi di 25 posti letto, l'azienda fino al 31 maggio ha ritenuto necessario garantire la presenza di 3 infermieri turnisti (H24) più un infermiere giornaliero (mattina e pomeriggio) e "magicamente" per lo stesso numero di pazienti, dal 1 giugno si potrà tranquillamente fare a meno di un infermiere scendendo quindi a 2 infermieri turnisti (H24).

Ci assumiamo la responsabilità di dire che lasciare in carico 25 pazienti a solo 2 infermieri (in particolare di notte) è una scelta scellerata che può voler dire mettere seriamente a rischio la vita dei pazienti operati.

Gli infermieri diminuiscono ma non i posti letto del reparto

Il Nursind sul piede di guerra dopo quanto deciso per l'unità operativa dei trapianti
«Non potremo garantire l'adeguata assistenza ai pazienti, chiameremo i carabinieri»

di Carlo Venturini

«E noi chiameremo i carabinieri». Evidentemente, al Nursind, sindacato degli infermieri, non è rimasta alcuna altra arma se non chiamare la forza pubblica. Il problema questa volta è che dovrà il reparto del professor Ugo Boggi, quello di chirurgia generale e dei trapianti dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana, avrà per 25 posti letto solo due infermieri. «La direzione aziendale si assume una responsabilità enorme - dice Daniele Carbocci del Nursind - nel lasciare solo 2 soli infermieri a cercare di garantire adeguata assistenza a 25 pazienti, molti dei quali sottoposti ad interventi demolitivi estremamente complicati

E' pertanto inaccettabile la scelta aziendale di non diminuire i posti letto a fronte della diminuzione del personale infermieristico presente in servizio.

Quindi, paradossalmente, da un'apparente buona scelta, (quella di non diminuire i posti letto) con la diminuzione degli infermieri in servizio, si rischia che vi sia una situazione di pericolo apparentemente dovuta ad un braccio di ferro fra la direzione aziendale che vorrebbe diminuire i posti letto (ma che in realtà non l'ha scritto nella disposizione di rimodulazione) e il Direttore dell'UO che chiede che non lo siano e che in mezzo ci siano gli infermieri e soprattutto i pazienti che saranno sottoposti ai delicati interventi.

È inconcepibile non capire che il buon esito di un intervento chirurgico è legato anche all'assistenza infermieristica che si può dare al paziente, controllando i parametri vitali e intervenire prima che possano sopravvenire complicanze irreversibili.

La Direzione Aziendale si assume una responsabilità enorme nel lasciare solo 2 soli infermieri a cercare di garantire adeguata assistenza a 25 pazienti, molti dei quali sottopposti ad interventi demolitivi estremamente complicati che, una volta in corsia, richiedono una presenza continua e tempi di intervento estremamente brevi in caso di complicanze

Negli incontri con l'azienda sul piano ferie, abbiamo insistito molto proprio su come l'azienda intendeva organizzare il periodo estivo di questa UO e avevamo chiesto la possibilità di integrazione di personale infermieristico.

La direzione aziendale ha tergiversato fino ad oggi, le assunzioni di infermieri non ci sono state, e dal 1 giugno la presenza di infermieri nel reparto sarà quasi dimezzata.

Non avendo la direzione aziendale ascoltato le nostre richieste, l'indicazione che come sindacato infermieristico abbiamo dato agli infermieri della Unità Operativa è quella di chiedere alla direzione aziendale ogni giorno per ogni turno di lavoro l'integrazione di un infermiere e nel caso questo non avvenga, sia valutata la possibilità di chiamare la forza pubblica a verificare le reali condizioni di assistenza che i soli infermieri presenti sono in grado di garantire.

Nel frattempo, Nursind ha dato mandato al proprio servizio legale di presentare un esposto alla Procura della Repubblica affinché siano verificate le reali condizioni in cui verrà fornita assistenza, da giugno a settembre, con una dotazione organica di infermieri così ridotta.

Daniele Carbocci
Segretario Territoriale NurSind Pisa

Arezzo, Coop. Agorà: raggiunta l'intesa, gli stipendi torneranno regolari per le 4 Rsa coinvolte

"Regolarizzazione degli stipendi per tutte e quattro le strutture sanitarie sul territorio aretino gestite dalla Cooperativa Agorà seppure con tempistiche differenti, reintegro di personale cessato o dimesso già a partire dal prossimo mese di giugno. Questi i punti principali dell'intesa trovata tra il sindacato autonomo degli infermieri Nursind e Coop Agorà, convocata di fronte al Prefetto martedì scorso. "Tre ore di incontro di fronte alla Vice Prefetto Rosalba Guarino – riassume il segretario provinciale Nursind Claudio Cullurà - che hanno prodotto un verbale di intesa che dovrà essere necessariamente sottoposto al vaglio dei lavoratori.".

"Per quanto riguarda l'Rsa Maestrini – entra nel merito Cullurà – la direzione di Agorà ha assicurato di aver liquidato tutte le mensilità fino al mese di aprile e di essere in grado di regolarizzare le competenze contrattuali entro il prossimo giugno. Per le altre tre strutture (Villa Mimosa, Santa Rita e Podere Modello) si procederà per gradi, riducendo la forbice dei pagamenti, fino ad arrivare alla completa regolarizzazione degli stipendi entro marzo 2017".

Rassicurazioni sono giunte anche sul piano della carenza di organico. "Agorà afferma che sono in corso assunzioni per il reintegro delle posizioni mancanti – dichiara il segretario provinciale Nursind – su tutte le strutture. Sulla Rsa Maestrini siamo un passo avanti: qui è già stato entrato in servizio un altro infermiere per coprire i turni che potevano risultare scoperti a causa di dimissioni e malattie".

"Sul fronte Terontola – continua – Agorà ha dichiarato che i licenziamenti erano un atto dovuto a causa della restituzione del ramo d'azienda, ma i posti di lavoro dovrebbero essere comunque tutelati: gli infermieri cessati dal servizio – conclude Cullurà - dovrebbero dunque transitare da Agorà alla eventuale struttura subentrante. Non possiamo comunque negare che questo aspetto rappresenta ancora una forte incognita ed è fonte di preoccupazione. In questo senso, già dalla prossima settimana cercheremo di prendere contatti con la proprietà del Santa Rita per avere maggiori dettagli circa l'operazione di passaggio".

Careggi - Nursind lancia l'allarme organico per il PS, la Direzione rassicura: nuovo personale in arrivo

Il Pronto Soccorso del CTO di Careggi soffre di gravi carenze di personale e la situazione è arrivata a un tale grado di allarme che il coordinamento locale del Nursind ha deciso, dopo averlo fatto in forma diretta alla Direzione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, di diramare un comunicato stampa per rendere nota la condizione di sovraccarico lavorativo e conseguente compromissione della sicurezza dei lavoratori e dei pazienti nel presidio.

Paolo Porta, consigliere nazionale Nursind, denuncia la mancanza in pianta organica di ben 4 infermieri sui 30 previsti, mentre sul fronte medico le cose non vanno certo meglio: presente un medico anziché i due previsti.

E il coordinatore regionale toscano Giampaolo Giannoni rilancia, osservando come ci sia un problema esteso a tutta al Regione Toscana, dove a fronte del fabbisogno di 1500 infermieri (ad incrementare l'attuale organico) è stato indetto un concorso per soli 156 posti, sufficienti appena, forse, a fronteggiare il turnover, peraltro attraverso la stabilizzazione di contratti precari a tempo determinato già in essere.

A questo grido d'allarme ha replicato la Direzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (Clicca), assicurando che sono in arrivo 16 infermieri e 17 OSS assunti a tempo indeterminato, oltre che al medico mancante. Le posizioni verranno ricoperte in parte anche attraverso procedure di mobilità nazionale, e questo aumento del personale garantirà la conservazione e l'erogazione di tutti i servizi attualmente offerti dal PS di Careggi.

Nessun ridimensionamento dell'attività del presidio in vista, dunque, né trasferimento del personale verso altre strutture, a rassicurare le preoccupazioni manifestate da Nursind.

Lucca - vertice in Prefettura: SOS Pronto Soccorso

In prefettura per trovare la quadra sul pronto soccorso. Nursind lancia un lungo monito dal significativo titolo: «Pronto Soccorso... siamo molto lontani dal risolvere i problemi dei cittadini e del personale". E a rischio chiusura, secondo il Nursind stesso, potrebbe essere il reparto della Medicina d'urgenza. «Speriamo vivamente che la dirigenza aziendale accolga le nostre istanze - è l'appello del Nursind -, onde evitare soluzioni che potrebbero includere una imminente chiusura di un ulteriore reparto, molto probabilmente il Reparto Specialistico della Medicina d'Urgenza, altro tassello che si andrebbe ad aggiungere alla perdita dei molti altri settori».

Le richieste del sindacato si focalizzano in una serie di passaggi.

PRIMO: stabilizzazione del personale precario (operatori interinali ed a tempo determinato) al fine di evitare un continuo tour-over che può essere elemento destabilizzante.

SECONDO: garantire una dotazione organica adeguata ai servizi esistenti, comparabile agli organici dei Pronto Soccorso delle altre ex aziende dell'Area Nordovest.

TERZO: garantire la medesima presenza di personale infermieristico ed oss, in servizio nelle ore diurne, nei vari settori afferenti al pronto soccorso (OBI, medicina d'Urgenza, Radiologia durante tutti i giorni della settimana inclusi i festivi ed i prefestivi, al fine di assolvere al fabbisogno assistenziale del cittadino che risulta costante per tutti i giorni della settimana.

QUARTO: garantire l'utilizzo appropriato dell'istituto della pronta disponibilità, a1 fine del rispetto della normativa vigente.

QUINTO: garantire. una risposta immediata alle criticità di carenza di personale, mediante elaborazione di un progetto, come soluzione temporanea, che preveda la presenza in servizio nelle ore di maggior afflusso, di un'ulteriore unità infermieristica e di un'ulteriore unità medica.

UMBRIA

Perugia: permessi formazione negati. Nursind ottiene il riconoscimento dall'USL

Probabilmente a molti colleghi è capitato di trovarsi in questa situazione: partecipare a un corso di formazione ECM e vedersi negare il riconoscimento dei permessi retribuiti corrispondenti, trasformati in assenze dal lavoro di altra natura (ferie, ad esempio).

La motivazione con cui spesso Coordinatori e Responsabili di P.O. giustificano questo diniego è, in larga misura, di "non pertinenza dei contenuti del corso di formazione con l'attività lavorativa". Eppure la formazione di un professionista non dovrebbe essere rigidamente relegata ad un unico e ristretto ambito professionale.

E' accaduto anche a Perugia, ma Nursind, organizzatore del corso in questione, non ha digerito il diniego opposto ad alcuni partecipanti, e si è rivolto direttamente alla Direzione Generale e alla Direzione del Personale dell'USL Umbria 1.

Con una lettera puntigliosamente motivata il sindacato degli Infermieri ha chiesto all'Azienda di rivedere la decisione, per riconoscere ai lavoratori i legittimi permessi per la formazione.

La Direzione, preso atto dei contenuti della lettera e rivalutata in questa luce la questione, ha accolto la richiesta e riconosciuto ai partecipanti la fruizione dei premessi contrattualmente previsti.

Tutto è bene ciò che finisce bene, recita il noto adagio, ma duole constatare che spesso i diritti dei lavoratori subiscano dei veri e propri soprusi e, altrettanto spesso, i lavoratori stessi ne patiscano ingiustamente le conseguenze.

Il diritto (e dovere, alla luce del regolamento ECM) alla formazione dei professionisti sanitari non può essere compromesso da valutazioni soggettive ed improprie, e per questa ragione è importante far valere le proprie ragioni.

Da parte nostra il riconoscimento del buon lavoro del Nursind di Perugia a tutela dei propri iscritti e dei partecipanti alle attività formative promosse, ed anche alla Direzione dell'USL per la disponibilità a rivalutare le valutazioni sommarie e improprie effettuate in prima battuta da chi, probabilmente, ha commesso un grossolano errore di interpretazione delle norme e dei diritti.

VENETO

Vicenza. "Gara degli aghi": punito il primario che mosse le false accuse

Come nel mondo della finanza ci sono dei livelli di classificazione (rating) della capacità di assolvere ai propri debiti relegando così uno Stato o una banca verso un basso grado di affidabilità perché i suoi titoli sono considerati spazzatura, così nella conoscenza ci sono vari gradi di affidabilità che vanno dalla scienza alla chiacchiera, all'opinione soggettiva.

