



Dal 15 Nov 2009
è in vigore la
**Riforma
Brunetta**

cosa cambierà per gli

Infermieri?



sommario:

attualità

- 4 - Riforma Brunetta: cosa cambierà per gli infermieri?
- 8 - Il nuovo CCNL del Comparto Sanità II° BIENNIO ECONOMICO 2008-2009
- 10 - Lettera a Brunetta per un Contratto Infermieristico
- 10 - Decreto Farmacie: dal Governo, avanti piano, con gli Infermieri
- 11 - Contratto Nazionale Sanità Privata: si punta alla contrattazione regionale
- 12 - Regione Lombardia: il Cambio Divisa è orario di servizio
- 12 - Pensione a 65 anni per le donne: chi sono le escluse?
- 13 - Libera Professione Infermieristica: il nuovo testo licenziato in Commissione

dal territorio

- 15 - Piano Sanitario Friuli Venezia Giulia: il contributo del Nursind
- 20 - Osp. Civili di Brescia: dalla "lanterna" al "Case Manager"
- 21 - Cosenza: NurSind denuncia la cronica carenza di personale
- 21 - NurSind sbarca a Varese
- 22 - NurSind Napoli compie 1 anno di vita
- 22 - Dal Cannizzaro di Catania: Il "Piano di rientro" e le ricadute sull'attività Lib. Prof.
- 23 - Nasce NurSind a Novara
- 24 - NurSind Pordenone: borsa di studio per laurea di 1° liv. in inf.ca
- 25 - Salerno: NurSind denuncia il demansionamento

normative

- 26 - La responsabilità disciplinare

formazione professionale

- 30 - Clima organizzativo e rischio clinico

viaggio tra le associazioni di categoria

- 32 - A.N.I.M.O.

lettere alla redazione

- 33 - Sulla modifica delle riclassificazioni
- 33 - Elogio dell'infermiere

esteri

- 34 - Belgio: nonostante la crisi economica il governo stanziava 436 mil. per gli infermieri

Master 1° Liv.
Grande adesione alla convenzione
NurSind-Unipegaso
www.unipegaso.it
www.nursind.it



Management nelle organizzazioni sanitarie

400 iscritti

Formazione e Tutoraggio nelle Professioni Sanitarie

50 iscritti

Infermieristica Legale e Forense

100 iscritti

Ricerca Clinica in Ambito Sanitario

30 iscritti

Infermieristica in Area Critica

100 iscritti

Infermieristica Mente
sindacando NURSIND

Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara - **email:** infermieristicamente@nursind.it

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

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

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

Fu vana-gloria? Ai posteri l'ardua sentenza

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



«Non vi è forse una contraddizione interna nell'espressione "risorse umane", che cerca di dare un volto umano tramite un aggettivo a ciò che, per definizione, è oggetto di sfruttamento (le risorse)? Non è forse un modo per affermare, mentre lo si nega, che anche l'essere umano è manipolabile come qualsiasi altra risorsa?»

M. Marzano, Estensione del dominio della manipolazione, dall'azienda alla vita privata, Mondadori, Milano 2009

Da pochi giorni è entrato in vigore il decreto legislativo 150 di attuazione della legge delega n. 15/2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, più noto come "decreto Brunetta". Tale decreto riscrive gran parte del rapporto di lavoro nel pubblico impiego ritornando, di fatto, a un sistema di pubblicizzazione che dagli anni '90 pensavamo superato e frutto di una spinta di modernizzazione del sistema.

Oggi la modernizzazione passa per un ritorno al passato. A ben guardare i principi enunciati di efficienza, trasparenza, selettività, produttività, qualità, valorizzazione del merito e delle competenze, si ritrovano sia nella normativa "Bassanini" di riforma della PA che nei contratti di lavoro e sappiamo con quanta difficoltà le amministrazioni abbiano cercato di implementarli. Se le finalità possono essere le stesse, ora di certo si è cambiato metodo: non più una delegificazione del rapporto di lavoro, una autonomia aziendale (secondo il principio di aziendalizzazione), una flessibilità contrattuale e organizzativa bensì una ri-presa dei poteri da parte dello Stato per cui molti aspetti (l'organizzazione degli uffici, il sistema disciplinare e il ruolo dirigenziale in primis) e molte materie prima di competenza contrattuale ora vengono normate per legge.

A supporto di un ruolo forte della legge (centralizzazione del potere decisionale e quindi del consenso della massa sui risultati previsti-annunciati) constatiamo, inoltre, l'avvento di un sistema culturale nuovo riferito al pubblico impiego. I comunicati del ministero parlano di digitalizzazione della PA, di bastone e carota, di meritocrazia e trasparenza, di lotta all'assenteismo e ai fannulloni, di aumento della produttività e di forti risparmi, di maggiore partecipazione dei cittadini (azione collettiva, valutazione del servizio, linea Amica, mettiamoci la faccia, ...). Parlano, appunto; o, meglio, parla uno solo, perché deve essere chiaro a tutti che questa è la battaglia dell'eroe (il ministro) depositario della giusta causa contro i barbari avversari (i poliziotti, gli infermieri, i vigili del fuoco, ...) dei diritti dei cittadini.

In tutto questo protagonismo, del ministro-legislatore più che del cittadino, i portatori degli interessi collettivi dei lavoratori (sindacati) sono stati relegati senza batter ciglio nello scenario, nello sfondo inerme di una scena, a mio parere, tragicomica. Tragica perché la "mo-

dernizzazione" passa in gran parte attraverso l'inasprimento di sanzioni disciplinari, la creazione di nuovi reati, la diversificazione rispetto ai privati delle fasce di reperibilità in caso di malattia, la deroga di norme sull'orario di lavoro a tutela del lavoratore, l'abolizione in molte realtà del part-time, l'annientamento della contrattazione attraverso l'automatismo della vacanza contrattuale e dell'iniziativa unilaterale. Comica perché i premi non ci sono: il fondo per la produttività è stato tagliato in parte cospicua dal giugno dello scorso (sempre dallo stesso ministro) e i nuovi premi sono finanziati con risorse vecchie già impiegate. Il rischio, inoltre, è che l'applicazione della norma produrrà paradossalmente più burocrazia a tutela della correttezza dell'azione amministrativa (un po' come avviene per la medicina difensiva per cui tutti si vogliono tutelare con disposizioni scritte e chiare) a fronte della dichiarata semplificazione. E, ancora, sarà curioso ritrovarsi ai convegni e sentire come ciascuna regione abbia dato altrettante diverse applicazioni alla legge.

A chi spetta poi la realizzazione dei principi sopra citati attraverso il metodo e gli strumenti indicati dal decreto sa che a diposizione avrà maggiori poteri disciplinari (la cui gestione da parte del dirigente responsabile non sarà poi così semplice dovendo dividersi tra clinica e management) e minori incentivi e dovrà fare i conti con una classe di lavoratori che vedono il loro stipendio sostanzialmente fermo dal 1990. Come dare o negare 200 euro a chi ha lavorato 70 notti all'anno, 30 festività su 54, Natale e Pasqua? Come negare lo stesso a chi ha gestito in scarsità di risorse il funzionamento e la copertura del servizio di un reparto? Certo in alcuni servizi (penso ai laboratori e alle radiologie o alle sale operatorie) la necessità e la motivazione di guadagnarsi tale incentivo sarà prossima allo zero vista la possibilità di guadagnare lo stesso attraverso prestazioni aggiuntive o attività di supporto alla libera professione in un solo giorno e in altri

dove spesso ci si trova in situazioni di demansionamento si procederà a carte bollate davanti ai tribunali.

A me pare che tale riforma abbia prima di tutto l'esigenza di mostrare e manifestare le azioni di una persona (il ministro) autodefinitosi come eroe (uno dei 20 nuovi eroi del mondo) che cambierà il sistema, vista la non volontà di cambiare il sistema attraverso la condivisione con i portatori di interesse generale (le consultazioni delle parti sociali, quando si è già deciso, sono solo parvenza). Se così è certamente il riferimento non è agli eroi classici che aspiravano alla gloria ma erano pronti a sacrificarsi per la causa bensì agli eroi moderni del management che non sacrificano se stessi ma gli altri e la gloria non la vogliono postuma ma immediata a costo di ingannare il mondo. Questa azione sarà solo vanagloria o vero riformismo?

Magari un domani ci troveremo a leggere un libro del novello Max Weber, dal titolo "Sanzioni disciplinari e spirito del pubblico impiego" a compendio della nuova visione del mondo e dell'uomo.

email: nazionale@nursind.it



Riforma Brunetta: cosa cambierà per gli Infermieri?

Il D. Lgs. 150/2009 di attuazione della legge n.15 del 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della P.A., entrato in vigore il 15 novembre '09, si propone di migliorare l'organizzazione attraverso il merito, la selettività, la concorsualità, l'autonomia dirigenziale, l'efficienza, stabilire gli ambiti riservati alla legge e alla contrattazione sindacale. Sostanzialmente tratta 4 importanti temi che in gran parte troveranno delle specifiche per il comparto sanitario attraverso accordi tra Stato e Regioni e anche tra regioni e regioni. Sul sito www.nursind.it troverai il testo integrale del provvedimento.

Misurazione delle performance, Merito e premi

Ogni azienda è necessario che si doti di un sistema di valutazione e misurazione della performance individuale e di struttura, per la distribuzione della produttività e dei premi. In mancanza di meccanismi di valutazione, è vietato ogni automatismo delle progressioni economiche e del riconoscimento di premi. Ciò significa che la produttività non sarà più distribuita a tutti e in egual misura. Si tratta per la cat. D di una mensilità circa (la cifra è diversa da azienda ad azienda in base a come è stato utilizzato negli anni il fondo della produttività), comprensiva degli acconti mensili, dei saldi e delle RAR.

La valutazione individuale sarà svolta dai dirigenti responsabili degli uffici/reparti/servizi sulla base del raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali e dalla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali e organizzativi.

Ogni azienda dovrà fissare il **Piano della Performance**, documento programmatico triennale, redatto annualmente entro il 31 gennaio, che stabilisce gli obiettivi da raggiungere. In ogni azienda, un organismo indipendente dovrà "sorvegliare" sui meccanismi di valutazione, compreso il tener conto delle rilevazioni che il personale valutato potrà fare sui superiori.

Verremo classificati in tre o più fasce di merito (A-B-C).

Il ruolo della contrattazione aziendale, entro i limiti previsti dalla legge, sarà determinante sulla definizione delle percentuali di personale e di risorse per la distribuzione dei premi. Saranno di certo fatte delle graduatorie annuali e non necessariamente il 25% del personale sarà escluso dal sistema incentivante. Per legge i periodi di congedo di maternità, di paternità e parentale non possono essere considerati ai fini della valutazione individuale.



Come funzionerà tutto il sistema di valutazione?

Il Governo nominerà entro il 16 dicembre 2009 la Commissione Nazionale composta da 5 componenti che resteranno in carica per 6 anni. La Commissione avrà il compito di emanare linee guida dei modelli di valutazione e di supportare in sede locale o regionale gli **"Organismi Indipendenti di Valutazione"** (in sostituzione degli organi interni di controllo), che avranno il compito di: verificare l'adozione del sistema di valutazione; proporre la valutazione dei dirigenti; indagare annualmente sul sistema valutativo e relazionarne i risultati tenendo conto anche delle osservazioni dei "valutati".

La valutazione servirà quindi per assegnare, in sede aziendale, i seguenti premi:

1. la produttività;
2. il Bonus annuale delle eccellenze (assegnato ad aprile al 5% della fascia alta);
3. il Premio annuale per l'innovazione (progetto individuale o di gruppo di pari valore del bonus annuale, attribuito dall'organismo indipendente);

4. le Progressioni economiche;
5. le Progressioni di carriera;
6. l'attribuzione di incarichi di responsabilità (Posizioni Organizzative e Coordinamenti);
6. l'accesso a percorsi di alta formazione e crescita professionale;
7. il Premio di efficienza (in presenza di risparmi certificati).

Tali norme sono inderogabili e dovranno essere parte integrante del prossimo CCNL 2010-2012.

Le Regioni, e quindi i dipendenti del SSN, dovranno adeguare i propri ordinamenti e i contratti aziendali alle norme previste, entro il 31/12/2010, pena l'applicazione rigida dei criteri della stessa Riforma.

Le amministrazioni pubbliche, a decorrere dal 1° gennaio 2010, copriranno i posti disponibili nella dotazione organica per la progressione di carriera attraverso concorsi pubblici, con riserva non superiore al 50% a favore del personale interno. **Il passaggio di fascia sarà attribuito a una quota limitata di dipendenti** e anche in presenza di disponibilità del fondo non potrà essere dato a tutti.

Dirigenza e poteri datoriali

La Riforma prevede una radicale modifica del D. Lgs 165/2001 che regola il trattamento dei dipendenti pubblici e le relazioni sindacali nei comparti della P.A. (31 artt. modificati e 11 nuovi). Nel sito www.nursind.it troverete il testo aggiornato con le modifiche.

Le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatta salva la sola informazione ai sindacati, ove prevista nei contratti. Rientrano, in particolare, nell'esercizio dei poteri dirigenziali le misure inerenti la gestione delle risorse umane nel rispetto del principio di pari opportunità nonché la direzione e l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici (art. 34).

Viene pertanto **limitato alla sola informazione il ruolo del sindacato nelle scelte organizzative interne aziendali**, mentre in precedenza era sog-

getto a concertazione nella misura in cui, tali scelte avevano un riflesso sul rapporto di lavoro. E' ipotizzabile che si aprirà quindi una nuova stagione delle vertenze sindacali e/o legali, con poche possibilità di modificare le scelte verticistiche.

Il dirigente avrà piena autonomia e responsabilità nella gestione delle proprie risorse umane e nella individuazione dei profili necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali e al raggiungimento degli obiettivi (art. 39).

Sarà quindi in capo al dirigente stabilire quanti Infermieri e Oss sono necessari a garantire l'assistenza (salvo diversa determinazione aziendale o regionale).

Se il dirigente ometterà di vigilare sull'effettiva produttività del suo personale, subirà una decurtazione del proprio trattamento accessorio (premio di risultato).

In assenza di una valutazione individuale della performance, **il dirigente potrà essere accusato di dolo o colpa grave**, e potrà vedersi non rinnovare l'incarico. Se un dirigente chiudesse un occhio di fronte all'evidenza dell'inutilità di un proprio dipendente, **potrà essere accusato di danno erariale**.

La mobilità del personale tra le aziende della P.A. è confermata e **sarà vincolata al parere favorevole del dirigente** presso cui il dipendente verrà assegnato, sulla base della professionalità e del posto da ricoprire (art. 49). L'accesso ai pubblici uffici potrà essere vincolato anche al luogo di residenza del candidato, specie se tale requisito fosse necessario per espletare al meglio il proprio compito lavorativo. Le graduatorie concorsuali saranno valide fino a 3 anni (art. 51).

Non potranno essere nominati dirigenti, soggetti che negli ultimi 2 anni abbiano avuto cariche in partiti o sindacati o vi abbiano comunque collaborato (art. 52).

Nuovo Modello dei Contratti

I contratti pubblici come quelli privati avranno durata triennale sia per la parte normativa che economica anziché quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica, come lo erano in precedenza.

Alcune importanti materie non potranno più essere oggetto di contrattazione sindacale. In particolare: la gestione delle risorse umane; la direzione e l'organizzazione del lavoro; il potere disciplinare; l'individuazione delle competenze e delle professionalità; la mobilità all'interno degli uffici.

Le sanzioni disciplinari, la valutazio-

ne, la mobilità e le progressioni economiche potranno essere trattate dalla contrattazione esclusivamente entro i limiti stabiliti dalla legislazione nazionale (art. 54).

Saranno ridotti i Comparti della contrattazione, dagli attuali 12 a 4, due per i dipendenti dello Stato e due per le autonomie. Saranno garantite anche 4 delle 9 attuali aree dei contratti della dirigenza. Un'apposita sezione contrattuale di un'area dirigenziale riguarda la dirigenza del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

Nell'ambito dei comparti di contrattazione possono essere costituite apposite sezioni contrattuali per specifiche professionalità. Su questo versante ci stiamo battendo e ci batteremo come sindacato di categoria, perché ci venga riconosciuto finalmente **un nostro specifico contratto, quello infermieristico**.



Viene riconosciuta all'ambito regionale un'autonomia di contrattazione, sempre però limitata ai vincoli della finanza pubblica e a quelli stabiliti dalla contrattazione nazionale.

La riforma attribuisce **un potere di iniziativa unilaterale alle amministrazioni**: qualora non si raggiungano gli accordi entro i termini stabiliti, le amministrazioni potranno provvedere unilateralmente nelle materie di mancato accordo. E' questa la pietra tombale della forza sindacale che viene depotenziata parecchio.

Inoltre, nel caso di amministrazioni che concordino con i sindacati materie non previste dalla contrattazione o svincolate dai limiti della finanza pubblica, **tali accordi saranno nulli**. Le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare sul proprio sito internet i contratti integrativi stipulati e la relazione tecnico-finanziaria certificata dagli organismi di controllo.

Se entro aprile dell'anno di scadenza del contratto nazionale, le parti non avranno ancora raggiunto l'ipotesi di

accordo, le amministrazioni procederanno comunque a erogare una somma (Indennità di Vacanza Contrattuale) che sarà poi riassorbita alla definitiva sottoscrizione del contratto (art. 59).

I vertici Aran saranno rinominati e l'agenzia sarà rinnovata entro il 15 dicembre 2009 (art. 58).

I soggetti sindacali accreditati per la prossima tornata contrattuale saranno transitoriamente gli stessi del biennio 2008-2009. Quindi a firmare il prossimo contratto saranno ancora una volta CGIL-CISL-UIL-FIALS-FSI.

In seguito, **per il contratto 2013-2015**, si terranno in considerazione i risultati delle elezioni del rinnovo delle RSU che dovranno svolgersi nel novembre 2010 (art. 65).

A tal riguardo è importantissimo che alle elezioni del 2010 gli infermieri sappiano **convogliare i loro voti sul sindacato di categoria** in tutte le aziende sanitarie del Paese, per sperare così di poter partecipare di diritto alla contrattazione del triennio 2013-2015.

Sanzioni disciplinari e responsabilità dei dipendenti

È la parte che trova applicazione immediata nella realtà lavorativa quotidiana e non necessita di nessun recepimento: dal 15 novembre 2009 questa è nuova disciplina per i procedimenti disciplinari. In data 27/11/09 il ministro ha già emanato una circolare, la n°9 del 2009, che chiarisce alcuni aspetti sulla disciplina transitoria.

I procedimenti disciplinari non potranno più essere sospesi in attesa del giudizio della magistratura. Solo in seguito, qualora la magistratura avesse deciso diversamente dall'azienda, potranno essere riaperti e rivalutati (su richiesta del dipendente).

La pubblicazione del codice disciplinare può avvenire sul sito internet e non è più obbligatoria la sola affissione (art. 68).

Strumenti di contrasto all'assenteismo:

A) Sono previsti vari tipi di sanzioni per i casi di **false attestazioni** di presenza o di **falsi certificati** medici:

-per il dipendente, licenziamento disciplinare e obbligo del risarcimento del danno;

-specifica fattispecie di reato per il dipendente stesso e per gli eventuali "complici", compreso il medico;

-per il medico, inoltre, radiazione dall'albo professionale e, se dipendente o convenzionato con il SSN, licenzia-

mento o decadenza dalla convenzione.

B) Sono confermate le misure relative al **controllo delle assenze**:

- obbligo di certificazione da parte di un medico del SSN;
- invio telematico della certificazione dal medico all'INPS;
- controlli a domicilio anche per un solo giorno di assenza.

Le nuove fasce di malattia saranno determinate con Decreto del Ministro e non più per legge. Le fasce di reperibilità saranno complessivamente portate a 7 ore.

Definizione di ulteriori infrazioni che comportano il licenziamento:

- protrazione o ripetizione di assenze ingiustificate;
- ingiustificato rifiuto di trasferimento;
- falsità documentali o dichiarative per l'assunzione o per la progressione in carriera;
- reiterazione di condotte aggressive, moleste o offensive;
- condanna per reati contro la p.a. o per altri reati gravi;
- prolungato insufficiente rendimento.

