Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Trimestrale del NURSIND - Confederazione CGU-CISAL

Anno XII° - Numero 29 - 1° trimestre 2013

Abbiamo realizzato un SOGNO

gli INFERMIERI adesso hanno un Sindacato Rappresentativo

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

sommario:

attualità

04 - Echi dal V° Congresso Nazionale
09 - Nursind è il primo sindacato infermieristico rappresentativo
10 - Il nuovo Direttivo Nazionale
12 - Per la CARD, l'infermiere deve poter prescrivere
13 - La Germania recluta infermieri italiani
14 - La Confederazione CGU-CUSAL vera novità del sindacalismo autonomo

dal territorio

16 - 118 Sicilia: l'apologia della follia
16 - Careggi: infermieri "robocop»
17 - ECM Brescia: "percorrere senza correre»
18 - Nursind Cagliari e l'esposto alle procure
19 - Messina: asilo nido al S. Vincenzo
19 - Modena: l'infermiere e l'anziano
22 - Modena, il concorso fotografico del terremoto
22 - FVG: Nursind sul riassetto del SSR
23 - Salerno: Nursind denuncia la mobilità negata
24 - Gallarate: infermieri come pedine
24 - Nasce Nursind ad Imperia
26 - Ancona: sit-in contro i tagli al diritto alla salute
26 - Teramo: Nursind a fianco dello sciopero della fame dei pazienti oncologici
26 - Teramo: riconosciuto il tempo di svestizione

normative

27 - Escludere gli extracomunitari è discriminatorio
27 - Permessi per malattia del bambino tramite web
27 - Congedo parentale ad ore
27 - La posizione organizzativa non è ereditabile
27 - Domande 104 solo via web
28 - L'ostetrica può assorbire occasionalmente le mansioni dell'infermiere
28 - E' possibile cumulare le indennità dei commi 5 e 7
28 - Anche senza mobbing la vessazione va risarcita
28 - Prestazioni lavorative del settimo giorno

previdenza

29 - Prime indicazioni sul fondo PERSEO

formazione professionale

31 - Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure

lettere alla redazione

36 - Di ritorno dagli USA dove i medici non hanno paura degli infermieri
36 - Ancona, in 2000 per 3 posti

esteri

37 - Nursind alla conferenza europea della CESI

Infermieristica Mente
NURSIND
sindacando

Direttore responsabile: Inf . Donato Carrara
Redazione: Inf. Osvaldo Barba, Inf. Daniele Carbocci, Inf. Andrea Bottega, Inf. Stefano Giglio, Inf. Vitalia Secci, Inf. Salvo Lo Presti, Inf. Salvatore Vaccaro, Inf.ra Tiziana Traini, Inf. Donato Carrara.

Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara - **email**: infermieristicamente@nursind.it
Stampa: Grafiche GNG Vicenza - Registrazione Tribunale di Bergamo n°4 del 13/03/06
Infermieristicamente è un trimestrale che viene spedito gratuitamente, oltre che agli inscritti 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

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

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

Lo sguardo oltre l'orizzonte della rappresentatività

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

"Un guerriero non può abbassare la testa, altrimenti perde di vista l'orizzonte dei suoi sogni."
Paulo Coelho, Manuale del guerriero della luce, 1997

E' stata una sorpresa per molti ma non per tutti. Un traguardo sperato per chi, come noi, ha fortemente voluto e creduto che Nursind fosse in grado di portare gli infermieri italiani al tavolo della rappresentatività sindacale. «La storia siamo noi» avevo scritto nello scorso editoriale e così è stato.

Abbiamo consegnato due grandi risultati alla storia dell'infermieristica e del sindacalismo italiano: l'approdo di un sindacato di soli infermieri alla rappresentatività nazionale che ci consentirà di ottenere le prerogative sindacali e sedere al tavolo della contrattazione nazionale e la costituzione di una nuova confederazione nazionale, la quarta per numero di comparti in cui una propria federazione sindacale è rappresentativa.

Due punti di riferimento che danno solidità al progetto sindacale infermieristico autonomo, non a parole o a promesse ma nei fatti concreti, già realizzati: Nursind unico sindacato di soli infermieri ad avere superato la soglia del 5%, la Confederazione Generale Unitaria CGU-CISAL rappresentativa in 6 comparti tra cui i tre maggiori per consistenza numerica di dipendenti pubblici.

Certamente per noi dirigenti ed RSU è stato un momento di profonda gioia e soddisfazione, pregustata e celebrata al nostro V° Congresso Nazionale a Salerno ma, penso, lo debba essere anche per tutta la categoria che si vede ora identificata ai tavoli della contrattazione per quel soggetto particolare e strategico che l'infermiere è per la sostenibilità del nostro sistema sanitario.

E' stato, inoltre, un fine anno ricco di avvenimenti importanti per Nursind. Il rinnovo dei dirigenti provinciali nei congressi provinciali e nazionali con il V° Congresso Nazionale a Salerno che ha visto la partecipazione di circa 300 delegati e la certificazione della rappresentatività da parte dell'Aran, sono stati i due momenti più importanti e sentiti. Una fine d'anno che ci lascia anche un'eredità importante per il futuro. È per questo che non vogliamo abbassare la testa ed essere autoreferenziali guardandoci le scarpe, godendoci quanto di importante abbiamo fatto. È per questo che da subito vogliamo alzare la fronte e gettare lo sguardo oltre l'orizzonte di ieri per cercare l'orizzonte del domani e continuare a sognare un futuro migliore. La rappresentatività non è più un obbiettivo è un punto di partenza per la conquista di nuovi orizzonti.

Ecco quindi che la nostra azione si sviluppa già in altre direzioni anche grazie alla rete di relazioni significative che stiamo creando: la tutela del posto di lavoro per quelle situazioni della sanità privata (in particolar modo il privato religioso) in cui diversi colleghi soffrono i mancati pagamenti, la mobilità, la cassa integrazione, i licenziamenti; lo studio sulle condizioni lavorative legate alla maternità e la soddisfazione del personale infermieristico (studio comparativo con altri paesi europei in sinergia con la CESI); la riorganizzazione della struttura interna al Nursind e dei servizi agli iscritti e l'affermazione della rappresentanza infermieristica a livello aziendale.

Nuovi obiettivi per uno sviluppo importante del sindacalismo infermieristico e per confermare l'assoluto rilievo e la duratura presenza della propria rappresentanza perché non frutto di annunci demagogici ma dell'impegno concreto di chi crede nella voglia di riscatto della categoria piuttosto che la sua conquista con prodotti di mercato.

Saprà la professione cogliere quest'opportunità epocale? Sapranno gli infermieri delusi dalle promesse non mantenute di altre sigle sindacali dare fiducia a chi ha saputo nel campo conquistarsi il posto (al tavolo di trattativa nazionale) che si merita? Come diceva Konrad Adenauer, "viviamo tutti sotto lo stesso cielo, ma non abbiamo tutti gli stessi orizzonti". È l'ora che chi ha orizzonti comuni guardi nella stessa direzione e percorra la stessa strada.

Echi dal V° Congresso Nazionale

"La Professione cresce e il suo sindacato avanza"

La relazione di apertura del Congresso tenuta da Andrea Bottega

Carissimi delegati, segretari provinciali, gentili ospiti e colleghi,

mi riservo poche parole per introdurre questo congresso e questa giornata e lasciare la parola ai membri della direzione nazionale che vi illustreranno in dettaglio quanto fatto durante il nostro mandato.

Eravamo partiti da Acireale nel 2008 con un obiettivo, eravamo partiti lasciandoci alle spalle una frattura nel sindacato e un gruppo da riorganizzare; eravamo partiti con **lo scopo di crescere per passare da movimento ad organizzazione**, **eravamo partiti con un sogno** che ci sembrava irrealizzabile a breve: **il raggiungimento della rappresentatività nazionale**.

Oggi ci troviamo di nuovo assieme per raccontarci che cosa ne è stato di questo sogno, per fare il punto della situazione su come ha lavorato il vertice del sindacato e rinnovare il Direttivo Nazionale. Vi dico subito che oggi non sarò in grado di soddisfare a pieno la vostra curiosità. Non sarò in grado di dire se le nostre aspettative si sono pienamente compiute. Questo sogno del 5% però ha assunto via via una concretizzazione che ci fa ben sperare e, forse, qualcosa di più. Il comitato paritetico presso l'aran ha concluso i lavori 3 giorni fa e i dati in nostro possesso ci fanno dire che abbiamo buone possibilità che quel sogno si realizzi ed entrare nella storia come il primo sindacato di infermieri che, con le proprie forze, ha raggiunto la rappresentatività nazionale.

Carlo De Pietro

Certamente questo sarebbe un obiettivo raggiunto di grande valore ma non può essere un obiettivo definitivo, **non può essere un punto d'arrivo ma passaggio fondamentale per proseguire il nostro cammino** perché, in verità, questo è un punto di partenza che ci responsabilizza ancor più e ci deve impegnare **a crescere sindacalmente perché saremo chiamati a rappresentare gli infermieri nei tavoli nazionali, regionali e aziendali da rappresentativi**. Come mi ricordano alcuni colleghi, abbiamo dato seguito a quanto presente nel nostro simbolo: come un gruppo di gabbiani volano nello sfondo blu del cielo così anche noi abbiamo saputo alzarci in alto e assieme far spiccare il volo all'autorappresentanza.

Questo risultato è il frutto di molto lavoro e di una rete di relazioni costruite in questi anni. Certamente **il maggior contributo è stato dato dalle segreterie provinciali** e dalle centinaia di attivisti che hanno reso concretamente possibile i numeri in termini di voti e deleghe che poi si sono tradotti in quella percentuale che speriamo sia sufficiente per darci una prospettiva di maggior valore e crescita.

La platea congressuale

Quindi un grazie a tutti voi e alla direzione nazionale che ha lavorato per supportare le varie segreterie provinciali. Ma un grazie lo devo anche ad altre persone che sono fuori dal nostro sindacato e che forse conoscete poco ma, vi assicuro, sono state determinanti per quello che Nursind oggi è.

Nursind oggi è una parte di una rete più grande e più forte di un sistema all'interno del sindacalismo autonomo italiano ed europeo. Grazie alla adesione alla CGU nel marzo 2008 abbiamo avuto la possibilità di ricevere alcuni distacchi e aspettative che ci hanno reso il lavoro sindacale e la vita più semplice e ci hanno permesso di crescere in modo così esponenziale. Il valore confederale che a Nursind mancava è stato ulteriormente rafforzato grazie alla costituzione **di una nuova Confederazione Generale Unitaria nata dall'insieme della CGU e della CISAL**. **Nursind in questa nuova confederazione è membro costituente e unico referente per la sanità** su tutti i tavoli del pubblico impiego. Senza questa sinergia difficilmente avremmo potuto raggiungere il nostro risultato. La conoscenza dei meccanismi e delle regole di trattativa confederale sono di fondamentale importanza per muoversi all'interno delle relazioni sindacali all'Aran e tutelare al meglio gli interessi delle singole federazioni come la nostra. Questo lavoro è stato magistralmente svolto per noi da **Massimo Blasi** della CISAL con cui siamo stati sempre in contatto e che domani sarà qui nostro ospite assieme al Segretario generale **Francesco Cavallaro** e al segretario CGU prof. **Rino Di Meglio**. E' importante che sappiate che **queste persone pur non essendo del Nursind hanno lavorato incessantemente per noi**. Io penso che l'appartenenza ad una confederazione e le relazioni costruite con queste persone abbiano fatto la differenza tra noi e Nursing Up.

Anche le relazioni internazionali hanno contribuito alla valorizzazione della nostra categoria in Europa. Grazie a Nursind il sindacalismo infermieristico italiano ha varcato i confini nazionali e il ruolo che abbiamo svolto è stato di primaria importanza per far avvicinare le varie realtà infermieristiche europee. Qualche settimana fa ci siamo trovati con altri sindacati del settore in occasione dell'incontro annuale del Consiglio di categoria della sanità della CESI (la confederazione europea dei sindacati indipendenti) in Lussemburgo. L'occasione ci è stata data dalle relazioni intercorse con **i colleghi spagnoli del SATSE** e dagli incontri svolti con **il sindacato infermieristico Sloveno**. Durante l'incontro in Lussemburgo siamo riusciti a far passare la proposta di uno studio di benchmarking tra i vari paesi europei sulle condizioni lavorative nelle strutture ospedaliere e le ripercussioni sulla qualità dei servizi offerti. **Un lavoro che potrà essere alla base di una serie di proposte da portare alla Commissione Europea**.

Dunque il valore aggiunto di Nursind è stato e lo sarà ancor più **il sapere fare rete**. È questa la sfida che ci attenderà nel prossimo futuro. Solo se sapremo entrare pienamente nella rete del sistema potremo avere la speranza concreta di poterlo cam-

M. Blasi, F. Cavallaro, R. Di Meglio

biare. Entrare nel sistema significa permeare dei nostri valori e delle nostre proposte ogni ambito sociale, professionale, politico, organizzativo.

Vorrei ora brevemente elencare quelli che sono stati gli ambiti e i risultati del lavoro di questi 4 anni accennando alle questioni più recenti.

1. la crescita degli iscritti e della rappresentanza. Donato nel suo intervento entrerà maggiormente nel dettaglio, voglio solo ribadire che nel 2007 Nursind contava quasi 10.000 voti alle RSU e il dato associativo del 2006 contava circa 9.000 iscritti. Oggi consegniamo al Congresso **un sindacato con 20.000 iscritti e 17.700 voti** alle RSU di marzo. **Numerose sono state le segreterie provinciali aperte e diverse quelle che hanno visto un cambio alla guida**. Ancora ci sono spazi gialli nella nostra cartina d'Italia ma contiamo di farla diventare tutta verde al più presto. Un segno del rinnovamento e dell'allargamento del Nursind è vedere qui volti nuovi di delegati. La nostra forza è la capacità di coinvolgimento di **forze giovani che possano portare avanti il progetto anche dopo di noi**. Anche la **sanità privata** ha visto una notevole crescita ma, ad oggi, come direzione nazionale non siamo riusciti a dedicargli l'attenzione che merita. Il suo sviluppo, a mio parere, dovrà passare attraverso la sinergia con la confederazione perché ancor più rilevanti in quel settore sono il peso politico e delle relazioni anche con gli altri sindacati (l'UGL da questo punto di vista ci insegna).