Lo "strano caso degli amici di Maria" già raccontato a maggio 2016, ha avuto un'ulteriore svolta. Dopo la denuncia in Procura e la richiesta di procedimento disciplinare da parte di Nursind verso il direttore del Pronto Soccorso di Vicenza, Vincenzo Maria Riboni, l'Amministrazione ha concluso l'istruttoria e, valutata la difesa, gli ha inflitto la sanzione di 10 giorni di sospensione. Tanti giorni per un direttore di struttura complessa anche se, come stabilito dalla legge, si poteva arrivare fino a 15.

È bene ricordare che la sanzione è stata comminata per aver accertato che il direttore del PS aveva dato avvio a un procedimento disciplinare verso 8 dipendenti (6 infermieri e 2 medici) dichiarando di suo pungo il falso e travisando quanto i dipendenti

avevano dichiarato durante una riunione. A incastrare il dott. Riboni una registrazione audio dell'incontro che ha dimostrato chiaramente il travisamento della realtà dei fatti.

Il caso ha avuto risonanza mediatica di rilevanza nazionale in un primo momento poi la stampa nazionale, capito che il giornale locale gli aveva dato in pasto una polpetta avvelenata, si è subito defilata. Il primo giornale a mettere in guardia dalla bufala è stato il Fatto Quotidiano ma, giusto un giorno prima, proprio QS aveva pubblicato una ricostruzione diversa da quella data dalla stampa locale corredandola di documentazione.

È ora accertato che il caso degli "amici di Maria" è meramente un caso mediatico, riportato da una stampa locale che non verifica con la stessa serietà dei giornali nazionali le notizie e la verità che esse veicolano. In tutta questa storia, infatti, non compare mai alcun paziente o utente. Nessuna lamentela all'URP o denuncia in procura, solo chiacchiere e opinioni di chi non aveva nemmeno letto le carte e, soprattutto, una notizia resa nota dopo l'assoluzione nel procedimento disciplinare, quindi con la consapevolezza di montare un caso senza fondamento.

Gare degli aghi in chat al pronto soccorso Primario sospeso 10 giorni

Provvedimento dell'Usl. Già pronto il ricorso di Riboni

1 Whatsapp

2 Scontro

Una macchina del fango che ha sommerso la dignità di una sanità di livello come quella vicentina forse per relegare sullo sfondo l'attenzione dei cittadini verso altro (caso banche del Veneto).

Un attacco mediatico condotto da un giornale che ormai aveva perso di credibilità nei confronti degli altri media e che, mancando di appigli, ha tentato la carta "etica" del "queste cose neanche si pensano", "queste cose non si scrivono".

Ecco, ora è chiaro, e speriamo presto lo sia anche per la Procura della Repubblica di Vicenza, che quanto di male pensato e quanto di male scritto si trova nelle dichiarazioni false del direttore del Pronto Soccorso che ha dato avvio al caso e ha messo sul tritacarne mediatico la reputazione dell'ospedale san Bortolo di Vicenza.

In questa storia il Nursind ci ha messo la faccia. Siamo stati l'unico sindacato a intervenire, a difendere i colleghi e la professione. Ora ci sia permesso di trovare soddisfazione nell'aver dimostrato il fondamento reale delle nostre valide ragioni e di aver ottenuto parziale giustizia. Forti poteri si sono scagliati contro questi colleghi e chi li ha difesi. Ricordiamo, per chi si fosse persa la puntata, che il primo maggio il direttore de Il Giornale di Vicenza ci ha riservato il suo editoriale – "La fiducia dei vicentini" - definendoci il sindacato "schierato dalla parte degli otto goliardi e dei loro compagni di merende", mettendo noi e i lavoratori sullo stesso piamo di Vanni e Pacciani, killer seriali e mutilatori di cadaveri. Una affermazione di inaudita gravità che è infinitamente lontana dalla verità dei fatti. Oggi, quindi, comprendiamo meglio la notizia di queste ore che, per la prima volta nella storia del giornale berico, un direttore termina il suo lavoro prima della naturale scadenza del contratto. Forse la fiducia dei vicentini è stata tradita in primis da chi gli ha rifilato un'informazione parziale e distorta dei fatti.

A.O.U. Verona: medico nominato Direttore del Servizio Professioni Sanitarie. Nursind chiede il ritiro della delibera: "è illegittima"

Ancora una volta la professione infermieristica terreno di scorribanda. Stavolta accade all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Verona, dove la Direzione ha deciso di conferire l'incarico di Direttore della S.C. "Sviluppo Professioni Sanitarie" a un medico dirigente di 2° livello.

E' inaccettabile, scrive Andrea Bottega (Segretario Nazionale Nursind), che da un lato si indicano concorsi per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali infermieristici, e dall'altro si assegnino tali posizioni con atto deliberativo, illegittimo, a figure non rientranti tra quelle previste dalla Legge 251/2000.

Per questa ragione, con il rammarico di prendere atto che Nursind ancora una volta è solo, nel silenzio delle altre OO.SS., in questa battaglia, Bottega prende carta e penna e scrive alla Direzione Generale dell'AOU di Verona per chiedere l'immediato ritiro della delibera, in mancanza della quale verranno intraprese le opportune iniziative legali.

Di seguito il comunicato stampa con cui il nostro segretario Nazionale denuncia il fatto e, in allegato, la lettera di diffida inviata all'AOU di Verona.

Un caso emblematico ma, ahimè, coerente con i timori già espressi in tempi non sospetti dal Nursind e che oggi, purtroppo, hanno dato prova di essere ben più che concreti.

COMUNICATO STAMPA SEGRETERIA NAZIONALE NURSIND

"Al vostro fianco sempre, comunque" recita uno slogan della recente festa dell'infermiere celebrata il 12 maggio 2016. Ma a fianco degli infermieri, per la tutela e difesa della professione sembra essere rimasto solo il Nursind, il sindacato infermieristico.

Così, il segretario nazionale Andrea Bottega ha deciso di scrivere al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, all'Assessore alla salute e al direttore Generale della sanità veneta dott. Domenico Mantoan per chiedere l'immediato ritiro della delibera n. 372 del 04/05/2016 dove si prevede che da lunedì 16 maggio 2016 l'incarico di Direttore della struttura complessa denominata "Sviluppo delle professioni sanitarie" sia conferito ad un dirigente medico di 2° livello.

"Stupisce – continua il segretario Nursind - che recentemente si sia proceduto a un concorso per la copertura di 4 posti per dirigente delle professioni sanitarie in varie aziende del Veneto mentre ora, senza dare seguito alle disposizioni regionali, l'AOUI di Verona procede all'assegnazione del posto attraverso un atto deliberativo, a nostro parere illegittimo, che prevede la Direzione del Servizio delle professioni sanitarie in gestione a una figura non rientrante tra quelle previste dalla legge 251/2000."

Già tre anni fa il posto era stato assegnato senza concorso e, all'epoca, la regione Veneto, aveva imposto il ritiro immediato della delibera.

"Del pericolo che la dirigenza infermieristica rimanga subordinata alla professione medica avevamo messo in guardia anche il legislatore regionale nell'emanazione del PSSR 2012-2016 durante le audizioni in Consiglio. A quanto pare purtroppo avevamo visto bene."

Ora siamo disponibili a difendere il valore dell'autonomia della nostra professione attraverso tutte le azioni necessarie anche se circondati dal silenzio delle altre OO.SS. e dalle associazioni dei dirigenti infermieristici e della rappresentanza professionale. Nursind non è disponibile a svendere ciò che nel tempo gli infermieri italiani hanno conquistato.

Corte d'Appello

Ha ragione Nursind: il tempo del cambio divisa va retribuito

La sentenza emessa dalla Corte di Appello di L'Aquila n. 290 del 17.03.2016, in coerenza con l'orientamento ormai lineare tracciato dalla Suprema Corte e dalla giurisprudenza di merito (ad eccezione di isolate ed eccentriche decisioni) conferma in sostanza i seguenti punti:

a) gli infermieri hanno l'obbligo di indossare la divisa di lavoro "non dubitandosi del potere del datore di lavoro di rifiutare la prestazione lavorativa di infermiere privo di divisa".

b) L'eterodeterminazione del tempo e del luogo ove indossare la divisa o gli indumenti necessari per la prestazione lavorativa, che fa rientrare il tempo necessario per la vestizione e svestizione nell'ambito del tempo di lavoro, può derivare dall'esplicita disciplina d'impresa, o risultare implicitamente dalla natura degli indumenti da indossare o dalla specifica funzione che essi devono assolvere nello svolgimento della prestazione (cfr. Cassazione n. 1352/2016), sicché, possono determinare un obbligo di indossare la divisa sul luogo di lavoro sia ragioni di igiene imposte dalla prestazione da svolgere sia la qualità degli indumenti, quando essi siano diversi da quelli utilizzati o utilizzabili nell'abbigliamento secondo un criterio di normalità sociale, di tal che non si possa ragionevolmente ipotizzare che siano indossati al di fuori del luogo di lavoro.

c) Il tempo necessario agli adempimenti preparatori per indossare e dismettere la divisa deve essere retribuito entrando esso a far parte dell'orario di lavoro (in aggiunta a quello previsto per l'effettivo turno presso le Unità Operative).

d) Tempo aggiuntivo perché "la circostanza che, al fine di poter essere presso i propri reparti in tempo utile, i lavoratori timbrano diversi minuti prima dell'orario effettivo di lavoro e diversi minuti dopo la fine di esso e che questo tempo non viene retribuito perché non inserito strutturalmente nell'orario di lavoro, deve ritenersi provata sulla base della copia delle rilevazioni delle timbrature dei tre mesi precedenti il deposito del ricorso di primo grado prodotti dagli appellati in esito dell'accoglimento della istanza formulata dagli odierni appellati ai sensi dell'art. 210 cpc.

e) Peraltro, ad abundantiam, la stessa Azienda afferma che l'inizio della prestazione lavorativa coincide con la timbratura di accesso alle strutture aziendali e se detta timbratura avvenisse dopo aver indossato la divisa ovvero dopo averla dismessa, ciò comporterebbe un ritardo nell'inizio della prestazione di lavoro ovvero una anticipazione della sua cessazione. (Corte Appello L'Aquila sentenza del 3 luglio 2014).

Avv. Carmine Ciofani

Cassazione

Se non hai scritto… non hai fatto

Partiamo da una recente sentenza per poter parlare di Cartella clinica e Cartella Infermieristica e delle responsabilità che entrambe comportano sul piano legale.

La sentenza è la n. 6209 del 31 marzo 2016.

Il Caso

Il luogo della vicenda è la sala parto, la gravidanza è a termine, contrariamente a quanto il ginecologo aveva precedentemente deciso, ovvero optare per un parto spontaneo considerato che non vi fosse nessuna controindicazione, si procede con un cesareo.

La nascitura però, nell'immediatezza subisce un'ipossia prenatale con conseguenti lesioni tali da determinare tetraparesi e danni neurologici permanenti.

I genitori chiedono il risarcimento danni alla struttura sanitaria.

Il Tribunale di primo Grado e la Corte di Appello respingono la domanda di risarcimento avanzata, non avendo ravvisato, dopo aver esaminato le perizie, nessuna negligenza, né nella fase pre – parto , né nella fase post partum.

Non c'è quindi, per i due gradi di giudizio, nessun nesso causale tra l'operato dei sanitari ed il danno riportato dalla nascitura.

Il contratto extracontrattuale che intercorre tra gli il paziente e la struttura sanitaria, prevede che l'onere probatorio spetti a quest'ultimo.

Ma al terzo grado di giudizio, siamo in Corte di Cassazione, i precedenti giudizi vengono ribaltati.

La responsabilità extracontrattuale di cui sopra, viene incanalata nell'alveo della responsabilità contrattuale, con il ribaltamento dell'onere probatorio, ovvero mentre al paziente spetta solo dimostrare di aver subito un danno, spetta alla struttura sanitaria l'intero onere della prova, e quindi dimostrare che tutto è stato fatto in maniera corretta e secondo protocolli universalmente riconosciuti.

Proprio in questo iter la Corte di Cassazione trova una falla: l'incompletezza della Cartella clinica.

La cartella clinica inerente alla vicenda risulta incompleta, contiene un vuoto temporale di sei ore, le sei ore corrispondenti al momento in cui la nascitura subisce il danno neurologico.