Ipotesi di responsabilità nei confronti dell'amministrazione:

- il dipendente è assoggettato a sanzione disciplinare se determina la condanna della P.A. al risarcimento del danno;
- il dipendente è collocato in disponibilità se cagiona grave danno all'ufficio di appartenenza per inefficienza o incompetenza professionale;
- il dirigente o il funzionario che determina per colpa la decadenza

dell'azione disciplinare è assoggettato a sanzione disciplinare.

Limitazione della responsabilità per l'esercizio dell'azione disciplinare: -in relazione all'esercizio dell'azione disciplinare, la responsabilità civile del dirigente è limitata ai casi di dolo o colpa grave.

Cambieranno anche le competenze degli organi del procedimento disciplinare.

E' importantissimo che alle elezioni del nov. 2010 gli infermieri sappiano convocare i loro voti sul sindacato di categoria in tutte le aziende sanitarie del Paese, per sperare così di poter partecipare di diritto alla contrattazione del triennio 2013-2015.

Il dirigente d'ufficio potrà decidere per sanzioni fino a 10 giorni di sospensione. All'Ufficio per i procedimenti disciplinari compete l'assegnazione delle sanzioni superiori ai 10 giorni di sospensione e fino al licenziamento senza preavviso. In tal caso, il responsabile deve trasmettere entro 5 gg. la segnalazione all'ufficio (e contestualmente anche all'interessato), che provvederà a contestare l'addebito al dipendente entro i successivi 40 gg. ed a convocarlo con preavviso di 20 gg. Tutto il procedimento si dovrà concludere entro 120 gg.

Contro tali sanzioni **non ci si potrà più avvalere dei collegi arbitrali** o degli arbitri unici previsti dal CCNL, bensì

solo dal giudice ordinario, previa impugnazione entro 20 gg. presso l'ufficio di conciliazione della Direzione Provinciale del Lavoro.

In alternativa si potrà far ricorso alla **"conciliazione preventiva"** non obbligatoria, ad esclusione del licenziamento. In tal caso, la richiesta andrà fatta ed il procedimento dovrà concludersi entro 30 gg. dalla contestazione, ma in seguito, non la si potrà più impugnare davanti al giudice.

La comunicazione al dipendente interessato potrà avvenire tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) o consegna a mano o fax o raccomandata.

In caso di false testimonianze o di rifiuto di testimoniare (colleghi presenti al fatto) gli stessi potranno essere sospesi fino a 15 gg.

Motivi che giustificano il Licenziamento disciplinare CON preavviso:

1. Assenza priva di valida giustificazione (+ di 3 gg nel biennio o + di 7 gg nel decennio o mancata ripresa del servizio entro il termine fissato)
2. Ingiustificato rifiuto del trasferimento disposto per giustificate esigenze di servizio
3. Valutazione di insufficiente rendimento nel biennio

Licenziamento SENZA preavviso:

1. Falsa attestazione della presenza in servizio o giustificazione medica falsa;
2. Falsità documentali o dichiarative all'instaurazione del rapporto di lavoro o progressioni di carriera;
3. Reiterazioni di gravi condotte aggressive o moleste o minacciose o

SANZIONI

Licenziamento CON preavviso	Assenza ingiustificata per più di 3 gg nel biennio o più di 7 gg in 10 anni; mancata ripresa del servizio dell'assenza ingiustificata entro il termine fissato dalla PA
	Ingiustificato rifiuto del trasferimento
	Valutazione di insufficiente rendimento nel biennio
Licenziamento SENZA preavviso	Falsa attestazione della presenza in servizio (alterazione di rilevamento della presenza) ovvero giustificazione dell'assenza con certificazione falsa
	Falsità documentali o dichiarative per ottenere l'assunzione o l'avanzamento di carriera
	Reiterazione di gravi condotte aggressive o moleste o minacciose o ingiuriose o comunque lesive dell'onore e della dignità personale altrui
	Condanna penale definitiva con interdizione perpetua dai pubblici uffici
Sospensione dal servizio (fino a 15 gg)	Rifiuto ingiustificato a testimoniare o a collaborare a un procedimento disciplinare in corso anche presso altra PA
Sospensione dal servizio (da 3 gg a 3 mesi)	Violazione degli obblighi della prestazione lavorativa che abbia comportato condanna per la PA al risarcimento del danno
Sospensione dal servizio (fino a max 3 mesi e dell'indennità di risultato)	Mancato esercizio o decadenza dell'azione disciplinare per omissione o ritardo ingiustificati
Collocamento in disponibilità	Grave danno al normale funzionamento dell'ufficio di appartenenza, per inefficienza o incompetenza professionale

IMPUGNAZIONI

Le controversie sono risolte dal giudice ordinario	Le sanzioni non sono impugnabili attraverso i collegi arbitrali.
La sanzione può essere impugnata entro 20 gg davanti al collegio di conciliazione e arbitrato costituito tramite la direzione provinciale del lavoro.	In tal caso la sanzione non è impugnabile
I contratti possono disciplinare procedure di conciliazione non obbligatoria da concludersi entro 30 gg	

ingiuriose o lesive della dignità personale;

4. Condanna definitiva con interdizione perpetua dai pubblici uffici

La sospensione dal servizio da 3 gg fino a 3 mesi senza retribuzione: condotte pregiudizievoli che hanno provocato la condanna della PA al risarcimento danni derivante dalla violazione di obblighi della prestazione

Il collocamento in disponibilità e declassamento di qualifica:

Lavoratore che cagiona grave danno al normale ufficio di appartenenza per inefficienza o incompetenza

Per i dirigenti, privazione dello stipendio fino a 3 mesi e della retribuzione di risultato per 6 mesi per mancato esercizio o decadenza dell'azione disciplinare per omissione o ritardo da parte del dirigente. Anche ai non dirigenti per i motivi sopra.

Obbligo d'identificazione.

I dipendenti delle amministrazioni pubbliche che svolgono attività a contatto con il pubblico sono tenuti a rendere conoscibile il proprio nominativo mediante l'uso di cartellini identificativi o di targhe da apporre presso la postazione di lavoro.

Ampliamento dei poteri ispettivi.

A controllare che tutto il meccanismo della Riforma venga rispettato, ci saranno degli ispettori presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, i quali potranno agire anche su segnalazione da parte di cittadini o pubblici dipendenti circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze delle amministrazioni che dovranno rispondere entro quindici giorni. A conclusione degli accertamenti, seguiranno

eventuali sanzioni o anche denunce alla Procura della Repubblica.

In conclusione abbiamo:

1. **un forte ridimensionamento della contrattazione** (con la possibilità di procedere unilateralmente da parte dell'azienda) e del peso sindacale soprattutto nell'ambito organizzativo del lavoro: si continua con il metodo di colpire tutti per colpire le storture del sistema, così facendo si elimina il dialogo su aspetti importanti delle relazioni sindacali. Per la nostra professione, gli aspetti organizzativi hanno forse più valore in molti casi (per la ricaduta diretta del profilo di responsabilità penale) degli aspetti economici. Probabilmente i luoghi della "cogestione" non cambieranno in quanto le relazioni informali continueranno a scapito di quelle formali.

2. I principi della **selettività** e del **merito** sono già presenti nei contratti e sono alla base della riforma del PI degli anni '90 (aziendalizzazione), ora vengono **ripresi ad agganciati ad un sistema di responsabilità dirigenziale più forte** come gli aspetti disciplinari.

3. C'è sicuramente **un problema di fondi per premiare il merito**. Il merito sarà premiato a isorisorse, qualcuno si potrà vedere diminuire lo stipendio altri aumentare, in una situazione di retribuzione già ampiamente insufficiente per le responsabilità e i disagi

che comporta la professione. Sarà necessario vedere la nuova contrattualistica in merito alla composizione dei vari fondi (parte del fondo delle fasce potrebbe andare alla produttività: es. RIA, indennità infermieristica)

4. **La ripubblicizzazione** di molti aspetti **lega ancor più il sistema alla politica** sottraendoli al potere sindacale e amplia i ricorsi ai TAR (progressioni di carriera). Si era proceduto alla contrattualizzazione perché le aziende chiedono più flessibilità, ma la regolamentazione per legge, in questo ambito, produrrà più rigidità e burocrazia.

5. **Premiare la performance** risulta oltremodo difficoltoso **in uno stato di cronica carenza di personale**. Il raggiungimento degli obiettivi rischia di mettere in primo piano la quantità di prestazioni piuttosto che la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori.

6. Un **inasprimento delle sanzioni** disciplinari con possibili risvolti di utilizzo improprio dello strumento e di un aumento dei ricorsi giudiziari. Un **inasprimento degli orari di malattia chiaramente punitivo**.

7. In sostanza un **utilizzo strumentale e demagogico** delle parole "merito" "premio" "fannullone"

8. Si può ipotizzare **un aumento dei contenziosi extracontrattuali**.

Sanzioni di competenza del dirigente dell'ufficio	
Rimprovero verbale	Non necessita di contestazione scritta e deve essere applicata entro 20 gg dalla conoscenza del fatto.
Rimprovero scritto	Contestazione scritta entro 20gg.
Multa fino a 4 ore	Convocazione per la difesa con preavviso di 10 gg.
Sospensione fino a 10 giorni	Il procedimento si conclude entro 60gg
Sanzioni di competenza dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari	
Sospensione superiore a 10 giorni	I termini di cui sopra sono raddoppiati
Licenziamento con preavviso	Il termine per la contestazione decorre dalla data di ricezione degli atti
Licenziamento senza preavviso	Il responsabile deve trasmettere gli atti entro 5 gg dalla notizia del fatto
Tutte le sanzioni se il responsabile non ha qualifica dirigenziale	
In caso di violazione dei termini da parte dell'amministrazione decade l'azione disciplinare, se è commessa dal dipendente decade il diritto di difesa	

Il nuovo CCNL del Comparto Sanità II° BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

Dott.ssa **Marta Branca** - Dirigente U.O. "Sanità" ARAN

Il 31 luglio 2009 è stato sottoscritto il CCNL del comparto del Servizio Sanitario Nazionale per il II biennio economico (2008-2009).

Con la firma di tale intesa, per il personale non dirigente si chiude la IV ed ultima stagione contrattuale regolata in base alle disposizioni del protocollo Governo-parti sociali del 1993, che, com'è noto, sono rimaste in vigore fino al nuovo recente accordo del 22 Gennaio 2009 (per il pubblico impiego, l'intesa applicativa del 30 aprile 2009).

Il prossimo contratto avrà durata triennale sia per la parte giuridica che economica, sarà soggetto a diverse modalità di finanziamento e – verosimilmente – vedrà ridimensionate le materie da trattare, **a vantaggio di una riscoperta centralizzazione**, a seguito della entrata in vigore del D.Lgs. 150/2009, in materia di "Ottimizzazione della produttività" del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle PP.AA.". Per non parlare della possibilità che futuri provvedimenti modifichino lo stesso comparto di contrattazione, accorpandolo al personale delle regioni e determinando inevitabili conseguenze **anche sul piano della rappresentatività sindacale**.

Il Contratto, composto da 12 articoli, quattro tabelle e un allegato, provvede a stabilire, dal 1 gennaio 2008 al 31 dicembre 2009, gli incrementi retributivi del trattamento economico tabellare delle posizioni iniziali e di sviluppo delle diverse categorie (comprensivi ed assorbenti l'indennità di vacanza contrattuale, qualora corrisposta ai sensi dell'art. 2, comma 35 della L. 203/2008).

Il testo, prevede, all'art. 2 un'integrazione all'art. 7 del CCNL 19.4.2004 al fine di armonizzare il testo con quello analogo dell'art. 5 dei CCNL delle aree dirigenziali del 17.10.2008: si pone, infatti, **un limite temporale (90 giorni) alla facoltà delle Regioni di emanare linee generali** di indirizzo nelle materie ivi indicate e che poi saranno oggetto di contrattazione integrativa e sostituendo la mera informazione preventiva alle organizzazioni sindacali firmatarie con la modalità del "confronto" con le stesse.

Pertanto la trattazione delle materie disciplinate dalla norma in esame subisce una sospensione momentanea in attesa dell'emanazione delle linee di indirizzo regionali, trascorsa la quale le relazioni sindacali aziendali riprendono a tutto

campo, a meno che le Regioni non dichiarino, entro 30 giorni dall'entrata in vigore del CCNL, di non voler intervenire su dette materie (comma 3 ter, introdotto dal presente art. 2, comma 1, terzo alinea).

Ovviamente il "confronto" non rappresenta un terzo livello di relazioni sindacali, che si aggiunge alla contrattazione nazionale e a quella integrativa aziendale, ma **solo una modalità non negoziale** di svolgimento dei rapporti tra Regione e OO.SS. firmatarie, che valorizza il sistema partecipativo cui è improntato l'attuale modello di relazioni sindacali, anche nei casi in cui non siano previsti ambiti negoziali.

E' stata inoltre, introdotta una nuova materia di coordinamento regionale, quella cioè delle **prestazioni aggiuntive del personale infermieristico** e tecnico di radiologia (art. 2, comma 1, secondo alinea), per la cui regolamentazione le parti contrattuali hanno rinviato esplicitamente alla disciplina contenuta nell'art. 1 del DL 402/2001, convertito in L. 1/2002.

L'art. 3, sulla mobilità interna, dispone alcune modifiche dell'art. 18 del CCNL integrativo del 20.9.2001, al fine di permettere soluzioni **di maggiore agilità ed efficacia nell'utilizzo del personale**, negli ambiti territoriali delle aziende del SSN che, come già detto, nel corso del tempo sono diventati più ampi a seguito di processi di ristrutturazione e di riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali. In particolare il nuovo comma 2, che sostituisce quello del citato CCNL integrativo del 20.9.2001, prevede il richiamo all'art. 2103 del Codice civile e stabilisce che **per comprovate ragioni tecniche o organizzative l'Azienda**, nell'ambito del proprio potere organizzativo e previa informazione alle OO.SS., **possa disporre con piena discrezionalità l'impiego del personale nel raggio di 25 Km** dalla località di assegnazione, superando, in tal modo, l'ormai anacronistico limite dei dieci chilometri.

E' stato altresì ribadito che non è considerata mobilità lo spostamento del dipendente ad altro servizio o ufficio o unità operativa della medesima struttura, specificando, se mai ce ne fosse bisogno, che in tal caso si tratta di **ordinaria gestione del personale, prerogativa del dirigente responsabile**.

Restano, ovviamente, ferme tutte le altre disposizioni del citato art. 18 che prevedono la mobilità d'urgenza, la mobilità

ordinaria a domanda, la mobilità d'ufficio (da effettuarsi, ora, solo nei casi di spostamenti oltre il raggio di 25 chilometri dalla località di assegnazione) nonché la mobilità dei dirigenti sindacali. Con il comma 2 bis, le parti, inoltre, hanno voluto prevedere la possibilità – a livello di confronto regionale – di ridurre il suddetto limite chilometrico, in presenza di particolari problemi connessi alle condizioni geografiche, di viabilità e di trasporti pubblici di ogni specifico territorio; analogo confronto regionale e' poi previsto nel caso di variazioni zonali delle aziende ed enti in seguito a nuovi accorpamenti o comunque ristrutturazioni organizzative su dimensione regionale o sovra aziendale (ad esempio aree vaste, aziende sanitarie uniche regionali, aziende USL che coincidono con il territorio della provincia, dipartimenti interaziendali ecc.), con conseguenti ampliamenti territoriali.

In ordine all'art. 4 è opportuno premettere che **il servizio di mensa**, in sostanza, **non rappresenta un costo contrattuale**, in quanto rientrante nella organizzazione aziendale che la gestisce in proprio, con dipendenti e strutture interne o (più frequentemente) in affidamento a ditta esterna a seguito di apposita procedura di appalto. Cosa che, appunto è stata richiamata nel nuovo testo del comma 1 dell'art. 29 del CCNL integrativo del 20.9.2001, introdotto dalla norma in commento, il quale ha sottolineato come l'organizzazione e la gestione dei servizi di mensa rientrano nell'autonomia gestionale delle aziende, esulando quindi da una regolamentazione contrattuale, mentre **resta ferma la competenza del CCNL nella definizione delle regole di fruibilità e di esercizio del diritto stesso da parte dei lavoratori** (si vedano infatti i commi 2 e 3 del citato art. 29, attualmente vigenti).

Preso atto peraltro, delle reali differenze in materia di costo della vita, non solo tra Regione e Regione ma anche fra zone diverse di medesime Regioni, le parti hanno ritenuto di dare la possibilità ad esse di fornire indicazioni alle aziende in merito **al valore da attribuire al ticket restaurant sostitutivo del pasto consumato in mensa**, al fine di rendere lo stesso **coerente con il locale costo della vita**, ovviamente nell'ambito delle risorse disponibili e fermo restando il criterio e la misura della partecipazione economica del dipendente alla spesa, che resta con-

fermata nella stessa proporzione fino ad oggi stabilita (**un quinto** è infatti la proporzione tra L. 2.000 e L. 10.000 del precedente art. 29, comma 4, oggi sostituito dal CCNL in parola). In altre parole **sarà possibile**, ove ve ne siano le condizioni, **aumentare il valore del buono pasto**, fino ad oggi fissato – per tutto il comparto sanitario - ad € 5,16.

Con l'art. 5, "Principi in materia di compensi per la produttività", è stata confermata **la disciplina della produttività collettiva** per il miglioramento dei servizi, di cui all'art. 47 del CCNL 1.9.1995 nel senso di ribadire che tale istituto è finalizzato al raggiungimento degli obiettivi preventivamente concordati con la metodologia budgetaria e di riaffermare che i criteri generali di valutazione ai fini della corresponsione dei premi ai dipendenti sono realizzati in modo tale **da garantire la selettività ed il loro effettivo carattere incentivante**.

Poiché pertanto l'erogazione dei compensi in questione attiene al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dei servizi e di produttività ulteriori rispetto alla attività istituzionale di ciascun dipendente, **la relativa valutazione tiene conto dell'effettivo apporto partecipativo e qualitativo dei dipendenti coinvolti** nei progetti e programmi di produttività, **prescindendo dal mero computo dei giorni di presenza o di assenza dal servizio**. La norma, si limita a sottolineare precedenti disposizioni ormai ultradecennali, concetti peraltro recentemente ribaditi dal citato D.Lgs. 150/2009.

Circa la parte prettamente "economica" del contratto l'art. 6 stabilisce gli incrementi degli stipendi tabellari che ammontano a € 71,48 medi mensili pro-capite per tredici mensilità e vengono erogati in due tranches, l'una con decorrenza 1.1.2008 e la seconda con decorrenza 1.1.2009. Anche gli importi delle fasce retributive sono rideterminati alle medesime scadenze.

I 3 fondi contrattuali nonché le relative modalità di utilizzo, sono stati confermati dagli attuali artt. 7, 8 e 9. Particolare attenzione va data alle modalità di incremento del fondo di cui all'art. 8, in parte modificate **con riferimento ai risparmi dovuti a part-time**, a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 73, comma 2, lett. c) del D.L. 112/2008, convertito in L. 133/2008.

Punto nodale del contratto è stato l'art. 10, ambiziosamente rubricato "Progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza", che prevede la possibilità per le aziende di realizzare specifici piani di lavoro per migliorare i servizi rivolti all'utenza nell'ottica di conseguire una maggiore corrispondenza tra esigenze

dei cittadini e prestazioni assistenziali erogate.

La norma richiede che tali progetti e programmi apportino un effettivo e misurabile contributo aggiuntivo alle attività istituzionali e ordinarie, in particolar modo **mirando a raggiungere gli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa** e della piena e qualificata erogazione dei LEA, anche con riferimento ad un **ampliamento degli orari di apertura al pubblico** delle strutture.

In tale contesto la norma prevede che le Regioni individuino risorse fino ad un massimo dello 0.8% annuo, calcolato sul monte salari 2007, per il finanziamento di tali programmi e progetti. Va da sé che, alla luce di quanto sopra detto,



La Dott.ssa Marta Branca (ARAN)
ad un convegno Nursind

l'erogazione di tali ulteriori risorse non può che essere eventuale essendo condizionata non solo all'esistenza di specifici piani **ma anche a fattori di stabilità economica**. Le risorse di cui trattasi sono ovviamente finalizzate a remunerare il trattamento accessorio di produttività dei dipendenti coinvolti, non finanziano voci del trattamento fondamentale e pertanto non costituiscono oggetto di consolidamento in alcuno dei fondi contrattuali. Inoltre, la corresponsione di dette risorse ai soli dipendenti che hanno partecipato ai progetti di miglioramento, è condizionata alla verifica preventiva - secondo meccanismi premiali - dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissati, ed è effettuata esclusivamente a consuntivo (**non sono quindi previsti "acconti"**). Le parti hanno altresì precisato, nell'allegato 1, i criteri generali per la definizione dei sistemi per la suddetta verifica.