2. La situazione economica del sindacato. Come ci dirà Daniele, oggi Nursind ha maggiori disponibilità economiche rispetto al 2008 nonostante l'aumento dei costi delle spedizioni e l'aumento dei servizi resi alle segreterie e agli iscritti (assicurazione Willis, partecipazione a congressi, …). Un encomio va a tutti i membri della Direzione Nazionale che hanno praticamente lavorato solo con i rimborsi delle spese sostenute.

3. La formazione ECM. È sempre stata la nostra punta di diamante e, nonostante tutte le difficoltà che abbiamo avuto e stiamo affrontando, garantiamo sempre la formazione ai nostri iscritti a prezzi veramente agevolati. Tiziana ci relazionerà in merito a questo tema. La speranza è che presto il ministero concluda l'accreditamento di un provider con cui collaboriamo che ci possa permette di ottimizzare il servizio e non dover più attendere le inefficienze dello stesso Ministero in merito all'assegnazione dei crediti.

4. La formazione post laurea. Salvo ha seguito in questi anni l'evolversi del rapporto con l'Unipegaso e ci racconterà tutte le peripezie che abbiamo vissuto per poter gestire al meglio i corsi. Non dipendendo direttamente da noi, è stato veramente uno sforzo notevole far lavorare l'università secondo i nostri desiderata. Penso che la scelta di continuare con la stessa università in questi anni ci abbia però premiato. Un grazie va anche ai segretari provinciali che spesso si sono dovuti prodigare in prima persona per risolvere i problemi in loco. Anche qui si stanno aprendo nuovi sbocchi che spero portino a valorizzare le risorse umane a noi vicine.

5. La formazione dei quadri sindacali. Maurizio ci relazionerà sui feedback ricevuti dagli incontri promossi dalla Direzione Nazionale. Come ho accennato all'inizio è questo un ambito in cui dovremo sviluppare la nostra azione in modo costante e in cui le segreterie provinciali dovranno anche attivarsi autonomamente o in coordinamento regionale.

6. La comunicazione. In questi 4 anni abbiamo dato costanza alla nostra rivista e abbiamo inciso positivamente anche nella presenza sui giornali e nei media. Alcuni segretari provinciali hanno avuto modo di provarsi anche in quest'ambito. Il sito e la rivista hanno reso possibile anche la conoscibilità di Nursind sia a nuovi colleghi che alla stampa.

7. Le cause legali. Per un periodo abbiamo avuto anche un servizio legale nazionale, ma molte segreterie provinciali si sono dotate di consulenti e avvocati in modo da essere indipendenti e seguire meglio gli iscritti. Sono ormai diverse la cause che come sindacato abbiamo promosso. Anche a livello nazionale ci sono cause in corso e nel merito stiamo vedendo di concludere positivamente la conflittualità.

8. I servizi agli iscritti. Già quest'anno gli iscritti che hanno usufruito della convenzione con la Willis sono raddoppiati, segno che quanto proposto è stato ben accolto. Anche le altre convenzioni come la Giunti Card e le proposte Assocral sono gradite. Penso però che il salto di qualità lo potremo fare nei **servizi CAF e di Patronato**, per tale motivo potrà esserci utile stringere ancor più i rapporti con la CISAL che già, anche se soprattutto al sud, ha una struttura diffusa sul territorio.

9. La contrattazione decentrata. Con le elezioni RSU molti nuovi colleghi si stanno provando nei tavoli aziendali. Anche se la contrattazione è ferma soprattutto per mancanza di finanziamenti i temi organizzativi sono sempre presenti. Da quest'esperienza molti hanno imparato altri iniziano ora il loro cammino. La speranza è di saper dare un aiuto concreto a quelli che per Nursind ci hanno messo la faccia. La contrattazione decentrata è divenuta ormai l'unico spazio di azione sindacale in cui si può incidere. A livello nazionale sarà già qualcosa poter avere un contratto di qualsiasi tipo ma certamente avranno più valore le azioni a carattere regionale o aziendale dove si potrà contrattare criteri di assegnazione della produttività.

10. Le relazioni con le altre OO. SS. Ritengo sia stato importante farci conoscere anche presso le altre organizzazioni sindacali come parti affidabili di un sistema. Negli incontri in sede Aran e nelle relazioni interpersonali Nursind è visto con rispetto e valutato per la serietà e coerenza del progetto anche se non condiviso. Poter stringere relazioni positive significa anche avere più possibilità di sedersi ai tavoli di contrattazione e poter cercare alleanze per realizzare quegli obiettivi che ci siamo prefissi.

Questi sono alcuni dei risultati ottenuti in questi anni, frutto del nostro e vostro impegno. Molti sono ancora i traguardi da raggiungere e le strategie da porre in essere per migliorare la nostra professione.

Saverio Proia

Il coro di «voci bianche» a cantare l'Inno degli infermieri

Sarà questo un momento difficile visto il perdurare della crisi economica e i sempre più ridotti spazi di trattativa ma, a mio parere, potremmo avere qualche chance di incidere sulle politiche sanitarie se sapremo mantenerci nella rete e ampliare i nostri contatti. Il rapporto con la Confederazione andrà sviluppato perché rappresenta per noi una risorsa fondamentale. Spero che nella giornata di sabato si possa ricevere da questo Congresso il mandato di modificare lo statuto nella parte che prevede la quota minima da otto euro. Dovremo gradatamente e tra alcuni anni arrivare verso i 9-10 euro oppure introdurre una quota a percentuale. Non possiamo correre il rischio di non vederci contate le deleghe dall'Aran perché inferiori alla metà della media dei sindacalizzati. Anche la quota riservata alla segreteria nazionale, a mio parere, dovrà essere rivista per far fronte a tutti gli impegni che verranno e per poter ripensare un finanziamento centralizzato dei coordinamenti regionali. Dovremmo modificare lo statuto nella parte che prevede un'organizzazione provinciale di Nursind. Con la revisione delle provincie è forse più utile indicare un'organizzazione territoriale che lascia spazio alla vostra autonomia. Perciò penso che qualunque sarà la direzione nazionale che uscirà da questo Congresso dovrà avere in mano un mandato ampio su questi temi considerando che sempre Nursind ha condiviso con i propri segretari nel Consiglio Nazionale le scelte più importanti.

Alla fine, possiamo dire che Nursind si riunisce oggi a Congresso **forte di una classe dirigente giovane su cui investire, di uno spirito di collaborazione e unione che molti ci invidiano**, di un nome che è garanzia di serietà, correttezza e impegno, di un potere di negoziazione e di rappresentanza molto più pregnante di altri sindacati e di altre associazioni, **di essere il punto di riferimento degli infermieri italiani perché al loro fianco e non autoreferenziali**. Di questa forza molti cominciano a rendersi conto e a prenderla sul serio, medici compresi. Occorre però saperla ben adoperare non per noi stessi ma per chi rappresentiamo.

È questa l'eredità che il direttivo uscente lascia a questo Congresso e da qui Nursind vuole ripartire con il contributo di tutti voi e per questo dichiaro aperto il quinto congresso nazionale Nursind.

Il comunicato ufficiale di fine Congresso

Si è svolto a Salerno il V° Congresso Nazionale dal 1 al 3 novembre 2012 con il rinnovo dei vertici del sindacato.

Riconfermato il segretario nazionale Nursind Andrea Bottega e il segretario amministrativo Daniele Carbocci, tre nuovi membri nella Direzione Nazionale.

Un sentito ringraziamento a Enzo Palladino, Maurizio Giacomini e Pietro Sammartino per l'impegno profuso in Dir. Naz.

"La professione cresce e il suo sindacato avanza", è stato lo slogan che ha caratterizzato il V Congresso Nazionale Nursind a Salerno.

"Non solo numeri e traguardi raggiunti sono stati presentati ai 400 delegati provenienti dalle varie Segreterie d'Italia ma anche spunti di riflessione e progettualità future per il sindacato degli infermieri italiani. Particolarmente gradite – afferma il Segretario Nazionale Andrea Bottega – sono state le relazioni del prof. **Carlo De Pietro** ricercatore del Cergas – Bocconi e del dott. **Saverio Proia** del Ministero della Salute. Nel momento di maggior crisi economica e di conseguente cambiamento delle organizzazioni sanitarie **c'è una grande occasione per la professione infermieristica** – continua il segretario nazionale - **di emergere come risorsa principale per sostenere il sistema sanitario nazionale**. La diminuzione del numero di medici prevista nei prossimi anni e la sempre più centralità del territorio e delle famiglie quale luogo primario di soddisfazione del bisogno di salute dei cittadini sono condizioni che possono, se colte dalla categoria, permettere al professionista infermiere di esprimere al meglio le potenzialità insite nel suo sapere professionale."

Il Grand'Hotel di Salerno e la veduta del lungo mare

Sono state condivise riflessioni sulle condizioni del mercato del lavoro e situazioni lavorative (condizioni che, secondo il prof. De Pietro, necessitano di ulteriori studi e dati solidi e aggiornati soprattutto per legare l'attività infermieristica agli esiti in termini di salute per i cittadini) e sullo sviluppo professionale attraverso la volontà di chiarire meglio il rapporto con le altre professioni sanitarie mediche e non mediche e le figure di supporto (il dott. Proia ha sottolineato la particolare attenzione degli infermieri italiani a chiedere e investire in formazione complementare e specialistica, la grande crescita non solo culturale dell'ultimo ventennio ma anche di responsabilità e di presa in carico degli assistiti attraverso i nuovi percorsi scientifici e strumentali che la professione e la tecnologia oggi offrono al sistema delle cure).

"**Sarà la dura sfida del sindacato** – conclude Andrea Bottega – **far sì che tanta disponibilità e competenza professionale venga riconosciuta anche economicamente attraverso il contratto di lavoro**. L'amarezza è che questo oggi non è possibile per il blocco contrattuale imposto dalla situazione economico-finanziaria del paese. Speriamo poter presto riprendere delle fisiologiche relazioni industriali con chi è chiamato ad amministrare il pubblico impiego e la sanità in modo da poter uscire dall'oscurantismo di questi ultimi anni che hanno visto inasprirsi le norme che limitano lo spazio di azione sindacale e i diritti dei lavorati e l'impossibilità di adeguare il salario alle nuove responsabilità."

Sono questi i punti emersi nel dibattito con la Confederazione Generale Unitaria CGU-CISAL rappresentata dal segretario generale confederale della CGU (Confederazione Gilda Unams) prof. **Rino Di Meglio**, dal Segretario Generale CISAL

Francesco Cavallaro e dal Segretario confederale CISAL dott. **Massimo Blasi**.

A conclusione dei lavori si è votato per il rinnovo degli organi statutari nazionali. Questi i risultati:

Direzione Nazionale: **Andrea Bottega** (Vicenza) Segretario Nazionale, **Daniele Carbocci** (Pisa) Segretario Amministrativo, **Donato Carrara** (Bergamo), **Salvatore Lo Presti** (Alessandria), **Salvatore Vaccaro** (Catania), **Vitalia Secci** (Cagliari), **Stefano Giglio** (Udine), **Tiziana Traini** (Ascoli Piceno).

Revisori dei Conti: **Graziano Paolo Accogli** (Lecce), **Elsa Frogioni** (Ancona), **Angelina Libertazzi** (Foggia).

Collegio dei Probiviri: **Claudio Cullurà** (Arezzo), **Pasqualina Bresciani** (Alessandria), **Nella Lepore** (Venezia).

La Commissione elettorale al lavoro

Sono trascorsi 14 anni...

Con queste poche righe vorrei esprimervi i ringraziamenti e condividere il piacere e la soddisfazione per avermi dato l'opportunità di far parte del gruppo componente il Direttivo Nazionale.

Sono trascorsi 14 anni da quando è nato il NurSind e ne faccio parte, tanti sono stati gli eventi che mi hanno condotto fino al raggiungimento di questo riconoscimento a componente del DN.

Spesso ho dovuto lavorare in silenzio per costruire e crescere assieme al NurSind, a volte è stata una piacevole e costruttiva realizzazione di eventi, i quali hanno portato la nostra organizzazione a un miglioramento costante, altre volte è stato un susseguirsi di eventi difficili, che potevano peraltro distruggere tutto, ma io ho sempre cercato di evitarlo, infatti ritengo che per partecipare a un progetto come questo l'importante è guardare al bene comune, inoltre vorrei spiegare che ci vuole tempo per arrivare.

Quel tempo che serve per capire se si è veramente pronti a lavorare per il bene di tutti e non solo per se stessi. Spesso in passato mi è capitato di essere d'accordo con i colleghi del Progetto, in altre, al contrario, mi sono scontrata per disaccordi vari, ma nonostante le difficoltà non ho mai pensato di abbandonare, in quanto non sarebbe servito se non a vanificare tutto l'impegno che avevo riposto nel NurSind e soprattutto sarei regredita professionalmente e personalmente.

Mi sento di affermare che diversamente non saremmo stati qui a vivere questo importante momento storico! Con questo vorrei esprimere il mio modesto parere su ciò che determina gli equilibri fra le persone, ma in questo caso tra noi che partecipiamo a questa giovane organizzazione e che spesso ha visto e vede anteposti gli interessi personali a quelli del gruppo, sento di scrivere a chi partecipa attivamente, ma anche a tutti gli iscritti.

La gioia femminile

Ritengo infatti che si può stare dentro alle cose e/o ai progetti, a vario titolo e non per forza essendo a capo di qualcuno o qualcosa, ma bisogna elevare l'essenza dell'essere super parte per migliorarsi o raggiungere l'obbiettivo, diversamente l'alternativa, seppur con i migliori intenti, rischia di determinare effetti negativi. Si, perché non si costruisce pensando solo di avere qualcosa in cambio o giudicando gli errori, ma si costruisce pensando positivo e in comunione.