Il vuoto temporale non permette quindi di ricostruire il percorso assistenziale e terapeutico della neonata, non si ravvede nessun intervento fatto, questo si traduce per la Corte di Cassazione nel non aver fatto.

Per cui, anche qualora i sanitari avessero eseguito tutti gli interventi correttamente, non avendo scritto niente di quanto fatto, non possono dimostrarlo, non hanno la prova della loro innocenza, quindi sono allo stesso modo colpevoli. I genitori della nascitura, per la Cassazione, hanno diritto al risarcimento.

La Cartella Clinica

La Cartella clinica è un atto pubblico, è il documento che raccoglie tutte le informazioni atte a determinare il percorso terapeutico – diagnostico del paziente.

Affidata alla responsabilità del medico, accompagna il paziente in tutto il percorso dal ricovero alla dimissione; raccoglie tutte le informazioni riguardanti il paziente, ordinate cronologicamente, dall'anamnesi all'esame oggettivo, a tutte le attività diagnostico terapeutiche praticate. Va compilata tempestivamente e deve essere conforme alla realtà.

La responsabilità della regolare compilazione, dalla tenuta alla custodia, fino alla consegna nell'archivio centrale dell'azienda, spetta al Direttore dell'Unità Operativa, che deve vigilare sull'esattezza delle informazioni, su diagnosi e terapia praticata.

Al Direttore Sanitario, compete il con-

trollo, una volta depositata in archivio centrale, e sotto la sua responsabilità viene rilasciata agli aventi diritto.

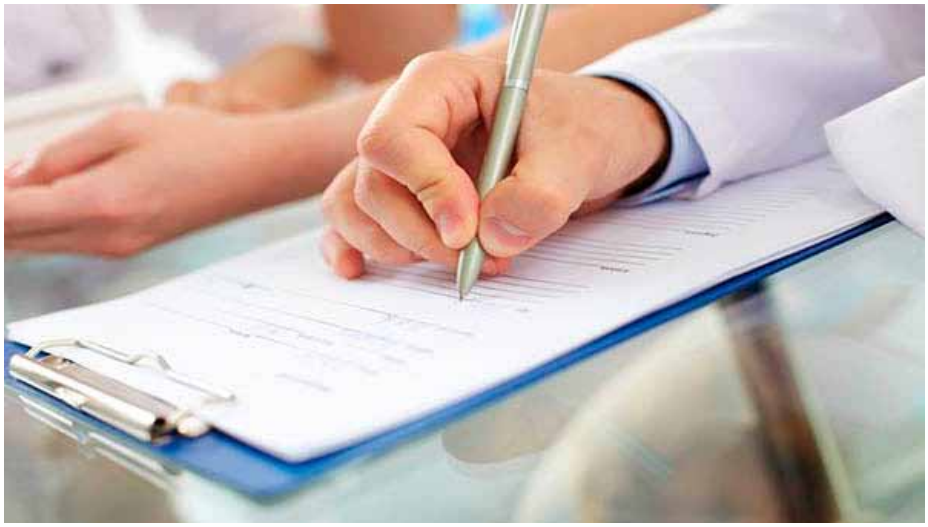
La cartella clinica assolve diverse funzioni, tra cui:

- fornire una base informativa per consapevoli decisioni clinico assistenziali;
- consentire la tracciabilità delle attività svolte e la cronologia delle stesse;
- facilitare l'integrazione delle diverse discipline multiprofessionali;
- costituire fonte informativa per studi scientifici, attività di formazione ed aggiornamento, valutazione delle attività formative, rilevazioni statistiche, farmaco vigilanza, gestione del budget.

Per il formato cartaceo, i fogli devono essere autorizzati dalla Direzione Sanitaria, numerati ed intestati con il codice della cartella ed il nome del paziente.

I requisiti sono: accuratezza, leggibilità e chiarezza; completezza e pertinenza; veridicità e tracciabilità; deve tutelare e garantire la riservatezza e la privacy del paziente; contenere il consenso informato; essere accessibile e disponibile agli aventi diritto; contenere alla dimissione elementi che permettano il percorso di continuità assistenziale.

E' importante che risponda alle esigenze di una buona governance per due fondamentali motivi: uno medico- legale, la corretta compilazione offre in caso di controversie una tesi a favore della correttezza delle azioni del sanitario, l'altro è che la corretta compilazione è importante per la prevenzione di Errori e condotte di mal practice.



Codice di deontologia medica del 2006, art 15: "nella compilazione della cartella clinica il medico è tenuto alla massima diligenza, alla più responsabile cura, alla più attenta e scientificamente corretta informazione dei dati ed alla più responsabile formulazione dei giudizi".

A corredo della cartella clinica abbiamo la Cartella Infermieristica, la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione a una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla medesima, delle informazioni raccolte, nonché dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica e delle connesse valutazioni (NOTA D. Roudriguez- A. Aprile in Medicina legale per gli infermieri – Carrocci Faber 2004 p.)

In quanto parte integrante della cartella clinica che è un atto pubblico di fede privilegiata , è anch'essa un atto pubblico.

Nonostante l'infermiere sia un incaricato di pubblico servizio e non un pubblico ufficiale, diventa tale nel momento in cui redige la cartella infermieristica, (DPR 384 del 1990, la cartella infermieristica viene riconosciuta come atto pubblico in senso lato, in quanto redatta da incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni).

La cartella infermieristica è lo strumento attraverso cui l'infermiere documenta il suo processo di pianificazione assistenziale e la sua attuazione.

I requisiti, così come la cartella clinica sono: accuratezza, veridicità, chiarezza, completezza, pertinenza, rintracciabilità.

La strutturazione della cartella infermieristica prevede l'adozione di un modello di riferimento, attualmente in Italia il più diffuso è il modello secondo Virginia Henderson, modello su bisogni.

Comprende: raccolta dati, identificazione dei bisogni mediante la diagnosi infermieristica, la definizione degli obiettivi, la prescrizione degli interventi, l'attuazione e la registrazione di questi e la loro valutazione.

Come per la cartella clinica, anche per la cartella infermieristica vale lo stesso principio di completezza, il professionista in caso di controversia, in un rapporto di tipo contrattuale, in cui tocca al sanitario l'onere probatorio, solo compilando accuratamente la cartella infermieristica può dimostrare di aver mantenuto un comportamento assistenziale corretto, e di essersi attenuto a protocolli condivisi.

SCRIVERE E DOCUMENTARE E' FONDAMENTALE.

E' la stessa normativa a sancire l'obbligo di compilare la documentazione relativa all'assistenza praticata; la legge n.42 del 26/02/1999 definisce due importanti elementi della professione infermieristica:

- la sostituzione della definizione di "professione sanitaria ausiliaria" con quella di "professione sanitaria";
- l'abolizione del mansionario (DPR 225/74)

Dal punto di vista Giurisprudenziale, chi compila la cartella clinica ed infermieristica è soggetto agli stessi obblighi e dal punto di vista penale e civile, nel momento in cui si riscontrano scorrettezze i sanitari incorrono negli stessi reati.

Violazioni norme penali

Falso materiale: art. 476 c.p., chi falsifica un atto pubblico, tutto o i parte è punito con reclusione che va da uno a sei anni.

Falso ideologico: art 479 c.p., consiste nell'annotare qualcosa di differente rispetto alla realtà fattuale, chi produce falso ideologico soggiace alla pena di cui sopra.

Rifiuto/ omissione atti d'ufficio: art 328 c.p., rifiutare un atto del proprio ufficio, in questo caso rifiutarsi di compilare la cartella clinica o infermieristica incorre in reato con una pena che va da 6 mesi a due anni.

Le "carenze" che si possono riscontrare durante la compilazione, come imprecisioni ed omissioni, da sole non costituiscono reato, ma possono comportare un addebito di responsabilità a titolo di colpa in caso di lesione all'integrità psico fisica del paziente.

Il breve excursus che abbiamo compiuto, partendo dalla sentenza, ha avuto lo scopo di rinfrescarci la memoria per sommi capi sulle caratteristiche di cartella clinica ed infermieristica, e sull'importanza di DOCUMENTARE SEMPRE, questo è una garanzia per tutte le parti coinvolte, per il paziente e per il professionista.

Maria Luisa Asta

Cassazione

Infermiere è professionista autonomo e risponde delle sue attività

Interessante il commento dell'avv. Gianluca Mari alla sentenza della Cassazione, Sezione Penale, n. 2541 del 21 gennaio 2016, che riguarda l'infermiere.

La vicenda giudiziaria vedeva interessati infermiere, medico e primario di un reparto di terapia intensiva in cui un paziente era deceduto in seguito alla mancata segnalazione da parte dei macchinari di monitoraggio dei parametri vitali, di un arresto cardiaco. La mancata segnalazione derivava dal non aver attivato manualmente gli allarmi della macchina; si trattava di un macchinario nuovo per l'utilizzo del quale l'infermiere non era stato formato, e quin-

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

di non era a conoscenza del fatto che gli allarmi dovessero essere attivati manualmente affinché la macchina segnalasse, poi, eventuali criticità come quella che, fatalmente, è accaduta.

Quali le responsabilità, quindi, derivanti da questa situazione?

Dopo i primi due gradi di giudizio (che avevano fornito sentenza in parte divergenti), la Cassazione ha stabilito che l'infermiere è centro di competenze e responsabilità specifiche, autonome rispetto a quelle del medico, per cui risponde dei processi cui sovrintende e che quindi non rientrano nella sfera dell'ausiliarietà rispetto alle competenze del medico.

Grava sull'infermiere la responsabilità di condotte omissive riguardo alla funzione di garanzia che l'infermiere stesso ha nei confronti del paziente.

Nel caso in questione, quindi, l'infermiere è responsabile della inadeguata sorveglianza sul malato, ed il medico non è responsabile per non aver sorvegliato l'attività dell'infermiere poiché la stessa non è sottoposta alla sua sorveglianza ma, bensì, è attività autonoma.

Discorso a parte merita la responsabilità per la mancata formazione dell'infermiere, che non grava sul Direttore del reparto ma, secondo l'avvocato Mari (e la L. 412/91) sul Direttore Sanitario.

Dalla Cassazione quindi, pur se in circostanze non certo liete, la conferma dell'autonomia della professione infermieristica che in ogni circostanza cerchiamo di evidenziare, non tanto e non solo per orgoglio professionale, ma perché dall'autonomia che la legge conferisce all'infermiere derivano specifiche responsabilità cui è bene essere consapevoli di essere titolari.

Cassazione

Ostetrico assolto, condannato il ginecologo. La responsabilità dei sanitari è legata alle mansioni, anche se in equipe

La Corte di Cassazione in una recente sentenza ha affermato il principio secondo cui i professionisti che lavorano in equipe rispondono, comunque, ciascuno delle conseguenze del proprio operato, ed ha per questo annullato in parte la sentenza di merito del Tribunale di Milano secondo cui a un medico ginecologo e all'ostetrico presente in sala parto veniva attribuita la responsabilità derivante da un parto disgraziatamente andato male, durante il quale il nascituro riportò gravi e permanenti danni, a causa dell'uso intempestivo ed inopportuno della ventosa ostetrica e dell'esecuzione di manovre eccessivamente energiche.

La suprema Corte ha stabilito che "la responsabilità penale di ciascun componente di una equipe medica per un evento lesivo occorso al paziente sottoposto ad intervento chirurgico non può essere affermata sulla base dell'accertamento di un errore diagnostico genericamente attribuito alla equipe nel suo complesso, ma va legata alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente, nella prospettiva di verifica, in concreto, dei limiti oltre che del suo operato, anche di quello degli altri".

La sentenza conferma quindi che la responsabilità professionale è strettamente legata alle specifiche mansioni di ciascun professionista all'interno dell'equipe, e che di conseguenza l'equipe non possa essere considerata centro di responsabilità, laddove siano chiaramente individuate le attività di ciascuno e le dirette conseguenze delle stesse ai fini del verificarsi del danno.

Nel caso specifico i giudici dell'Appello di Milano avevano ritenuto responsabili sia il ginecologo che l'ostetrico, per aver posto in atto una serie di operazioni e manovre non adeguate alla situazione ed aver concorso al verificarsi dell'evento avverso.

La Corte di Cassazione ha annullato in parte la sentenza, sottolineando come le responsabilità dei componenti l'equipe siano comunque distinte e facenti capo a ciascun professionista, ciascuno per il proprio operato e per i propri limiti di competenza.