Tra le norme di chiusura del contratto giova segnalare l'art. 12 che, tra le altre cose, stabilisce al comma 2, **il rinvio**, per

le modalità di effettuazione delle **prestazioni aggiuntive di infermieri** e tecnici di radiologia medica, a quanto stabilito nell'art. 1 del D.L. 402/2001 convertito in L. 1/2002 e s.m.i. Ciò a seguito della disposizione dell'art. 4 della L. 120/2007, che attribuisce al CCNL la definizione della disciplina di tali prestazioni. Le parti – che per il momento **hanno rinunciato ad una regolamentazione puntuale e dettagliata della materia** – intendono in tal modo confermare la possibilità per le aziende, in caso di accertata impossibilità di reclutare il personale, ove sia necessario un impegno aggiuntivo, **di richiedere al personale infermieristico** e tecnico di radiologia, la cui carenza non sia altrimenti rimediabile, **l'effettuazione di ulteriori prestazioni** in favore della azienda medesima. Va da sé che operando tale rinvio alle citate norme di legge il ricorso alle prestazioni aggiuntive potrà avvenire esclusivamente **previa autorizzazione regionale** e nei limiti della spesa finora sostenuta in applicazione della citata L. 1/2002.

Inoltre, per analoghe ragioni, le modalità di effettuazione di dette prestazioni aggiuntive, ivi compresa la misura del compenso, sono preventivamente individuate dalle aziende **previa consultazione con le OO.SS.**

Infine, con il comma 3, le parti hanno voluto ribadire la necessità – attesa la rilevanza e la complessità della materia - **di affrontare, nella prossima tornata contrattuale, il sistema di valorizzazione della responsabilità e dell'autonomia professionale collegata all'affidamento degli incarichi di coordinamento e specialistici** (da istituire nel CCNL) di cui alla L. 43/2006 nonché di quelli di **posizione organizzativa**.

Resta francamente incomprensibile la forte resistenza delle OO.SS. ad affrontare una tale tematica pur in assenza di risorse "fresche" disponibili a detti fini. Infatti la previsione, ad esempio, dell'elevazione dei limiti massimi oggi previsti per l'incarico di coordinamento e per quello di posizione organizzativa, fermi rimanendo i minimi, **avrebbe dato la possibilità alle aziende**, sussistendone le condizioni, di retribuire coloro che si assumono delicate responsabilità, **con compensi dignitosi**, in un'ottica (da tutti apparentemente condivisa) **di premiare i meritevoli** superando il consueto sistema dell'erogazione generalizzata e appiattita delle risorse. Anche se questo, in alcuni casi, potrebbe comportare una scelta di ridurre gli incarichi, rendendoli più robusti economicamente e **selezionando realmente i più capaci**, anziché distribuire ad una moltitudine i valori minimi previsti dal contratto.

Lettera a Brunetta per un

Contratto Infermieristico

Alla cortese attenzione
del Ministro della Pubblica
Amministrazione e Innovazione
On. Prof. Renato Brunetta

**Oggetto: richiesta applicazione
art. 40 c. 2, DLgs 165/2001 – area contrattuale autonoma**

Onorevole Ministro,
nei prossimi giorni, dopo aver concluso l'iter parlamentare, tornerà in Consiglio dei Ministri il Decreto Legislativo attuativo della Legge delega 15/2009 per l'emanazione definitiva.

Nell'ultimo parere della Camera dei Deputati mi preme rilevare la seguente osservazione:

“41) con riferimento ai comparti di contrattazione, si raccomanda di seguire l'impostazione emersa in sede di Conferenza unificata nel senso di ampliare sino a quattro il numero dei comparti stessi, **verificando la possibilità di costituire eventualmente anche apposite sezioni contrattuali per specifiche professionalità;**

Da tempo il Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche richiede il riconoscimento di un'area contrattuale autonoma per il personale infermieristico. Nel comparto sanità i 220.000 infermieri rappresentano il “core business” della mission del Sistema Sanitario Nazionale garantendo nelle 24 ore l'assistenza diretta ai cittadini. Gli infermieri italiani si for-

mano in Università e per esercitare la professione devono essere iscritti all'albo professionale.

Nel ritenere che la nostra professionalità rientri a pieno titolo nella previsione di cui all'oggetto, a nome della categoria, sono a chiederLe di dare seguito al parere della Camera e prevedere una sezione autonoma di contrattazione all'interno del comparto di riferimento che raggruppi le professioni infermieristiche.

Ringraziando per l'attenzione, porgo distinti saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

Decreto Farmacie:

dal Governo, avanti piano, con gli Infermieri

Il Decreto sulle Farmacie del 3/10/09 n.153, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 257 del 4.11.2009, è entrato in vigore il 19.11.2009. Individua i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dà attuazione a quanto previsto dall'art. 11 della legge 18.6.2009, n. 69 che ha delegato il Governo a prevedere nel dettaglio la tipologia dei servizi erogabili dalle farmacie nei rapporti con il SSN.

Il testo del decreto **non contiene il divieto, per gli infermieri, di operare nelle farmacie**, come invece inserito nel testo dello schema di decreto che era stato diffuso inizialmente. Ciò nonostante la lettera e) del 2° comma dell'art. 1 **esclude**, nell'ambito dei rapporti con il SSN, **"il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti"**. La stessa norma introduce però la possibilità di estendere le attività analitiche di prima istanza anche nell'ambito del rapporto convenzionale, nei limiti e condizioni che verranno definite successivamente.

Quelli che seguono, sono solo gli stralci che riguardano la nostra professione.

“Art. 1. Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanita-

rio nazionale

4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, **di infermieri** e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali **richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui alla lettera d)** e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

d) la erogazione di **servizi di secondo livello** rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, **anche avvalendosi di personale infermieristico**, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

e) l'effettuazione, restando in ogni caso **esclusa** l'attività di prescrizione e

diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;”

Ancora una volta i MMG hanno voluto ostacolare lo sviluppo professionale degli infermieri. Non altrettanto hanno fatto i farmacisti, favorevoli ad un inserimento completo ed autonomo dell'infermiere in farmacia. La promessa di Fazio, per il momento, è stata quindi disattesa.

I cittadini, ancor più degli infermieri, speravano in una riforma che prevedesse il nostro coinvolgimento totale ed autonomo nella rete nazionale delle farmacie. A testimoniarlo, una ricerca della Bocconi che conferma al primo posto delle aspettative dei cittadini, la presenza dell'infermiere in farmacia, sia per i prelievi che per le vaccinazioni, ma anche per la prescrizione diretta dei presidi necessari alle medicazioni.

Come sindacato ci schieriamo a fianco della Federazione IPASVI che si è battuta e continuerà a battersi **perché vengano rimossi gli ostacoli normativi che imbrigliano la nostra autonomia, impedendole di acquisire il ruolo che merita ed i servizi ai cittadini che sa già offrire.**



Contratto Nazionale Sanità Privata: si punta alla contrattazione regionale

Le iniziative di mobilitazione a livello locale con l'indicazione di far sottoscrivere dove possibile il nuovo contratto nelle singole cliniche private, sembra fare breccia nel muro innalzato dall'AIOP contro la firma del contratto nazionale.

Prima tra le Regioni, l'AIOP dell'Emilia Romagna, ha sottoscritto l'intesa il 23/11/09 con l'impegno di dare indicazione alle proprie strutture di procedere ad applicare la parte economica del pre-contratto nazionale entro metà dicembre.

Nella stessa data, l'AIOP nazionale, ha convocato i sindacati per la verifica di un'intesa.

Dal comunicato congiunto emesso dopo l'incontro leggiamo: "Aiop ha presentato una nuova proposta oggettivamente differente da quella sulla base della quale si arrestò la trattativa

nella primavera scorsa, invitando Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl, a riflettere su un "nuovo possibile percorso comune".

La proposta di Aiop è stata preceduta da una sua chiara manifestazione di volontà a inserirsi fra i soggetti contrattuali della Sanità pubblica nell'ottica di un prossimo contratto collettivo nazionale di lavoro unico - sanità pubblica e privata.

L'AIOP ha proposto la possibilità di adeguamento dei tabellari a regime (comprensivi quindi dei due bienni) con decorrenza dalla data di sottoscrizione dell'accordo, con la possibilità di una tantum/arretrati da negoziare a livello regionale, senza alcun riferimento o vincolo a livello nazionale."



Si tratta degli arretrati del 2006-2007-2008-2009 fermi da 4 anni.

Riguardo alla proposta di un contratto unico nazionale ne siamo da tempo fra i sostenitori, ma con i dovuti distinguo tra le categorie e affinché gli infermieri del privato possano godere degli stessi diritti conquistati dagli infermieri del pubblico.

Pos. Econ.	Pre - accordo CCNL 2006-2007			Arretrati 2006-2007-2008-2009				
	Tabellare annuo 2004-2005	incrementi mensili a regime	Tabellare annuo 31/12/2007	una tantum 2006	una tantum 2007	arretrati 2008	arretrati 2009 al 30/9/09	totale
D	€ 20.268,63	€ 99,16	€ 21.458,55	€ 105,82	€ 1.089,62	€ 1.289,08	€ 892,44	€ 3.376,96
D1	€ 21.006,02	€ 102,80	€ 22.239,62	€ 109,72	€ 1.129,62	€ 1.336,40	€ 925,20	€ 3.500,94
D2	€ 21.742,92	€ 106,10	€ 23.016,12	€ 113,23	€ 1.165,88	€ 1.379,30	€ 954,90	€ 3.613,31
D3	€ 22.824,97	€ 109,39	€ 24.137,65	€ 116,74	€ 1.202,03	€ 1.422,07	€ 984,51	€ 3.725,35
D4	€ 23.895,92	€ 112,71	€ 25.248,44	€ 120,38	€ 1.238,51	€ 1.465,23	€ 1.014,39	€ 3.838,51
DS	€ 20.779,12	€ 106,94	€ 22.062,40	€ 114,14	€ 1.175,11	€ 1.390,22	€ 962,46	€ 3.641,93
DS1	€ 21.629,98	€ 111,14	€ 22.963,66	€ 118,69	€ 1.221,26	€ 1.444,82	€ 1.000,26	€ 3.785,03
DS2	€ 22.503,97	€ 115,44	€ 23.889,25	€ 123,24	€ 1.268,51	€ 1.500,72	€ 1.038,96	€ 3.931,43
DS3	€ 23.402,62	€ 119,88	€ 24.841,18	€ 128,05	€ 1.317,30	€ 1.558,44	€ 1.078,92	€ 4.082,71
DS4	€ 24.152,78	€ 123,55	€ 25.635,38	€ 131,95	€ 1.357,63	€ 1.606,15	€ 1.111,95	€ 4.207,68

C.G.U. Confederazione GILDA-UNAMS

Dal 26 marzo 2008 Nursind è affiliato alla Confederazione CGU, sesta in ordine di importanza per numero di iscritti. La scelta di affiliazione è maturata dalla necessità di essere presenti ai tavoli nazionali per la definizione dei Contratti Collettivi Nazionali Quadro, dove vengono decisi gli accordi di massima tra sindacati e governo.

Le sigle affiliate alla CGU sono autonome all'interno dei propri comparti di appartenenza. Vi fanno parte: **Nursind** nella Sanità; la **Gilda** per gli insegnanti nella Scuola; l'**Unams** nel comparto degli istituti di alta formazione e specializzazione artistica e musicale. Le affinità delle battaglie compiute dalla Gilda per la valorizzazione degli insegnanti negli ultimi 20 anni, sono comuni a quelle del Nursind per la valorizzazione degli infermieri. Identici sono i principi ispiratori. Uguale è il desiderio di autonomia dagli schieramenti partitici. Comune è la battaglia per la costituzione di aree di contrattazione separate dal resto dei comparti.

L'adesione alla CGU è per Nursind prodromica al raggiungimento e superamento della soglia del 5% all'interno del comparto Sanità, raggiunta la quale potremo godere delle prerogative sindacali che fin qui ci sono negate e poter rafforzare la presenza e l'estensione del Nursind in tutto il Paese, consentendoci di incidere e far pesare l'infermieristica nella contrattazione nazionale.



Regione Lombardia: il Cambio Divisa è orario di servizio

Giunta Regionale Lombardia
Direzione Generale Sanità
prot. 41.2009.0029340 del 9/8/09
Ai Direttori Generali
- ASL Lombardia
- Aziende Ospedaliere
- IRCCS di diritto pubblico trasfor-
mati in fondazioni
- AREU
LORO SEDI

**Oggetto: sentenza Corte Cassazione
n. 20179 del 22/7/2008 - remunerazione
tempi per indossare e dismettere divisa
aziendale.**

In riferimento ai quesiti posti da alcune Aziende a questa Direzione Generale in merito alla sentenza della Corte di Cassazione n. 20179 del 22/8/08 che ha stabilito che il tempo occorrente al personale dipendente per indossare le divisa aziendale debba essere retribuito qualora tale operazione sia disposta dal datore di lavoro, che ne disciplina il tempo ed il luogo di esecuzione, si comunica **la problematica è stata oggetto di approfondimento con i competenti uffici giuridici e con l'Avvocatura Regionale nel corso dell'Area Giuridica Sanità del 6/7/09.**

In tale sede si è preso atto che dalla pronuncia della Suprema Corte di Cassazione consegue che il computo o meno dell'orario di servizio del tempo occorrente per la vestizione-svestizione dipende dalle disposizioni aziendali di merito. Se, per disposizione aziendale l'azienda impone al proprio personale di indossare una divisa e, come **nel caso di infermieri per ragioni anche di igiene, la vestizione-svestizione avviene "in servizio" (nel luogo di lavoro) il tempo occorrente (da valutare sulla base di una semplice prova-esperienza) deve essere computato come orario di lavoro.**

Qualora, invece, la vestizione (si pensi ai commessi) può-deve, per disposizione aziendale, avvenire al domicilio del lavoratore, non si computerà il tempo utile a tale operazione, in quanto la relativa attività fa parte degli atti di diligenza preparatoria allo svolgimento dell'attività lavorativa e come tale non dev'essere retribuita.

Cordiali saluti
Dott.ssa Filomena Lopodoto

del cambio turno.

Questa operazione comporta mediamente 10+10 min. che, moltiplicati per un anno, assommano da **65 ad 84 ore di lavoro**, a seconda se turnisti o giornalieri. Queste ore accumulate corrisponderebbero a **11 o 14 giorni di recupero**, oppure, se pagate in straordinario, corrisponderebbero ad una cifra **tra i 942 ed i 1.218 euro.**

Segnaliamo inoltre che, conteggiato



Questa è la comunicazione che la Regione Lombardia ha inviato a tutte le sue aziende il 9/8/09. Ora sta alle RSU il compito di pretenderne l'applicazione in azienda.

Ricordiamo brevemente le cifre della problematica:

gli infermieri attualmente, utilizzano il loro "tempo libero" per compiere l'obbligo di cambiarsi e mettersi in divisa ed essere operativi in reparto all'orario

in questo modo l'orario del turno, si estinguerebbe totalmente l'attuale debito orario (60 ore annue) per cui le stesse aziende ci costringono ad effettuare i tanto odiati "rientri" mattutini sul giorno in cui si lavora già di notte.

La Segreteria Nazionale e le Segreterie Provinciali NurSind hanno formalmente sollecitato tutte le Regioni ad emanare un provvedimento simile a quello della Regione Lombardia.

Pensione a 65 anni per le donne: chi sono le escluse?

L'Italia non ha potuto sottrarsi alla sentenza della Corte di giustizia europea che nel 2007 ha imposto l'aumento dell'età per la pensione delle donne statali da 60 a 65 anni. L'Inpdap ha definito infatti il complesso delle regole che applicano il nuovo indirizzo

e che saranno in vigore dal 1° gennaio 2010.

Per le lavoratrici del pubblico impiego il requisito dell'età per il pensionamento è allungato di un anno, passando a 61 anni nel 2010, salirà poi a 62 anni nel 2012 e così proseguirà ogni due anni

fino a raggiungere i 65 anni nel 2018.

L'innalzamento dell'età interessa anche le pensioni da liquidare col sistema contributivo. Dal 2008 l'età di pensionamento in tale sistema (lavoratori assunti dopo il 1996) è stata allineata a quella del sistema retributivo, a 65 anni

per gli uomini e a 60 anni per le donne.

Il nuovo criterio sull'età coinvolge anche le lavoratrici del comparto della sanità, **in particolare le infermiere, che per regolamento dovrebbero andare in pensione a 60 anni.**

Come sindacato di categoria abbiamo più volte denunciato che l'assistenza infermieristica, **lavoro già particolarmente usurante ma non riconosciuto tale**, svolta da lavoratrici oltre i 60 anni di età **finirà col compromettere inevitabilmente la qualità del servizio nelle strutture pubbliche**, specialmente quando è rivolta a pazienti di età avanzata.

Fanno eccezione alla regola: le donne magistrato (70 anni), le ambasciatrici (65 anni), le professoresse universitarie (75 anni). Resta invece fermo a 60 anni il requisito dell'età che deve raggiungere il personale femminile delle **Forze armate**, della **Polizia**, dell'**Arma dei Carabinieri**, della **Guardia di Finanza** e dei **Vigili del fuoco**.

In vista del passaggio al 2010, la legge mette in salvo le dipendenti che abbiano maturato entro il prossimo 31

dicembre i requisiti minimi di età e di contribuzione in vigore fino al 2009, 60 anni di età e 20 di versamenti, oppure, per le assunte dopo il 1996, 57 anni di età e 5 di contributi raggiunti nel 2007. Le interessate avranno quindi la pensione, in qualsiasi tempo, se in possesso di tali requisiti. E per evitare che nel corso degli anni, questa garanzia si affievolisca o si perda dalla memoria, è possibile chiedere all'ente di appartenenza una certificazione del diritto acquisito. Più chiaramente - come precisa l'Inpdap - questa certificazione non costituisce alcun diritto alla pensione, ma ha valore di dichiarazione ufficiale dei requisiti personali, anagrafici e contributivi, utili alla pensione.

Le "finanziere" andranno in pensione a 60 anni, le infermiere a 65!



Libera Professione Infermieristica: il nuovo testo licenziato in Commissione

La segreteria dell'On. Minardo di Ragusa ci comunica che è stato **discusso e approvato in Commissione Affari Sociali**, il testo unificato "principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche" con i relativi emendamenti.

La norma è di particolare interesse perché l'art. 10 **istituisce la libera professione per le professioni sanitarie** ed è frutto dell'impegno del deputato Minardo e del Nursind che costantemente ha seguito i lavori e dato pareri.

L'articolo 10 approvato e che ci riguarda in particolare, è attualmente così definito:

Articolo 10. (Libera professione intramuraria degli operatori sanitari non medici).

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, gli operatori sanitari non medici, operanti con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pub-

bliche, hanno diritto di esercitare attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. L'attività libero-professionale di cui al comma precedente possono essere svolte anche in forma intramuraria ed allargata presso le aziende sanitarie locali od ospedaliere, gli IRCCS, le Aziende universitarie policlinico e le strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. A tal fine tali enti emanano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, specifici regolamenti per l'effettuazione della libera professione intramuraria degli operatori sanitari non medici.

3. Nell'ambito dell'attività di cui al comma 1, il personale interessato svolge le proprie funzioni nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.

Il 10/11/09 la Commissione Finanze della Camera, ha evidenziato

che "con riferimento all'articolo 10, si provveda a specificare che i redditi derivanti dallo svolgimento della libera professione intramuraria da parte dei predetti operatori sanitari non medici, sono qualificati, a fini tributari, come assimilati a quelli di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, lettera e), del testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917."