Non mi stancherò mai di raccomandare a ogni iscritto o quadro sindacale di questa pregevole sigla , che l'importante è dare corso alle idee in cui crediamo, impegnandoci per la loro realizzazione. Il Congresso appena concluso è stato un momento di grande incontro fra le diversità, particolarità e i differenti punti d'osservazione, i quali, nonostante tutto, accomunano i componenti a vario titolo del NurSind e ha favorito spunti di riflessione per tutti noi e per la Professione.

Il congresso ci ha permesso, nel confronto talvolta inasprito da ragioni più o meno fondate, di valutare differenti vie, tutte volte al raggiungimento di soluzioni per continuare il cammino che ci porterà spero presto al quel riconoscimento che la nostra intellettuale Professione e il NurSind attendono da tempo.

Con questo messaggio per ringraziare tutti quelli che mi hanno sostenuto, ma anche coloro che hanno sostenuto gli altri rispettabilissimi candidati , vorrei dire che, senza la loro solidale collaborazione, non miglioriamo e non riflettiamo, ma soprattutto che ci sono tempi e modi per esprimere il proprio pensiero o giudizio e che bisogna guardare alla realtà in modo propositivo.

Io mi impegnerò all'interno del DN portando in modo imparziale tutte le proposte ritenute costruttive e utili al proficuo quanto inevitabile positivo percorso dell'unico sindacato infermieristico Italiano. Siamo giunti fin qui ed è stato un grande successo, ma ora dobbiamo riuscire a mantenere/conservare questo straordinario risultato, concentrandoci sul comune lavoro da svolgere in un frangente politico economico che senz'altro abbisogna di una costante attenzione su tutti i temi riguardanti la società, i cambiamenti nel SSN, normative ordinarie, regole contrattuali e competizione con differenti realtà sanitarie Euro-

Lina ha ripreso tutti i lavori

Il brindisi di augurio alla Confederazione

pee e Mondiali.

Pertanto, cosi come tutti siamo riusciti con grande impegno ad arrivare fin qui, nel rispetto di ognuno di noi, dobbiamo moltiplicare l'impegno per conservare quanto raggiunto, ma soprattutto dobbiamo evitare distrazioni aventi radici destabilizzanti.

Grazie a tutti di condividere questo progetto con me. Grazie a tutti per aver creduto in me. Grazie per l'impegno che riponete e riporrete in NurSind. Grazie, cercherò di non deludere nessuno e di essere espressione di tutti i colleghi, naturalmente con riserbo per coloro che investono fiducia in Nursind. Buon Lavoro!

Vitalia Secci
Cagliari

C'ero anch'io

C'ero anche io, a Salerno dal 1 al 3 novembre per il nostro V° congresso nazionale.

Sono iscritta al sindacato da alcuni anni ma fino a quest'anno non vi avevo mai partecipato attivamente, tranne che per i corsi ECM. Con le elezioni R.S.U. mi è stato chiesta la disponibilità come candidata ma soprattutto come promotrice del sindacato con i miei colleghi. Quando poi mi si è aperta la possibilità di partecipare al congresso mi sono proposta con entusiasmo, soprattutto per la voglia di conoscere e confrontarmi con altre realtà, sia sullo stato della professione che sulle tematiche calde tanto care al nostro sindacato: autonomia, riconoscimento unione tra i professionisti. Per avere soprattutto un respiro più ampio e non fossilizzarmi nella mia piccola realtà, per rendermi conto che il mondo non finisce al Bolognini.

Il cartellone congressuale dove hanno posato in molti

Eravamo circa 400 delegati da tutta Italia, da quasi 60 segreterie provinciali, riuniti per confrontarci sullo stato di salute del nostro sindacato e per rinnovare gli organi direttivi. Sono rimasta davvero colpita dalla numerosa partecipazione: tra le delegazioni, più o meno numerose, si è subito instaurato un clima di scambio di idee, di proposte. In tutti si avvertiva la volontà di esserci, di fare qualcosa di significativo per migliorare davvero le condizioni lavorative, e non solo per gli iscritti, ma per l'intera professione. Quello che si avvertiva forte era proprio questo: l'orgoglio di essere infermieri chiamati a cambiare davvero le cose a favore di tutti i nostri colleghi.

E' stato prima di tutto un momento per fermarsi e valutare come sono trascorsi gli ultimi quattro anni e si può affermare con orgoglio che il sindacato sta bene, è in continua espansione sia come numero di iscritti (raddoppiato in 4 anni) che di segreterie attive. Ci è stato fatto un dettagliato resoconto delle attività svolte sia come assistenza sindacale, che come formazione (ECM, master, formazione dei quadri sindacali), e non ultimo un ottimo bilancio economico che lascia al prossimo consiglio la sicurezza di poter sostenere ed aumentare tutte queste iniziative anche per il prossimo quadriennio.

Un accenno particolare è stato dato all'importanza di stare uniti e di fare squadra, abbandonando un poco l'autarchia che fino ad ora ci ha portato a correre un po da soli, ma che ora è sfociata con l'aggregazione confederale con CGUCISAL, che da un lato ci permette di attingere a maggiori esperienze in campo sindacale, dall'altra ci consentirà sicuramente di essere più rappresentativi.

E' stato anche un momento formativo, in quanto la seconda giornata è stata interamente dedicata al confronto con esperti di diverse discipline dall'economista al rappresentante del ministero della salute, che ci hanno illustrato lo scenario corrente e le prospettive future nel mondo economico e sanitario, i cui profondi mutamenti (l'ospedale per intensità di cure, la drastica diminuzione del numero dei medici nei prossimi anni, lo spostamento di molte attività assistenziali dall'ospedale al territorio …), se da una parte possono destabilizzare lo scenario in cui siamo abituati ad operare, dall'altro a loro ed anche mio parere possono aprire inaspettate opportunità di sviluppo e di crescita per la professione infermieristica, se saremo preparati e pronti a coglierle, a condurre il cambiamento e non a farci trascinare.

Non sono mancati dibattiti, scambi di idee, colloqui anche accesi e scambi di esperienze, ma anche momenti allegri e di aggregazione ci hanno permesso di creare rapporti personali e sentirci davvero gruppo.

Da questa esperienza posso trarre alcune considerazioni:

1. Nella nostra professione tutto è basato sulle relazioni. Anche nel sindacato questo deve avvenire: siamo noi, con la nostra partecipazione, la nostra testimonianza e il nostro entusiasmo a doverci fare promotori presso i nostri colleghi, perché il sindacato cresca sempre di più. Se non noi chi?
2. Diffondere l'idea che è inutile continuare al lamentarsi di tutti i problemi inerenti all'esercizio professionale (turni massacranti, carenze organiche talmente croniche da essere diventate una regola, salti di riposi continui, scarsa riconoscimento da parte delle altre professioni sanitarie), se poi non alziamo la testa e non facciamo qualcosa di concreto per cambiare, magari partendo da noi stessi, dalla parte che ci compete, ma tutti uniti e non solo mosche bianche che lasciano il tempo che trovano.

Le bottiglie dedicate al 5%

3. La professione è pronta, aperta al cambiamento e alle sfide future. Ho girato parecchio l'Italia in quest'ultimo anno, per convegni di formazione o altro, e dovunque ho conosciuto infermieri consci delle proprie potenzialità e delle possibilità che ci si aprono davanti. Forse questa crisi delle istituzioni tradizionali e degli organi di rappresentanza precostituiti darà al sindacato un'opportunità mai avuta prima: portare la professione ad un livello di rappresentatività e di visibilità mai avuti finora e condurla verso traguardi che oggi solo ci prefiguriamo, protagonisti e attori del nostro futuro.

Grazie Nursind per questa possibilità che ha riacceso in me un po' di quella fiducia e di quell'entusiasmo che credevo perso per sempre nella melma grigia dell'agire quotidiano, spesso senza motivazioni e senza prospettive.

Chiara Colombo
Bergamo

A seguito dell'accertamento ARAN:

NURSIND è il primo sindacato infermieristico rappresentativo

La raggiunta rappresentatività Nazionale del Nursind è il concreto segnale di una categoria che rivendica un ruolo da protagonista nel sistema dell'erogazione dei servizi sanitari del nostro Paese e premia l'azione sindacale fin qui svolta dalla nostra organizzazione.

RAPPRESENTATIVITA' 2013-2015						
COMPARTO SANITA'	DELEGHE	%	VOTI	%	MEDIA	CONF.
FP CGIL	74.270	26,64%	106.921	28,80%	27,72%	CGIL
CISL FP	71.566	25,67%	94.302	25,40%	25,53%	CISL
UIL FP	46.915	16,83%	66.926	18,03%	17,43%	UIL
FIALS	26.401	9,47%	33.373	8,99%	9,23%	CONFSAL
FSI	14.658	5,26%	19.335	5,21%	5,23%	USAE
NURSIND	14.809	5,31%	17.696	4,77%	5,04%	CGU-CISAL

Per la prima volta nella storia un sindacato di infermieri raggiunge la rappresentatività nazionale: Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche.

Il segretario nazionale Nursind, Andrea Bottega: "Con questa rilevazione della rappresentatività nazionale, **il Nursind entra nella storia dell'infermieristica italiana e del sindacalismo come punto di riferimento per le rivendicazioni di una categoria che è di fondamentale importanza per il futuro del servizio sanitario nazionale**"

Con la determinazione del 21/11/2012 l'Aran ha comunicato gli esiti dell'accertamento provvisorio della rappresentatività sindacale per la stipula degli accordi quadro e dei contratti collettivi nazionali di lavoro del pubblico impiego **per il triennio 2013-2015**.

Due storici risultati sono stati conseguiti da parte del sindacato infermieristico Nursind. "Il primo notevole risultato – afferma il Segretario Nazionale Nursind dott. Andrea Bottega – consiste **nell'aver contribuito alla fondazione della Confederazione Generale Unitaria CGU-CISAL** che è risultata essere, dalla media dei voti RSU e del numero degli iscritti, **la quarta Confederazione dopo CGIL, CISL e UIL**, con la rappresentatività in ben 6 comparti tra cui quello della sanità dove è presente, appunto, il Nursind."

Dunque una nuova Confederazione che nasce dalla sinergia della CISAL e della CGU, confederazione quest'ultima a cui Nursind aveva già aderito nel 2007 per ripercorrere la strada del sindacalismo autonomo di categoria già intrapresa precedentemente dall'area della docenza nel comparto scuola.

Il Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, che rappresenta la categoria infermieristica nel mondo della sanità **è**, infatti, **composto e guidato da soli infermieri** che, nel comparto pubblico della sanità, costituiscono circa la metà della platea dei potenziali aderenti alle organizzazioni sindacali.

"Per questo motivo – continua il segretario nazionale – l'impresa di portare un sindacato di soli infermieri al tavolo della contrattazione nazionale è storica. Per la prima volta nella storia dell'infermieristica italiana, inoltre, un sindacato composto da soli infermieri è stato dichiarato rappresentativo secondo le regole generali stabilite dal Dlgs 165/2001."

Pur nel manifestare estrema soddisfazione per il risultato raggiunto, il Nursind è ben consapevole che **questo non può che essere un punto di partenza per portare la voce e il contributo degli infermieri italiani nei tavoli istituzionali**.

"Nell'interesse di erogare un'assistenza di qualità e sicura per il cittadino e per il professionista che ne è responsabile – afferma una nota della Direzione Nazionale – **vogliamo poter intervenire negli aspetti contrattuali, organizzativi ed economici del lavoro con l'intento di valorizzare la professionalità e le competenze acquisite e garantire la soddisfazione dei bisogni di salute dei nostri assistiti con adeguate condizioni lavorative e dotazioni di personale**."

La raggiunta rappresentatività Nazionale del Nursind è pertanto **il concreto segnale di una categoria che rivendica un ruolo da protagonista nel sistema** dell'erogazione dei servizi sanitari del nostro Paese e premia l'azione sindacale fin qui svolta dalla nostra organizzazione.

Il nuovo Direttivo Nazionale

Andrea Bottega, riconfermato Segretario Nazionale, carica che riveste dal 19 aprile 2008. Un sindacalista diplomato Infermiere Professionale, laureato in Filosofia a Padova nel 2002 e che ha frequentato un Master di I livello in Gestione e innovazione nelle Amministrazioni Pubbliche nel 2005 presso l'Università degli Studi di Verona. Dal 1991 al 1996 ha lavorato nell'Unità Operativa di Chirurgia Generale I; dal 1996 ad oggi nell'Unità Operativa di Chirurgia Plastica. Dal 2001 fa parte della segreteria provinciale Nursind di Vicenza e dal 2005 membro del Direttivo nazionale.

Donato Carrara, diplomato al Liceo Artistico di BG nel '74. Assunto come ausiliario ai Riuniti di BG dal '76 ed in seguito al diploma, infermiere turnista dal 1980, in Nch fino al '90 e poi in Oculistica/Otorino. Attualmente lavoro in Neurochirurgia/Oculistica. Autodidatta ed appassionato informatico dai tempi del DOS. Dal 2001 fondatore di Nursind Bergamo. Entrato a far parte della Direzione Nazionale dal Congresso di Pisa del 2003, mi occupo degli aspetti organizzativi e della rivista nazionale "Infermieristicamente" di cui sono direttore responsabile, iscritto all'Albo speciale dell'Ordine dei giornalisti di Milano. Web master di www.nursind.it Sono stato segretario nazionale Nursind nel 2007-08 nella difficile fase di transizione. Delegato RSU del nuovo ospedale Papa Giovanni XXIII°.