Appurato, infatti, che le manovre che hanno cagionato il danno, a causa della loro inappropriatezza, sono state compiute dal ginecologo e che sulle stesse l'ostetrico presente non aveva possibilità né di intervenire né di valutarne il vigore, la Corte di Cassazione ha dunque stabilito che le imputazioni a carico dell'ostetrico debbano cadere "per non aver commesso il fatto", mentre siano fondate le imputazioni a carico del medico, pur se la condanna penale viene derubricata in quanto prescritta.

A nulla sono valsi i tentativi di addebito in capo all'ostetrico per una riferita imperizia nella valutazione dei segnali di allarme della criticità del parto, in quanto è emerso dagli atti che il ginecologo era a conoscenza, già durante il decorso dell'intero travaglio, dei parametri che suggerivano una certa criticità nell'andamento del parto.

Peraltro la sentenza conferma la non applicabilità, in questo caso, dell'art. 3 della Legge Balduzzi, essendo stata la condotta del ginecologo talmente distante dalle linee guida da non potersi ricondurre l'evento nell'alveo della colpa lieve e della conseguente limitazione di responsabilità.

Cassazione

Il medico sbaglia dosaggio del farmaco e il paziente muore; responsabile anche l'infermiera!

La Corte di cassazione (III sezione civile, sentenza 12 aprile 2016, n. 7106) interviene per l'ennesima volta sulla responsabilità di equipe con particolare riferimento al rapporto medico-infermiere con una interessante sentenza destinata a fare discutere, ma che oramai si inserisce in un filone giurisprudenziale consolidato, relativo a una responsabilità condivisa nella duplice attività di prescrizione/somministrazione di farmaci.

Come è noto, didascalicamente, possiamo suddividere tali competenze e relative responsabilità in modo teoricamente netto: la competenza e la conseguente responsabilità medica relativa alla prescrizione dei farmaci e la competenza e conseguente responsabilità infermieristica relativa alla somministrazione dei farmaci.

Negli ultimi tempi questo schema è più volte saltato con una caratteristica comune: l'errore di prescrizione medica che determina (anche) la responsabilità infermieristica.

Sono in un qualche modo lontani i tempi dell'infermiere considerato puro esecutore delle volontà mediche in tema di somministrazione dei farmaci.

Ricordiamo che il mansionario del 1940 attribuiva alle infermiere il compito si somministrazione dei farmaci "ordinati" dal medico; nel 1974 il mansionario attribuiva all'infermiere il compito di somministrare i farmaci "prescritti" dal medico; infine il profilo professionale, ex DM 739 1994 attribuisce agli infermieri la "corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche".

Proprio questa evoluzione delle normative di esercizio professionale è stata alla base della decisione della Suprema Corte che oggi commentiamo.

La vicenda nasce all'interno di un reparto di degenza a fronte della prescrizione medica di un farmaco, non nuovo alle cronache giudiziarie di responsabilità pro-

fessionale, il cloruro di potassio.

Un medico prescrive, senza diluizione, un certo dosaggio di cloruro di potassio (non possiamo essere più precisi in quanto la sentenza non lo specifica) che, secondo i protocolli in uso, sarebbe dovuto essere diluito in 500 ml di soluzione fisiologica. Tale somministrazione ha portato a morte il paziente.

In primo grado il Tribunale di Carrara ha condannato il medico e assolto l'infermiera.

In secondo grado La Corte di appello di Genova – con sentenza confermata in cassazione – riconosce la responsabilità anche dell'infermiera affrontando una serie di questioni attinenti proprio al rapporto medico/infermiere che vale la pena di approfondire e in particolare:

a) se competesse o meno all'infermiera il controllo sulla prescrizione medica o se debba considerarsi come figura puramente esecutrice;

b) se avesse pregio l'argomento, utilizzato in primo grado, sulla asserita inesperienza dell'infermiera in merito alla somministrazione dei farmaci per via endovenosa;

c) se in caso di prescrizione errata fosse potesse o dovesse l'infermiera disattendere la prescrizione operata dal medico.

Quanto ai punti sub b) la Corte di appello di Genova riconoscendo la corresponsabilità dell'infermiera ha stabilito che "doveva appartenere al bagaglio professionale dell'infermiera stessa, all'esito di un percorso formativo che comprendeva 30 ore di farmacologia e 140+190 ore di tecniche infermieristiche, la conoscenza della portata letale di una iniezione di cloruro di potassio non diluito".

Per quanto riguarda i punti sub a) e sub c) i giudici liguri si domandano se l'infermiera avesse il dovere di "disattendere o sindacare" le prescrizioni terapeutiche indicate dal medico. Su questo i giudici liguri si spingono decisamente in avanti in quanto hanno riconosciuto in capo all'infermiera una "possibilità di delibazione" sulla "prescrizione medica di per se stessa erronea o incompleta" con il conseguente "onere di adeguarne l'esecuzione ai protocolli medici vigenti e che egli abbia la possibilità di conoscere".

Quindi secondo le indicazioni della Corte di appello di Genova "sarebbe stato sufficiente, nell'eseguire una prescrizione medica - errata non nella sua sostanza (la somministrazione di cloruro di potassio), ma nella mancata previsione della diluizione nella soluzione fisiologica - aggiungervi tale accorgimento, per rendere innocua e corretta la terapia".

La conclusione viene di conseguenza: l'infermiere non è "mero esecutore materiale delle prescrizioni impartite dal personale medico", possedendo una professionalità e una competenza che "gli consentono, se del caso, di chiedere, quantomeno, conferma della esattezza di una determinata procedura terapeutica, tanto più se essa è di una erroneità e pericolosità" particolarmente evidente come nel caso di specie.

Per la prima volta quindi in una sentenza si stabilisce che per non incorrere in responsabilità diventa compito dell'infermiere intervenire direttamente sulla prescrizione medica "errata o incompleta" non meramente disattendendola, bensì integrandola e modificandola per ricondurla ai protocolli in uso. Con questa operazioni non si sarebbe verificato l'evento letale.

La corresponsabilità dell'infermiera è quindi palese in quanto "mancò di rilevare", avendone la conoscenza, "l'inesattezza o la grave incompletezza della procedura terapeutica richiestale" dal medico. Il tutto, ovviamente non esenta da responsabilità il medico sul quale continua a gravare "l'onere di impartire una prescrizione terapeutica precisa e completa tanto più in presenza di effetti letali quali sono quelli che, inesorabilmente, discendono dall'introduzione improvvisa di cloruro di potassio non diluito nell'organismo".

Corresponsabilità dunque e non responsabilità esclusiva, tesi per la quale si è battuta la difesa del medico che ha sostenuto la doverosità della diluizione del farmaco da parte dell'infermiera indipendentemente ("a prescindere") dalla prescrizione medica.

A queste considerazioni la Corte di cassazione aggiunge che nel processo di somministrazione dei farmaci "l'infermiere, lungi dall'esaurire il proprio apporto nella mera esecuzione materiale della terapia prescritta, proprio perché in possesso di professionalità e competenze specifiche, non può esimersi, ove si presti il caso, dalla opportuna interlocuzione con lo stesso medico, al fine di ricevere conferma della correttezza della prescrizione".

La posizione di responsabilità del medico viene ribadita con nettezza in quanto, a fronte di un farmaco dagli esiti potenzialmente letali come il cloruro di potassio introdotto direttamente nell'organismo, doveva dare precise indicazioni sulla diluizione. Tra l'altro il medico ha alterato (inutilmente!) la cartella clinica aggiungendo in modo postumo un'insufficiente indicazione di diluizione di 100 ml quando, invece, secondo protocolli doveva essere di 500 ml trovando anche i rigori di una condanna penale per l'inutile falso documentale.

Quindi la prescrizione medica di farmaci è un atto professionale attraverso il quale un medico indica all'infermiere gli usuali elementi che compongono la prescrizione: il nome del farmaco, il dosaggio, la forma farmaceutica, la via di somministrazione, l'orario e la durata complessiva della terapia.

In caso di prescrizione incompleta, errata o insufficiente è dovere dell'infermiere intervenire in modo interlocutorio e, se del caso, integrare la prescrizione medica. Questo in estrema sintesi il sunto della vicenda giudiziaria che commentiamo e la giurisprudenza più recente.

Rimangono una serie di considerazioni in relazione alla tipologia di farmaco – di uso comune o specialistico – , il corretto o l'inusuale dosaggio, l'abnormità del dosaggio o un sovradosaggio, le condizioni specifiche del paziente che determinano l'obbligatorietà o la facoltà del comportamento infermieristico rispetto alla prescrizione medica.

Sempre di più comunque responsabilità di equipe e sempre meno responsabilità del singolo.

Luca Benci

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Crediti ECM:

sarà più facile acquisire i crediti

A cura di **Maria Luisa Asta**

La Commissione Nazionale formazione continua ha dato il via alla Delibera che apporta importanti e significative modifiche alle modalità di acquisizione dei crediti per il triennio 2014- 2016, applicando le disposizioni previste per il liberi professionisti.

Vediamo quindi di fatto cosa cambia e cosa resta immutato.

Secondo la determina del 23 luglio 2014, queste di seguito alcune delle disposizioni che tali restano, in merito all'acquisizione dei crediti formativi per gli operatori sanitari:

1. L'obbligo formativo standard per il triennio 2014-2016 è pari a 150 crediti formativi.

2. È prevista la possibilità per i professionisti sanitari per il triennio 2014-2016, in virtù della formazione effettuata nel triennio precedente (2011-2013), di avvalersi di una riduzione fino a 45 crediti, secondo gli stessi criteri relativi alle riduzioni individuati dalla determina della CNFC del 17 luglio 2013.

3. Il professionista sanitario dovrà acquisire, ogni anno del triennio, un ammontare di crediti ECM compreso in un range che va da un minimo del 50% ad un massimo del 150% dell'obbligo formativo annuo.

4. I crediti acquisiti in eccedenza rispetto a quanto sopra non hanno validità ai fini del soddisfacimento del fabbisogno formativo individuale del triennio, e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.

5. I crediti acquisiti durante i periodi di esenzioni ed esoneri non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.

6. I crediti acquisiti per la propria professione e non per le discipline esercitate hanno validità ai fini del soddisfacimento del fabbisogno formativo individuale del triennio, ma non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.

7. Formazione a distanza, è consentito a tutti i professionisti sanitari di assolvere l'intero debito formativo,previsto dall'art. 1 della presente determina, anche mediante formazione a distanza(FAD).

Naturalmente non le abbiamo elencate tutte, ma quelle che abbiamo ritenuto di maggiore interesse.

Cosa cambia?

Agli operatori sanitari verrà applicato quanto dettato dalla determina del 17 /07/2013 art 5 in merito alla modalità di acquisizione dei crediti come per i liberi professionisti:

Ai liberi professionisti sono riconosciuti crediti ECM per:

a) attività di autoapprendimento ossia l'utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per la formazione continua preparati e distribuiti da Provider accreditati;

b) autoapprendimento derivante da attività di lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati ECM e privi di test di valutazione dell'apprendimento con il limite del 10% dell'obbligo formativo individuale triennale (fino ad un massimo di 15 crediti nel triennio).

Sarà quindi molto più semplice soddisfare l'obbligo di acquisizione crediti in tema di formazione continua, visto la possibilità di soddisfare l'intero credito formativo con la formazione a distanza e la validità delle attività di autoapprendimento appena deliberate dalla Commissione Nazionale per la formazione.

AIDS 2016 la Conferenza Internazionale a Durban lancia allarme globale:

incremento pericoloso di nuove infezioni in Europa e Asia

A cura di **Elsa Frogioni**

La Conferenza Internazionale sull'AIDS 2016 quest'anno è tornata a Durban Sud Africa e si è appena conclusa. L'ultima volta a Durban nel 2000 il tema era "Breaking the Silence" con Nelson Mandela a tenere il discorso di chiusura.