Riteniamo che questo sia un primo passo verso il riconoscimento di un diritto che mette alla pari tutte le professioni sanitarie. Il testo avrà ancora un iter lungo per l'approvazione definitiva poiché non ancora messo in programma per la discussione in aula. Vi terremo informati sugli sviluppi e sulla calendarizzazione nell'Assemblea della Camera dei Deputati. In merito abbiamo già sollecitato le forze politiche affinché il testo sia trattato in aula al più presto.



Come salvare più vite umane, anche sui luoghi di lavoro e nella vita quotidiana

L'ANFOS (Associazione Nazionale Formatori della Sicurezza sul Lavoro) è editore di uno splendido "Manuale di Primo Soccorso" scritto dall'esperto Infermiere Sergio Pagliocca. La presentazione nazionale a Vercelli, il 5 Febbraio 2010.

Un libro, quasi tascabile, dal contenuto finalmente chiaro e dettagliato, rivolto non solo a chi si occupa di emergenze ogni giorno, i sanitari, ma anche e soprattutto ai comuni cittadini, quelli che sui luoghi di lavoro sono addetti alle Squadre di Primo Soccorso Aziendale, e quelli che operano nelle Forze dell'Ordine. L'autore, Sergio Pagliocca, è un Infermiere noto per essere esperto proprio di emergenze extraospedaliere, Istruttore di Primo Soccorso e BLS-D, ed in servizio nella Polizia di Stato a Vercelli. Nella letteratura attuale, in materia, ci sono non poche difficoltà da parte dei cittadini, dei lavoratori e chiunque altri, nell'essere formati ed informati in maniera "adequata" al Primo Soccorso, ad apprendere importantissime manovre salvavita proprio per la mancanza di opere pedagogiche che adottino linguaggi comuni per tutti, prive di termini non spiegati (come non fosse necessario farlo), molto spesso scorretti oppure gravemente obsoleti. E sovente, i docenti, gli istruttori, sono improvvisati tali. Senza una qualifica specifica nell'insegnamento della materia.

Ed ecco che con grande impegno, l'autore decide di scrivere ciò che è stato il suo quotidiano lavoro per anni, adoperando il linguaggio di un "docente che ha studiato per essere docente" e

non un improvvisato, suddividendo i capitoli in casi diversi di soccorso, e specificando eccellentemente cosa deve fare un laico e cosa deve fare un sanitario, sottolineando soprattutto sempre cosa non deve mai fare chiunque per non aggravare una situazione di emergenza sanitaria.

L'editore ANFOS, ha così voluto mettergli a disposizione i mezzi necessari per lo scopo principale: la diffusione gratuita e di massa del "senso civico del Primo Soccorso". Con la collaborazione della CONSAP (Confederazione Sindacale Autonoma di Polizia) saranno infatti messe a disposizione di chiunque ne faccia richiesta, ben più di 2500 copie del libro, in maniera del tutto gratuita.

Da scuole, a Enti privati e pubblici, Pubbliche Amministrazioni, Forze dell'Ordine, Aziende, Associazioni, Strutture Sanitarie e Aziende Sanitarie Locali, privati cittadini, chiunque potrà fare richiesta e ricevere il Manuale gratuitamente.

Per contatti diretti con l'autore: sergio.pagliocca@gmail.com



La riforma Brunetta

Le principali innovazioni della Riforma Brunetta (legge 15/2009 e relativo decreto delegato) con particolare riferimento: all'introduzione del sistema premiante, alle carriere verticali, orizzontali, alla valutazione del personale e alla riforma dei procedimenti disciplinari, visti da Luca Benci, un giurista ben conosciuto al pubblico infer-

mieristico.



"NOI INFERMIERI"

i supereroi silenziosi della sanità italiana o gli invisibili come ci definì Gad Lerner nella sua serata in tv il primo maggio 2006, festa dei lavoratori. Questo libro è uno scritto spontaneo di venti anni di corsi, raccontando episodi inverosimili, a volte divertenti, altre amari, tutti comunque assolutamente reali. Questo è un manifesto reale della nostra professione, come nessuno finora l'ha mai raccontata. In certi passaggi il libro risulta molto critico verso chi ha calpestato, spesso inconsapevolmente, la nostra dignità. Alla fine emerge però l'orgoglio e la forza della nostra figura, così indispensabile nella sanità eppure ignorata a tutti i livelli. Riprendiamoci il timone della nostra nave e andiamo dove vogliamo NOI! Il ricavato andrà ai bambini di Patzum, Guatemala.

Moreno De Munari è nato a Vicenza nel 1966. Ha lavorato vent'anni nei reparti di Rianimazione, di Pronto Soccorso, di Chirurgia Generale e di Unità Coronaria, presso

l'Ospedale Civile San Bortolo di Vicenza. E' stato anche docente di Chirurgia Specialistica al Corso di Laurea per Infermieri e da sette anni ricopre l'incarico di Segretario Amministrativo del Nursind, sindacato infermieristico, alla segreteria di Vicenza.

In libreria oppure richiedibile all'autore moreno.demunari@alice.it

Piano Sanitario Friuli Venezia Giulia: il contributo del NurSind

Dott.ssa **Gloria Moretto** - Coordinatrice Regionale Nursind Friuli Venezia Giulia (*)



All'Assessore Regionale alla Salute e Protezione Sociale Dr V. Kosic Udine, 15/11/2009

Oggetto: Commento al PSR 2010-12

Gentile Assessore, la scrivente organizzazione sindacale NurSind – Il sindacato delle Professioni Infermieristiche, con la presente intende sottoporre alla Sua attenzione le proprie osservazioni in merito al nuovo PSR. Sebbene i principi ed i valori fondanti siano assolutamente condivisibili, certe affermazioni richiedono alcune precisazioni.

La presa in carico integrata delle persone con malattia cronica e disabilità

1. Accanto alla grande enfasi posta sulla valutazione della disabilità, si rilevano solo scarni cenni di investimento sulla continuità assistenziale e sul potenziamento dei servizi territoriali, investimento che si renderebbe necessario a fronte di una così importante razionalizzazione nell'offerta di posti letto ospedalieri. L'efficacia della continuità assistenziale si fonda:

a) sulla congruità della disponibilità di risorse umane e materiali al fine di garantire che l'ADI e gli altri servizi di assistenza territoriale possano svolgere il servizio 12 ore al giorno su sette giorni;

b) sull'utilizzo di protocolli evidence based omogenei e condivisi su tutto il territorio regionale;

c) sul miglioramento dell'attività dei servizi psichiatrici sul territorio e sul potenziamento dell'aspetto del recupero (dove possibile) del malato psichiatrico (comunità con personale adeguatamente formato e servizi diurni, finalizzati all'aspetto riabilitativo);

d) sull'implementazione di strumenti informatici per la pianificazione e la documentazione dell'assistenza che permettano la concretizzazione della continuità attraverso la diffusione delle informazioni, il confronto tra le performance di sistema, la possibilità di ricerca clinico-assistenziale, lo studio degli esiti assistenziali;

e) sulla possibilità di interfacciare i diversi sistemi informatici di gestione dei dati clinici: il G2 clinico dovrebbe prevedere i link con una cartella infermieristica informatizzata, al fine di costruire un data base regionale sulle problematiche, sugli interventi e sui risultati assistenziali, data base che rappresente-

rebbe un primo imprescindibile momento per una gestione scientifica e non più politica dell'allocazione delle risorse umane nel sistema.

2. L'implementazione dei nuovi profili di funzionamento per la valutazione della disabilità (300 profili previsti entro maggio 2009), rappresenta una soluzione di continuità con la valutazione multidimensionale Valgraf sino ad ora utilizzata dai servizi (e su cui tante risorse sono state investite negli scorsi esercizi): essendo l'ICF uno strumento molto complesso nella sua redazione, NurSind chiede:

a) un congruo periodo di formazione professionale per gli infermieri e gli altri professionisti che saranno chiamati alla

compilazione;

b) la previsione di una riorganizzazione dei servizi che consenta ai professionisti di "prendersi" il tempo necessario per stilare i profili di funzionamento e che eviti che questo tempo vada a discapito dei tempi assistenziali.

3. Sempre nell'ottica della presa in carico integrata, si propone di potenziare il servizio di medicina di base distrettuale incentivando il lavoro d'equipe tra medici e personale ADI e riabilitativo, per migliorare la continuità assistenziale e sgravare di questo tipo di competenza i MMG che manterrebbero la funzione di consulenza.

4. L'autonomia e la competenza infermieristica acquisita sul campo



dell'assistenza domiciliare rende questa figura perfettamente in grado di effettuare prescrizioni infermieristiche per presidi medico-chirurgici di uso comune (pannoloni, medicazioni per enterostomie, siringhe, ecc.): potrebbe questa funzione essere attivata, in modo da far risparmiare tempo e denaro ai cittadini?

5. Consapevoli che in un periodo di particolare scarsità di risorse gli investimenti in prevenzione sono poco proponibili, Le chiediamo, però, di riproporre (servizio già esistente e poi soppresso) il servizio sanitario scolastico per migliorare l'educazione sanitaria nelle scuole: la cultura della salute deve iniziare in età scolare.

La rete ospedaliera

La forte razionalizzazione sulle strutture ospedaliere merita delle riflessioni:

a) L'"estinzione" dei posti letto di cardiologia nei due presidi ospedalieri di Gorizia e Monfalcone non si accompagna ad un aumento di posti letto nelle Medicine dei Presidi Ospedalieri corrispondenti, già caratterizzate da tassi di occupazione asfittici e che ricoverano in appoggio nelle altre unità operative le persone assistite, andando a cancellare un bisogno epidemiologico (non esiste solo lo STEMI per il quale si attiva il percorso Hub/Spoke, esistono le aritmie, lo scompenso cardiaco ed il suo rilevante peso in termini di disabilità, gli infarti NSTEMI, le cardiomiopatie ipertensive, degenerative, ecc.). La decisione efficientista è destinata a far crollare la qualità dell'assistenza per i malati cardiologici in quanto le competenze decennali degli infermieri di cardiologia verranno stemperate e smembrate tra l'Area d'Emergenza e la Medicina.

b) La declassazione del CRO di Aviano è altrettanto discutibile: perché diminuire gli investimenti in un centro di ricerca e di eccellenza diagnostico-terapeutico-assistenziale e, al contempo, mantenere in vita due neurochirurgie e due cardiocirurgie Hub in una regione poco popolosa come il FVG?

La rete dell'emergenza

Considerata la complessità dell'argomento, non è questa la sede di trattazione dei molteplici aspetti relativi alla istituzione della centrale unica 118 sul territorio regionale. Vale la pena di sottolineare che tra i colleghi operanti nel sistema 118 è opinione diffusa che l'istituzione della centrale unica 118 nel territorio regionale non solo non porterebbe ad una effettiva diminuzione dei costi per la razionalizzazione delle risorse,

ma, considerate le caratteristiche orografiche ed etnico-sociali della nostra regione, produrrebbe uno scadimento della qualità e dell'efficienza del servizio stesso.

Altre Regioni hanno tentato questa via (Emilia Romagna, Sicilia, Liguria) e sono tutte ritornate sui propri passi. Nella nostra Regione vi sono elementi di disomogeneità tra l'organizzazione delle Centrali Operative da considerare, elementi che non possono essere vissuti come elementi deboli del sistema regionale complessivo ma quali risorse esperienziali diverse o innovative da rendere magari preziose in una futura riorganizzazione ed omogeneizzazione del sistema a base regionale.

Quali esempi si ricorda che alcune centrali a differenza di altre gestiscono direttamente le chiamate indirizzate al Servizio di Continuità Assistenziale e di tale organizzazione oramai decennale i cittadini ne hanno acquisito le modalità e sperimentato i benefici in termini di integrazione con il sistema di assistenza domiciliare e le altre attività di distretto.

In definitiva si è costituito in capo alla



Centrale Operativa una attività variegata di accoglimento, analisi e verifica dei bisogni di salute avanzati dai cittadini rispondendo a questi con le risorse più opportune o in termini di emergenza-urgenza con l'immediato invio dei mezzi di soccorso, o in termini di affidamento del caso ai servizi distrettuali che si assumono in carico il caso. Tutto ciò allo scopo di offrire la miglior soluzione al problema di salute del cittadino, razionalizzando contemporaneamente le risorse complessive ed evitando invii disagevoli ed inutili al servizio di pronto soccorso ospedaliero.

La costituzione di una centrale operativa unica in ambito regionale rischia di vanificare tutte le esperienze locali simili, di interrompere un buon canale di comunicazione e ricezione dei bisogni per i servizi distrettuali che sono legate a particolari assetti organizzativi ed espe-

rienze protratte da anni. Ad oggi il sistema dell'emergenza territoriale è sicuramente disomogeneo in ambito regionale, sarebbero auspicabili riassetti organizzativi rispetto alla qualità e numerosità dei mezzi di soccorso, alla uniformità ed integrazione di protocolli operativi, ad una standardizzazione della formazione fondamentale, alla costituzione di un coordinamento formativo regionale.

Si ritiene che tali obiettivi possano essere raggiunti, in modo più sicuro ed efficiente rispetto alla proposta unificazione di centrale, con l'istituzione di un apposito ufficio di coordinamento a livello della direzione regionale della sanità, che da tale posizione di autorevolezza ed autorità si occupi del coordinamento e della direzione degli aspetti pregnanti nelle diverse realtà locali.

Il miglioramento dell'efficienza

a) La personalizzazione delle cure, intesa come "il mettere al centro la persona", è un concetto ben chiaro agli infermieri essendo uno degli elementi del paradigma concettuale della disciplina infermieristica, concetto che attualmente però non trova spazio nel sistema di cura e nel modello biomedico, centrati piuttosto sulla quantificazione delle prestazioni e dei fenomeni (efficienza, liste di attesa, mantenimento degli standard quantitativi di prestazioni, eliminazione di posti letto, ecc.).

C'è, a nostro avviso, un'incongruenza tra l'intento espresso nel PSR di mettere al centro del sistema la persona e il blocco delle assunzioni di personale infermieristico: è l'infermiere il professionista che mette al centro del proprio operare la persona nella sua interezza e le sue risposte alla malattia. L'umanizzazione delle cure non si correla con l'efficienza ma con l'efficacia.

b) Per l'abbattimento delle liste d'attesa l'unico intervento efficace è il controllo della domanda, non dell'offerta: oltre all'informatizzazione del sistema di gestione e alla "spremitura" dei professionisti, bisogna agire sull'appropriatezza delle richieste da parte dei MMG e degli specialisti, attraverso un intervento formativo sui medici richiedenti. Utile sarebbe anche l'avvio di un programma di ricerca descrittiva sul fenomeno dell'appropriatezza per una quantificazione del fenomeno al fine di adottare opportune misure d'intervento.

Concludendo, nella consapevolezza di proporre considerazioni limitate a pochi punti su un Piano che si caratteriz-

za per la limitatezza dei punti (non si ravvisa una visione strategica a lungo raggio) oltre a quanto già richiesto tra le righe dell'analisi suesposta, il Coordinamento Regionale NurSind Le chiede:

1) L'attivazione di un osservatorio regionale al fine di supervisionare:

a) i percorsi formativi necessari per l'implementazione dei nuovi strumenti di valutazione della disabilità;

b) i percorsi formativi necessari alla riorganizzazione richiesta dalla razionalizzazione dell'offerta ospedaliera: la conversione d'ufficio delle competenze assistenziali non correlato alla formazione professionale (da cardiologia a dipartimento di emergenza, da reparto ospedaliero ad ambulatorio o servizio territoriale, ecc.) è un rischio per la sicurezza delle persone assistite;

2) l'attivazione di un sistema di mappatura delle competenze professionali nel settore assistenziale: un sistema basato sulle competenze costituisce uno strumento efficace per la gestione strategica delle Risorse Umane perché nasce dalla definizione degli obiettivi strategici delle strutture, prosegue con la definizione del portafoglio di competenze che le risorse devono possedere per garantire all'azienda il vantaggio competitivo e il raggiungimento degli obiettivi, richiede di identificare le capacità richieste a ciascun ruolo nonché le conoscenze tecniche/professionali, censisce le competenze possedute.

Si ottiene quindi una fotografia attendibile del livello di competenze possedute dalle risorse, si opera il confronto con il livello atteso o richiesto, e si condividono con i diretti interessati i gap da colmare per garantire all'azienda competenze adeguate alla strategia, in modo da fornire indicazioni sia sul tipo di competenze critiche da sviluppare sia su come è segmentata la popolazione in base alla distanza dal profilo atteso, questo affinché le successive attività di sviluppo e la stessa formazione vengano tarate e differenziate in base alle esigenze specifiche.

Il sistema di mappatura delle competenze consentirebbe inoltre di evidenziare le aree di incongruità delle dotazioni

organiche e di fornire una solida base su cui sviluppare:

a) un sistema di valutazione basato sul merito (come introdotto dalla recente L. 15/2009 e relativo decreto attuativo);

b) un sistema di mappatura delle inidoneità.

3) La possibilità di utilizzare in via sperimentale, almeno su una struttura per azienda del territorio regionale, uno strumento validato da numerose sperimentazioni in territorio nazionale (tra cui il CRO di Aviano), "l'Indice di Complessità assistenziale" (ICA), strumento con applicazione informatica che coniuga l'ormai inderogabile necessità di mappare le performance assistenziali con la possibilità di quantificare la dotazione organica su base scientifica, la determinazione delle attività infermieristiche e di quelle attribuibili al personale di supporto assistenziale. L'ICA consente di calcolare inoltre la complessità assistenziale di unità operativa, di struttura, consente il confronto tra strutture mediante l'utilizzo di un linguaggio standardizzato e la possibilità di sviluppare programmi di ricerca organizzativa, e fornisce la base razionale per la costituzione dei DRG infermieristici: gli infermieri vogliono far parte della produzione e non più essere considerati come costi fissi indistinti all'interno dei DRG medici (è ampiamente dimostrato in letteratura che a parità di DRG medico l'utilizzo di risorse assistenziali può variare in modo assoluto).

4) L'accreditamento ECM come Formazione sul Campo dei percorsi formativi di cui sopra.

5) L'attivazione e la condivisione di un percorso per la valorizzazione della formazione post-base infermieristica (master clinici, laurea specialistica) nella linea assistenziale: non tutti vogliono e devono essere dirigenti, ma, ad es., responsabili scientifici della pianificazione assistenziale, o consulenti su aree specifiche, project manager di percorsi formativi, ecc.

6) L'assicurazione che almeno il turnover infermieristico venga garantito e che sia attivata una rigorosa analisi epidemiologica sull'anzianità (biologica e

di servizio) della popolazione infermieristica e del personale di supporto assistenziale: per l'organizzazione prevenire le inidoneità è più economico che curarle e gestirle.

L'infermiere, da più di 15 anni, è responsabile per legge della pianificazione e dei risultati assistenziali (DPR 739/94) ma, nell'attuale sistema, è costantemente e pressoché ovunque costretto ad operare non per assolvere il mandato legislativo (nonché deontologico), ma per la sopravvivenza del sistema stesso, obbligandosi (raro esempio di "mitologia del sacrificio" e di "apologia della compensazione") a "fare cose", a vedersi sistematicamente scavalcare nel sistema decisionale specifico e distintivo del proprio campo di competenze e responsabilità da altri professionisti che, per diritto di nascita, entrano nel SSN come dirigenti (nonostante siano già formati in territorio regionale dei laureati magistrali in Scienze Infermieristiche), a "disidratarsi" nella sola funzione esecutiva per consentire alla macchina organizzativa di esistere.

È mai possibile che a nessuno interessi questa sistematica responsabilità organizzativa nella violazione di una legge? Perché l'infermiere non può essere messo nelle condizioni di assolvere al suo mandato legislativo? Come da Voi affermato nel PSR: "Occorre trovare la giusta strada tra politica, consenso e sagge scelte organizzative" ... e la "capacità di condividere i problemi e le possibili strade nell'affrontarli": in tal senso Le chiediamo di considerare il punto di vista della nostra organizzazione sindacale, unica forza rappresentativa in territorio regionale delle istanze degli infermieri, il gruppo professionale quantitativamente più forte del Sistema Sanitario Regionale.

(*) Hanno collaborato: Inf. **Sergio Trevisan** - Segr. Prov. Trieste; Inf. **Patricia Aris** - Segr. Prov. Udine; Inf. **Luca Petruz** - Segr. Prov. Gorizia; Inf. **Gianluca Altavilla** - Segr. Prov. Pordenone.