Salvatore Vaccaro. Anni 39. Diplomato perito in informatica nel 1992 all'ITIS "S. Cannizzaro" di Catania, Infermiere dal 1995, da sempre lavoro in Area Critica e sui mezzi di soccorso avanzato del 118. Laurea in infermieristica nel 2006, master in formazione nelle professioni sanitarie nel 2009, nel 2012 master in Infermieristica Legale e forense. Da 12 anni faccio formazione in generale e specifica nel campo dell'emergenza sanitaria. Sono nel NurSind da quando l'ho conosciuto e cioè nel 2001 e segretario provinciale NurSind Catania dal 2009. Da allora ho dedicato parte della mia vita al sindacalismo di categoria e alla crescita sindacale della componente infermieristica della mia provincia. Sono sposato con Linda e ho due fidanzate, Antonella e Noemi (le mie splendide figlie) rispettivamente di 11 e 9 anni.

Tiziana Traini. Sono Infermiera dal 1991. Ho conseguito il Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive nel giugno 1994, la Laurea in Infermieristica presso l'Università "G. D'Annunzio" di Chieti, nell'anno accademico 2006/2007 ed il Master di I livello in Infermieristica Legale e Forense presso l'Università Telematica Pegaso nel novembre 2011.

Sono Istruttore BLSD IRC dal 1998. Ho lavorato presso l'U.O. 118 (Centrale Operativa e Potes) dell'ASUR Marche Zona Territoriale 13 di Ascoli Piceno dal settembre 1997 all'agosto 2011. Dal 1 settembre 2011 ho un incarico triennale di Tutor di Tirocinio a tempo pieno presso il Cdl di Infermieristica nel Polo Didattico di Ascoli Piceno dell'Università Politecnica delle Marche.

Sono Iscritta al NurSind dal settembre 2003. Nel Gennaio 2008 sono stata eletta Segretario NurSind delle province di Ascoli Piceno e Fermo. La carica mi è stata riconfermata in seguito alle elezioni del congresso provinciale nell'ottobre 2012. Sono stata rieletta nel marzo 2012, per il terzo mandato, quale membro RSU NurSind dell'ASUR Area Vasta 5

eletto a Salerno al V° Congresso

Salvo Lo Presti, 43 anni, infermiere dal 1993 (prima generico poi professionale e successivamente laureato).

Sposato con Fiorella con cui condivide oltre il lavoro la gestione dei molti impegni.

Nel NurSind dal 2002 ha dato origine alla segreteria di Alessandria di cui ricopre il ruolo di segretario provinciale e successivamente eletto nel congresso del 2008 ad Acireale nel direttivo nazionale.

Rieletto dai delegati al congresso di salerno 2012 , si occupa, principalmente della formazione universitaria gestendo la collaborazione con l'Università Telematica Pegaso.

Master in Management ed in Infermieristica Legale e Forense.

Stefano Giglio 43 anni, diplomato infermiere nel 1995, ho conseguito la laurea in infermieristica con riconversione nel 2005. Diploma di Maturità per Assistenti di Comunità Infantili nel 1999. Dal 1997 lavoro presso il Dipartimento di Emergenza ed Urgenza dell'Azienda .

Dal 2004 presso il servizio di Elisoccorso 118 F. V. G. Dal 2006 ho collaborato alla costituzione e ne sono attualmente componente del gruppo infermieristico di Coordinamento del Centro Regionale Trapianti di Organi e Tessuti dell'Azienda Osp.Univ. Santa Maria della Misericordia di Udine.

Sono componente RSU aziendale e dal 2003 sono Vice Segretario Provinciale della Segreteria Nursind Udine. Sposato con Annamaria, infermiera anche lei e ho due splendide cucciole Marta e Chiara di 9 e 8 anni. Fin da bambino adoro la bicicletta in ogni sua espressione e per molti anni l'ho utilizzata a livello agonistico. Mezzo di locomozione perfetto che se ben oliato e gestito, da enormi soddisfazioni...

Proprio come NurSind, il miglior sindacato di categoria.

Daniele Carbocci. Segretario Amministrativo. Nato a Piombino il 13 febbraio 1964, infermiere dal 1987 e Master in Management nel 2004, ho prestato servizio presso il Pronto Soccorso della mia città. Nel 1991 mi trasferisco a Pisa dove inauguro l'Emodinamica della Cardiologia Universitaria dove ancora oggi presto servizio come Coordinatore. A fine 2000 con l'aiuto di Fabio Belli e Andrea Scardino costituisco la Segreteria NurSind di Pisa. Fin dalle elezioni RSU del 2001 sono membro della RSU e della delegazione trattante nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

Sposato con Flavia nel 2002, nel 2005 nascono i miei due meravigliosi gemelli Lorenzo e Ferdinando.

Vitalia Secci. Diploma Liceo Socio Pisco Pedagogico; Infermiera dal 1991, e dallo stesso anno presto servizio nell'Istituto di Utic-Cardiologia e Laboratori dell'AOUCA.

Dal 1998 ho contribuito alla nascita del Progetto NurSind, con incarico di Responsabile Relazioni Esterne per divulgarlo su tutto il territorio Nazionale attraverso l'Aggiornamento.

Sempre nel 1998 ho partecipato alla 1° Commissione Elettorale RSU ASL N 8 CA. Nel 2001 eletta in RSU nella ASL N 8 CA. Dal 2003 Referente Regionale Aisace Sardegna. Dal 2008 Segretaria Amministrativa NurSind Cagliari. Nel 2010 ho conseguito Master in Infermieristica Legale e Forense. Nel 2012 eletta in RSU nella AOUCA, di cui sono anche RLS. 3 Novembre 2012 eletta nel Direttivo Nazionale NurSind.

Ho la passione per il campo olistico e nel 2009 ho conseguito Certificazione di Ipnotista c/o la Scuola Internazionale O.H.T.C. di Gerald Kein . Nel 2011 ho conseguito Certificazione di Operatore Reiki. Ho frequentato l'Istituto di Studi sull'Apprendimento e la Comunicazione. Frequento la Scuola Civica di Canto a Cagliari, passione che coltivo fin da bambina. Inoltre cerco ogni giorno di diventare una persona migliore, impegnandomi in ogni momento a creare, dando importanza alla vera essenza della persona e delle cose.

Per la Confederazione delle Associazioni regionali di Distretto:

«Introdurre l'infermiere prescrittore e investire sul distretto»

Per la Confederazione delle Associazioni regionali di Distretto, infatti, ci sono casi in cui l'infermiere deve rivolgersi al medico per prescrizioni "che rispondono per lo più a logiche burocratiche". Ma per rispondere al taglio dei posti letto bisogna anche "riorganizzare le guardie mediche".

"**Introdurre la figura dell'infermiere prescrittore per prestazioni in cui è professionalmente competente** (per esempio le vulnopatie) e ridurre le postazioni di guardia medica riutilizzando i medici in eccedenza nel ciclo diurno dell'assistenza domiciliare o nella collaborazione in strutture territoriali di assistenza". Questa la proposta lanciata da **Gilberto Gentili**, presidente della Confederazione delle Associazioni regionali di Distretto (Card) in apertura del convegno regionale dei Distretti delle Marche svoltosi a Civitanova Marche.

Una proposta che nasce alla luce della riduzione a 3,7 per mille abitanti i posti letto ospedalieri nel nostro Paese. "Riteniamo – ha affermato Gentili - di poter identificare nel Distretto quella che il decreto definisce come 'Centrale della continuità' a cui spetta il compito di garantire dimissioni protette e presa in carico post-ricovero, e rilanciamo con convinzione la necessità di interpretare il riordino dell'assistenza territoriale con un forte investimento nelle collaborazioni interprofessionali. Soprattutto nell'area della domiciliarità che riteniamo debba essere a preminente componente infermieristica".

In questa ottica, secondo il presidente della Card, si dovrebbe collocare l'ipotesi dell'introduzione dell'infermiere prescrittore "**che oggi deve rivolgersi al medico per prescrizioni che rispondono per lo più a logiche burocratiche**".

L'infermiere proscrittore, nell'ipotesi formulata da Gentili, "**potrebbe avere grandi autonomie nella gestione delle patologie croniche e delle conseguenti complicanze a livello domiciliare come, per esempio, le lesioni da pressione** (decubito), ipo e iperglicemie".

"Quando ai servizi di guardia medica fu affiancato il servizio di emergenza del 118 - ha quindi spiegato Gentili - in gran parte del Paese furono sostanzialmente raddoppiate le figure preposte a rispondere, in orario notturno, alla domanda dei cittadini. Crediamo sia possibile, questa la nostra proposta, 'dirottare' una quota di professionisti dalle guardie mediche notturne al ciclo diurno di assistenza sul territorio (Ospedali di comunità, Rsa, Assistenza domiciliare, …) con particolare riferimento alla gestione e assistenza territoriale delle cronicità, supportando aspetti professionali non eseguiti oggi da buona parte dei medici di famiglia (gestione cateteri, cicli di flebo con farmaci, terapia del dolore, trasfusioni, emo-gasanalisi, nutrizione artificiale…)".

Gilberto Gentili

Prot. SN-168 del 19/11/2012

Alla Cortese attenzione
Presidente Consiglio dei Ministri
Ministro Affari europei
Ministro per i rapporti con il Parlamento
Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali
Ministro della Salute
Presidente del Senato
Presidente della Camera dei Deputati

Oggetto: recepimento Direttiva Europea 2010/32/UE del 10 maggio 2010 che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESP, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario.

Stimato Presidente, Onorevole Ministro,

la presente per chiedere lo stato della calendarizzazione per il recepimento della Direttiva in oggetto considerato la necessità di conformare le disposizioni legislative nazionali entro il termine dell'11 maggio 2013 come previsto dall'art. 3 della stessa Direttiva.

La norma rappresenta un importante passo a favore della sicurezza e la salute dei lavoratori del settore sanitario e la scrivente O.S., anche a seguito delle indicazioni della CESI (Confederazione Europea dei Sindacati Autonomi), ne sollecita il recepimento.

In attesa di cortese risposta, porgo distinti saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

La Germania recluta infermieri italiani

Non trovano lavoro in Italia ed ecco che dalla Germania arriva la chiamata per fare l'infermiere al di là delle Alpi. Per la prima volta, anche in Veneto, è sceso in campo l'Eures, l'organismo dell'Unione Europea che cura il collocamento nel mondo del lavoro nel vecchio continente. A richiedere infermieri in territorio tedesco è lo Zav di Bonn, l'ente che segue il servizio domanda/offerta per conto del locale ministero del Lavoro. Un'occasione unica per coloro che, in maggioranza neolaureati o diplomati, in Veneto e in Italia non trovano collocazione nel mondo del lavoro.

Trenta le posizioni scoperte per tre strutture tedesche che operano nell'assistenza agli anziani o dei malati intellettivi. **In palio, un contratto a tempo indeterminato e circa duemila euro lordi di stipendio. Con la differenza che, in Germania, il regime fiscale è meno della metà di quello italiano e, a parità di stipendio di ingresso, ci si possono mettere in tasca 3-400 euro in più al mese**. «*Il tutto dopo essere stati integrati non solo sul posto di lavoro, ma anche nella società tedesca, grazie anche a un corso semestrale di lingua e agli aiuti che lo Stato tedesco può dare a chi arriva nel Paese*», sottolinea Daniel Sho Chin, rappresentante dello Zav. «*L'importante è che all'inizio gli infermieri scelti sappiano almeno parlare un po' di inglese, il resto verrà di conseguenza in breve tempo. Noi, però, non veniamo qui a sottrarre persone che hanno già un posto di lavoro, ma a offrire un lavoro a chi è disoccupato. E in totale trasparenza spieghiamo ciò che può attendere la persona in Germania*».

In Italia, nello specifico a Mestre e in collaborazione con il collegio infermieri Ipasvi, sono state già due le giornate di reclutamento: 310 gli infermieri che si sono fatti avanti da tutta Italia. Sono stati 86 i sele-zionati, di cui 34 convocati nuovamente per l'ultimo passaggio formale. Gente arrivata a Mestre da tutto lo stivale.

Studenti di infermieristica tedeschi

«*Non siamo contrari a quanto sta accadendo*», precisa Luigino Schiavon, presidente del Collegio Ipasvi, «*ma vogliamo fare notare alcuni aspetti: senza assunzioni da noi, con i pensionamenti in atto, e per la prima volta con neoinfermieri che vengono presi all'estero, il sistema Veneto e nazionale rischia grosso, perché chi resta viene spremuto. I dati Ocse 2012 sono chiari: l'Italia è al 22° posto per numero di infermieri ogni mille abitanti: solo 6,3 contro una media Ocse di 8,7. Significa che mancano solo in Veneto 12mila infermieri (144mila in Italia) e in Regione qualcuno dovrà porsi delle domande. Poi servirebbero ai neodiplomati dei corsi di lingua, non solo d'inglese, proprio per sfruttare meglio queste occasioni, e anche più chiarezza su un altro fronte: in Germania vengono fatti corsi semestrali di lingua e ci impiegano un anno a inserire gli infermieri stranieri. Da noi, chi arrivava dalla Romania dopo tre ore e con solo qualche parola di italiano parlata, si era già operativi*».

In libreria

Le competenze infermieristiche e ostetriche

Metodi e strumenti per costruirle e comunicarle

Maria Camera
Maria Rosaria Mascolo

Libreriauniversitaria edizioni, pagg. 208, f.to brossura
ISBN 978-88-6292-333-0
euro 14,50

L' evoluzione scientifica e tecnologica che ha sostenuto la ridefinizione di strutture e di percorsi formativi e professionali, impone a tutti i professionisti sanitari di impegnarsi per tendere verso una nuova frontiera: quella delle competenze professionali che, in forma dinamica, si definiscono e si implementano per dare una risposta efficace e innovativa ai bisogni dei singoli cittadini e dell' intera collettività.