Nikosi Johnson a Durban alla Global AIDS 2000

Sedici anni fa, un malato di undici anni, diventò il volto umano della epidemia di AIDS che stava spazzando via il Sudafrica. In piedi a parlare di fronte a migliaia di persone, alla Conferenza Internazionale sull'AIDS a Durban, Nkosi Johnson supplicò il governo sudafricano di iniziare a distribuire il farmaco AZT alle donne in gravidanza affette da HIV, in modo che non trasmettessero il virus ai loro bambini…. "Non abbiate paura di noi – siamo tutti uguali", disse al pubblico in lacrime. Johnson, sieropositivo dalla nascita, suscitò un momento di grande emozione che durò un'intera settimana, già dominata dalla tensione e dagli scontri tra gli scienziati, gli attivisti e i negazionisti AIDS. Il presidente del Sudafrica, Thabo Mbeki, suscitò la condanna internazionale quando, aperta la riunione con un discorso, non riuscì a riconoscere l'HIV come la causa dell'AIDS.

Ora, più di quindici anni più tardi, possiamo aver rotto il silenzio, ma c'è ancora molto da fare.

Il tema AIDS 2016 è stato "Equità ac-

cesso proprio adesso", un invito a raggiungere le persone che non hanno ancora accesso a servizi completi di trattamento, prevenzione, cura e supporto necessari a contrastare l'AIDS, e allo stesso tempo a rafforzare l'impegno nella ricerca di interventi evidence-based per l'HIV.

Questo uno dei principali messaggi del 21 ° International AIDS Conference dove è stato presentato il RAPPORTO UNAIDS 2016, con dati confortanti sulla qualità di vita conquistata per i malati di AIDS ma sicuramente inquietanti rispetto all'inatteso incremento di nuovi casi di AIDS osservati in alcune regioni del mondo del continente euro-asiatico.

Il Sud Africa ha fatto molti progressi, ora le morti AIDS-related contano il 31% di tutti i decessi, nel 2002 erano il 45%. L'aspettativa di vita è elevata, con quasi 3,4 milioni di persone in trattamento, più di ogni altro paese al mondo. Le terapie sono gratuite, e il governo ha lanciato programmi di sviluppo per consegnare cure e interventi preventivi alle popolazioni particolarmente vulnerabili, come i lavoratori del sesso.

Ma nonostante i successi nella lotta contro la malattia, la conferenza, non ha indugiato nell'autocompiacimento, gran parte delle aspettative non sono state soddisfatte. Nel mondo, c'è motivo di disagio e preoccupazione. Alcuni paesi non riescono a controllare i loro tassi d' infezione, in altri si osservano aumenti allarmanti.

Anche in Sud Africa, benché negli ultimi anni, le nuove infezioni da HIV abbiano avuto un lieve incremento, un totale di 7 milioni di persone vivono con l'HIV, il numero più elevato di qualsiasi nazione. E il paese non ha trovato ancora valide soluzioni per affrontare il numero particolarmente ingente d'infezioni tra le giovani donne e le ragazze.

La più grande riduzione delle nuove infezioni negli adulti si è verificato in Africa orientale e meridionale, nel 2015 c'è stato un calo di circa 40 000 infezioni di HIV negli adulti, rispetto al 2010, una riduzione del 4%. Ulteriori cali graduali sono stati raggiunti in Asia, nel Pacifico e in Africa occidentale e centrale.

Tassi stabili per nuove infezioni da HIV negli adulti, in America Latina e Caraibi, Europa occidentale e centrale, America del Nord, il Medio Oriente e Nord Africa.

Tuttavia, il numero annuo di nuove infezioni da HIV in Europa orientale e dell'Asia centrale è aumentato del 57%.

Uno dei temi principali della conferenza è stato il richiamo all'intervento urgente necessario per ridurre le nuove infezioni da HIV e le morti per AIDS tra gli adolescenti, le ragazze in particolare e le giovani donne in Africa, che restano ancora sproporzionatamente colpite da HIV. Il richiamo di Gilles Van Cutsem, medico volontario di Medici San Frontiere.." Mentre le morti correlate all'AIDS sono diminuite del 45% dal picco nel 2005, nel corso degli ultimi anni il tasso di nuove infezioni stenta a diminuire, con alcune zone del mondo che vedono registrare addirittura un aumento".

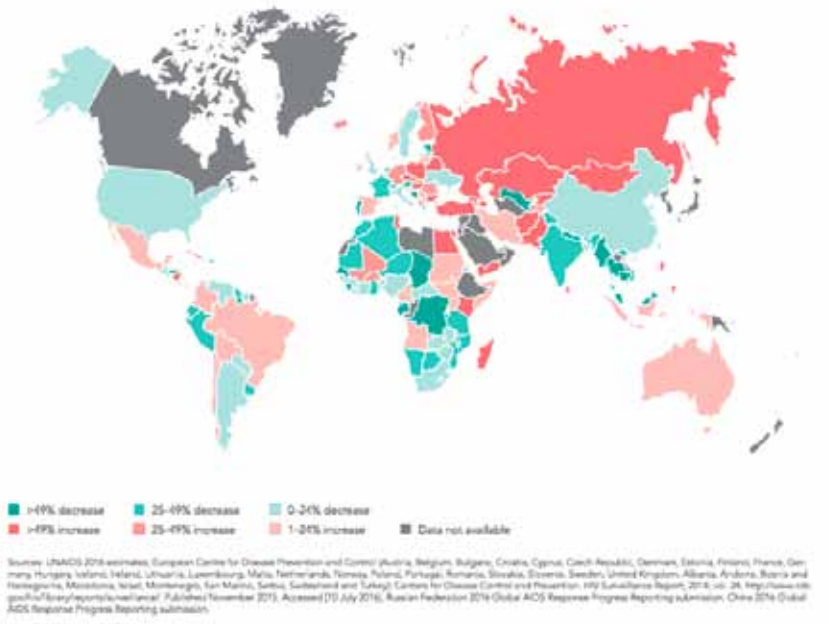
L'Europa orientale e l'Asia centrale vedono balzi significativi in nuove infezioni da HIV, con oltre l'80% dei nuovi casi provenienti dalla Russia. Secondo l'UNAIDS, la tendenza è prevalentemente tra i tossicodipendenti, e colpisce anche paesi come la Bielorussia, Kazakistan e Moldova.

Un'altra area di preoccupazione è l'Africa occidentale, una regione che ha visto dal 2010, un tasso stabile di nuove infezioni tra gli adulti, inoltre solo il 28 per cento delle persone che convivono con l'HIV in quella regione sono in trattamento.

Giles Van Custem «....Se si guarda l'Africa occidentale e centrale oggi, sembra di volgere lo sguardo verso il Sud Africa di 15 anni fa….In Congo, dove lavoriamo a Kinshasa un quarto dei pazienti giunge troppo malato per essere salvato, il 40% di queste persone, muoiono entro 24 ore."

Le Nazioni Unite hanno fissato l'obiettivo di porre fine all'epidemia di AIDS entro il 2030. Gli esperti a Durban lo considerano fattibile, che è possibile ciò che significa creare una generazione senza AIDS nel prossimo decennio. Ma con le nuove infezioni tra gli adolescenti e gli adulti che continuano a moltiplicare per

Percent change in new HIV infections among adults (aged 15 years and older), from 2005 to 2015



oltre 2 milioni ogni anno, l'impegno comune di tutti gli Stati deve essere concreto e massivo.

Più di 20 milioni di persone non hanno ancora accesso al trattamento, e gli investimenti sulla ricerca di un vaccino e cure, sono ancora necessari per sostenere risultati duraturi a lungo termine.

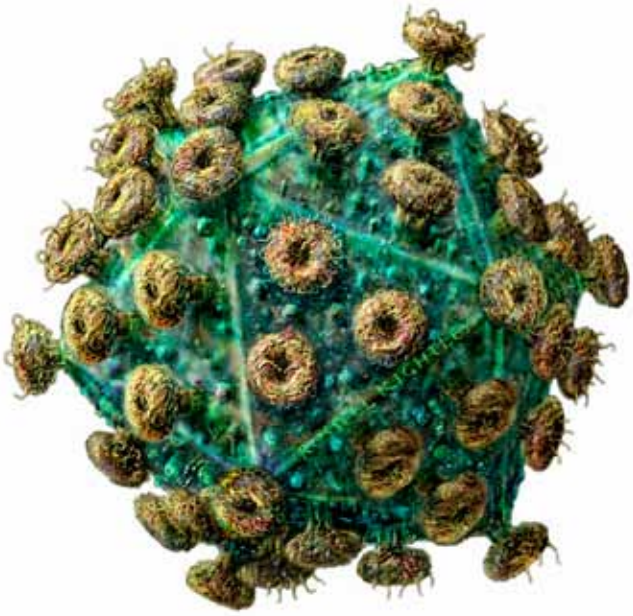
Le prospettive non sono rosee, nel 2015 erano 37 milioni le persone le persone con HIV e saranno probabilmente 39 milioni entro la fine di quest'anno. Abbiamo ancora tanto da fare.

Molte le stars presenti alla conferenza mondiale come Elton John, il Principe Harry e l'attrice Charlize Theron, nata e cresciuta in Sud Africa che ha aperto la cerimonia d'apertura con un emozionante e sorprendente discorso. Ve ne riporto una parte in conclusione:…."

Penso che sia ora di affrontare la verità sul mondo ingiusto in cui viviamo. La verità è che abbiamo tutti gli strumenti di cui abbiamo bisogno per prevenire la diffusione del virus HIV. …: preservativi, PrEP [profilassi pre-esposizione], PEP [profilassi post-esposizione], ARTE [terapia antiretrovirale] consapevolezza, educazione. E ancora 2,1 milioni di persone, 150.000 delle quali bambini, sono stati infettati con l'HIV scorso anno.

Nel solo Sud Africa, 180.000 persone sono morte di

AIDS l'anno scorso. Due milioni di bambini e sono rimasti orfani a causa di questa malattia. Potrei andare avanti per un'ora con le statistiche terrificanti che tutti conosciamo così bene. Ma invece, chiediamoci: "Perché non abbiamo battuto questa epidemia?" Potrebbe essere perché non vogliamo? E per "noi", non intendo solo le persone in questa stanza, voglio dire l'umanità - noi tutti. Perché quando si chiede il motivo si ottengono le stesse risposte ancora e ancora e ancora.



La fine dell'AIDS è troppo costosa, troppo scoraggiante, troppo complicata, troppo stigmatizzata, troppo politicizzata. E ho intenzione di fermarmi qui, perché quelle non sono vere risposte. Sono scuse.

La vera ragione sul perché non abbiamo battuto questa epidemia, si riduce a un semplice fatto: Apprezziamo alcune vite più di altre.

Apprezziamo gli uomini più delle donne, l'amore etero più dell' amore gay, la pelle bianca più di quella pelle nera, i ricchi più dei poveri, gli adulti più che gli adolescenti.

Lo so perché l'AIDS non discrimina da solo. Non ha preferenze biologiche per corpi neri, corpi delle donne, per i gay, per i giovani o poveri. Essa non individua le vulnerabilità, gli oppressi o abusati. Noi identifichiamo le vulnerabilità, gli oppressi e gli abusi. Noi li ignoriamo. Li lasciamo soffrire e poi, li lasciamo morire….

Fonti

www.aids2016.org
www.unaids.org
Rapporto UNAIDS 2016
www.thebodypro.com

Empowerment del paziente:

quali rischi e benefici?

A cura di **Maria Luisa Asta**

Mettere il paziente al centro del processo di cure, renderlo partecipe e protagonista della sua salute, questa è la nuova sfida che il mondo della Sanità si appresta ad intraprendere.

Timidi accenni a questo nuovo modo di fare salute li abbiamo letti nel Piano nazionale della cronicità, previsto dal Patto per la salute 2014/2016 e, trasmesso appena due settimane fa in Conferenza Stato – Regione; il primo piano per la cronicità redatto in collaborazione con associazioni dei pazienti e Cittadinanzaattiva. Un piano che traccia delle linee di indirizzo orientate proprio in direzione di una partecipazione attiva del paziente al proprio progetto di salute, si parla infatti di il Chronic care model, la Piramide di Kaiser e la Piramide del rischio, tutti modelli che presuppongono la centralità del paziente rispetto alle altre figure professionali.

Non è certo un concetto nuovo, ma un modello di cure di cui già si parla da tempo in Europa, richiamato nei piani di

Salute pubblica e denominato Empowerment.

Cos'è l' Empowerment?

Non è un concetto di facile traduzione, non ha ancora una vera e propria corrispondenza nella nostra lingua, ma è un concetto che si sta facendo strada ed è bene conoscere il fenomeno, con tutti i suoi pro ed i suoi contro.