Infermieri nel Mondo

"Infermieri Nel Mondo" è una rubrica che abbiamo aperto da gennaio '09 sul sito www.nursind.it per conoscere in tempo reale che cosa avviene fuori dai confini italiani e quali problematiche stanno affrontando i nostri colleghi stranieri. Sulla rivista riportiamo un estratto delle tante notizie che puoi trovare in internet.

*Fatti un Po
Passa alla*



Bel Regalo!



Osp. Civili di Brescia:

dalla "lanterna" al "Case Manager"

Inf. Pompeo Cammarosano - Segr. Az. Nursind Osp. Civ. di Brescia

Ne sono passati di anni, da quando in quel lontano 1853, durante la guerra di Crimea, Florence Nightingale fu definita dal Times la Lady con la lanterna. Naturalmente, come sempre, la stampa non faceva piena giustizia su quello che invece avrebbe rappresentato la Nightingale per tutta la nostra professione e per questo gliene saremo per sempre grati.

Altro che infermiera con la lampada! E' stata la prima ad applicare il metodo scientifico all'assistenza infermieristica attraverso l'utilizzo della statistica. Ai suoi tempi, la teoria del Nursing era incentrata sul concetto di ambiente, fattore principale nello sviluppo delle malattie.

Il suo obiettivo era di ridurre il tasso di mortalità in ambito ospedaliero. Oggi abbiamo altri obiettivi per il Nursing e meno male! Uno di questi, è il modello organizzativo assistenziale denominato "case management".

Si tratta di gestire il caso-paziente nella sua globalità, come si dice, a trecentosessanta gradi.



E' uno strumento basato sull'esperienza e come tale va sperimentato nella pratica assistenziale. Esso nasce all'estero, nei paesi di lingua inglese ma contestualizzabile senza problemi anche presso di noi. La diffusione negli Stati Uniti del "managed care" o gestione globale del paziente è stata sponsorizzata dalle compagnie di assicurazione per contenere i costi della spesa sanitaria. Si tende così a controllare i costi, individuando al massimo le risposte ai bisogni sanitari del singolo e usando risorse appropriate al caso specifico.

In Italia, dove la salute è un diritto assicurato a tutti direttamente o indirettamente dallo Stato, sembrerebbero venire

a cadere i presupposti di questo sistema di gestione. L'uso del condizionale non è casuale ma d'obbligo.

Infatti si assicura a tutti il diritto sulla carta, mentre poi in realtà a fatica si riesce a soddisfarlo.

Nell'ambito di un convegno IPASVI di Milano-Lodi, tenutosi il 1° settembre 2009 a Milano, vertente sul problema della visibilità degli infermieri, la relatrice americana Susan Gordon, giornalista free lance con a cuore la problematica infermieristica, nel sentire che in Italia e in particolare agli Spedali Civili di Brescia, **il rapporto numerico in Medicina tra infermiere e paziente è 1 : 13**, si è spaventata, poiché **in America**, dove l'assistenza seppure non garantita a tutti, **il rapporto è 1 : 6**.

Ha così paragonato i nostri carichi assistenziali di reparto a quelli del Kenia. E la stessa giornalista, si augurava di non essere mai costretta ad un ricovero dalle nostre parti. A queste affermazioni, assistettero anche ex dirigenti infermieristici degli stessi Spedali Civili. Comunque Kenia o non Kenia, meno male che si è rimediato, almeno in qualche maniera, alla presenza di letti in esubero o bis, perché altrimenti non saremmo neanche più ai livelli del Kenia.

In questo terreno di carenza di personale cronica e di carenza di posti letto, riteniamo che in Italia e in particolare nella realtà degli Spedali Civili di Brescia, si possa riuscire a innestare un modello organizzativo assistenziale di

presa in carico globale della persona che possa dare dei frutti positivi in termini di riduzione delle riospedalizzazioni.

Se non si può impedire alla gente di ospedalizzarsi, qualcosa e forse molto, si potrà fare nel senso della riospedalizzazione.

Non ci sono purtroppo studi univoci in tal senso, che dimostrino una riduzione nelle riospedalizzazioni e allora bisogna partire dalla considerazione che il case manager migliora senza dubbio, l'efficacia ed efficienza delle prestazioni, grazie alla loro massima integrazione e mettendo al loro centro l'utente.

La qualità delle cure migliora col renderle sempre più appropriate ed accetta-

bili da parte della persona. Non vi sono prove d'efficacia sulla riduzione delle riospedalizzazioni. Da una meta-analisi è emerso che in uno studio l'adozione del case management non ha dato risultati significativi sulla riduzione dei giorni di degenza e sulle riospedalizzazioni, mentre in altri studi si è rilevata l'efficacia nell'applicazione prevalentemente nelle situazioni di malattie mentali.

Il case management comporta una stretta sinergia con tutte le altre figure del processo di cura. Da esperienze passate, parrebbe che la figura professionale più adatta al ruolo di case manager sia quella dell'infermiere, che per la sua impostazione, contempla una visione olistica del paziente ed avrebbe già in sé, le conoscenze e le abilità per ricoprire questa funzione.

Per questo occorre che si metta da parte la lampada e si assumano i panni di "central leader" per facilitare e coordinare i piani di cura di ogni paziente, in stretta collaborazione con un team multidisciplinare.

Le sfide future sono quelle sull'utilizzo dei case managers ospedalieri nelle visite domiciliari. L'assistenza domiciliare attraverso le visite di questi professionisti ed il loro collegamento con le strutture che organizzano l'Ospedale a domicilio, può essere un valido strumento specialistico di raccordo tra le necessità del paziente e dei familiari con quelle dei fornitori dell'assistenza.

Tutto questo può portare ad una assistenza domiciliare di successo e ad una conseguente decongestione delle corsie di Ospedale. Da quello che si vede in reparto, è palese che manca un filtro tra paziente-famiglia-caregivers ed Ospedale. Purtroppo il medico di famiglia non è funzionale a questo ed allora visto che non si riesce a fare nulla nel senso territorio-Ospedale, si può provare l'inverso e andare così dall'Ospedale al territorio.

Nel fare le cose bisogna crederci perché le sole abilità e conoscenze a volte possono non bastare. Perciò, una funzione del case manager sulla quale bisognerà fare leva e insistere sarà l'educazione terapeutica e sanitaria ai pazienti, ai familiari e ai caregivers durante il ricovero, alla dimissione ma anche a livello domiciliare.

Cosenza:

NurSind denuncia la cronica carenza di personale

Il sindacato autonomo degli infermieri denuncia croniche carenze nelle strutture pubbliche del comprensorio

"Ormai la misura è colma. Purtroppo dobbiamo denunciare pubblicamente che le problematiche sanitarie nel territorio della Sibaritide, evidentemente, non interessano né al caro Direttore Generale né alla classe politica locale.

Perché tutti si riempiono la bocca nel parlare del nuovo Ospedale della Sibaritide, ma della problematiche serie che affliggono i cittadini quali: la quasi inesistente assistenza sanitaria offerta, la mancanza di una strategia politica aziendale in questa direzione, il totale abbandono da parte della dirigenza dell'ASP di Cosenza circa le problematiche afferenti la carenza cronica del personale infermieristico, dal personale di supporto (Oss-Ota-Osa ecc...) presso tutti i reparti e servizi dell'Ospedale di Corigliano, per non parlare del territorio inteso come Distretto, carente di personale di vario genere anche di tipo amministrativo, che lasciano pazienti e cittadini al loro destino; nessuno parla, per questi nostri politici tutto va bene.

Più volte ci siamo fatti carico di portare all'attenzione del Direttore Generale le problematiche sopra riportate, ma in

politiche ci siamo sentiti dire che di personale c'è né in abbondanza. Noi abbiamo sempre affermato che ciò potrebbe essere vero, però è altrettanto vero che il personale non è presente in maniera consona nell'Ospedale e nel Distretto del territorio di Corigliano. Ci siamo resi conto che anche i responsabili dei sindacati confederali, mortificano le zone periferiche a discapito dei loro interessi di natura personale, tanto è vero che siamo a conoscenza dello svolgimento di vari incontri "carbonari" che vengono effettuati presso la sede aziendale con i vertici dell'ASP di Cosenza.

Riunioni "carbonare" perché non vengono invitate le forze sindacali periferiche che, lo vogliamo ricordare ai più distratti, sono legittimate alla contrattazione decentrata e rappresentano parte della RSU in tutto il territorio dell'ASP cosentino, perché elette dai lavoratori della stessa ASP di Cosenza. Tutto ciò, secondo noi, significa delegittimare la RSU e tutto ciò si sta consumando, ed è questa l'amarezza più grande, con la complicità del Direttore Generale.

Il NurSind, sindacato delle professioni infermieristiche, dopo vari tentativi di mettere insieme tutte le forze autonome sindacali dei lavoratori, purtroppo con esito negativo, si è reso conto che le

nostre richieste rimbalzavano sempre verso una sorta di muro di gomma. In effetti, più di un mese e mezzo fa, a firma di tutti i sindacati autonomi è stata inviata una lettera all'esecutivo RSU, a tutti i suoi membri e al Direttore Generale, attraverso la quale si chiedeva di avviare con estrema urgenza la convocazione dell'assemblea RSU, ma a tutt'oggi a distanza di circa otto mesi dall'ultima convocazione, nulla è stato fatto, è proprio il caso di dire: "non c'è peggior sordo di chi non vuol sentire".

L'atteggiamento incomprensibile, antidemocratico e arrogante dei dirigenti sindacali confederali CGIL, CISL e UIL, con la complicità dell'ASP di emarginare l'assemblea RSU nella sua interezza, ci fa giungere a questa considerazione che probabilmente il territorio della Sibaritide è considerato come terra di conquista sia politico che sindacale.

Alla luce di tale atteggiamento, invitiamo tutti i politici, i sindaci, le istituzioni a uno slancio di orgoglio nonché al senso di appartenenza a questo territorio, al fine di difenderlo con tutti i mezzi, perché viene immancabilmente a ogni appuntamento, sia progettuale sia politico, martoriato dalle parole e dalle menzogne e non dai fatti.

La Segreteria Provinciale Nursind

NurSind sbarca a Varese

Inf. **Francesca Tirendi** - Segr. Prov. NurSind Varese

NurSind Varese ha appena un mese di vita. Nasce in una zona difficile, sia geograficamente per la vicinanza con la Svizzera (dove molti affluiscono attirati dal profilo economico), sia per la diffidenza verso i sindacati, dai quali nessuno si sente più tutelato.

Dopo vari anni passati a Varese, mi sono resa conto che ci vuole un cambiamento decisivo nella nostra categoria, e chi meglio del NurSind può attuare questo cambiamento?

Gli infermieri per gli infermieri! Nessun altro sindacato sarà mai in grado di rappresentarci se non noi stessi.

Per questi motivi, e dopo varie notti insonni, spinta dai colleghi (con i quali ho ottimi rapporti) ho deciso di intraprendere questo percorso. Mi ritengo una persona decisa e determinata e con l'aiuto del collega **Alessio Reginelli** dell'ospedale di Circolo di Varese e **Danilo Torre** dell'ospedale di Gallarate, ci ripromettiamo di portare avanti un'impresa difficile ma non impossibile, con la speranza che tutti prendano coscienza della realtà che stiamo vivendo.

Noi andiamo avanti!



Nursind Napoli compie

1 anno di vita

Inf. **Annalisa Troia** - Segr. Prov. Nursind Napoli

Nursind Napoli nasce in un momento particolare, caratterizzato da una forte crisi ed indebolimento delle forze sindacali. Nasce in un contesto che ha visto attacchi spregiudicati dell'azienda nei confronti dei lavoratori, con il taglio della spesa pubblica comportando il blocco delle assunzioni, tagli al personale sanitario, riduzione degli organici, accorpamenti dei reparti...

Di contro ci siamo trovati di fronte ad una aumentata richiesta di salute della cittadinanza, un aumento delle responsabilità per l'infermiere, aumento della qualità di tutte le attività assistenziali.

Era fondamentale e vitale quindi, aumentare risorse umane, incentivare la presenza del dipendente sul luogo di lavoro, incrementare aspetti economici. Ed invece l'esatto opposto.

Ma l'aspetto più grave di tutta la situazione va ricercato nella completa assenza del sindacato, che non ha saputo opporsi a questo stato di cose, non c'è stata una difesa concreta da parte dei confederali che hanno accettato tutto, lasciando che le situazioni precipitassero senza muovere un dito, compiacenti e silenziosi, dimenticandosi di ogni forma di lotta che un vero sindacato deve promuovere per difendere i lavoratori.

In questo contesto di sconforto e delusione si è presentato il Nursind, proponendosi come sindacato di categoria, invitando i colleghi ad unirsi per contrastare il cattivo operato della triplice, sfidando l'attacco dei più forti, i quali hanno e continuano a demoralizzare gli infermieri,

indicando il Nursind come un sindacato di scarsa rilevanza, senza forza contrattuale e senza alcuna voce in capitolo nella stanza dei bottoni.

La forza del Nursind sta in coloro che lo compongono, sta in tutti quegli infermieri che credono in un riscatto della professione. Il Nursind si propone come la voce sindacale ed autonoma dell'infermiere ed i nostri sforzi, oggi, sono soprattutto indirizzati verso l'informazione, perché siamo convinti che un infermiere informato sa difendersi, sa costruire la propria professionalità ed autonomia.

La disinformazione è stata e lo è tuttora l'arma per tenerci relegati nelle retrovie, sempre oscurati e fermi in attesa di qualcuno che decida per noi, ed abbiamo visto, con l'ultimo contratto quali decisioni sono state prese!

E' tempo di dire basta, di smettere di andare in giro a chiedere informazioni su aspetti contrattuali che ci riguardano, su leggi e normative... siamo dei professionisti e da tali dobbiamo comportarci e per farlo dobbiamo renderci autonomi anche culturalmente (in senso sanitario legislativo).

Dobbiamo diventare un'unica forza sindacale, informata e determinata ma soprattutto informata perché la conoscenza, si sa, fa alzare la voce. Noi di Nursind Napoli con la pazienza delle formiche, in silenzio e senza gloria, tentiamo di costruire un sindacato onesto e decisamente vicino alle problematiche degli infermieri, senza compromessi e false pro-

messe.

La nostra unica garanzia è l'onesta e la determinazione di voltare pagina. Non abbiamo nulla da vendere e non perché non c'è la forza ma perché non appartiene allo spirito del Nursind disattendere alle aspettative dei colleghi.

La grave situazione odierna si prospetta nel futuro, ancora più difficile, ed è chiaro che non ci sarà nessuno a prendere le nostre difese, sono tanti i problemi da risolvere e gli interessi da tutelare e non ci sarà né tempo né modo per difendere e migliorare la nostra categoria. Quindi è d'obbligo unirsi e iniziare a formare una nuova coscienza sindacale autonoma, in grado di fornirci gli strumenti adatti per riscattarci.

L'O.S. Nursind Napoli vuole dare a tutti gli infermieri, fiducia, speranza e dignità e a loro noi chiediamo di aggregarsi e sostenerlo, difenderlo e proteggerlo perché Nursind siamo noi, noi infermieri in prima linea. Un ringraziamento particolare a tutti i colleghi che continuano a darci fiducia e a sostenere questo difficile percorso e grazie anche a tutti gli altri colleghi che stanno, sì dalla nostra parte, ma che ancora prediligono la "sicurezza" dei confederali.

Noi stiamo anche dalla loro parte perché, al di là di ogni appartenenza sindacale, siamo infermieri, crediamo negli infermieri e aspettiamo che tutti gli infermieri confluiscono in un unico grande sindacato di categoria, il Nursind.



Dal Cannizaro di Catania:

Il "Piano di rientro" e le ricadute sull'attività Lib. Prof.

Inf. **Megna Alfonso** - Segr. Az. Nursind

Sprechi, cattiva amministrazione, pessima gestione, sono corsi e ricorsi storici che tutti conosciamo. Sono fattori che hanno spinto nel baratro la Sanità Italiana, e nello specifico quella Siciliana. Un vortice che nessuno ha tentato di fermare, anzi si è alimentato al fine di sfruttarne la forza per raschiare il fondo del barile. Un contenitore ormai vuoto, dal quale non è più possibile

attingere.

Presa consapevolezza della situazione si corre ai ripari. "Piano di rientro"; paroloni d'impatto, che hanno un particolare fascino. Fanno pensare ad uno studio mirante a predisporre un'azione in tutti i suoi sviluppi. Un'analisi meticolosa che, scomposti tutti i fattori, riesce a fare "rientrare" i fondi nel contenitore. Un piano così brillante che vuole

essere d'esempio alle altre Regioni; la Sicilia ha il suo fiore all'occhiello.

Si rielaborano tutte le Aziende Ospedaliere, tutte le ASL. Si decidono i nuovi accorpamenti, si riducono le dirigenze e vengono assegnati i nuovi incarichi.

Tutto questo grazie all'opera dell'Assessore alla Sanità per la Regione Sicilia Dott. Russo, coadiuvato, tra gli



altri, dal Dott. Poli che è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Cannizzaro. Il nuovo Direttore si mette subito all'opera. La parola d'ordine resta "rientrare".

Mostra subito l'esigenza di revisionare l'intramoenia. Costa troppo, l'Azienda non guadagna abbastanza. Una decisione che può avere della logica. Allora dal 01/09/2009 non si autorizzano i pagamenti delle prestazioni intramurali. Ne consegue che tutti i professionisti, a fine ottobre, non hanno avuto la remunerazione dell'attività libero-professionale svolta.

Una situazione inaccettabile. Il Dott. Poli ha agito senza la minima traccia di buona fede. Senza il minimo preavviso, ha preso decisioni che pesano sul budget familiare degli Infermieri. Ci ha privati della possibilità di scelta. Ha divelto la peculiarità della libera professione: l'essere LIBERO. Di fatto, ritoccando le tariffe senza preavviso, rischiamo di avere lavorato per un predeterminato guadagno, e ci potremmo ritrovare con tariffe più esigue; e allora!!! siamo "rientrati".

Il Nursind ha tempestivamente manifestato il disappunto per le decisioni intraprese dall'Amministrazione. Ha specificato che gli Infermieri hanno turni stremanti, lavorano in sotto organi-

co e nonostante tutto, prolungano il servizio per garantire l'attività libero-professionale. Il Nursind è stato chiaro nello specificare che gli infermieri, sottraggono tempo agli affetti e alla famiglia solo per i soldi. Ha chiesto un incontro per discutere della spiacevole situazione.

Il Ns. Direttore non ci ha mai convocato. Praticamente si è rifiutato di sentire le nostre ragioni, ha calpestato ogni più elementare principio della rappresentanza. Ha preso decisioni sull'intramoenia senza sentire le RSU. Ha dato un colpo di spugna a tutti i sindacati aziendali.

In seguito ha incontrato in modo informale le rappresentanze (il Nursind non è stato invitato). In questa sede ha precisato di volere cambiare le tariffe d'intramoenia, vuole avvalersi del sistema di pagamento in base ai DRG, abbandonando la tariffa oraria attualmente in vigore. In un secondo incontro avrebbe dovuto chiarire la situazione, proporre nello specifico la nuova tariffazione. Con poca sorpresa, il Dott. Poli rinvia l'appuntamento.

Alla data del 10/11/2009 ancora nessuna novità. Si concretizza l'eventualità di non avere neanche per novembre, i pagamenti dell'intramoenia. Ancora un "rientro".

Come sindacato di categoria, il Nursind aziendale seguirà con attenzione l'evolversi della spiacevole situazione. Stiamo valutando con i colleghi delle Sale Operatorie la possibilità di bloccare l'erogazione dei servizi intramurali, al fine di gridare basta, di fare sentire la voce dei professionisti dell'assistenza.

Il "rientro", continua imperterrita. La nostra unica speranza è che questo "rientro" non interessi solo la classe Infermieristica. La riforma che prevede tagli per tutti (o quasi), si fa sentire pesantemente sui professionisti che lavorano in sotto organico. E la Regione Sicilia? Non accetta mobilità da fuori Regione, non fa concorsi, permette turni massacranti. Si potrebbe continuare per ore, le problematiche le conosciamo bene.