Le sfide attuali muovono, fra l'altro, dalla capacità di individuare e prevedere, non solo epidemiologicamente, la domanda di salute ridelineando strategie, modelli e strumenti che sostengano capacità, azioni e quindi competenze in logica integrata e multi professionale

Gli argomenti affrontati in questo testo hanno un comun denominatore: lo sviluppo di strumenti volti a dare visibilità alle competenze agite dai professionisti sanitari infermieri e ostetriche e, il riconoscimento delle competenze specialistiche acquisite con la formazione avanzata, partendo da una rilettura dei Profili professionali. Ed è proprio in questi documenti normativi, sottovalutati e, ancora poco conosciuti, che risiede la chiave di volta che consente di traghettare un vero cambiamento all'interno delle professioni sanitarie non mediche composte da professionisti con un proprio specifico e, autonomo campo di intervento.

Il testo, dai contenuti innovativi e, di grande interesse, è rivolto non solo ai professionisti sanitari infermieri e ostetriche/i ma anche a coloro che si stanno preparando ad entrarvi (studenti dei diversi livelli formativi di base e post-base), sia a tutti i soggetti interessati a conoscere lo stato dell'arte per quanto riguarda il recente dibattito sull'evoluzione delle competenze e sugli sviluppi della professione infermieristica e ostetrica.

Accertamento della rappresentatività sindacale nel pubblico impiego: nasce la CGU CISAL confederazione sindacale autonoma rappresentativa in 6 comparti e 1 area dirigenziale.

CGU – CISAL la vera novità del sindacalismo autonomo nel pubblico impiego

A novembre 2012 l'ARAN ha completato le procedure per l'accertamento della rappresentatività sindacale nei Comparti e nelle Aree del pubblico impiego relativamente al triennio 2013-15.

A seguito di tale accertamento è stata finalmente sancita **la nascita della CGU CISAL**, la nuova confederazione **di cui Nursind è sindacato costituente e aderente**.

Per meglio comprendere l'importanza politica e sindacale di questa nuova formazione confederale, occorre fare un passo indietro e tornare al 2001, quando la CISAL e la CGU decisero di avviare un inedito esperimento di aggregazione, mai tentato prima nell'ambito del sindacalismo autonomo.

Nella consapevolezza delle sinergie che potevano essere avviate dalla collaborazione tra le due confederazioni, si diede vita alla CGU CISAL, un vera e propria nuova Confederazione, il cui ambito di intervento veniva circoscritto in modo specifico al solo settore contrattuale di competenza dell'ARaN.

In un'ottica di "specialità funzionale", dunque, la nuova confederazione è stata statutariamente concepita per l'ambito del pubblico impiego contrattualizzato (contratti ARaN), caratterizzato da proprie e specifiche regole sulla rappresentatività sindacale; chiarito questo, la CGU CISAL deve essere comunque vista come un soggetto che mantiene un chiaro e forte rapporto di collegamento con la CISAL e con l'esperienza della CGU.

Per quanto concerne la CISAL, va evidenziato che essa è la quarta Confederazione sindacale italiana, l'unica tra le confederazioni di sindacati autonomi che può vantare una diffusa presenza nel mondo del lavoro privato; ovviamente la CISAL, anche a seguito dell'accordo con la CGU, ha mantenuto inalterata tutta la propria struttura statutaria e organizzativa.

Francesco Cavallaro (CISAL)

Il quadro complessivo dell'accordo prevede la titolarità della CGU CISAL ad operare, in piena autonomia, nei comparti ARaN e il mantenimento della titolarità confederale della CISAL nei restanti settori del lavoro pubblico (es. Forze di Polizia, Banca d'Italia e Organi di Controllo Economico-finanziario, Carriere speciali) e in tutto il macro settore del lavoro privato (chimico, tessile, terziario, energia ecc. ecc.) compresi i servizi pubblici privatizzati, (Poste, Municipalizzate, Trasporti ecc. ecc.).

E' chiaro, tuttavia, che sarà interesse comune, in futuro, favorire la massima integrazione tra le federazioni della CGU CISAL e quella della CISAL, e consolidare la già forte di vicinanza sui principali temi di politica sindacale.

CONFEDERAZIONE	COMPARTI
CISL	10
CGIL	10
UIL	9
CGU CISAL	**6**
CONFSAL	5
USB	5
CSE	3
USAE	2
UGL	2

Sempre nel binario degli accordi, inoltre, sarà la CISAL a rappresentare le eventuali istanze rivendicative della CGU CISAL in tutte quelle sedi istituzionali in cui hanno rilevanza gli interessi sindacali di carattere generale, quali ad esempio i tavoli di concertazione con il Governo o a quelli con le Regioni, o Organi sociali come il CNEL.

Questo, del resto, è lo spirito dell'accordo che ha portato alla nascita della CGU CISAL, fortemente voluto da **Francesco Cavallaro** – Segretario Generale della CISAL e da **Rino Di Meglio** – Segretario Generale della CGU e della Gilda Unams.

Tornando al pubblico impiego, occorre soffermarsi sullo straordinario risultato ottenuto, in termini di rappresentatività sindacale, dalla CGU CISAL, che è risultata rappresentativa in 6 comparti e in un'Area della Dirigenza.

In particolare hanno confermato la maggiore rappresentatività la FGU - Federazione GILDA Unams nel comparto Scuola, la ex FIALP-CISAL nella nuova denominazione FILP – EPnE nel comparto degli Enti pubblici non economici (e relativa area dirigenziale – Area VI/EPnE), il CSA Regioni Autonomie Locali nel comparto Regioni e Autonomie Locali, la Unione Artisti UNAMS nel comparto AFAM, il CSA della Cisal Università nel comparto Università **e il NURSIND nel comparto della Sanità**.

Ad oggi, pertanto, la CGU CISAL risulta essere la Confederazione autonoma con la presenza nel maggior numero dei comparti (6), seconda solo rispetto a CISL, CGIL e UIL. La tabella indica il numero dei comparti in cui le varie confederazioni hanno ottenuto, tramite le federazioni aderenti, la maggiore rappresentatività ed avranno, pertanto, la possibilità di stipulare i relativi contratti collettivi di lavoro.

Si tratta di un risultato notevole, soprattutto se si tiene conto, come ha già evidenziato Rino di Di Meglio, che le federazioni della CGU CISAL lo hanno ottenuto con riferimento ai grandi comparti del pubblico impiego (Scuola, Sanità e Regioni Autonomie Locali - infatti – accorpano almeno l'85% del personale del pubblico impiego contrattualizzato).

Il nuovo soggetto, tra l'altro, guarda lontano: l'attuale formulazione del d. lgs. 165/01 (il "testo unico" del pubblico impiego) prevede che i comparti debbano essere ridotti a 4: la norma giace inattuata e non è ancora dato comprendere se tale rimarrà; tuttavia anche nel caso in cui la riduzione dei comparti dovesse avvenire la CGU CISAL manterrà inalterata la propria maggiore rappresentatività.

Particolarmente significativi, in particolare, devono essere considerati **i dati fatti registrare dal NURSIND**, sindacato delle professionalità infermieristiche, che ha superato la soglia di rappresentatività nel comparto Sanità, sbaragliando la concorrenza di altre sigle che si rivolgono alle stesse categorie professionali.

La CGU CISAL, sulla scorta di questi risultati, nel solco della tendenza e più volte ribadita dal Segretario Generale della CISAL, Francesco Cavallaro, porterà avanti nelle sedi istituzionali e contrattuali le

Rino Di Meglio (CGU)

istanze delle categorie rappresentate, fondate sulla necessità di rinnovare profondamente la nostra Pubblica Amministrazione, **privilegiando l'aspetto connesso alla qualità dei servizi resi e diminuendo il peso dell'invadenza della politica e della eccessiva burocratizzazione delle strutture pubbliche.**

In particolare, secondo Cavallaro, si deve rivalutare l'autonomia della Pubblica Amministrazione e utilizzare lo strumento della spending review per compiere operazioni di autentico risanamento: **devono essere rivisti i costi derivanti da un eccesso di posizioni dell'alta dirigenza**, dai consigli di amministrazione degli Enti, **da consulenze e incarichi spesso non necessari.** La razionalizzazione deve colpire, inoltre, i costi strumentali inopportuni: segreterie politiche, auto e alloggi di servizio, benefits vari.

Anche riguardo alle politiche contrattuali la CGU CISAL si fa portatrice di una linea politica originale e innovatrice: secondo Rino di Meglio, che assomma l'incarico di Segretario Generale della CGU CISAL a quello di Segretario Generale della Federazione Gilda Unams, la logica dei comparti e dei contratti dovrebbe essere completamente ripensata, **prevedendo un contratto separato per i docenti della Scuola e per il personale infermieristico della Sanità.**

Su questa lunghezza d'onda si muove ovviamente anche il Nursind, il cui Segretario Generale, **Andrea Bottega** sottolinea l'impresa di **aver portato un sindacato di soli infermieri a superare senza l'aiuto di accordi o patti federativi la soglia del 5%**. E' la prima volta che questo avviene sulla scorta di un progetto solido, fortemente partecipato dalla base associativa del sindacato e condiviso dall'intera struttura confederale.

Il Nursind è un sindacato di infermieri per gli infermieri, che ha ottenuto, nell'ambito della CGU CISAL, una posizione preminente nella conduzione delle politiche relative al comparto Sanità; questo significa che il Nursind, nello svolgere il proprio mandato, non sarà sottoposto a logiche più generali che potranno condizionarne o snaturarne l'operato, ma **sarà esso stesso dominus dell'azione dell'intera confederazione nell'ambito del comparto Sanità.**

Per Andrea Bottega, cioè, il risultato è stato pieno: contemporaneo conseguimento della Rappresentatività e della delega confederale a rappresentare CGU CISAL nel comparto!

Nel solco di questa esperienza è già stato avviato un approfondito confronto con la CISAL, **per estendere la formula anche al settore della Sanità privata**, senza dimenticare mai il debito di riconoscenza che il Nursind deve a Rino di Meglio e alla CGU, che hanno avuto il merito storico di aver investito già da qualche anno nel Nursind, supportandone l'attività a vari livelli.

Occorre ricordare, infine, che il cammino del Nursind verso la concreta conquista della "maggiore rappresentatività" non si è ancora completato: come ricorda Massimo Blasi, segretario nazionale della CGU CISAL e segretario confederale CISAL, esso prevede ancora una serie di passaggi tecnici.

Il primo è la stipula del CCNQ su distacchi e permessi sindacali, che dovrà avvenire quanto prima, e che rappresenta lo strumento con cui materialmente saranno accordati al Nursind i distacchi sindacali retribuiti e i permessi sindacali di quota compartimentale.

Il secondo è l'acquisizione della titolarità ai tavoli negoziali di secondo livello, diritto che normalmente segue alla firma del Contratto Nazionale di categoria: come è noto i contratti sono attualmente bloccati, ma non per questo, secondo Blasi, il Nursind deve rassegnarsi ad aspettare la riapertura della stagione contrattuale nel pubblico impiego per veder riconosciuto un diritto che consegue direttamente dalla rappresentatività che i lavoratori, con le loro adesioni e i loro voti, hanno voluto accordargli; certo il percorso non sarà facile, ma il Nursind e la CGU CISAL intendono affrontarlo con la massima determinazione.

La presenza della Confederazione CGU - CISAL nei Comparti

SIGLA	COMPARTO	DELEGHE	VOTI	MEDIA	CONF.
FED. GILDA UNAMS	Scuola	49.969	49.284	7,74%	CGU-CISAL
NURSIND	Sanità	14.809	17.696	5,04%	CGU-CISAL
CSA	Regioni e Autonomie locali	12.367	20.946	5,70%	CGU-CISAL
FILP	Epne	3.616	4.604	11,95%	CGU-CISAL
CSA	Università	1.511	2.273	6,23%	CGU-CISAL
UNAMS	Afam	794	1.614	23,76%	CGU-CISAL
FILP	Area VI - EPNE E Agenzie Fiscali	294		8,86%	CGU-CISAL

118 Sicilia:

l'apologia della follia

Era maggio del 2011 quando in Sicilia partiva lo scellerato piano di rimodulazione del personale in ambulanza che, secondo le geniali quanto intellegibili menti che lo partorivano, doveva snellire da un lato ed agevolare dall'altro l'utilizzo del personale soccorritore. Così il personale, nelle ambulanze medicalizzate, passavano da quattro a tre generando un tale caos che, al confronto, il Big Ben sembrò l'ora del thè.

Questo accadeva in "Sicilia" poiché a Caltanissetta, allo stesso modo del Vaticano, la stessa legge non entrò in vigore poiché considerata forse, "stato" nello Stato. E venne dicembre 2012 ed anche l'"isola" Cayman della Trinacria venne toccata dal famigerato piano di rimodulazione. Ed avvenne che negli interventi in codice giallo o rosso, assistendo pazienti di una certa stazza, scendere giù per le scale, intubare, ventilare artificialmente, immobilizzare su spinale, trasportare monitor defibrillatore multiparametrico, zaino farmaci, e bombola dell'ossigeno, con sole tre unità divenne praticamente l'esegesi più di una follia assessoriale che di una vera e propria rivoluzione epocale.

E dire che la S.E.U.S. (Sicilia.Emergenza.Urgenza.Sanitaria), la società che si occupa del coordinamento di tutte le attività di soccorso pubblico ha tra le sue prerogative: "*...che per statuto l'attività della SEUS può essere rivolta solo ed esclusivamente in favore della Regione Siciliana e delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale socie, l'esternalizzazione del servizio pubblico rientra in una precisa strategia di policy-maker finalizzata ad aumentare lo standard qualitativo dei servizi erogati in condizioni di economicità, efficacia ed efficienza, consentendo inoltre alle amministrazioni di superare una forma di autoreferenzialità intrinseca al sistema.*"

In virtù di quanto sopra la S.E.U.S , al fine di svolgere le proprie attività di trasporto esterno ed interno per le strutture delle aziende del Sistema Sanitario Regionale, ha sottoscritto convenzioni ad hoc con alcune delle aziende socie. L'attività di trasporto interno riguarda in primis:

- l'accompagnamento e lo spostamento di persone degenti nella struttura, barellate e non;
- la raccolta e l'eliminazione di materiale sporco nonché la dismissione di rifiuti solidi e liquidi, speciali compresi;
- il trasporto di farmaci, prelievi emato-chimici, materiale diagnostico e non, referti, cartelle cliniche, attrezzature, vestiario e biancheria.