L'etimologia della parola suggerisce di suddividere la stessa in sezioni: em – power -ment. Il prefisso em viene utilizzato con il significato di "mettere nella condizione di" o anche di "andare verso", riferendosi quindi ad un movimento propositivo verso qualcosa. Il sostantivo power viene in genere tradotto letteralmente come "potere", "essere in grado di", "potere di". Infine, il suffisso ment definisce al tempo stesso sia un processo, sia un risultato.

Il termine fu coniato dallo psicologo americano Bob Anderson, esso pone al centro del processo di cure la storia personale, il vissuto, le relazioni sociali, l'ambiente presente e passato del paziente, e lo considera un soggetto attivo.

E' un concetto che si sviluppa negli Stati Unti già a partire dagli anni '70, quando il paziente esce da ruolo di soggetto passivo e si autodetermina come parte attiva, è la rivoluzione culturale di quegli anni che porta a questa partecipazione popolare. Dal processo di Norimberga in poi, con l'introduzione del Consenso Informato è un susseguirsi di piccole conquiste in questo senso: l'Associazione americana degli ospedali sancisce l Patient bill of rights" a cui fa seguito il "Living will". In Gran Bretagna vengono introdotte le "Patients Chartes", sulla cui scia nel nostro Paese a metà degli anni novanta, viene introdotta la Carta dei servizi Pubblici e successivamente quella dei Servizi sanitari.

Il Patient Empowerment è una strategia che attraverso l'educazione sanitaria e la promozione di comportamenti favorevoli alla salute, fornisce alla persona gli strumenti critici per prendere decisioni migliori per il loro benessere, riducendo le diseguaglianze culturali e sociali.

E' una sorta di "terapia informativa" che nel limite del possibile tende a livellare le conoscenze tra medico e paziente.

Il paziente informato quindi adotta un comportamento favorevole al mantenimento della propria salute e partecipa attivamente allo svolgimento delle proprie cure, esercitando il diritto ad essere informato su tutti gli aspetti medici che lo riguardano e compiendo scelte più responsabili in merito alla propria salute.

Questo naturalmente in via di principio è esatto, è la concretizzazione di questo che purtroppo è costellata di insidie che vedremo più avanti.

I vantaggi del patient Empowerment ci sono e non sono trascurabili, un paziente al centro del proprio processo di salute e di cure, si sente responsabilizzato, incluso nei processi decisionali, si sente più forte sulla scena. E' un paziente che è capace di aumentare la propria compliance rispetto alle terapie proposte. Aumenta anche il senso di responsabilità nella fruizione dei servizi sanitari.

Un paziente cosciente ed informato, sa come prevenire le malattie più comuni derivanti da comportamenti scorretti ed altrettanto sa come gestirsi nel processo di cura.

Ma un paziente informato è anche una persona più vulnerabile.

E questo non è il solo rischio, se questo processo di Empowerment non è seriamente monitorato.

Il rischio che maggiormente si corre è quello di trasformare il paziente da Empowerment a Target, per chi nutre interessi commerciali nei suoi confronti.

Il paziente oggi viene a contatto con le informazioni tramite la Rete, tramite la miriade di associazioni per malati che si trovano nel web, sono proprio le associazioni che fanno da tramite tra il paziente e l'Informazione.

Proprio le associazioni però sono un anello fragile di tutto il processo di Empowerment, in quanto si muovono su un filo sottile, in equilibrio instabile tra, gli interessi del malato e gli interessi di chi ne finanzia le attività, case farmaceutiche o biotech.

Ecco che il paziente, che in maniera inconsapevole si sente al centro del processo di cure diventa invece target commerciale, per cui le informazioni che gli arrivano sono mediate da scopi lucrosi.

A questo rischio si aggiunge quello delle piattaforme dedicate ai malati, sviluppate proprio da aziende private, che hanno ben altri interessi che fa l'interesse del paziente.

Secondo l'Agenzia di consulenza Frost&Sullivan, nel 2017 i portali rivolti ai malati frutteranno circa 990 milioni di dollari, e sempre secondo Accenture, almeno il 91% delle aziende farmaceutiche ha in programma di realizzare sei o più servizi centrati sul paziente, nei prossimi anni.

Questo vuol dire che, al di là della questione trasparenza, su una assente regolamentazione in tema di associazioni ed industrie, i pazienti rischiano di avere della informazioni fuorvianti, dettate da questo o quell'altro interesse economico.

Ed allora il Governo deve tra le tante cose da fare, puntare ad un regolamento che vigili sulla strumentalizzazione delle industrie sulle associazioni dei malati e, siccome internet è sempre più dilagante in tutti gli strati sociali, e non si può certo porre un veto di accesso alle notizie ed alle informazioni, la nostra politica sanitaria, dovrebbe puntare nell'immediato ad una alfabetizzazione scientifica dei cittadini, per evitare strumentalizzazioni, ma anche per aiutare il paziente a non perdersi nella miriade di informazioni che la rete offre, spesso non veritiere o di difficile interpretazione per chi non la formazione giusta per recepirle.

L' Empowerment è un concetto interessante, sicuramente una sfida importante, per una medicina più equa ed appropriata, ma deve essere sviluppato con rigore, correggendo tutte quelle variabili che potrebbero renderlo nefasto.

Fonte: Vantaggi e rischi del coinvolgimento del paziente in sanità

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

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

Per scrivere alla redazione:
infermieristicamente@nursind.it

Storie di ordinario demansionamento...

Tutto cambiò in quell'afoso giorno d'estate, quando, in preda alla rabbia, per essere stata per l'ennesima volta, demansionata, umiliata e svilita da un sistema perpetrato da grosse carenze organizzative, ho cominciato a chiamare dei numeri a caso, numeri trovati nella bacheca in medicheria alla voce "sindacati dell'azienda". Con le lacrime agli occhi e la voce tremante, ho provato a raccontare l'accaduto al primo che mi ha risposto. L'interlocutore non capiva perché piangessi, sminuendo l'accaduto, continuava a ripetermi che sono cose che succedono quando manca una figura e in poche parole mi ha fatto capire che è una prassi, che tutti un po' alla volta lo fanno e stanno zitti, che noi, infermieri, possiamo fare il lavoro dell'OSS, ma loro il nostro no.

Indignata dalla risposta ricevuta, ferma nel mio intento, proseguii chiamando il numero di seguito, ma alla domanda " E' giusto che un'infermiera venga demansionata per la mancanza dell'OSS?" mi venne detto: "Mi devo informare e poi la richiamo subito…" .Ad oggi la risposta non è ancora arrivata....

Mi arresi, continuavo a piangere, mi sentivo sola, disperata ed inerme… era tardo pomeriggio quando, raccolto tutto il mio coraggio, decisi di chiamare l'ultimo numero di telefono e di raccontare per la terza volta tutto quello che mi era successo, con la voce sempre più tremante, perché più passava il tempo più stavo male, più il dolore si acuiva; mi vergognavo di me stessa, una vergogna che mi impediva anche ad andare a rispondere ai campanelli, visto la rabbia del paziente stesso e dei suoi familiari che furenti, come se fossero in pubblica piazza e non all'interno di un ospedale, lungo il corridoio mi urlarono contro: "Lei è un OSS, si allontani dal mio...; voglio parlare con un'infermiera o con un medico".

A quel terzo numero non rispondeva nessuno...non sapevo cosa dovevo fare, chiamare il CI, chiamare il RID, il direttore sanitario...

All' improvviso ricevetti una telefonata, il numero era quello composto precedentemente, il terzo numero composto. Il solo fatto che mi avessero richiamato, interessandosi a me ed ai miei problemi,mi fece stare meglio, rimasi colpita dalla gentilezza e dalla pazienza nell'avermi ascoltato fino alla fine del racconto, senza mai interrompermi; mi sentivo compresa (era quello che volevo), qualcuno che dall'altra parte della cornetta per la prima volta si interessasse al paziente mettendolo al primo posto, si interessasse agli infermieri, che ammettesse la presenza di carenze organizzative come prassi.

Ricordo come fosse ieri le sue parole:" stai tranquilla, non avere paura, provvederemo noi all'accaduto, torna in corsia e fai vedere agli altri quello che sei, un' infermiera! Sei stata assunta come infermiera e devi fare solo quello!"

Le sue parole mi hanno dato il coraggio di continuare il mio lavoro, mi hanno rassicurata e ridato la fiducia in me stessa.

Presa dall'impeto di raccontare la mia storia, mentre le parole a raffica scorrevano, ho dimenticato di dirvi il motivo di quella disperazione, di quell'umiliazione,ovvero io Infermeria costretta a coprire le mansioni dell' Oss, e questo perché nella mia Unità operativa, il sabato pomeriggio e la domenica pomeriggio non è prevista la presenza dell'OSS.

Riconosciuta sin dall'inizio la serietà e la professionalità di chi era dall'altra parte della cornetta del telefono, ho insistito perchè mi rivelasse la sigla del suo sindacato, anche se, sin da subito mi ha ascoltata e consigliata incondizionatamente... Penso non facciate fatica a capirlo, avete dei dubbi? Qual'è l'unico sindacato di categoria, l'unico sindacato che ha a cuore l'infermiere, nonostante gli ostacoli sociali e politici? L'unico sindacato che mette al primo posto il paziente e lotta continuamente per garantirgli un'assistenza infermieristica di alta qualità, assistenza che va sempre verso l'evoluzione e verso la conquista di nuovi orizzonti di una scienza, di un arte, l'arte di essere infermiere!

Sono passati tanti anni da quando faccio parte dalla numerosissima famiglia che mi ha consigliata, mi è stata sempre vicino, famiglia che ha contribuito alla mia crescita professionale, all'evoluzione e il miglioramento della mia immagine attraverso incontri tra professionisti, corsi di formazione con argomenti sempre più interessanti ed utili.

Con il suo preziosissimo aiuto , oggi ho superato la paura, ho riconquistato la fiducia in me stessa e ho trovato la tranquillità! Grazie NURSIND !

Carmen Diaconescu

Dll gelli: nuove regole per la responsabilità professionale. trionfo o beffa?

Il nostro Governo continua a lavorare sull'approvazione della nuova legge sulla responsabilità professionale.

Si afferma che la normativa vedrà la luce entro il 2016.

Ci siamo quasi! Allora, mi sono preoccupato di leggermi il testo già approvato dalla Camera dei Deputati. Una norma fortemente voluta dal legislatore poiché racchiude in sé la ricetta magica per ridurre i costi assicurativi a carico del SSN.

Quando mi sono documentato sullo scopo della legge, ho pensato che esistesse un'unica strada da percorrere. La gestione del rischio clinico. Da professionista sanitario, ho immaginato che l'unico valido modo per ridurre i premi assicurativi, potesse essere quello di limitare i casi di malasanità.

Ho pensato che il Governo volesse porre in essere nuovi accorgimenti, a breve, medio e lungo termine, per migliorare la gestione del rischio clinico. Meno errori=meno risarcimenti=riduzione dei premi assicurativi. Per parafrasare un famoso spot: prevenire è meglio che curare.

Con grande sorpresa, mi accorgo che il Governo ha deciso di percorrere l'ennesima scorciatoia. Riduciamo i premi attraverso la diminuzione delle denunce e dei contenziosi. Facciamo molta attenzione alla differenza che intercorre tra la strada più impe-

gnativa e la scorciatoia. L'espediente adottato dalla normativa, a mio parere, è che la riduzione dei contenziosi è legata a una maggiore difficoltà, per il cittadino, d'intraprendere questo percorso. La complessità è racchiusa nella prima grande modifica. Il risarcimento civile è stato diversificato. Se si denuncia l'azienda, rientriamo in quella che è definita "responsabilità contrattuale". Quest'ultima prevede dieci anni di prescrizione e l'onere della prova a carico dell'azienda. Se denunciamo il sanitario (solitamente è lui che sbaglia) la responsabilità diventa "extracontrattuale". La prescrizione è ridotta a cinque anni, e l'onere della prova è carico del paziente. Il quesito che mi pongo è se il paziente è davvero in condizione di esercitare questo diritto. L'unica arma che ha è la richiesta delle cartelle cliniche, che non essendo informatizzate, "potrebbero" contenere omissioni o errori che inficerebbero il giudizio.

Obiettivamente una nota positiva l'ho intravista in questo disegno di Legge.

È eliminata la colpa grave per i professionisti che cagionano un danno pur rispettando le linee guida e i protocolli.