La necessità ineluttabile è prendere consapevolezza della nostra professionalità, afferrare il nostro futuro. Una delle strade da seguire è dare forza alla rappresentanza di categoria. Solo un Infermiere può lavorare per un infermiere. Cancelliamo il detto: il peggiore nemico degli infermieri sono gli altri infermieri. Entriamo anche noi nella mentalità di lavorare tutti per la tutela della categoria; orgogliosi di essere Infermieri.

Nasce NurSind a Novara

Inf. **Giovanni La Torre** - Segr. Prov. e Inf. **Sabrina Mentasti** Segr. Amm. Nursind Novara

Novembre 2009, nasce in provincia di Novara la segreteria provinciale del NurSind.

Ma cos'è? Probabilmente se lo chiedono parecchie persone abituate a considerare come sindacati solo i confederali. E' la stessa domanda che ci siamo posti Giovanni ed io. Ma facciamo un passo indietro.

Inizio estate, come tutti gli anni, aiuto....le ferie estive. Quanti andiamo? Quando andiamo? E' il solito dilemma che si presenta nel periodo estivo. Quest'anno sembrava essere tutto in ordine e invece....no! Come tutti gli anni ci sono problemi con relativi malumori.

"Ma è possibile che non ci sia nessuno che ci tuteli?"

Questa è la domanda che ci siamo posti in tanti. Passano i giorni e arriva in reparto una rivista chiamata *InfermieristicaMente*. Leggendola attentamente ci siamo resi conto che era un



giornale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro solo esclusivamente infermieristico. Guardandoci in faccia, un po' stupiti, abbiamo detto: "Ma guarda esiste veramente un sindacato di categoria, chissà a chi ci si può rivolgere qui in zona per avere qualche notizia?"

I mesi passano tra ferie da fare, turni da coprire e problemi varie arriva la fine di settembre. Era tutta l'estate che ci balenava per la testa l'idea di aderire a questo sindacato ma sempre molto titubanti avevamo rinviato la decisione.

Sfogliando il giornale nuovamente notammo che in provincia di Novara non vi era una sede. La più vicina era ad Alessandria. Abbiamo telefonato e ha risposto un infermiere gentilissimo, Salvo Lo Presti, il quale ci ha fornito parecchie informazioni riguardo al sindacato e ci ha proposto un incontro di perso-

na allo scopo di valutare l'opportunità di salire sul "treno del NurSind" e di fondare eventualmente la segreteria provinciale di Novara.

Dopo averne parlato, decidiamo di incontrarci e scopriamo che oltre ad essere un collega è anche un Dirigente Nazionale del NurSind. Siamo stati invitati a Roma al Consiglio Nazionale del sindacato stesso, dove abbiamo conosciuto infermieri provenienti da tutta l'Italia, realtà inimmaginabili, ma soprattutto il segretario e altri membri del direttivo nazionale, persone stupende e disponibili, come d'altronde tutti gli altri iscritti presenti al congresso.

La possibilità di interloquire con loro direttamente è il modo migliore per riportare nei lavoratori la fiducia nel sindacato. Siamo rimasti affascinati dall'organizzazione e in modo particolare dal fatto che tutte le problematiche

erano esclusivamente inerenti al modo infermieristico.

Con il ritorno da Roma ha inizio la nostra avventura e la nascita della segreteria provinciale di Novara del NurSind.

I referenti sono:

Giovanni LaTorre, infermiere professionale dal 1996, in servizio presso il blocco operatorio del Presidio di Arona con mansione di strumentista;

Sabrina Mentasti, infermiera professionale dal 1992, in servizio presso il blocco operatorio del Presidio di Arona con mansione di nurse di anestesia.

Vogliamo estendere un invito a tutti i nostri colleghi sia della struttura di Arona sia di quella di Borgomanero di salire anche loro su questo "treno" come abbiamo fatto noi **per poter essere protagonisti del nostro futuro e non marionette in mano ad altri.**

NurSind Pordenone:

borsa di studio per laurea di 1° liv. in inf.ca

Inf. **Gianluca Altavilla** - Segr. Prov. Nursind Pordenone



Una delle missioni di NurSind è la promozione e l'evoluzione della professione infermieristica, con questo spirito è stata bandita la prima borsa di studio Provinciale che ha l'obiettivo di premiare la tesi di Laurea in Infermieristica dell'Ateneo di Udine della sede di Pordenone, con il fine di valorizzare i lavori che potrebbero avere un risvolto ed un'implicazione nella pratica clinica. Questa prima edizione del concorso prevede la premiazione di un unico elaborato di Tesi. Le aree di interesse sono Infermieristica in area medica, che comprende le discipline di medicina generale e specialistica; Infermieristica in area chirurgica e dell'emergenza, comprendenti le discipline della chirurgia generale e specialistica; Infermieristica in area cronico-riabilitativa e della disabilità che comprendono le discipline neurocerebrodegenerative; Infermieristica in area della salute mentale e dell'organizzazione professionale, che comprendono le discipline psichiatriche e psicologiche e discipline medico legali e organizzative comprese quelle che trattano aspetti etico-deontologici della professione.

L'intento della borsa di studio è di valorizzare e divulgare la Tesi di Laurea in Infermieristica dell'Ateneo

di Udine della sede di Pordenone al fine di implementare, alla luce dei risultati, percorsi clinici e cambiamenti culturali e professionali, oltre a voler contribuire e favorire la condivisione di conoscenze e valorizzare la crescita della Professione Infermieristica



Il Premio prende in considerazione Tesi di Laurea sia di revisione (Narrativa, Comparativa, Evidence Report, Progetti) che di ricerca.

Possono partecipare al concorso i Laureati del Corso di Laurea in Infermieristica dell'ateneo di Udine della sede di Pordenone per l'AA 2008-2009, nella sessione ordinaria e straordinaria.

La Tesi di Laurea può essere redatta da un singolo studente o da un gruppo di studenti.

Il premio assegnato al vincitore sarà di importo pari a 500 Euro, di cui 300 Euro in denaro e 200 Euro in accessi a percorsi formativi, organizzati da NurSind, relativi alla formazione continua in medicina (ECM) utilizzabili nell'anno solare. Parte della Tesi verrà pubblicata in "infermieristicamente".

I parametri di valutazione sono: la validità metodologica della Tesi, la significatività clinica dell'oggetto della Tesi, l'applicabilità dei risultati.

Gli esiti della selezione con l'individuazione del vincitore e della categoria di appartenenza saranno comunicati a tutti i partecipanti entro il 30 giugno 2010

La premiazione della Tesi di Laurea vincitrice del concorso sarà un momento di crescita per la comunità infermieristica e rientrerà in uno specifico programma formativo accreditato. Un ringraziamento particolare al collega Antonio Nappo, specialista in Metodologia della ricerca, che ha collaborato con la Segreteria per la stesura del bando della borsa di Studio

Salerno: NurSind

denuncia il demansionamento

Inf. Luigi Acanfora - Segr. Prov. Nursind Salerno



Al Commissario straordinario
Asl Salerno Dr Fernando De
Angelis

Al Direttore Sanitario P.O.
Umberto I Dr M. D'Ambrosio

Al Direttore Dipartimento Medico
Chirurgico Oncologico Dr A. D'Arco

Al Responsabile Struttura
Semplice Med, Interna Dr. B. Fimiani

Alla Coordinatrice Servizi
Infermieristici Ex ASL SA1 D.ssa
Ballardini

Alla Direzione Provinciale del lavoro

Al presidente del collegio provinciale
IP.AS.VI. di Salerno

Oggetto: DEQUALIFICAZIONE
INFERMIERI.

Illustrissimi Signori, con la presente gli Infermieri dell'Azienda Sanitaria Salerno 1 intendono esternarVi il proprio disappunto nell'apprendere che a nulla sono valsi gli anni di battaglie e la crescita professionale che la nostra categoria ha dovuto intraprendere, visto che le Leggi ed i Decreti Ministeriali emanati in conseguenza ad esse vengono quotidianamente trasgredite ed ignorate dalla summenzionata Azienda, senza che la cosa riscuota il Vostro minimo interesse! Ci preme ricordarVi, seppur in cuor nostro ci auguriamo vivamente che non ve ne sia ancora bisogno, quanto segue: che già nel lontano 1994 con il DM 739 fu definito il

nostro primo Profilo Professionale con i relativi requisiti per il riconoscimento del titolo e relative mansioni; che in seguito nel 1999 con la Legge 42 fu ridefinito tale Profilo Professionale con "abolizione del termine "ausiliare", nonché del DPR 225 del 1974 che costituiva il "mansionario dell'infermiere", tutto ciò allo scopo di sottolineare la crescita della nostra figura professionale nel Sistema Sanitario Nazionale e la relativa Autonomia e Responsabilità Professionale; che nel 2000 con la legge 251 viene sottolineata ed ampliata tale autonomia e responsabilità, affidando ad essi alcune attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute delle persone espletando le funzioni previste dal profilo professionale e dal Codice deontologico utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza; che seppure il primo comma dell'art. 2103 cod. civ. consente al datore di lavoro di mutare le mansioni del lavoratore nel corso del rapporto di lavoro, ciò deve avvenire pur sempre nel rispetto del principio dell'equivalenza. ed infine. ricordiamo che l'infermiere è tenuto al rispetto delle norme contenute nel codice deontologico, che all'articolo 49 così scrive: ***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, quando sia abituale o ricorrente.***

Premesso quanto sopra, vogliamo segnalare l'inadempienza di tali norme da parte dell'ex ASL SA1, visto come vengono da essa affrontate le varie problematiche riguardanti il Servizio, a partire dall'assoluta insufficienza numerica di personale di supporto quali ausiliari ed operatori socio sanitari, oltre che naturalmente delle unità infermieristiche necessarie per l'erogazione di un efficiente servizio, fino alla mancanza di una dotazione organica basata su carichi di lavoro delle singole unità.

Tutto ciò nonostante le nostre ripetute manifestazioni di disappunto e disagio per la situazione. Dal momento che nulla è riuscito a scalfire la completa indifferenza da parte dei Dirigenti di detta Azienda verso problematiche da noi così sentite, con la presente gli infermieri della Medicina Interna del P.O. Umberto I informano le Signorie Vostre che, **in assenza di un adeguato e tempestivo intervento risolutivo** di quanto sopra, i sottoscritti **si atterranno scrupolosamente al rispetto delle**



sole prerogative funzionali e assistenziali indicate dal citato Profilo Professionale, indipendentemente dalla presenza in turno del personale ausiliario deputato alle specifiche attività di supporto ed alberghiere (rifacimento letti, sanificazione suppellettili, ecc, ecc.).

Gli infermieri della Medicina

La situazione descritta non riguarda solo il reparto di medicina ma un po' tutta l'ASL di Salerno, da Eboli a Sarno, da Vallo della Lucania a Scafati. Più volte abbiamo chiesto un elenco del personale di supporto e soprattutto dove lavorano, perché non è accettabile vedere tale figure negli uffici, per questo se sarà necessario saremo pronti a ricorrere alle vie legali pur di far rispettare le norme di legge e contrattuali, essendo queste, dettate, per loro natura, non solo a tutela del lavoratore ma anche dei pazienti.





La responsabilità disciplinare

Prof. Dott. Mauro Di Fresco

Infermiere - Segr. Az. NurSind Univ. degli Studi la "Sapienza" e Az. Osp. Pol. Umberto I

La responsabilità disciplinare risponde al principio del quarto binario essendo concorrente con quella penale, civile e professionale (quella amministrativa-contabile non potrà mai colpire un infermiere. Si pensi al peculato dove alla condanna penale segue il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale all'azienda ospedaliera, comprensiva della somma distratta).

Il codice disciplinare, a parte quello deontologico, è soddisfattivamente contemplato nei contratti collettivi nazionali di lavoro. Il D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 fissa i principi di base ai quali tutti i contratti del pubblico impiego devono attenersi.

1) Il codice di comportamento del D.Lgs. 30.03.2001 n. 165.

Articolo 54 - Codice di comportamento (Art. 58-bis del D.Lgs. n. 29 del 1993, aggiunto dall'art. 26 del D.Lgs. n. 546 del 1993 e successivamente sostituito dall'art. 27 del D.Lgs. n. 80 del 1998).

Si definisce un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi che le stesse amministrazioni rendono ai cittadini.

Sull'applicazione dei codici di cui al presente articolo vigilano i dirigenti responsabili di ciascuna struttura.

Le pubbliche amministrazioni organizzano attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione dei codici di cui al presente articolo.

Articolo 55 - Sanzioni disciplinari e responsabilità (Art. 59 del D.Lgs. n. 29 del 1993, come sostituito dall'art. 27 del D.Lgs. n. 546 del 1993 e successivamente modificato dall'art. 2 del decreto legge n. 361 del 1995, convertito con modificazioni dalla legge n. 437 del 1995, nonché dall'art. 27, comma 2 e dall'art. 45, comma 16 del D.Lgs. n. 80 del 1998).

Per i dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, resta ferma la disciplina attualmente vigente in materia di responsabilità civile, amministrativa, penale e contabile per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche.

Ai dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, si applicano l'articolo 2106 del codice civile e l'articolo 7, commi primo, quinto e ottavo, della legge 20 maggio 1970, n. 300.

Ciascuna amministrazione, secondo il proprio ordinamento, individua l'ufficio competente per i procedimenti disciplinari. Tale ufficio, su segnalazione del capo della struttura in cui il dipendente lavora,

contesta l'addebito al dipendente medesimo, istruisce il procedimento disciplinare e applica la sanzione. Quando le sanzioni da applicare siano rimprovero verbale e censura, il capo della struttura in cui il dipendente lavora provvede direttamente.

Ogni provvedimento disciplinare, ad eccezione del rimprovero verbale, deve essere adottato previa tempestiva contestazione scritta dell'addebito al dipendente, che viene sentito a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato. Trascorsi inutilmente quindici giorni dalla convocazione per la difesa del dipendente, la sanzione viene applicata nei successivi quindici giorni.

Con il consenso del dipendente la sanzione applicabile può essere ridotta, ma in tal caso non è più suscettibile di impugnazione.



zione.

Ove i contratti collettivi non prevedano procedure di conciliazione, entro venti giorni dall'applicazione della sanzione, il dipendente, anche per mezzo di un procuratore o dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato, può impugnarla dinanzi al collegio arbitrale di disciplina dell'amministrazione in cui lavora. Il collegio emette la sua decisione entro novanta giorni dall'impugnazione e l'amministrazione vi si conforma. Durante tale periodo la sanzione resta sospesa.

Articolo 56 - Impugnazione delle sanzioni disciplinari (Art. 59-bis del D.Lgs. n. 29 del 1993, aggiunto dall'art. 28 del D.Lgs. n. 80 del 1998).

Se i contratti collettivi nazionali non hanno istituito apposite procedure di conciliazione e arbitrato, le sanzioni disciplinari possono essere impugnate dal lavoratore davanti al collegio di conciliazione di cui all'articolo 66, con le modalità e con gli effetti di cui all'articolo 7, commi sesto e settimo, della legge 20 maggio 1970, n.

300.

Spiego brevemente la procedura del Tentativo Obbligatorio di Conciliazione.

2) C.C.N.L. Comparto Sanità 01 settembre 1995 (simile ai diversi contratti di sanità privata AIOP, ARIS, ONLUS).

ART. 28 (Doveri del dipendente.) Il dipendente conforma la sua condotta al dovere di contribuire alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'attività amministrativa (si ricordi l'art. 97 Cost.), antepo- nendo il rispetto della legge e l'interesse pubblico agli interessi privati propri ed altrui. Il comportamento del dipendente deve essere improntato al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi istituzionali nella primaria considerazione delle esigenze dei cittadini utenti. In tale specifico contesto, tenuto conto dell'esigenza di garantire la migliore qualità del servizio, il dipendente deve in particolare collaborare con diligenza, osservando le norme del presente contratto, le disposizioni per l'esecuzione e la disciplina del lavoro impartite dall'azienda o ente anche in relazione alle norme vigenti in materia di sicurezza e di ambiente di lavoro; rispettare l'orario di lavoro, adempiere alle formalità previste per la rilevazione delle presenze e non assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del dirigente del servizio; durante l'orario di lavoro, mantenere nei rapporti interpersonali e con gli utenti condotta uniformata a principi di correttezza ed astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona; nei periodi di malattia od infortunio, astenersi da attività che possono ritardare il recupero psico-fisico;

eseguire le disposizioni inerenti all'espletamento delle proprie funzioni o mansioni che gli siano impartite dai superiori. Se ritiene che la disposizione sia palesemente illegittima, il dipendente è tenuto a farne immediata e motivata contestazione a chi l'ha impartita, dichiarandone le ragioni; se la disposizione è rinnovata per iscritto ha il dovere di darvi esecuzione, salvo che la disposizione stessa sia vietata dalla legge penale o costituisca illecito amministrativo; vigilare sul corretto espletamento dell'attività del personale subordinato ove tale compito rientri nelle proprie responsabilità;

non valersi di quanto è di proprietà dell'azienda o ente per ragioni che non siano di servizio (doppio binario peculato); non chiedere né accettare, a qualsiasi

titolo, compensi, regali o altre utilità in connessione con la prestazione lavorativa (doppio binario concussione ma un D.P.C.M. prevede regali di modico valore); comunicare all'azienda o ente la propria residenza e, ove non coincidente, la dimora temporanea, nonché ogni successivo mutamento delle stesse; in caso di malattia, dare tempestivo avviso all'ufficio di appartenenza ed inviare il certificato medico, salvo comprovato impedimento.

ART. 29 (Sanzioni e procedure disciplinari).

Le violazioni, da parte dei lavoratori, dei doveri disciplinati nell'articolo 28 del presente contratto danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, previo procedimento disciplinare, all'applicazione delle seguenti sanzioni disciplinari:

- rimprovero verbale;
- rimprovero scritto (censura);
- multa con importo non superiore a quattro ore di retribuzione;
- sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni;
- licenziamento con preavviso;
- licenziamento senza preavviso.

L'azienda o ente, salvo il caso del rimprovero verbale, non può adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del dipendente, senza previa contestazione scritta dell'addebito – da effettuarsi tempestivamente e comunque entro 20 giorni da quando l'ufficio istruttore che, secondo l'ordinamento dell'azienda o ente è tenuto alla contestazione, è venuto a conoscenza del fatto – e senza averlo sentito a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato.

La convocazione scritta per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi cinque giorni lavorativi dalla contestazione del fatto che vi ha dato causa. Trascorsi inutilmente 15 giorni dalla convocazione per la difesa del dipendente, la sanzione viene applicata nei successivi 15 giorni.

Nel caso in cui, ai sensi dell'articolo 59, comma 4, del D.Lgs. n. 29 del 1993, la sanzione da comminare non sia di sua competenza, il dirigente responsabile della struttura, ai fini del comma 2, segnala entro dieci giorni all'ufficio competente, ai sensi del comma 4 dell'art. 59 citato, i fatti da contestare al dipendente per l'istruzione del procedimento, dandone contestuale comunicazione all'interessato. In caso di mancata comunicazione nel termine predetto si darà corso all'accertamento della responsabilità del soggetto tenuto alla comunicazione. Al dipendente o, su espressa delega al suo difensore, è consentito l'accesso a tutti gli atti riguardanti il procedimento a suo carico, in tempo utile rispetto ai termini previsti dal comma 3.

Il procedimento disciplinare deve concludersi entro 120 giorni dalla data della contestazione dell'addebito.

Qualora non sia stato portato a termine entro tale data, il procedimento si estingue.

Quando lo stesso ufficio ritenga che non vi sia luogo a procedere disciplinarmente dispone la chiusura del procedimento, dandone comunicazione all'interessato.

Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari decorsi due anni dalla loro applicazione.

I provvedimenti di cui al comma 1 non sollevano il lavoratore dalle eventuali responsabilità di altro genere nelle quali egli sia incorso.

ART. 30 (Codice disciplinare).

Nel rispetto del principio di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, in relazione alla gravità della mancanza ed in conformità di quanto previsto dall'art. 59 del d.lgs. n. 29 del 1993, il tipo e l'entità di ciascuna delle sanzioni sono determinati in relazione ai seguenti criteri generali:

- intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrate, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
- rilevanza degli obblighi violati;
- responsabilità connesse alla posizione di lavoro occupata dal dipendente;
- grado di danno o di pericolo causato all'amministrazione, agli utenti o a terzi ovvero del disservizio determinatosi;
- sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, con particolare riguardo al comportamento del lavoratore, ai precedenti



denti disciplinari nell'ambito del biennio previsto dalla legge, al comportamento verso gli utenti;

- al concorso nella mancanza di più lavoratori in accordo tra di loro. OMISSIS ...