Lo stand Nursind al Congresso ANIARTI 2012

Ed ecco che, la genialità della "genialata" del piano di rimodulazione, non prevede alcuna convenzione tra A.S.P. Caltanissetta e SEUS e il soccorritore "soppresso" dal suo incarico di quarta unità in ambulanza, al posto di essere impiegato nelle attività secondarie previste dallo statuto, diventa unità in esubero in altre postazioni. Milena, San Cataldo, Sommatino, sono state private, come da decreto, del secondo soccorritore che, bada ben, non è stato impiegato per attività di supporto ma solo "accantonato" in postazione quali la Charlie 1 e la Chiarlie 3.

Ed ecco il paradosso tutto italiano, anzi siciliano: nelle sopracitate postazioni già da tempo con personale soccorritore già al completo, si verifica un tale esubero che, i nuovi arrivati, spesso non possono completare il loro monte ore mensili pur essendo retribuiti come se lo facessero. Intanto, sono aumentati esponenzialmente i casi in cui la Centrale Operativa nissena deve inviare una seconda ambulanza a sostegno di una medicalizzata con problemi oramai quotidiani quali soccorsi in abitazioni in palazzi senza ascensore, sovrappeso dell'utente, difficoltà logistiche ecc. ecc.

Non solo: ma nei casi più disparati, cioè quando tutte le ambulanze sono impegnate in attività di soccorso, nei casi sopracitati non rimane altro che ricorrere all'aiuto dei vigili del fuoco e/o delle forze dell'ordine. La speranza è che il nuovo anno, e soprattutto il nuovo Assessore Regionale alla Salute, trovi il modo come rivedere questa situazione e cercare di dare dignità ad un servizio che, più che utile diventa indispensabile. Perché dall'utilità all'indispensabilità il basso è breve è si chiama…irrimediabilità.

Osvaldo Barba
Segretario Provinciale Nursind Caltanissetta

L'assemblea degli infermieri contro i nuovi turni

Firenze - Rivoluzione epocale al P.S. del "CAREGGI":

infermieri Robocop "brillano" di luce…altrui!

Il Nursind fiorentino minaccia imponenti forme di protesta di fronte alla vergognosa condotta del management aziendale della rinomata struttura ortopedica.

Che un ospedale in genere, possa essere sul punto di vacillare probabilmente può ancora ritenersi ammissibile. Ma che una struttura ortopedica "claudichi" non può essere tollerabile in alcun modo.

Il pronto soccorso di Careggi torna agli onori della cronaca. Una anno fa, gli operatori in servizio presso il pronto soccorso, denunciarono la gravissima difficoltà lavorativa per inenarrabili carenze strutturali e logistiche. Dalla carenza cronica di personale all'utilizzo di apparecchiature di radiodiagnostica obsolete e pericolose per la salute degli operatori. La risposta della direzione strategica del Careggi, anche se tardiva, finalmente è arrivata.

Certamente la stessa non poteva che essere all'insegna del pragmatismo e della spending review. Infatti la carenza di personale sarà "arginata" riducendo probabilmente il personale infermieristico in servizio da cinque a quattro unità, mentre per i rischi da esposizione alle radiazioni il management aziendale ha pensato di togliere l'indennità di rischio radiologico. Come dire: "tolto il dente, via il dolore". Il problema però è che la parte del dentista spetta sempre e soltanto ai vertici delle aziende ospedaliere mentre quella dell'utente dolorante, per esclusione, spetta agli infermieri.

Ma il Nursind fiorentino non sta a guardare e contrattacca. Il segretario provinciale Giannoni a tal proposito dichiara: ” *E' a dir poco preoccupante la condizione in cui sono costretti ad operare gli infermieri del pronto soccorso del CTO di Careggi. Da quasi un anno, dagli stessi operatori, partì la denuncia su carenze organizzative e di sicurezza della struttura; carenze perlopiù legate al carico di lavoro che i cinque infermieri in servizio devono sopportare. Gli operatori del pronto soccorso infatti, non solo devono far fronte ai quasi 200 accessi al giorno, ma come se non bastasse devono “esaudire” le richieste di consulenze ortopediche provenienti sia dai reparti del CTO che da tutta Careggi, utilizzando la vettura aziendale, anche in orario notturno e con tempi di intervento anche di due ore. Tempo in cui all'interno del pronto soccorso restano anche solo tre infermieri.*

In queste condizioni certo non è possibile garantire la necessaria assistenza e sicurezza degli utenti. Il carico di lavoro e la mancanza di personale è inoltre dimostrata dai numeri: la quasi totalità del personale infermieristico ha una media di 40/50 ore di straordinario accumulato con casi di oltre 200 ore; giornate di ferie dell'anno 2012 non usufruite e difficilmente usufruibili, anche di 10/20 giorni! Condizioni queste che ricadranno sui bilanci aziendali del prossimo anno.

Noncurante di tutto questo, l'azienda intende addirittura diminuire il personale infermieristico notturno passando da cinque a quattro operatori. Non ultimo la sicurezza: abbiamo evidenziato come, all'interno del pronto soccorso, siano utilizzati apparecchi radiologici obsoleti e vecchissimi, contrariamente a quanto riportato e dichiarato sui protocolli aziendali. I sistemi di radioprotezione sono perlopiù inadeguati o assenti. La risposta aziendale è arrivata immediatamente con la sospensione dell'indennità di rischio radiologico! Rinnoviamo all'assessore richiesta di incontro, più volte sollecitato e mai avvenuto, per discutere di questi temi con la nostra Organizzazione Sindacale. Auspichiamo vivamente che nei prossimi incontri si giunga ad un accordo condiviso e che tenga conto delle criticità rappresentate, altrimenti saremo costretti a mettere in atto forme di protesta importanti.”. Della serie: “chi vivrà, vedrà”.

ECM Brescia:

“percorrere senza correre”

Una riflessione sulle parole dell'assistenza.

Partorire, mai verbo fu più adeguato, un evento formativo accreditato avente come anima “la comunicazione diseguale” è stato per tutti noi (infermieri, insegnanti, attori, pittori, scrittori, professori, coordinatori e dirigenti infermieristici) motivo di preziosa introspezione, crescita, grande emozione e impegno. Sono stati proprio i nove mesi di preparativi ed attesa (fatti di riunioni, telefonate, fiumi di email, attività logistiche, atti burocratici e sopralluoghi) a convincerci che si è trattato di gestazione di un'idea (nata da una conversazione al bar prima ed una telefonata poi) e nascita di una proposta alternativa di cura.

Nel corso del Convegno: “La comunicazione diseguale, un percorso nelle parole dell'assistenza infermieristica”, promosso dal Nursind e svoltosi a Brescia il 17 novembre 2012, si è tentato di analizzare alcuni frangenti tipici del quotidiano infermieristico connessi alla cosiddetta pratica clinica, riflettendo su alcune parole con le quali noi infermieri siamo soliti definire gli eventi, definirci e lasciarci definire.

Oltre agli artisti Sara Stradi e Livia Castellini, sono intervenuti i seguenti relatori: Inf. De Mattia Mariano, Coordinatrice Inf. Sara Visani, Prof. Paolo Motta, Inf. Milena Guarinoni e Inf. Antonella Cristiano. Protagonista del corso è stata Lucetta Fontanella che ha insegnato Didattica dell'Italiano presso il Dipartimento di Scienze del Linguaggio e Letterature moderne e comparate della Facoltà di Lettere, Università di Torino.

Sopravvissuta ad una grave patologia, dalla sua dimissione

Un’immagine del corso/teatro ECM tenutosi a Brescia

porta avanti un progetto per aprire le porte delle Terapie Intensive ai parenti dei ricoverati. Oggi si definisce una “pensionata felice” perché ha molto tempo per occuparsi di ciò che le interessa. Oltre a fare la nonna, continua ad occuparsi di comunicazione, soprattutto in ambito sanitario. Alla domanda se esiste davvero la comunicazione diseguale la Fontanella ha risposto: «*non solo esiste, ma è diffusissima. Incredibilmente più diffusa di quella uguale. E sempre, quando la incontriamo, non ci piace. Ci sono però degli ambienti in cui non solo non ci piace, ma davvero ci disturba e compromette rapporti e situazioni. Sono ambienti molto delicati nella nostra società, e dunque nella nostra vita*».

L'incontro con i partecipanti si è rivelato colmo di emozioni. Tutti concordi e convinti di quanto sia importante la qualità del tempo da dedicare a chi si ha di fronte. E' stata data molta importanza alla comunicazione non verbale, al sorriso, alla carezza, all'educazione. Capire, soprattutto dinnanzi alla morte, quanto sia viva una persona, donarsi ed unirsi a lei veramente. Sono questi gli slanci più coraggiosi, semplici, belli e pieni di umanità che un essere possa rivolgere, come intenti di cura, ad un suo simile. Messaggi per le dirigenze…

A questo genere di riflessioni dovrebbero partecipare attivamente anche le dirigenze aziendali ed infermieristiche, dato il loro potere di condizionare le scelte politiche in ambito sanitario. L'auspicio è che i luoghi di cura possano evocare quelli della vita quotidiana. E' sempre meno accettabile che chi cura consideri secondario uno dei principali bisogni dei soggetti da curare; un ambiente familiare, sicuro ed accogliente. **Tutti gli infermieri dirigenti/insegnanti dovrebbero frequentare più spesso reparti ospedalieri e chi lavora in ospedale fare altrettanto con le aule universitarie e gli uffici infermieristici**.

S'immagina che l'attraversabilità degli spazi ridurrebbe certe distanze tra “pratica e teoria” e favorirebbe la comprensione delle ragioni di ciascuno dei due ambiti. Ci appare indispensabile la strutturazione, programmazione ed organizzazione d'autorevoli corsi sulla comunicazione (inclusa quella diseguale), da inserire nella formazione aziendale/universitaria, destinata a tutto il per-

Un’immagine del gruppo ARTE (ECM Brescia)

sonale sanitario in servizio ed in formazione.

Occorre ridurre/contenere la mole burocratica che scandisce ed appesantisce le giornate di lavoro del personale sanitario. La modulistica talvolta rende virtuale la qualità e lo spessore dell'assistenza riducendo, di fatto, la possibilità concreta di contatti umani e terapeutici.

Gli studenti presenti in sala hanno chiesto: la possibilità di continuare a formarsi anche durante l'orario di lavoro; l'aumento delle ore di tirocinio, anticipandone l'inizio nel corso del triennio; di essere educati alla collaborazione ed al lavoro d'equipe sin dalla formazione, favorendo gli incontri di riflessioni tra studenti, infermieri e medici.

Altrettanto rilevante l'umanizzazione della professione, soprattutto gli studenti chiedono che chi li segue sia pronto ad accogliere, ad apprendere, ad educare, ad accettare gli errori commessi. Da domani vorremmo…Avere più tempo per rispettare il tempo dei pazienti e sorridere di più. Utilizzare in maniera più congrua quel prezioso strumento di lavoro che è la riunione di reparto. Riconoscere e rispettare l'identità dei pazienti. Affiggere nelle camere di degenza il "patto infermiere cittadino". **Chiedere permesso e dire buongiorno ogni qualvolta si entra in una camera di degenza**. Migliorare il dialogo tra operatori sanitari e pazienti mediante l'interesse autentico per il paziente.

Umanizzare i processi di cura, riconoscendo al paziente il diritto alla storia personale. Non pronunciare, scrivere o leggere più ed in nessun luogo e circostanza termini come «ordine medico». Adeguare il linguaggio tenendo conto d'interlocutori e circostanze. Avere maggiore consapevolezza e rispetto del nostro valore personale e professionale.

Un grazie speciale va a Inf. Pompeo Cammarosano ed Inf. Alfonso Caruso (referenti Nursind di Brescia) per l'immensa disponibilità organizzativa ed al Dott. Beppe Ussoli (in arte Paisason), per la sua naturale capacità di seminare il sorriso, anche quando dolore e tristezza diventano una presenza ingombrante. Ci piace concludere queste considerazioni con un proverbio africano, nell'auspicio che esso rappresenti anche un ponte tra le singole volontà di miglioramento: "Le parole non hanno gambe e tuttavia camminano".

Inf. De Mattia Mariano
Unità Operativa di Oculistica
Spedali Civili di Brescia

Cagliari:

Nursind scuote l'indifferenza delle amministrazioni strategiche in sanità.

La sanità sarda "trema" nella sua fondamenta dopo l'esposto a tutte le Procure della Repubblica a firma Nursind

Se per la "sordità" congenita delle quasi totalità delle direzioni strategiche del panorama sanitario nazionale sembra non esistere cura, lo stesso non lo si può affermare per quella sarda. In barba all'"acusia" di cui sembra soffrire, la stessa ha comunque dovuto prendere atto che la vista c'è l'ha in buono stato e quindi, ha potuto leggere l'esposto a tutte le Procure della Repubblica inoltrato dal Nursind di Cagliari.

E non per cose di poco conto: grave carenza di personale infermieristico presso le Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere e Aziende Universitarie della Regione Autonoma della Sardegna, reiterata violazione della normativa sull'orario di lavoro e i tempi di riposo, per rischio per l'integrità psico – fisica degli operatori sanitari e per rischio di aumento eventi avversi, le cause contestate dall'agguerrita segreteria cagliaritana Nursind.

A tal proposito Fabrizio Anedda, segretario provinciale Nursind Cagliari scrive : "L'iniziativa si è resa necessaria in quanto tutte le segnalazioni/richieste finora inoltrate dal Nursind, tra l'indifferenza generale, non hanno sortito alcun effetto tangibile. Considerata la serietà da sempre perseguita dalla nostra O.S., vogliamo rimarcare un fatto inequivocabile: "nessuna questione, tematica o argomento per la quale vale la pena battersi da un punto di vista di tutela professionale e sindacale, sarà mai lasciata indietro da parte dello scrivente Direttivo Provinciale!"