Questo mi sembra doveroso. Se un professionista agisce secondo scienza, adottando comportamenti basati su evidenze scientifiche, non deve essere incolpato con gravità. Un punto di vista, messo in sospensione, poiché in attesa di conoscere l'ente che redigerà queste linee guida. Se fosse garante l'ISS (come sembra ipotizzare il disegno di legge) tutto andrà bene, se la stesura fosse delegata a società scientifiche connesse a multinazionali produttrici di farmaci e/o presidi, allora aspetterei ad applaudire quest'aspetto. Purtroppo il DLL specifica solo che le linee guida siano elencate dall'ISS che si può avvalere di società scientifiche. Direi essere un po' vago.

È previsto un fondo di garanzia che possa risarcire i malcapitati in caso d'insolvenza da parte delle assicurazioni, che restano obbligatorie e a carico delle aziende e dei professionisti.

Un disegno di legge che prevede importanti modifiche. Si cerca ancora una volta il risparmio ad ogni costo, e ancora una volta questo risparmio potrebbe andare a discapito dei cittadini. Una legge di questa importanza sembra essere una grossa pezza su una carente normativa nell'ambito della responsabilità professionale.

Non si può varare una legge su quest'argomento senza un preventivo accertamento di quello che è il risk management. Come si può pensare di intervenire sul problema cattiva sanità non rincorrendo l'errore, OPS non prevenendo l'errore. La Legge non ha atteso alcuno studio su com'è gestito il rischio clinico, non ha verificato l'applicazione della normativa sulla prevenzione del danno. Il DLL è basato su dati strettamente correlati al contenzioso. Si sono studiati gli ultimi cinque anni di ricorsi con il solo scopo di diminuire la spesa, senza cercare di eliminare il problema.

C'è un detto: la vita è come un soldo, ci puoi comprare tutto, ma una volta sola.

Siamo sicuri di spendere bene il nostro soldo con questa legge?

Questa l'opinione di un professionista sanitario, l'opinione di un infermiere.

Alfonso Megna

Odissea nella Sanità Privata: le disavventure di un infermiere che voleva solo lavorare

Questa storia è assolutamente vera, non è frutto di alcun tipo di finzione purtroppo. Come tutti noi professionisti della salute, anni fa era arrivato anche per me il momento di laurearmi e trovarmi un lavoro. Dopo alcuni colloqui finiti con il solito "le faremo sapere" ed uno stupidissimo rifiuto di un avviso pubblico, venni chiamato da un' azienda della sanità privata, ancora oggi maledico l' invio di quel Curriculum.

Prima impressione; chi è costui che mi ha fatto il colloquio? È sul serio un medico? Perché non mi mostrano i reparti?

Primo giorno h 14: qualcosa non quadra

H 15: voglio andare a casa.

H 16: perché mi sono laureato in infermieristica?

H 17: qualcuno mi salvi!!

E così arrivarono le 21 e tornai mestamente a casa con l' intenzione di licenziarmi, ma non volevo deludere i miei genitori e chi mi stava accanto e decisi di provare. Io non conoscevo quasi nessuno, avevo sentito di una ragazza che si era laureata insieme a me che era fuggita da lì dopo il primo giorno e non avevo difficoltà a capirla, quasi non parlavo tranne che per chiedere quello che si doveva fare e come andava fatto, questo fece di me quello lento che ancora non sapeva lavorare DA SOLO!!

Chiesi come potevo fare per avere un campetto sterile e mi risposero che non esiste la sterilità, e in effetti non esistono tuttora i guanti sterili in quel girone infernale.

Non chiedere; non rompere; sei da solo, anche se l' infermeria è in comune per 3 reparti, ma non devi dire

che sei da solo, considerati fortunato se trovi il collega disposto a darti una mano perché in tanti non te la daranno, pare che sia considerata una forma di crescita e non mobbing. E soprattutto rispondi signor sì a tutti: a parenti che fanno richieste assurde, a caposale che ti propongono turni massacranti illegali e compiti che spettano di fatto ad un oss, ai medici che ti trattano come se fossi il loro schiavo e che ne sanno meno di te, a impiegati amministrativi che senza una laurea si permettono di comandare e metterti i bastoni tra le ruote, agli ausiliari ed oss che sono tenuti e non fare assolutamente niente e soprattutto colleghi che si fanno grandi della loro ignoranza.

Come se al peggio non ci fosse mai fine, ecco qui i dispetti. Pazienti lasciati in condizioni pietose: tanto ci sei tu. Terapie non date o date a caso: tanto si lamentano con te. Presidi e farmaci da riordinare: tanto ci sei tu, peccato che tutto ciò sia durato per 10 lunghi anni, quindi anche quando non ero più l' ultimo arrivato!!

Nel corso degli anni mi sono anche state attribuite storie con colleghe che avevano 30 anni più di me, ho ricevuto sfregi omofobi al mio armadietto, mai presi in considerazione da nessuno, neanche dai carabinieri; sfregi alla mia auto. Per non parlare di tutti fatti insieme ad una generica, lei aveva i prelievi (guarda caso) ed io glieli dovevo fare anche se erano due reparti diversi con infermeria unica, ma io dovevo rispondere di tutto: certo perché secondo i capoccia del luogo non risponde solo chi sbaglia, ma anche tutto il turno, quindi prega Dio che nessuno faccia qualche errore perché ci rimetti anche tu che in quel momento eri in una stanza a fare il tuo bravo lavoro da oss, mentre magari l' oss stava tranquillamente seduto a conversare su quanto sia dura stare lì.

Però un errore l' ho fatto in questi anni, lo ammetto; ho voluto riprendere gli studi, un affronto vero e proprio,

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

visto che le 150 ore non le ho mai avute, ma ho dovuto bruciare le ferie e passare 3 anni della mia vita ad usarle solo per andare a lezione e per fortuna mi è avanzato qualcosa per il periodo estivo. Alla fine il diniego di un' aspettativa che mi spettava di diritto, porta alla conseguente scelta del licenziamento.

Dopo tanti anni e non so quante ulcere io ho fatto una scelta, ho scelto il pubblico a tempo determinato senza sapere come andrà a finire piuttosto che il finto tempo indeterminato che ti da un privato a caro prezzo, la tua salute!

F.F.R.

Sindacalismo oppure mero Marketing Commerciale? Riflessioni di una "EX" iscritta.

Antonella Maffioletti, figura storica del sindacato, negli anni, ha fatto crescere e sostenuto il sindacalismo Infermieristico a Novara dando un grandissimo contributo in Piemonte. Aveva scelto di non impegnarsi più per una organizzazione sindacale che nulla aveva a che fare con la tutela e la valorizzazione della professione Infermieristica, tranne che essere diventato un esercizio commerciale, vera espressione di Marketing.

Antonella, "ha scelto NurSind", Sindacato delle Professioni Infermieristiche. Siamo assolutamente certi che la sua presenza ci arricchirà è sarà da stimolo per tutti noi per far crescere ancor di più "L'UNICO SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE" NurSind!

Roberto Amerio, Segretario Territoriale NurSind VCO, in una "nota" ha condiviso le riflessioni di Antonella, che noi a sua volta, pubblichiamo.

Estratto della mail ricevuta da Antonella Maffioletti.

<<…Sappiamo che trovare nuovi iscritti ti imporrà di sacrificare un po' del tuo tempo e dei tuoi mezzi, ma questo è necessario se vuoi un futuro migliore. Nursing Up ha istituito la campagna nazionale di tesseramento "fai crescere il Nursing Up per far crescere l'infermiere" , in questo modo potremo almeno evitare che tu debba sostenere dei costi per aiutarci , abbiamo messo a disposizione delle risorse per rimborsarti delle spese di carburante che sosterrai.

La campagna e' riservata agli iscritti del Nursing Up, per partecipare basta andare nella propria area riservata associati e scaricare il modulo di partecipazione dopo aver preso visione del regolamento.

Per il funzionamento della campagna nazionale si rinvia al regolamento sopracitato ma gia' in questa informativa ti anticipiamo che essa sarà avviata il 01/07/2016 e terminerà il 31/12/2016 e che il controllo degli iscritti da te presentati verrà effettuato sui tabulati degli ospedali di Marzo 2017 e per quel mese tali nuovi associati , dovranno risultare iscritti.

Se saranno rispettati tutti i termini della campagna, che ti invitiamo a leggere personalmente sullo specifico regolamento, se presenti il modulo di partecipazione e le ricevute carburante sarai rimborsato come segue:

- 100 euro di rimborso carburante per le spese della tua mobilità ai fini del proselitismo, se sei riuscito a far iscrivere al Nursing Up 5 nuovi dipendenti di ospedali pubblici;

- 50 euro di rimborso carburante per le spese della tua mobilità ai fini del proselitismo, se sei riuscito a far iscrivere al Nursing Up 3 nuovi dipendenti di ospedali pubblici...>>

Uno stralcio di una mail arrivata ieri….non ho parole…e decido che è giunto il momento di dare disdetta a questo sindacato nel quale ho creduto e tanto…per il quale già nel 1998, quando mi sono iscritta, in Lombardia…nel 2001 portandolo a Novara… ho "sacrificato" un po' del mio tempo togliendolo un po' al resto della mia vita ma ci credevo davvero… ho continuato a fronte di sempre maggiori dimostrazioni di quanto invece tu singolo conti solo per fare iscritti…non importa quanto conta il tuo parere o quanto investi in termini di tempo, fatica e situazioni difficili perché devi anche sostenere altri ruoli e cercare sempre di dare il meglio far funzionare anche il resto altrimenti diventa così facile attaccarti!!!!

Rispecchia tutto il resto…non c'è differenza, anche questa era illusione…ebbene si almeno ai miei occhi per quello che ho visto negli anni… stesse modalità di riconoscimento a chi…non osa contraddire, persegue le direttive senza metterle in discussione, a fronte di chi invece magari propone o vuole comprendere meglio senza per forza mettersi in competizione… un sano regime democratico e tanto di cappello alla competenza, alla leadership di un presidente che negli anni si è "manifestato" con le sue grandi capacità, le competenze ma anche per il suo autoritarismo.

Non credo di dovermi troppo soffermare sulla mail ricevuta e su quanto si sono nuovamente inventati per far iscritti…non ho parole davvero, ma ormai non mi stupisco più di ciò che può essere "inventato" per incantare…stessi mezzi usati dal sistema politico del resto, perché stupirsi? Strana la nostra categoria, capace di scontrarsi piuttosto che sostenersi… potremmo davvero fare la differenza se solo prendessimo esempio da altre categorie ed invece…pronti ancora a farci del male ma questa volta non per i soliti sindacati, le solite sigle ma dalla stessa categoria.

Mi sento però di chiedervi di riflettere anche solo un attimo…a chi da tanto tempo come me ci è stato e a chi ha iniziato ora…andate oltre provate a farvi due domande: questo è il modo innovativo di fare sindacato? Questo è quello che vi aspettate? Di crescere grazie ad una campagna di marketing?

Dopo quasi vent'anni dalla nascita di questo sindacato che è cresciuto si…nei numeri e ha saputo…si… investire nelle sedi…nelle assunzioni… e…?.

La redazione di Infermieristica-Mente e NurSind augura ad Antonella il più caloroso benvenuto. Benvenuta in questa grande "FAMIGLIA" che conta più di 30.000 "INFERMIERI" iscritti.

Chiudiamo questo messaggio di benvenuto nel Sindacato delle Professioni Infermieristiche NurSind, nella certezza che, rispetto alle sfide che ci attenderanno nel prossimo futuro che saranno fondamentali, oggi abbiamo una forza in più` per vincerle, grazie al contributo e di quanti vorranno, come ha fatto Antonella, apprezzare e respirare l'esperienza di vivere in un Sindacato vero, libero, democratico e autonomo, quale e` il NurSind.

Con sincero affetto e gli auguri di buon lavoro da parte nostra.

Francia: gli infermieri stanno male!

5 suicidi in pochi mesi

Sale la protesta del sindacato di categoria

In una lettera aperta inviata il 9/9/16 al Presidente Francois Hollande, la Presidente del Sindacato CNI (Coordinamento Nazionale Infermieri) Nathalie Depoire, cerca di svegliare l'attenzione del massimo rappresentante istituzionale a tutela dei principi cardine della Repubblica Francese, libertà, uguaglianza, fraternità.

Nathalie chiede ad Hollande quanti altri suicidi si dovranno verificare prima che il Ministro della Salute, Marisol Touraine, si degni di prestare attenzione alle condizioni insopportabili di stress lavoro-correlato che la categoria infermieristica sta sopportando?