Il codice disciplinare continua elencando molteplici infrazioni legate alle diverse sanzioni, per esempio:

La sanzione disciplinare dal minimo

del rimprovero verbale o scritto al massimo della multa di importo pari a quattro ore di retribuzione si applica, graduando l'entità delle sanzioni in relazione ai criteri di cui al comma 1, per inosservanza delle disposizioni di servizio, anche in tema di assenze per malattia, nonché dell'orario di lavoro; condotta, nell'ambiente di lavoro, non conforme a principi di correttezza verso superiori o altri dipendenti o nei confronti degli utenti o terzi/pubblico; inosservanza degli obblighi in materia di prevenzione degli infortuni e di sicurezza sul lavoro ove non ne sia derivato danno o disservizio; rifiuto di assoggettarsi a visite personali disposte a tutela del patrimonio dell'azienda o ente, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 6 della legge n. 300/70.

La sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 giorni si applica, graduando l'entità della sanzione in relazione ai criteri di cui al comma 1, per recidiva nelle mancanze previste dal comma 4, che abbiano comportato l'applicazione del massimo della multa; assenza ingiustificata dal servizio fino a 10 giorni o arbitrario abbandono dello stesso; testimonianza falsa o reticente in procedimenti disciplinari o rifiuto della stessa, fatta salva la tutela del segreto professionale nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa; comportamenti minacciosi, gravemente ingiuriosi, calunniosi o diffamatori nei confronti di utenti, altri dipendenti o terzi; alterchi con vie di fatto negli ambienti di lavoro con utenti, dipendenti o terzi.

La sanzione disciplinare del licenziamento con preavviso si applica per rifiuto espresso del trasferimento disposto per motivate esigenze di servizio; assenza ingiustificata ed arbitraria dal servizio per un periodo superiore a dieci giorni lavorativi consecutivi.

La sanzione disciplinare del licenziamento senza preavviso si applica per recidiva da vie di fatto contro superiori o altri dipendenti o terzi, anche per motivi non attinenti al servizio; se vi è stato accertamento che l'impiego fu conseguito mediante la produzione di documenti falsi e, comunque, con mezzi fraudolenti e per condanna passata in giudicato quando dalla stessa consegua l'interdizione perpetua dai pubblici uffici.

ART. 31 (Sospensione cautelare in corso di procedimento disciplinare).

L'azienda e l'ente, laddove riscontri la necessità di espletare accertamenti su fatti addebitati al dipendente a titolo di infrazione disciplinare punibili con la sanzione della sospensione dal servizio e dalla retribuzione, può disporre, nel corso del procedimento disciplinare, l'allontanamento dal lavoro per un periodo di tempo non superiore a trenta giorni, con conservazione della retribuzione.

2. Quando il procedimento disciplinare si conclude con la sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, il periodo dell'allontanamento cautelativo deve essere computato nella sanzione, ferma restando la privazione della retribuzione limitata agli effettivi giorni di sospensione irrogati.

3. Il periodo trascorso in allontanamento cautelativo, escluso quello computato come sospensione dal servizio, è valutabile agli effetti dell'anzianità di servizio.

La sospensione cautelare in caso di procedimento penale non attiene al codice disciplinare tout court (V. l'art. 32); però è interessante sapere che (comma 8) quando vi sia stata sospensione cautelare del servizio a causa di procedimento penale, la stessa conserva efficacia, se non revocata, per un periodo di tempo comunque non superiore a cinque anni. Decorso tale termine la sospensione cautelare è revocata di diritto e il dipendente è riassunto in servizio.

3) C.C.N.L. Comparto Sanità 2002-2005.

E' sufficiente sapere che questo C.C.N.L. ha novellato alcuni articoli del C.C.N.L. 1995 tra cui:

All'art. 28 del CCNL dell'1 settembre 1995 la rubrica dell'articolo "doveri del dipendente" è modificata in "obblighi del dipendente";

· al comma 3, lettera r), dopo le parole "interessi finanziari o non finanziari propri" e prima del punto viene aggiunta la frase "o di suoi parenti entro il quarto grado o conviventi";

· le nuove sanzioni dell'art. 29 sono: rimprovero verbale; rimprovero scritto (censura); multa di importo variabile fino ad un massimo di quattro ore di retribuzione; sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a dieci giorni; sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da 11 giorni fino ad un massimo di sei mesi; licenziamento con preavviso; licenziamento senza preavviso.

In ogni caso qualora non sia rispettato il termine di dieci giorni per la comunicazione all'ufficio competente si darà corso all'accertamento della responsabilità del soggetto tenuto alla comunicazione stessa.

La sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da undici giorni fino ad un massimo di sei mesi si applica per assenza ingiustificata dal servizio oltre dieci giorni e fino a quindici giorni; occultamento di fatti e circostanze relativi ad illecito uso, manomissione, distrazione di somme o beni di spettanza o di pertinenza dell'azienda o ente o ad essa affidati, quando, in relazione alla posizione rivestita, il lavoratore abbia un obbligo di vigilanza o di controllo; esercizio, attraverso sistematici e reiterati atti e comportamenti aggressivi ostili e denigratori, di forme di violen-

za morale o di persecuzione psicologica nei confronti di un altro dipendente al fine di procurargli un danno in ambito lavorativo o addirittura di escluderlo dal contesto lavorativo; atti, comportamenti o molestie, anche di carattere sessuale, di particolare gravità che siano lesivi della dignità della persona.

Nella sospensione dal servizio prevista dal presente comma, il dipendente è privato della retribuzione fino al decimo giorno mentre, a decorrere dall'undicesimo, viene corrisposta allo stesso una indennità pari al 50% della retribuzione.

4) C.C.N.L. Comparto Sanità 2006-2009.

Anche questo C.C.N.L. ha integrato alcune norme tra cui:

· alterchi negli ambienti di lavoro con utenti, dipendenti o terzi;

· fatti e comportamenti tesi all'elusione dei sistemi di rilevamento elettronici della presenza e dell'orario o manomissione dei fogli di presenza o delle risultanze anche cartacee degli stessi. Tale sanzione si applica anche nei confronti di chi avalli, aiuti o permetta tali atti o comportamenti.

Anche la disciplina sulla sospensione da procedimento penale è stata innovata e resa più favorevole in caso di richiesta di archiviazione o per assoluzione perché il fatto non sussiste.

5) II D.Lgs. 150/09.

II D.Lgs. 27.10.09 n. 150, in attuazione della Legge 04.03.09 n. 15, nasce per contrastare il fenomeno della scarsa produttività e dell'assenteismo. In verità si presenta come il nuovo T.U. del pubblico impiego tanto è vero che novella ed abroga buona parte del D.Lgs. 165/01.

Le novità importanti sono le seguenti:

1. solo la parte disciplinare sarà vigente dal 15.11.09;

2. resta ferma la giurisdizione ordinaria (art. 67);

3. le infrazioni e le sanzioni continueranno ad essere individuate dal C.C.N.L. ma, secondo il principio della compatibilità, prevarranno quelle individuate dal presente decreto (art. 68);

4. il codice disciplinare pubblicato nel sito istituzionale equivale a pubblicazione ufficiale (art. 68);

5. i contratti possono regolare solo forme di conciliazione disciplinare non obbligatoria, per i soli casi di licenziamento da concludersi perentoriamente entro 30 giorni dalla contestazione;

6. se la conciliazione riesce, la sanzione derubricata sarà impassibile di impugnazione;

7. la sanzione concordata in conciliazione non dovrà discostarsi dalla specie prevista dal C.C.N.L. relativamente all'infrazione commessa;

8. i termini del procedimento disci-

plinare restano sospesi durante la procedura conciliativa e ridecorrono all'esito negativo di essa;

9. le fasi e l'iter procedurale conciliativo sono disciplinate dal C.C.N.L.;

10. il dirigente deve, entro 20 giorni dalla notitia criminis, contestare l'addebito al dipendente per le infrazioni correlate alle sanzioni dal rimprovero verbale alla sospensione fino a 10 giorni. La contestazione deve essere perfetta cioè deve contenere tutti gli elementi formali richiesti dal D.Lgs. 165/01;

11. tra la notifica della contestazione e la data della trattazione devono intercorrere almeno 10 giorni;

12. il dipendente può non presentarsi ma inviare una memoria oppure chiedere un giustificato rinvio per legittimo impedimento (in questo caso il dies a quo è prorogato in misura corrispondente);

13. entro 60 giorni dalla contestazione di addebito, il dirigente responsabile della struttura deve concludere la procedura o con provvedimento di archiviazione o sanzionatorio (nello stesso tempo può svolgere ulteriore attività istruttoria);

14. questi termini sono tutti perentori per cui implicano decadenza dall'azione disciplinare;

15. se la sanzione è maggiore di quelle succitate o il responsabile della struttura non ha qualifica dirigenziale, il dirigente deve trasmettere le note disciplinari all'ufficio di disciplina;

16. l'ufficio di disciplina contesta l'addebito con le stesse formalità di cui sopra ma tutti i termini sono raddoppiati (40 giorni dalla comunicazione della notitia e 120 per concludere il procedimento ma, in questo caso, il dies a quo decorre dalla notitia pervenuta al responsabile della struttura);

17. anche questi termini sono tutti perentori;

18. tutti gli avvisi della procedura disciplinare sono comunicati al dipendente con posta elettronica certificata o brevi manu. Su richiesta del dipendente anche via fax o, in assenza dei tre mezzi precedenti, per raccomandata a/R;

19. in caso di trasferimento presso altra amministrazione, il procedimento disciplinare prosegue presso quest'ultima;

20. si prevede il licenziamento con preavviso per falsa attestazione della presenza in servizio o falsa malattia, assenza ingiustificata oltre 3 giorni nel biennio o 7 nel decennio, condotta ingiuriosa o minacciosa o vie di fatto, insufficiente rendimento, accertata permanente inidoneità psicofisica, rifiuto di sottoporsi alla visita di idoneità.

Per il resto rimane tutto invariato, ricordando che dette norme quali lex specialis prevalgono su quelle contrattuali dotate di forza di lex generalis.

Vuoi istituire una segreteria del Nursind nella tua azienda?

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

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

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

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

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

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

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



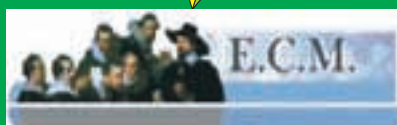
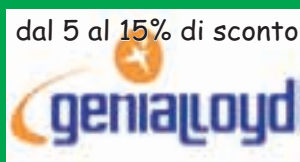
**Il valore del Nursind:
insieme siamo più forti!**

Convenzioni Nazionali

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



Master Univ. Online



Corsi e Convegni ECM



sconti di ogni tipo ovunque



Clima organizzativo e rischio clinico

Dott. Giuseppe Sireci

Dottore Magistrale Professioni. Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche

Situazioni di disagio e di malessere organizzativo di un sistema sanitario, possono essere determinanti nella genesi degli errori/incidenti sanitari che mettono a rischio la vita e la salute del paziente? I fattori che connotano un ambiente di lavoro sano o malato possono, insomma, condizionare i risultati, il successo o l'insuccesso, dell'atto sanitario?

La ricerca, svolta tra Ottobre 2008 e Febbraio 2009 attraverso interviste telefoniche a personale infermieristico delle Aziende sanitarie di Palermo e provincia, aveva come suo obiettivo precipuo l'ispezionare il clima organizzativo delle organizzazioni sanitarie interessate (così come percepito dai colleghi) e di farci comprendere se le condizioni lavorative esistenti in quel momento potessero spingere i singoli verso il pieno sostegno alla mission dell'organizzazione (obiettivi di eccellenza in campo sanitario) o viceversa verso fenomeni di disaffezione e smobilitazione dal lavoro (e conseguente amplificazione e propagazione delle condizioni di rischio latente presenti nel sistema).

Sono state prese in considerazione le 8 Aziende Sanitarie della città di Palermo e provincia: in questo territorio ricadono un'Azienda Sanitaria Locale, due Aziende Ospedaliere di rilievo regionale per l'emergenza, un'Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione, un'Azienda Policlinico, un Ospedale classificato, due strutture ospedaliere specialistiche in sperimentazione gestionale (mista pubblico-privato). Si è proseguito estraendo a sorte (tra tutte quelle esistenti) un certo numero di unità operative per ogni presidio ospedaliero, proporzionalmente alla dotazione di questo in posti letto (es. ospedale di 50 p.l. 2 UU.OO. - ospedale di 500 p.l. 20 UU.OO.), e considerando la maggior parte delle discipline specialistiche presenti sul territorio. Ristretto così il campo d'indagine, la ricerca è andata avanti contattando in modalità RANDOM (a caso e in orari di servizio diversi nell'arco dell'intera giornata lavorativa di 24 ore) un campione di circa 250 infermieri (rimasti anonimi), impiegati nelle Unità Operative ospe-

daliere estratte. La percentuale di interviste telefoniche portate a termine nella popolazione osservata ha raggiunto il 94% dei contatti totali (il 100% era costituito dai 250 contatti, intervistabili sulla carta), equivalente a 235 questionari compilati. L'intervista telefonica si sviluppava secondo un livello lineare, ovvero una sequenza diretta di

sensazione di una realizzazione personale, legata soprattutto all'apprezzamento favorevole da parte dei pazienti-utenti.

Di contro, **in tutte le aziende sanitarie coinvolte nell'analisi sono emersi molteplici aspetti critici**, seppure con gradi di intensità differenti. Eccoli, sintetizzati in tre punti.



domande chiuse (25 items), cui l'intervistato poteva dare una sola delle opzioni di risposta.

Senza ombra di dubbio, sono emersi dall'indagine dei valori positivi. Uno di questi è **la percezione del forte valore sociale del proprio lavoro da parte degli infermieri** intervistati: oltre il 75% del campione intervistato si sente abbastanza o molto motivato alla professione, nonostante lo stress e la fatica eccessivi e la continua percezione di essere a contatto con la sofferenza durante il lavoro. L'utilità percepita nell'alleviare la sofferenza altrui, l'autonomia professionale acquisita, la possibilità di lavorare in un'equipe multidisciplinare e la rinnovata visibilità sociale della professione risultano importanti leve motivazionali nell'agire professionale infermieristico. I commenti degli intervistati indicano inoltre che si impegnano volentieri nella gestione assistenziale dei loro casi clinici, ricavando dal lavoro la

1. Le caratteristiche dei compiti

Il personale infermieristico descrive il proprio lavoro come oneroso in termini di compiti richiesti e di energie psico-fisiche spese ma anche per la fatica che a taluni comporta il gestire quotidianamente i rapporti con gli altri e un clima scarsamente collaborativo nel gruppo di lavoro. In un'ottica di prevenzione del rischio clinico, più dei 2/3 degli intervistati riconosce che **carichi di lavoro eccessivi** o non correttamente ripartiti tra gli operatori o nell'arco della giornata **possono frequentemente agire come concausa nella genesi di errori clinici**. Stessa cosa dicasi per la mancanza o l'inadeguatezza delle attrezzature in uso, anche se gran parte del campione definisce le dotazioni strumentali e tecnologiche della struttura presso cui lavora sufficientemente adeguate o all'eccellenza.

Emergono altresì taluni aspetti lega-

ti ad un elevato grado di monotonia e ripetitività del proprio lavoro. Le voci delle scarse possibilità offerte dall'organizzazione per lo sviluppo di competenze innovative nel personale, della scarsa sperimentazione di nuove tecnologie e processi di lavoro, accanto a una scarsa capacità di confrontarsi con altre realtà lavorative omologhe, fanno comprendere sufficientemente il senso di **una certa difficoltà delle organizzazioni a innovare e cambiare**. Non è un caso allora che venga segnalata in maniera critica l'insufficiente attenzione del management alla "manutenzione" delle conoscenze e delle competenze del proprio corpus professionale (attraverso la formazione e l'aggiornamento), quale condizione predisponente all'innescare di condizioni di rischio per gli utenti.

Non ultimo, è emerso il **bisogno che vengano esplicitati con chiarezza gli obiettivi e le strategie** con cui l'organizzazione intende perseguire la propria mission, affinché gli operatori possano essere messi in condizione di aver chiaro il proprio compito per partecipare attivamente ai processi di miglioramento degli outcomes. Ciò è necessario in quanto larga parte del campione intervistato ritiene profondamente motivante il far parte di un gruppo multidisciplinare che si muove in maniera sincrona nel perseguire obiettivi comuni. Sulla stessa linea di pensiero, si ritiene improcrastinabile **che vengano anche definiti in maniera univoca, non ambigua, i ruoli, le responsabilità e i compiti di ciascuno dei professionisti** che intervengono nel processo di lavoro e che l'organizzazione si doti di Linee Guida, Protocolli e Procedure, in quanto queste, chiarendo le responsabilità dei singoli e integrando i processi lavorativi degli stessi, impediscono situazioni favorevoli all'errore clinico.

2. La scissione tra livelli organizzativi

Gli aspetti relazionali all'interno delle organizzazioni ispezionate rappresentano una medaglia dalle due facce: vengono valutate positivamente la collaborazione e la comunicazione a livello orizzontale, con i propri colleghi, **il rapporto con i quali è fonte di supporto affettivo e lavorativo e costituisce la base d'appoggio su cui costruire il senso di appartenenza**; non altrettanto dicasi per i rapporti con il livello gerarchico superiore

dell'organizzazione (coordinamento infermieristico / dirigenti medici), con cui spesso è difficile condividere uno spirito di gruppo di lavoro (solo l'11,4% del campione rivela che le proposte migliorative vengono ascoltate con certezza). L'analisi rivela che **gli infermieri ritengono di non essere valutati adeguatamente e sentono di contare poco nell'organizzazione**, ragion per cui il senso di appartenenza all'organizzazione, di identificazione negli obiettivi aziendali scema, disincentivando gli individui dal perseguire intenti di efficacia collettiva. Questa situazione è particolarmente frustrante, considerata la sempre più elevata scolarizzazione dei nostri colleghi (molti sono laureati o hanno frequentato dei master specialistici e chiedono pertanto di poter contribuire con il proprio patrimonio di competenze).



In questa direzione, altrettanti lamentano l'incapacità del coordinamento infermieristico e della dirigenza medica a guidare il personale nel raggiungimento della mission propria dell'organizzazione e una non reale intenzione di coinvolgerli e renderli partecipi nei processi decisionali, di tenerli costantemente informati sui cambiamenti organizzativi e di valorizzare le potenzialità e le competenze individuali disponibili. Una fetta cospicua del nostro campione conferma che **l'insufficiente capacità del coordinamento di supervisionare o una leadership direzionale non affermata** possono costituire un fattore critico latente che può generare disorganizzazione e failures clinici. La relazione con la dirigenza medica è poi considerata asimmetrica, non viene

avvertita su un piano di reciprocità e così anche il flusso delle informazioni cliniche, la comunicazione interna, è quasi inesistente. Inoltre, sembra che le organizzazioni esaminate, in un'ottica di risk management, non siano ancora riuscite a gestire in maniera integrata le informazioni sanitarie inerenti i vari casi clinici dei pazienti.

3. L'equità e la valorizzazione

Gli infermieri intervistati **percepiscono come iniquo il rapporto tra gli sforzi profusi e quanto ricevono dall'azienda sia in termini di incentivi economici, sia in termini di opportunità di carriera**: la mancanza di equità ha a che vedere soprattutto con i sistemi premianti, tutt'altro che meritocratici, e con i percorsi di carriera, non aperti a tutti. Appartenenza e non meriti, abilità e capacità di "farsi largo" piuttosto che reali capacità professionali: questi i criteri (sotterranei) spesso utilizzati per la selezione delle carriere e l'attribuzione dei riconoscimenti. E' interessante notare come oltre il 75% dei colleghi abbiano la sensibile percezione che le scarse gratificazioni (e la disaffezione al lavoro che ne può conseguire) possono creare condizioni di instabilità ambientale che favoriscano l'accadimento di incidenti o esiti sfavorevoli al paziente.