AVV. MONICA COLLU
Via Cagliari n. 1 - Tel. e Fax 0782/602887 - cell. 3203003999
E - mail monica.collu.pec@libero.it
08048 Tortolì (OG)

Tortolì, lì 3 dicembre 2012

TRASMESSO A MEZZO PEC

Spett.le
PROCURA DELLA REPUBBLICA
PRESSO IL TRIBUNALE DI CAGLIARI
prot.procura.cagliari@giustiziacert.it

Spett.le
PROCURA DELLA REPUBBLICA
PRESSO IL TRIBUNALE DI NUORO
prot.procura.nuoro@giustiziacert.it

Spett.le
PROCURA DELLA REPUBBLICA
PRESSO IL TRIBUNALE DI ORISTANO
prot.procura.oristano@giustiziacert.it

Spett.le
PROCURA DELLA REPUBBLICA
PRESSO IL TRIBUNALE DI SASSARI
prot.procura.sassari@giustiziacert.it

Spett.le
PREFETTURA DI CAGLIARI
urp.prefca@pec.interno.it

Spett.le
PREFETTURA DI NUORO
prefnu@pec.interno.it

Spett.le
PREFETTURA DI ORISTANO
protocollo.prefor@pec.interno.it

Spett.le
PREFETTURA DI SASSARI
protocollo.prefss@pec.interno.it

OGGETTO: ESPOSTO – SEGNALAZIONE

- per grave carenza di personale infermieristico presso le Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere e Aziende Universitarie della Regione Autonoma della Sardegna.

L'esposto riportato in allegato ne costituisce la prova reale e chiara!.Il Nursind è ormai una realtà presente in ogni azienda pubblica e in altrettante aziende private, infatti, la rappresentatività raggiunta nel comparto sanità ci consente di agire autonomamente e liberamente, inoltre, grazie alla confederazione CGU CISAL della quale facciamo parte, ci è consentito tutelare adeguatamente i nostri colleghi in differenti altri comparti.

Per quanto sopra, invito tutti voi a prender atto della coraggiosa presa di posizione del Nursind, la quale, per quanto a noi noto, non trova analogie in altri sindacati.

Contestualmente , nello stimolare il prossimo continuo sostegno, auspichiamo un vostro interessamento teso a far conoscere l'affidabilità del sindacato onorevolmente rappresentato, nonché spingere per la sua ampia crescita. ".

Un dato è certo: difronte alla disabilità presunta "vantata" dalle direzioni strategiche della sanità della Sardegna oggi più che mai la stessa trova nel Nursind se non proprio di "conforto"

L'ospedale S. Vincenzo di Taormina

certamente di confronto. Oggi più che mai il Sindacato delle Professioni Infermieristiche è considerato come "cura" o come "veleno". Dipende dai casi!

Messina: importante traguardo Nursind

Al "S.Vincenzo" di Taormina sarà istituito un asilo nido

Prestigioso risultato raggiunto dalla segreteria aziendale Nursind del nosocomio taorminese.

Se è vero il detto che nelle botti piccole ci sta il vino buono è altrettanto autentico sostenere che, anche le segreterie con non troppi iscritti, svolgono egregiamente il loro dovere. E' il caso di Messina dove tante battaglie sono state condotte ed, a prescindere dal risultato ottenuto, si continua a lavorare nonostante le mille difficoltà.

E non può certamente passare inosservato il prestigioso obiettivo centrato dalla segreteria aziendale dell'ospedale "S.Vincenzo" di Taormina dove, dopo lotte e continui confronti con la direzione strategica, è stato approvato il progetto di creare un asilo nido all'interno del nosocomio. E non può che sprizzare gioia **Pippo Calà**, RSU e segretario d'azienda Nursind: "La creazione dell'asilo nido - Pippo Calà – si traduce in opportunità lavorativa per disoccupati o inoccupati che troverebbe un grande consenso specie in un momento di crisi economica. Soprattutto consentirebbe alle lavoratrici madri dipendenti di trovare soluzioni condivise per rendere il nostro presidio di eccellenza - conclude Calà – con lo sguardo rivolto verso chi questa eccellenza la crea giorno per giorno, con abnegazione e spirito di sacrificio".

Modena

L'infermiere e l'anziano: il linguaggio del cuore

A Vignola di Modena un esempio di infermiere comunicatore oltre che di professionista della salute

Recentemente, per effetto dell'accreditamento dei servizi socio sanitari presso la CRA Roncati del distretto di Vignola di Modena è subentrato il gestore della struttura che vede come capo fila la "Coop Domus Assistenza" che ha inserito il proprio personale infermieristico! Si tratta di infermieri laureati secondo l'attuale ordinamento didattico. Si tratta di un momento di riflessione sulla evoluzione del mercato del lavoro e del ruolo della professione infermieristica nelle case di residenza degli anziani !

I colleghi della Coop. Domus

Lo stand Nursind al congresso sull'ipotermia a Genova

È emersa, con attenzione da parte degli infermieri che hanno partecipato a questa fase dell'accreditamento e che lavorano nelle case residenza, la riflessione su come sviluppare il ruolo degli infermieri nella qualità delle cure erogate nel contesto della lungo assistenza ! In particolare è emerso che nelle CRA curare e assistere significa preoccuparsi della qualità della vita degli anziani che vi risiedono e delle loro famiglie, le quali spesso giungono con sofferenza a decidere di istituzionalizzare il loro congiunto, magari costrette dal peso di un' assistenza non più sostenibile o sufficiente a casa.

Gli anziani accolti nella CRA sono di solito affetti da malattie croniche più o meno invalidanti e i miglioramenti possono essere brevi e di poco peso al fine di un recupero di autonomia. Perciò la gratificazione nel nostro lavoro va trovata nel raggiungere piccoli obiettivi, ma di grande valore come far camminare, anche se con aiuto, un anziano che era immobilizzato, riuscire a fare in modo che, anche con lentezza, si alimenti da solo, far si che inizi di nuovo a parlare chi si era chiuso ostinatamente in sé stesso.

Si deve imparare a considerare utile il nostro lavoro anche se, per motivi diversi, tutti i nostri risultati "si perderanno".

Gli anziani hanno bisogno di infermieri che comunicano, e che danno conforto e poi che curano. Spesso gli infermieri curano prendendosi cura dell'accompagnamento al fine vita e qui si vede il valore di una professione che deve occuparsi delle persone e della loro dignità . Queste parole esprimono un particolare impegno della professione infermieristica nel ripensare la propria presenza all'interno delle case residenza anziani!

In queste strutture, infatti, ciò che fa la differenza non è solo la qualità tecnica della prestazione (fare un'ottima medicazione, intervenire correttamente in una situazione di emergenza), condizione che rimane necessaria e doverosa, ma è la relazione che si instaura, giorno dopo giorno, con ciascun anziano e in particolare con chi si "era chiuso ostinatamente in sé stesso".

L'equipe infermieristica formatasi alla CRA Roncati e' l'espressione del coraggio che questi infermieri hanno avuto nell'affrontare una sfida per il futuro "**Essere Infermiere in Cooperativa**" "**sul Territorio**" e "**collaborare con tutti i ruoli sociali**" per un obiettivo comune "**prendersi cura degli anziani**"! Ma la difficoltà degli infermieri ad esercitare in un contesto diverso dall'ospedale, e' solo un "luogo comune" perche' gli infermieri anche se faticano a trovare le soddisfazioni per sviluppare la professione tecnicamente hanno ben capito quanto sia importante la relazione d'aiuto che si mette in luce in una CRA e l'impegno diffuso, e spesso nascosto, dell'intera organizzazione messa in campo dal gestore e dagli infermieri, hanno reso possibile tradurre il lavoro dell'infermiere in una grande soddisfazione, e gli anziani ricevono buone cure e le famiglie sono accolte e sorrette.

Per cui un elogio alla **Coop Domus** e agli infermieri per aver dato la possibilità di affermare la professione e la crescita della stessa senza remore ma con coraggio e onestà intellettuale, perché grazie alla sinergia dei ruoli della Coop i colleghi che hanno

1998 - A Roma, sei sigle sindacali di categoria decidono di unirsi per creare un grande sindacato infermieristico: nasce NURSIND.

1999 - La legge 42 abolisce il mansionario e l'ausiliarietà delle professioni sanitarie. Il CCNL fa cessare i benefici dell'indennità infermieristica spalmandoli su tutto il comparto.

2000 - La legge 251 attribuisce piena autonomia alle professioni sanitarie ed istituisce la relativa funzione dirigenziale. A dicembre gli iscritti Nursind sono 576.

2001 - Il CCNL riconosce alle professioni sanitarie il passaggio alla categoria D. Alle elezioni RSU Nursind ottiene 4479 voti.

2002 - Prende il via la laurea triennale in infermieristica. A dicembre gli iscritti Nursind sono 3512. A Pisa si svolge il 2° Congresso Nazionale.

2003 - Prende il via la campagna nazionale per il riconoscimento di lavoro usurante per gli infermieri e per l'istituzione di un contratto nazionale infermieristico; raccolte in poco tempo 30.000 firme consegnate al Ministero della Salute, a quello della Funzione Pubblica ed all'ARAN.

2004 - 2000 infermieri del Nursind sfilano a Roma per chiedere che inizi una nuova era: l'autonomia professionale e sindacale infermieristica. Nursind organizza corsi ECM di qualità e a basso costo in tutta Italia. Alle elezioni RSU Nursind ottiene 10477 voti e a dicembre conta 7972 iscritti.

2005 - 3° Congresso Nazionale a Senigallia. Nursind ed altre 3 sigle minori firmano un patto paritetico di affiliazione al nursing up concedendogli la somma dei propri iscritti al fine di consentire agli infermieri di partecipare alla contrattazione nazionale e nella speranza di creare un unico sindacato infermieristico nazionale.

2006 - Nursind proclama il primo sciopero nazionale di categoria. A dicembre gli iscritti Nursind sono 8913.

1998 - 2012: un sog

NURS

il Sindacato In

è

RAPPRESI

Un t

Il perco

no diventa realtà!

SIND

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

nfermieristico
e
ENTATIVO

raguardo raggiunto...
rso continua con TE!

2007 - Grazie al patto con Nursind, Nursing Up diviene rappresentativo e gode delle prerogative senza voler continuare nel cammino di unione con nursind. Alle elezioni RSU Nursind si presenta da solo ed è ormai l'unico sindacato di soli infermieri a livello nazionale. Voti ottenuti 9992. Nursind organizza il primo presidio di protesta davanti a Montecitorio.

2008 - Firmato il contratto nazionale di lavoro; Nursing Up perde la rappresentatività. A marzo Nursind aderisce alla Confederazione CGU. IV° congresso nazionale a Catania. Ad ottobre il secondo presidio davanti a Montecitorio e la proclamazione del 2° sciopero nazionale di categoria. La questione infermieristica viene sinte tizzata nelle "10 note".

2009 - Nursind attraverso alcuni parlamentari avanza una proposta di legge per consentire anche agli infermieri di svolgere la libera profesisone. Viene rin novato il Contratto nazionale. Entra in vigore la Rif orma Brunetta.

2010 - Il Dl. 78 dimezza i finanziamenti per la formazione, allunga l'età pensionabile a 65 anni, il congelamento delle retribuzioni per 3 anni, il turn over solo per 1/5 dei cessati. Sono rinviate le elezioni RSU. La Regione Emilia Romagna e Toscana istituiscono il See & Treat: l'ordin e dei medici procede con un esposto in procura.

2011 - Grazie all'adesione alla CGU, Nursind partecipa per la prima volta alla trattativa per la stipula dell'accordo quadro nazionale. La Commissione d'inchiesta sui casi di malasanità conferma: meno infermieri = alto rischio per i pazienti. A dicembre gli iscritti Nur sind sono 14809. A dicembre Nursind, assieme ad altre 5 federazioni sindacali, costituisce la Confederazione Generale Unitaria CGU-CISAL e ne diviene unico rappresentante nel comparto sanità e relativa dirigenza.

2012 - Alle elezioni RSU Nursind avanza del 79% e ottiene 17696 voti. L'ARAN conferma il raggiungimento della rappresentatività: **Nursind è il primo ed unico sindacato infermieristico a raggiungere da solo il 5%!** Nursind partecipa in Lussemburgo alla Conferenza Europea delle Professioni Sanitarie della CESI.

2013 - 2014 - Nuovi orizzonti ed importanti conquiste si schiudono per gli infermieri italiani; **le scriveremo insieme grazie all'impegno e all'unità di tutta la categoria!**

accettato la nuova esperienza si è formata una squadra vincente.

Modena

Concorso fotografico su infermiere e terremoto

Carissimi colleghi, ringrazio tutti voi per aver partecipato al Concorso fotografico NurSind, spero che questa sia stata una gradita occasione per esprimere le vostre potenzialità fotografiche.

Il concorso è stato indetto in particolar modo per cercare di far comprendere come l'infermiere gioca un ruolo positivo nella sanità attuale e come può essere uno dei principali protagonisti della buona sanità del futuro. L'infermiere gioca nella sanità e nell'assistenza ai pazienti un ruolo da protagonista. La foto vincitrice è quella inviataci da un collega del pronto soccorso di Mirandola che rappresenta un infermiere davanti alle macerie del terremoto. A nostro giudizio è la migliore rappresentazione per descrivere il ruolo da protagonista che si ha nella società.

L'immagine premiata al Concorso

FVG

Nursind sul riassetto delle aziende del SSR

Legge Regionale N°216,146,180: "Riordino istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale". Il Nursind friulano si interroga, riflette e prospetta.

La legge regionale sul riordino del servizio sanitario regionale, allo studio del Consiglio Regionale friulano, al momento presenta molte zone d'ombra e pochissime di luce. Una spending review che si abbatte anche sul virtuoso Friuli che, pur avendo una spesa sanitaria al di sotto di quella nazionale viene penalizzato con un taglio di circa 700 posti letto.