Un'estate da dimenticare per i nostri colleghi in Francia: il 13 giugno a Tolosa, il 24 giugno a Le Havre, il 30 giugno a Saint-Calais, il 23 luglio a Reims e l'ultima il 13 agosto sempre a Reims e nello stesso servizio, accaduto ad una infermiera di 46 anni e madre di due figli. Tutti suicidi durante il lavoro ad eccezione dell'episodio del 13 agosto verificatosi al domicilio.

Si chiede ad Hollande che ne è degli impegni assunti per modificare la legge che ha trasformato in peggio il servizio sanitario pubblico?

Si chiede ad Hollande che ne è degli impegni a definire un miglior accesso alle cure palliative nelle strutture residenziali per gli anziani o al loro domicilio?

Si accusa Hollande di essere uguale ai suoi predecessori, con nobili ambizioni di tagliare la spesa pubblica ma, attenzione, NON a scapito delle vite umane!

Si punta il dito contro le sfrenate ristrutturazioni ospedaliere per soddisfare le indicazioni dei tagli di bilancio.

Si denuncia l'aumento esponenziale del carico assistenziale (Ratio Paz/Inf) sul singolo professionista che di conseguenza non riesce a garantire la qualità delle cure ne le prestazioni indispensabili, tanto da mettere in crisi la stessa motivazione etico/professionale che la categoria ha da sempre nel proprio DNA, oltre che averlo dimostrato apertamente e concretamente agli occhi dei media nelle recenti stragi avvenute nel Paese in cui gli infermieri si sono immediatamente mobilitati, ancor prima che giungessero loro le chiamate a casa delle direzioni ospedaliere.

Maggior stress lavorativo e psicologico alla base delle aumentate assenze per malattia non fanno che aggravare ulteriormente la carenza di organici. Un cane che si morde la coda.

Un lungo silenzio assordante quello della Ministra Touraine, a parte una stringata dichiarazione a seguito della pressione mediatica, che ha ferito gli infermieri già colpiti dal lutto per i colleghi che non ce l'hanno fatta a proseguire il loro impegno assistenziale, istituzionale e famigliare. Ministro che pur avendo dichiarato nel 2012 l'importanza della prevenzione dei rischi da stress lavoro-correlato, ha disatteso di fatto il suo impegno in questo campo. Piani di prevenzione del rischio inesistenti o inefficaci perchè considerati secondari.

Ed ancora Depoire ricorda ad Hollande che gli infermieri sono molto legati ai valori della loro funzione pubblica assistenziale, ma al contempo soffrono della pressione imposta loro dai tagli e dai meccanismi di tariffazione delle prestazioni sanitarie che determinano un abbassamento della qualità delle cure fino a farli sentire "in colpa", alla fine della giornata lavorativa, per non aver potuto fare il proprio lavoro!

Depoire ricorda al Presidente che nelle stragi del novembre 2015, gennaio e luglio 2016, gli infermieri si sono spesi al massi-

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND

mo delle loro energie ed hanno garantito un servizio indispensabile allo Stato. Servizio che a queste condizioni non è detto possa essere garantito nel prossimo futuro. La nazione non può permettersi di contare sempre e comunque sull'altruismo di "piccoli e coraggiosi soldati" (infermieri) se non è in grado di sentire la loro sofferenza quotidiana e senza dotarli delle risorse necessarie.

Depoire conclude la lettera aperta avvertendo il Presidente che è urgente ed indispensabile definire e garantire il giusto rapporto inf/paz ed attuare una vera prevenzione dei rischi psicosociali nelle strutture di assistenza. Sarebbe utopico pensare che bastino semplici raccomandazioni se non accompagnate da risorse finanziarie. E' assurdo vedere colleghi suicidarsi e perdere la vita perchè non ce la fanno più a fornire le cure per le quali sono stati formati!

In attesa di una autorevole risposta istituzionale, il sindacato CNI non sta con le mani in mano. E' stato indetto per Mercoledì 14 settembre uno sciopero nazionale della categoria con manifestazione pubblica alla rotonda del municipio a Martigues, invitando anche la popolazione ad essere solidale ed i colleghi a presenziare con il lutto al braccio sulla divisa..

Donato Carrara

Portogallo:

ondata di scioperi in tutto il Paese

per le 35 ore, più assunzioni e aumenti. In Italia 35 h previste dall'art. 27 del 1999 ... Mai applicate!

Ondata di scioperi, manifestazioni e assemblee degli infermieri portoghesi che rivendicano le 35 ore settimanali, come promesse dal Ministero della Salute e delle Finanze nell'incontro negoziale del 4 maggio 2016 e ratificato il 24/6/16 (ad oggi ne fanno 40), più assunzioni, progressioni di carriera, pagamento degli straordinari, valorizzazione degli stipendi degli infermieri specialisti.

In tutto il Paese, il SEP (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses) ha scatenasto l'offensiva contro il governo ed il ministero della salute organizzando un Piano Nazionale di Lotta affinché attuino le conquiste, promesse e già definite in articoli di legge, dal 2010.

Sono stati organizzati scioperi e mobilitazioni a scacchiera in tutti gli ospedali del Portogallo, al fine di mantenere viva l'attenzione dell'opinione pubblica alle rivendicazioni del SEP.

All'ospedale di Lisbona gli scioperi sono stati programmati per il 30, 31 agosto, 1 e 2 di settembre,

Al Centro Hospitalar Tondela-Viseu, la protesta si è espressa con 5 giornate di assemblea nella hall del Policlinico, dal 22 al 26 agosto, dalle 9 alle 12 a cui hanno partecipato mediamente 65/70 infermieri che hanno valutato positivamente la forma di protesta e hanno dichiarato di essere pronti a proseguirla anche per due settimane se non si otterranno risultati.

All'ospedale di Porto, lo sciopero del turno mattutino dalle 8 alle 14 del 26 agosto ha avuto un'adesione del 55%

A Guimaraes le adesioni ai 4 giorni di sciopero sono state del 90% al turno di notte, del 66% del turno di mattina e dell'84% del turno pomeridiano e si stanno raccogliendo firme di solidarietà e sostegno da parte dei cittadini.

In un fermo comunicato al primo ministro, il Segretario del SEP, Josè Carlos Martins, chiede al governo il rispetto dei patti presi nella seduta dello scorso 4 maggio, dinnanzi al ministro della salute e delle finanze e del protocollo sottoscritto il 24 giugno in cui veniva precisato che il governo si impegnava con uno strumento legislativo a concretizzare l'applicazione della settimana di 35 ore al personale del SSN.

A settembre doveva già essere predisposto il testo della legge di istituzione delle 35 ore settimanali, anche per via delle sanzioni che la Commissione Europea potrebbe somministrare al Portogallo per inadempienza della normativa sull'orario di lavoro.

Il Segretario Martins conclude sottolineando e pretendendo il rispetto degli impegni presi tra "persone in buona fede" ed il recupero del processo negoziale che ponga fine all'ingiusta ed intollerabile situazione.

La prossima iniziativa sarà una manifestazione nazionale a Lisbona indetta per il 9 settembre alle 11 con concentramento davanti all'ospedale Santa Maria.

Per chi non lo sapesse, in Italia le 35 ore settimanali sono già previste per i turnisti dall'art. 27 del contratto del 1999, previo accordo aziendale con la RSU. Purtroppo constatiamo che questa previsione è stata per lo più ignorata e disattesa, salvo rarissime eccezioni.

Le 35 ore settimanali sono il perfetto debito orario per i turnisti in quanto non li fa andare ne in debito ne in credito nello svolgimento dei turni annui, laddove è in uso il turno in quinta (M-P-N-S-R) e cioè in larga parte delle aziende ospedaliere italiane.

In Portogallo scioperano perché il governo ha disatteso un impegno da 3 mesi... In Italia cosa dovremmo fare per far rispettare un accordo sottoscritto 17 anni fa? Alle RSU quindi il compito di attuare al più presto l'accordo aziendale!

Donato Carrara

NurSind
Sede Legale: via Squartini, 3 - 56121 Ospedaletto - Pisa - Fax 06 92913943
www.nursind.it - nazionale@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o .....

Nata/o a ..... il ...../...../.....

Residente in via ..... N° .....

Città ....Prov. (.....) CAP _ _ _ _ _

Tel. ..... Cell. .....

Email: .....

Codice Fiscale .....

Qualifica .... Matricola .....

In servizio presso .....

☐ Assunto a Tempo Indeterminato ☐ Assunto a Tempo Determinato

si iscrive

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

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

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

Data _ _ / _ _ / _____ in fede .....

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

Data _ _ / _ _ / _____ in fede .....

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

Compila e spedisci via FAX allo 06.92913943 oppure telefona alla sede più vicina alla tua città (vedi la pagina sul retro).

I contatti del NurSind in Italia

AGRIGENTO	342 5376998	IMPERIA	340 6170522	PORDENONE	347 1174975
ALESSANDRIA	348 7730047	L'AQUILA	333 4125508	PRATO	320 6756303
ANCONA	339 2221513	LATINA	347 8465074	RAGUSA	393 9912052
AREZZO	328 0479421	LECCE	347 3423464	RAVENNA	327 9045929
ASCOLI PICENO	333 8084111	LECCO	349 6441234	REGGIO CALABRIA	329 9283470
ASTI	349 8668562	LIVORNO	349 8870262	REGGIO EMILIA	333 4246200
AVELLINO	333 1152288	LUCCA	328 0596018	RIETI	334 3800929
BARI	339 4064096	MACERATA	338 1745511	RIMINI	329 0683133
BENEVENTO	348 7240030	MASSA-CARRARA	349 8683300	ROMA	06 99925553
BERGAMO	348 7368056	MATERA	342 8053431	ROVIGO	347 7672006
BOLOGNA	334 2737666	MEDIO CAMPIDANO	347 1644078	SALERNO	320 4627261
BRESCIA	348 2961805	MESSINA	329 1346064	SASSARI	328 9443801
BRINDISI	329 3661402	MILANO	331 5643203	SAVONA	347 5875644
CAGLIARI	349 4319227	MODENA	333 4246200	SIENA	393 3248029
CALTANISSETTA	329 7009683	MONZA	339 1937863	SIRACUSA	340 6445402
CAMPOBASSO	347 0733738	NAPOLI	338 6268353	SONDRIO	345 9737967
CARBONIA	349 4319227	NOVARA	347 3883671	TARANTO	333 3940862
CASERTA	338 3568720	NUORO	347 9556199	TERAMO	329 0075711
CATANIA	333 2546522	OLBIA TEMPIO	349 2427476	TORINO	328 5314092
CATANZARO	320 4370271	OGLIASTRA	347 9556199	TRAPANI	347 3744150
CHIETI	347 3309025	ORISTANO	333 9618011	TREVISO	340 3402872
COSENZA	368 7215017	PADOVA	334 9211902	TRIESTE	328 4614838
CUNEO	329 4058815	PALERMO	339 1289128	UDINE	346 3511171
ENNA	333 6106527	PAVIA	329 2963119	VARESE	377 1558167
FERMO	348 3394773	PERUGIA	349 3988700	VENEZIA	345 9222334
FERRARA	340 0073961	PESARO-URBINO	334 5317010	VERBANIA	347 7303020
FIRENZE	389 9994148	PESCARA	320 3134105	VERONA	329 9559578
FOGGIA	320 8811330	PIACENZA	328 6907603	VIBO VALENTIA	380 7978263
FORLI'	329 0683133	PISA	320 0826435	VICENZA	320 0650894
FROSINONE	349 8064069	PISTOIA	340 2395331	VITERBO	3297672042
GORIZIA	339 3500525				

NURSIND

NurSind e gli Infermieri

Per l'autorappresentanza e autotutela sindacale
Per affermare la centralità della professione nel panorama sanitario
Per la sottoscrizione del contratto di area infermieristica
Per il miglioramento delle condizioni di lavoro
Per il superamento della questione retributiva
Per la valorizzazione del merito
Per il riconoscimento della qualità dell'assistenza

Contro il demansionamento costante
Contro il monoblocco confederale
Contro la delega a "terzi"
Contro le logiche aziendali della "quantità delle prestazioni"
Attenti ad evitare che le logiche di mercato siano strumentalizzate al fine di ridurre inaccettabilmente le tutele per i lavoratori

www.nursind.it
nazionale@nursind.it

www.infermieristicamente.it
infermieristicamente@nursind.it