Risulta evidente che ancora molto c'è da fare in termini di riprogettazione organizzativa, miglioramento del ruolo della leadership, attivazione di meccanismi di partecipazione e coinvolgimento di tutti gli operatori dell'equipe, manutenzione delle competenze acquisite dai singoli, rafforzamento delle capacità di coaching di chi coordina il gruppo. E' lunga e irta di ostacoli la strada che può portare gli odierni sistemi sanitari a raggiungere la piena governance clinica, almeno così come brillantemente l'hanno definita, undici anni or sono, Scally e Donaldson: "Un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard assistenziali attraverso la creazione di un ambiente in cui possa fiorire l'eccellenza dell'assistenza sanitaria" (A First Class Service - 1998; BMJ 317: 61-65).

Dott. Giuseppe Sireci
email: gsireci@libero.it



Associazione Nazionale Infermieri Medicina Interna Ospedaliera

L'infermiere ha assunto ormai un ruolo nuovo, più qualificato e qualificante. È un professionista dell'assistenza nell'accezione più ampia del termine. Deve infatti, dedicarsi all'uomo ammalato e deve affiancarlo nel tentativo di risolvere i problemi sia dal punto di vista fisico che psichico.

Per fare ciò occorrono una solida preparazione teorica, una forte determinazione ed una alta professionalità. Con la settorializzazione della sanità ed il frazionamento delle branche principali in branche super-specialistiche si è perduta la visione olistica dell'ammalato.

Gli ammalati ne hanno tratto un vantaggio minimo e la società ha visto crescere in maniera esponenziale i costi assistenziali. Si è assistito al moltiplicarsi di visite ed esami, alla lievitazione dei costi con pazienti vaganti in un arcipelago di consulenze, visite, incertezze ed ansie. La vita media si è allungata e nelle Medicine Interne si ricoverano pazienti sempre più anziani, anche ultraottantenni che rappresentano una utenza sempre più complessa a cui le Medicine Interne hanno dovuto adattarsi.

L'infermiere, che assiste queste persone diverse per età, cultura e patologia, ma tutte accomunate dall'ansia che deriva dall'incertezza del futuro, deve essere una persona all'altezza del compito affidatogli, deve essere in grado di affrontare tematiche di ordine tecnico e psicologico con grande professionalità.

L'Infermiere di Medicina Interna deve quindi essere quel professionista che: riesce a leggere i bisogni assistenziali dei propri utenti; riesce a mettere in atto metodologie di prevenzione su vasta scala; cura l'ingresso e l'organizzazione della degenza; costruisce un percorso diagnostico-terapeutico complesso; gestisce problematiche terapeutiche; gestisce autonomamente situazioni di emergenza ed affronta situazioni difficili di confronto costante con la sofferenza e la morte.

Nonostante questo, l'Infermiere di Medicina Interna è sempre stato considerato il "cugino povero", il professionista che, non usando una tecnologia complessa, può essere considerato di "serie B".

A riprova di questo abbiamo evidenza costante degli sforzi di tutti i coordinatori di questi settori, che vedono la propria équipe costantemente in cambiamento, con il cruccio del dovere constatare e accettare il fatto che, quando la persona è addestrata, si senta pronta per unità operative più tecnologiche e quindi "più professionalizzanti".

L'errore di fondo è la mancata comprensione che l'Infermiere di Medicina Interna è tenuto ad utilizzare per tutto il tempo del suo lavoro la tecnologia più complessa che possa esistere: sé stesso e la propria abilità e professionalità.

Il desiderio di poter confrontare esperienze e difficoltà comuni, di dare maggiore visibilità all'Infermiere che lavora nelle Medicine Interne è stata la spinta a costituire una associazione a nome ANIMO Associazione Nazionale Infermieri Medicina Interna Ospedaliera.

Scopi e compiti che l'associazione si propone sono:

1. Promuovere ed organizzare iniziative, come riunioni, incontri scientifico-culturali, congressi, predisposizione e implementazione di linee guida, allo scopo di incentivare e migliorare la cultura e la preparazione infermieristica nel campo della Medicina Interna.

2. Promuovere e favorire l'istituzione e la realizzazione di corsi di perfezionamento e d'aggiornamento e d'interesse internistico.

3. Collaborare con le Autorità politiche ed amministrative nella promozione e nello sviluppo d'iniziative atte a migliorare le strutture ospedaliere di Medicina Interna, con particolare riguardo alle tematiche assisten-

ziali.

4. Promuovere la ricerca infermieristica nel campo dell'organizzazione assistenziale ospedaliera al malato internistico.

5. Realizzare programmi annuali d'attività formativa ECM per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente degli associati.



L'iscrizione alla associazione è possibile attraverso il modulo reperibile in internet nel sito

<http://www.associazione-animo.it/> o in ogni sede congressuale.

Ogni informazione può essere richiesta a IRENE ZARATTI, A.N.I.M.O. c/o FADOI, Via Lanciani 2- Roma tel 0685355188, fax 0685345986

L'Iscrizione all'Associazione ANIMO comporta il versamento di € 30.00 quale quota associativa con la durata di un anno con Bonifico Bancario

IBAN IT04L0300203224 000010557861

Banca Unicredit Agenzia 24 Piazza Istria, 5 Roma - Intestato a Associazione ANIMO.

Il tutto deve essere inviato via fax al n° 06 85345986 o tramite posta.

Ringraziamo quanti ci hanno scritto. La Redazione è ben lieta di ospitare lettere, fotografie e contributi dalle corsie.

Per scrivere alla redazione: infermieristicamente@nursind.it



Sulla modifica delle riclassificazioni

Gentile redazione, visto il nuovo percorso formativo infermieristico universitario e la conseguente necessità di revisione del sistema classificatorio degli operatori del comparto sanità, colgo l'occasione per dare un suggerimento per l'elaborazione di un documento finale che sia il più equo possibile. A tale fine propongo di inserire nella classificazione, anche chi ha ottenuto attestati da percorsi formativi preuniversitari di un certo livello, contribuendo a migliorare l'efficacia e la qualità delle prestazioni infermieristiche.

Mi riferisco alla formazione avanzata attivata in passato da diverse realtà con corsi post base di notevole spessore, paragonabili agli attuali master di 1° livello.

Infatti, credo sia giusto premiare anche chi, in passato, con motivazione si è impegnato per migliorare la propria professionalità, senza trarne nessun beneficio economico.

Ovviamente, ai fini classificatori, è necessario fissare dei requisiti minimi per decidere quali corsi possono essere collocati eventualmente allo stesso livello dei master di primo livello attuali.

Per facilitare la definizione dei suddetti criteri, porterò ad esempio i corsi che conosco perché effettuati nella mia realtà, evidenziando in grassetto alcuni criteri che potrebbero essere considerati.

Dal 1990 al 1995 a San Daniele del Friuli sono stati almeno 5 i corsi di specializzazione per infermieri professionali in area psichiatrica. Vennero istituiti con D.P.R.G. N.0404/Pres. del 27/7/89 della durata totale di 1674 ore, di cui 812 ore teoriche e 862 ore di tirocinio pratico. Questi corsi sono stati progettati attenendosi alle stesse indicazioni prese tutt'oggi in considerazione dalla formazione universitaria e fornite dalla CEE (raccomandazione adottata dal Comitato consuntivo per la formazione nel campo dell'assistenza infermieristica il 21 ottobre 1986 a Bruxelles, relative ad una direttiva concernente gli infermieri responsabili dell'assistenza psichiatrica nella comunità europea).

Chiaramente questi criteri sono specifici per la specializzazione in psichiatria, mentre presumo che per le altre aree di cui all'art. 2 del disegno di legge N. 1648 depositato in Senato il 12/11/96 ci saranno altre norme. Cordiali saluti

Di Gleria Maurice

Caro Maurice, nel ringraziarti per averci segnalato questa problematica, cara a diverse specializzazioni conseguite ante l'istituzione di MED 45, così come lo è a chi in questi anni sta acquisendo i diplomi di Master in diverse aree della scienza infermieristica, il nostro sindacato si sta battendo per il riconoscimento giuridico ed economico di tali specializzazioni, come lo sono già in diversi paesi della CEE.

Il percorso sarà ancora lungo e non privo di ostacoli. Primo fra tutti, il fatto che il sindacato di categoria non è ancora firmatario di contratto nazionale. La necessità che Nursind cresca e possa contare sul tavolo di negoziato nazionale è evidenziata anche dalla recente firma del nuovo CCNL, dove la stessa ARAN proponeva l'istituzione di figure specializzate cui riconoscere un'indennità fino a 13.500 € annui. Proposta naturalmente ignorata da CGIL-CISL-UIL-FIALS-FSI.

Elogio dell'infermiere

«Vi racconto la mia giornata da "presunto fannullone"». Sono un infermiere di Malo e svolgo questa attività dal 1995, attualmente all'ospedale di Schio. Sono convinto che la soddisfazione personale, che deriva dall'esercitare un lavoro, sia determinata da molti fattori, quali la gratificazione umana, la remunerazione economica, il grado di responsabilità, la creatività... e anche, ma non per ultimo, dal riconoscimento sociale di tale professione.

Partendo da questo presupposto vorrei dire due parole sulla professione dell'infermiere. Soffermandomi a parlare con le persone ricoverate nel reparto nel quale lavoro e con i loro parenti e amici, mi sono accorto che l'attività dell'infermiere è ritenuta da tutti estremamente utile alla collettività ma ha bisogno di essere conosciuta un po' meglio.

Innanzitutto l'infermiere ha un ruolo ben definito dal S.S.N. e per accedere al titolo deve frequentare un corso di laurea di tre anni. Non è un piccolo medico né tanto meno un "paramedico". È un professionista che ha il suo specifico nell'assistenza e nella cura delle persone e si identifica per un campo proprio di responsabilità.

Gli infermieri lavorano dentro e fuori le nostre strutture sanitarie. Li trovate negli ospedali, nei vari reparti di degenza. Sono presenti nel territorio e nei vari distretti dell'ULSS, nelle case di riposo e di cura private e convenzionate. Ci sono poi molti infermieri che lavorano in regime di libera professione o nelle cooperative. Seppur con diverse eccezioni, gli infermieri sono tenuti all'aggiornamento continuo obbligatorio. La confusione sulla nostra professione è molta e purtroppo i mass-media non aiutano granché alla definizione del nostro ruolo: le fiction televisive prodotte per il pubblico attribuiscono spesso all'infermiere una posizione del tutto servile e ausiliaria nei confronti del medico e spesso la bella infermiera è più apprezzata per le sue grazie che per il suo lavoro.

Ultimamente va di moda l'appellativo di

"fannulloni" che l'infermiere condivide con altre categorie del pubblico impiego, termine generalista che nell'opinione pubblica suscita risentimento e scredita la professione. In realtà, come già detto, l'infermiere si identifica con un proprio campo di responsabilità e mette in atto da solo o in collaborazione con altre figure professionali una serie di attività che vanno dal soddisfacimento dei bisogni di base della persona (lavarsi, vestirsi, mangiare, evacuare, muoversi ecc...) alla somministrazione di farmaci e medicinali, all'esecuzione di esami diagnostici (elettrocardiogramma) ed ematici, al posizionamento di sondini e cateteri, al riconoscimento e rilevamento di segni e sintomi patologici e non, alla messa in atto di manovre rianimatorie salva vita.

Inoltre gli infermieri: rispondono ai telefoni del 118 e vi danno le prime istruzioni su come affrontare una situazione di emergenza; promuovono la salute facendo educazione alimentare e insegnando corretti stili di vita; curano, conservano e spesso archiviano le cartelle cliniche e altri documenti sanitari; in alcuni ospedali, in caso di donazione di organi e tessuti, accertano l'idoneità di un donatore studiandone la documentazione e mettendosi in relazione con i famigliari; rilevano e segnalano difficoltà nella gestione dei pazienti dopo il ricovero e concordano con essi e i loro cari la necessità di una dimissione protetta verso strutture più competenti in grado di supportare il carico assistenziale; spesso traducono agli anziani e ai parenti termini medici un po' complicati facendo da intermediari col "dottore che parla difficile"; curano la persona anche dopo il decesso dandole il giusto rispetto che ancora merita; provano a soddisfare quel bisogno essenziale dell'uomo di comunicazione e di conforto, presente in particolare nei momenti di malattia e di incertezza.

È soprattutto l'interazione a livello relazionale con l'utente che rende questa professione particolarmente bella e difficile. Dialogare con persone emotivamente sensibili a causa del loro stato di salute o di quello dei loro cari, richiede uno sforzo di pazienza e di empatia notevoli. Quando questi due atteggiamenti sono rispettati, il dialogo ispira fiducia e accettazione, altrimenti può diventare fonte di ostilità e risentimento.

Ecco quindi come questa professione richieda diverse abilità che spaziano dalla conoscenza scientifica, all'abilità tecnico-manuale, alla capacità psicologico-relazionale.

Oggi la situazione nella quale gli infermieri si trovano a lavorare non è delle più facili. Negli ospedali spesso la figura dell'infermiere scarseggia e i turni, sempre molto fitti, deprimono fisicamente e psicologicamente. Anche per questo gli infermieri vogliono farsi conoscere e apprezzare per quello che valgono e per quello che sono: professionisti seri e preparati, datori di un ruolo assolutamente indispensabile alla salute della collettività.

Stefano Trento

Belgio: nonostante la crisi economica

il governo stanZIA 436 mil. per gli infermieri

E' di questi giorni la notizia che il Ministro della Sanità, la signora Onkelinx, ha stanziato 436 mil. di euro per:

- definizione e finanziamento di un programma di oncologia pediatrica (circa 5 milioni di €);
- remunerare il disagio degli infermieri che lavorano negli ospedali (40 milioni di €);
- valorizzare i titoli specialistici degli infermieri (circa 37 milioni di €);
- aumentare il contributo statale agli infermieri dell'ADI (1 milione di €);
- finanziare la formazione degli infermieri in prima linea (€ 1.75 milioni di euro);
- finanziare l'aumento degli scatti di anzianità professionale degli infermieri (circa 46 milioni di €);
- aumentare le indennità giornaliere per infermieri ed operatori sanitari (circa 5 milioni di €).

Le ore notturne, già pagate al 135% nei giorni feriali ed al 150% nei festivi, adesso saranno pagate con l'indennità notturna a partire dalle 19,30 anziché dalle 22,00. Il valore dell'indennità è di 5,70 € (in Italia è di 2,74 €).

Tutte queste conquiste sono solo parte di un programma rivendicativo di 17 punti sottoposto al governo per fermare l'emorragia infermieristica, presentato dall'Unione Generale degli Infermieri Belgi (UGIB), che rag-



gruppa i 5 sindacati infermieristici, formati nelle rispettive regioni e comunità linguistiche (FNIB - NNBVV - ACN - NVKVV - KPVDDB).

Da notare che in Belgio non esiste ancora per legge l'Ordine Professionale e che il sindacato infermieristico da tempo ne avanza la richiesta al governo, ora in discussione al senato.

L'UGIB è riconosciuto come interlocutore rappresentativo della categoria infermieristica e firma gli accordi locali, regionali e col governo, nono-

stante il malcontento dei tre sindacati maggioritari FGTB-CSC-CGSLB.

Sempre grazie all'UGIB gli infermieri sono presenti nelle principali commissioni del Ministero della Salute: il Consiglio Nazionale delle Professioni Infermieristiche; il Consiglio Nazionale per le ostetriche; la Commissione tecnica per l'Infermieristica; il Consiglio nazionale per le cure ospedaliere; la Commissione diritti del paziente.

In virtù di questo, con decreto 27 settembre 2006 a firma del Ministro R. Demotte, in Belgio sono già riconosciute 17 specialità: Pediatria e Neonatologia; Salute mentale; Socio-sanitario; Medicina geriatrica; Terapia intensiva ed emergenza; Oncologia; Immagini mediche; Stomia e cura delle ferite; Di sala operatoria; Perfusionista; Anestesia; Psichiatria specialistica; Geriatria specialistica; Specialista delle piaghe; Cure palliative; Infermiere Diabetologo; Specialista antalgico.

Con l'accordo di questi giorni, si comincia a riconoscere anche economicamente quattro di tali specializzazioni, con premi annuali di 6.750 €.

Agli infermieri dell'area critica è stato riconosciuto un contributo di 175 € per 5 ore di aggiornamento l'anno.

La scheda

Il Belgio è diviso in tre regioni. A settentrione le Fiandre la cui popolazione di lingua olandese comprende circa il 58% della popolazione totale e a sud la Vallonia, totalmente francofona, e che costituisce il 32% della popolazione complessiva nazionale. Nel mezzo è situata la regione della città di Bruxelles, Bruxelles-Capitale che è ufficialmente bilingue, sebbene sia prevalentemente francofona, e nella quale risiede il 10% della popolazione. Inoltre ai confini con la Germania in Vallonia si trova la Comunità germanofona del Belgio di lingua tedesca che comprende i comuni ceduti dalla Germania al Belgio nel 1918 e annessi alla Germania nazista nel 1940-1945.

Forma di governo: monarchia parlamentare federale

Popolazione: 10.585.000 abitanti

PIL procapite Belgio (2008): 36.500 \$ (26°)

PIL procapite Italia (2008): 30.581 \$ (28°)

Motto: "L'unione fa la forza"

Infermieri per 1000 ab: 6,23 (66.000) (Italia 5,44 - 327.500)

Medici per 1000 ab: 4,49 (Italia 4,2)



NurSind

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o

Nata/o a il/...../.....

Residente in via N°

Città Prov. (.....) CAP

Tel. Cell.

Email:

Codice Fiscale

Qualifica Matricola

In servizio presso

si iscrive

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

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

Compila e spedisce via FAX allo 050 3160049 oppure telefona alla sede più vicina alla tua città (vedi la pagina sul retro).

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

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

AGRIGENTO	339 1548499
ALESSANDRIA	348 7730047
ANCONA	339 2221513
AREZZO	328 0479421
ASCOLI PICENO	347 6459027
AVELLINO	340 2645906
BARI	348 8231774
BERGAMO	348 7368056
BENEVENTO	347 0938303
BOLOGNA	349 4657858
BRESCIA	328 8043717
BRINDISI	333 1093968
CAGLIARI	349 4319227
CALTANISSETTA	380 4100516
CAMPOBASSO	347 0733738
CATANIA	328 3364828
CATANZARO	320 4370271
CHIETI	338 2561933
COSENZA	339 8124656
ENNA	333 6106527
FIRENZE	389 9994148
FOGGIA	320 8811330
FORLI'	347 0379908
GENOVA	320 1561052
GORIZIA	339 3500525
LATINA	347 8465074
LECCE	347 3423464
LECCO	349 6441234
LIVORNO	320 0825291
LUCCA	328 0596018
L'AQUILA	333 4125508

333 9697131
349 8455285
338 1489380
338 7770909
331 5643203
340 3149340
339 1935053
338 6268353
347 3883671
339 6805023
338 4464589
338 9041690
346 0106154
340 3774179
320 3134105
328 5744839
320 0826435
347 1174975
393 9912052
338 2368798
333 4674814
347 7672006
333 8429231
338 4386893
338 8506516
380 4512768
347 8841155
347 8122482
328 4614838
339 2397838
349 8474608
320 0650894

MACERATA
MASSA-CARRARA
MATERA
MESSINA
MILANO
MODENA
MONZA
NAPOLI
NOVARA
NUORO
ORISTANO
PALERMO
PADOVA
PESARO-URBINO
PESCARA
PIACENZA
PISA
PORDENONE
RAGUSA
RIMINI
ROMA
ROVIGO
SALERNO
SASSARI
SIENA
SIRACUSA
TERAMO
TORINO
TRIESTE
UDINE
VARESE
VICENZA

DIPENDE ANCHE DA TE!

NURSIND

NurSind e gli Infermieri:

Per l'autorappresentanza e autotutela sindacale
Per affermare la centralità della professione nel panorama sanitario
Per la sottoscrizione del contratto di area infermieristica
Per il miglioramento delle condizioni di lavoro
Per il superamento della questione retributiva
Per la valorizzazione del merito
Per il riconoscimento della qualità dell'assistenza

Contro il demansionamento costante
Contro il monoblocco confederale
Contro la delega a "terzi"
Contro le logiche aziendali della "quantità delle prestazioni"
Attenti ad evitare che le logiche di mercato siano strumentalizzate
al fine di ridurre inaccettabilmente le tutele per i lavoratori