Dopo la riunione regionale tenutasi lo scorso 10 ottobre, il coordinamento regionale Nursind friulano – nella persona di **Gianluca Altavilla** – che ha partecipato all'incontro così sintetizza le proprie conclusioni: «*È condivisibile l'intento generale di razionalizzazione e semplificazione delle strutture gestionali; le maggiori dimensioni delle sovra strutture organizzative, oltre a favorire prevedibili economie di scala, possono permettere una omogeneizzazione organizzativa, una migliore integrazione tra le varie strutture operative presenti nel territorio e, forse, un raccordo più facilitato con altre aziende sanitarie ed ospedaliere di rete.*

Manifestazione Nursind ad Ancona

Al fine di una diminuzione dei costi è altresì necessaria una riorganizzazione in termini di riduzione e razionalizzazione dei tanti snodi burocratico organizzativi, recuperando risorse utili ad una intensificazione delle attività sanitarie dirette all'utenza. Bisogna aver cura di non compromettere, tuttavia, l'impianto generale dell'assistenza diretta ai cittadini, non vengono condivise perciò le eventuali previsioni di riduzione delle articolazioni strutturali periferiche, che comporterebbero una riduzione della capillarità dei servizi sul territorio con sì, un eventuale recupero di personale, ma a scapito delle prestazioni erogate.

*NurSind propone un investimento sui presidi ospedalieri regionali con una concezione di "**hub and spoke**" dove in quest'ultimi gravitino anche le varie specialità dando in tal modo maggior offerta all'utenza e mantenendo così l'osmosi diretta con i servizi territoriali; creando percorsi condivisi con maggior attenzione alla continuità delle cure con la conseguente necessità di potenziamento dell'assistenza domiciliare.*

Attenzione particolare viene posta alla zona dell'Isontino, che risulta penalizzata dalla riforma. Tali scelte non possono essere demandate ai piani attuativi delle varie aziende, ma contenute in linee guida regionali. L'aumento del bacino di utenza di 100.000 abitanti a distretto è certamente condivisibile, se si intende definire la dimensione della pura struttura gestionale-amministrativa. In prospettiva di un ampliamento di dimensione ed importanza della "struttura Distretto", ci preme sottolineare che riteniamo fondamentale essa possa essere gestita da dirigenti infermieristici dotati di elevate competenze ed esperienze gestionali e manageriali, sia relative all'organizzazione dei servizi che di gestione del personale.

Consideriamo importante al fine del risparmio e del rispetto delle professionalità che il personale assegnato al Dipartimento/Distretto provinciale non possa essere messo in mobilità, evitando così costi elevatissimi quanto a rimborso chilometrico a carico dell'Azienda e quindi del cittadino.

In questo Disegno di Legge è assente un sistema di valutazione del processo, esso inoltre non contempla alcuna simulazione dell'impatto del nuovo assetto istituzionale e nessuna analisi comparativa, utili se non necessarie prima di intraprendere un percorso così complesso. Inoltre non viene introdotto un sistema di indicatori specifici, non si prevedono misure in linea con quanto sta accadendo a livello nazionale.

Non vediamo infine un grande coinvolgimento dei cittadini: ricordiamo che le recenti esperienze in termini di gestione dei conflitti (e quindi dei rimborsi e dei premi assicurativi) è stata ben risolta coinvolgendo e responsabilizzando le associazioni dei cittadini.

Concludendo riteniamo fondamentale una riforma concentrata non solo sul "taglio dei costi", ma una riforma che punti all'innovazione dell'organizzazione sanitaria regionale con conseguente miglioramento della qualità delle prestazioni erogate al

cittadino (siano esse sanitarie che logistiche) e della qualità di vita lavorativa per i professionisti sanitari.

Coordinamento Regionale NurSind F.V.G.

Salerno

Mobilità regionale negata ai dipendenti dell' A.O.U. RUGGI

"Un posto al……gabbio": il nuovo cine-panettone campano. Regione ed aziende sanitarie ed ospedaliere complici dell'ennesima truffa agli infermieri.

Se per malasanità si intende una carenza generica della prestazione dei servizi professionali rispetto alle loro capacità che causa un danno al soggetto beneficiario della prestazione, a Salerno tale termine assume connotazioni diverse rispetto alla sua etimologia. Già, in tempi di spending review dove si continua a parlare di tagli dei costi della sanità, a Salerno si consuma l'ultimo degli infiniti esempi di "vergogna all'italiana".

Neanche l'indimenticato Nanni Loy avrebbe saputo fare meglio della lobby Regione Campania - Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del salernitano. Un "Pacco, doppio pacco e contropaccotto" che continua ad avere successo nonostante siano trascorsi oltre vent'anni dall'uscita nelle sale cinematografiche.

La segreteria provinciale Nursind di Salerno non ci sta. *«Che bella ed allegra compagnia quella composta dai dirigenti della Regione Campania in connubio con i compari dirigenti di Enti, Istituti ed Organismi Istituzionali vari. Senza risparmiare le aziende sanitarie universitarie»*. Quella che vi raccontiamo è

L'Az. Osp. Univ. Ruggi di Salerno

"l'odissea" di un nutrito numero di infermieri e di altri operatori sanitari inconsapevoli protagonisti di un film con la regia di: Regione Campania – Asl Salerno e Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Di Dio e Ruggi D'Aragona.

Gli inconsapevoli attori del film di cui sopra, parteciparono ad un avviso di mobilità bandito dall'ASL Salerno il 16 settembre 2011, che prevedeva una mobilità regionale infermieristica e medica. I partecipanti al sopracitato avviso, mai avrebbero immaginato di recitare "a soggetto" in una fiction senza fine. Già perché, successivamente alla scadenza del bando, l'ASL Salerno rese esecutivo l'avviso (con delibera 1188 del 25/11/2011), e gli interessati perfezionarono gli atti amministrativi del caso richiesti. Ma l' A.O.U. del RUGGI, facendo pressione sulla Regione a mezzo della giusta leva politica, fece sospendere la mobilità. La stessa mobilità fu riattivata e sospesa di nuovo fino al 31/03/2012.

Mentre gli operatori medici ed infermieristici erano pronti a prendere servizio nelle nuove sedi, un nuovo intervento regionale

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**.

Il valore del Nursind: insieme siamo più forti!

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.

sospende ancora una seconda volta la mobilità per altri tre mesi e il tutto fu rimandato al 30 giugno 2012. E, come per le fiction senza fine, la mobilità è ancora una volta rimbalzata al 30 settembre 2012. Una cristallina testimonianza dell'incapacità di gestire se stessi e la cosa pubblica. Questi "signori" al momento dimostrano che l'altisonanza dei (sotto)titoli che adornano i loro nomi non si addice alla loro (presunta) coscienza. In teoria farebbero bene a dimettersi. Ma il grande Principe De Curtis ebbe a dire che "…signori si nasce" e loro, evidentemente, non lo nacquero. Una fiction senza fine in cui, non solo non si è ancora provveduto a sostituire gli operatori in mobilità, ma il personale non è ancora stato trasferito.

Nursind non ci sta e, ad alta voce, grida: "VERGOGNATEVI".

Gallarate

"Scacco all'infermiere"

Al "S.Antonio Abate" gli infermieri utilizzate come pedine di una scacchiera. Ripetute le denunce del Nursind alla mancanza di personale infermieristico nel nosocomio gallaratese dinnanzi al quasi "collasso" dell'assistenza in corsia.

A Gallarate, così come in gran parte degli ospedali italiani, la carenza di personale viene affrontata in modo perentorio e "costruttivo" dalle aziende ospedaliere, riducendo sempre più il personale infermieristico e spostandolo di reparto, con ordini di servizio, laddove "sciaguratamente" c'è ne sia più di uno in turno.

Al "S.Antonio Abate" di Gallarate il personale infermieristico è talmente ridotto al lumicino da far pensare che le probabilità di errore clinico siano aumentate esponenzialmente.

La denuncia arriva puntuale dal Nursind del nosocomio gallaratese. «*E' molto alto il rischio di pratiche mal effettuate. Gli infermieri in corsia sono pochi, troppo pochi*» rimarcano **Danilo Torre** e **Gennaro Giusi** rappresentanti aziendali. «*Ormai non più soltanto la notte, ma anche di giorno, succede di avere un solo infermiere per turno. Capita in Riabilitazione nel padiglione Trotti Maino, in Chirurgia, Cardiologia, Urologia*» - denunciano i sindacalisti Nursind.

«*Com'è possibile garantire un'assistenza adeguata? Il carico di lavoro aumenta e gli infermieri non ringiovaniscono con il passare degli anni. Senza considerare che è "proibito" ammalarsi. Sembra incredibile, eppure le uniche, poche assunzioni dell'azienda ospedaliera di Gallarate stanno avvenendo con contratti di soli quattro mesi. Attualmente in azienda ci sono circa 40 infermieri a tempo determinato con contratti che scadranno il prossimo febbraio che, molto probabilmente, non verranno rinnovati. E se avranno un rinnovo, non sarà per più di quattro mesi*».

Giusi e Torre gridano allo scandalo, rimarcano la necessità di

infermieri inseriti in reparto e non di lavoratori "mordi e fuggi": "*Qui si parla di assistenza ad ammalati, per addestrare un nuovo infermiere occorrono almeno sei/otto mesi* - concludono i rappresentanti Nursind - «*occorrerebbero almeno altri 100 infermieri stabili. Questo permetterebbe all'azienda di guardare al futuro con un'altra prospettiva, garantendo anche un ricambio generazionale e soprattutto elevando la qualità dell'assistenza. E' impensabile continuare a tamponare le emergenze con lo spostamento degli infermieri.*»

In attesa di una soluzione e soprattutto di una risposta della direzione del nosocomio Gallaratese alla denuncia Nursind, i ricoveri aumentano ed il personale diminuisce. Della serie: l'ennesima farsa della sanità pubblica italiana.

Nasce Nursind Imperia

Cari Colleghi, il 2013 porta NurSind a Imperia, l'ultimo lembo della Liguria verso la Francia. Il nostro è un territorio frastagliato fra mare e le alpi subito dietro le spalle caratterizzato da poche strette valli che si insinuano verso il Piemonte da cui siamo collegati solamente tramite Imperia o Ventimiglia. Questa caratteristica territoriale ha portato in passato alla nascita di numerosi ospedali che man mano sono stati chiusi in nome delle varie riorganizzazioni economiche.

Mauro con le colleghe del PS

In essere sono rimasti l'ospedale di Imperia risalente agli anni 60, quello di Sanremo con struttura risalente ai primi del secolo scorso ed il piccolo ospedale di Bordighera dove oramai esiste un declassato posto di Primo Intervento. Come in tutte le ASL anche da noi in nome di un poco oculato obiettivo della riduzione della spesa non si è badato a tagliare senza contare le vere esigenze dell'utenza e soprattutto mettendo in disagio il Primo Soccorso sia verso la popolazione che le strutture ed il personale dedicati.

Quest'ottica cieca in questa fase di continua emergenza si riversa sul sempre più esiguo numero di operatori dedicati alla salute, contando che da noi i cittadini sono di serie B e prendiamo

L'ospedale di Imperia

dalla Regione la quota capitaria più bassa fra tutte le province ciò si ribalta sulla condizione degli infermieri che quotidianamente tamponano mancanze di personale cercando professionalmente di dare il massimo soddisfacimento all'utenza.

Ciò comporta stress, burn out acuiti dalla scarsa considerazione da parte dell'Amministrazione che a piè sospinto avanza con ordini di servizio, richieste di aumento dei carichi di lavoro, disponibilità alle più disparate richieste di aiuto per mantenere aperti servizi che potrebbero essere accorpati.

Ma chi ci guadagnerà dietro a questo tutti lo sanno, ma nessuno interviene, anche le finte guerre sindacali da parte di Organizzazioni presenti ai tavoli concertativi non permettono un raddrizzamento della situazione, d'altronde è difficile scalfire gli interessi di operatori sanitari ben più tutelati e con peso politico maggiore, bisogna sempre accontentarci di piccoli favori e scambi.

NOI NON CI STIAMO!

Per questo motivo e seguendo le motivazioni che già in passato hanno portato alcuni di noi a vivere sindacalmente il nostro impegno professionale abbiamo deciso di portare NurSind ad Imperia. Non ci interessano le stanze dei bottoni, ma molto di più la salute del cittadino ed il riconoscimento del nostro ruolo professionale fondamentale nella riuscita della prevenzione e cura.

Un paio di riflessioni:

Dove vi è un **SIGNOR MEDICO** bene o male vi deve essere anche un **SIGNOR INFERMIERE**.

CHI SI E' MESSO A RIDERE!!!, lo so purtroppo non è sempre così anche se ci stiamo provando da anni. Mi sono posto il problema più volte ed ho capito, ahimè invecchiando, che il rispetto non si guadagna solamente impugnando il Contratto di Lavoro o il Codice Civile, bensì attraverso un lungo lavoro ad ampio spettro. I fronti sono molteplici, primo e non ultimo la coscienza di noi Infermieri con colleghi ancora legati al mansionario, con altri che pensano di essere di serie B perché sono arrivati i Laureati, secondo la classe medica che in molteplici situazioni pensa di essere unica responsabile dell'organizzazione e della gestione del lavoro nelle U.O. prevaricando così, pena il taglio della testa, il lavoro dei coordinatori e la facoltà organizzativa dell'infermiere; terzo, e forse quello più indigesto, il pensiero delle Amministrazioni e dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie che prevaricano indistintamente tutte le professionalità.

Ultimo, ma per noi il più importante, è il riconoscimento della nostra figura lavorativa da parte della società civile; per il 90% dell'utenza non saremo mai il SIGNOR INFERMIERE che è deputato a curarti sotto il profilo psico-igienico-salute, a consigliarti, ad istruirti, a consolarti, ad avere contatto con il medico, ad accompagnarti verso la morte.

L'Utenza ci usa, ma non si fida (meglio un medico), per questo motivo fondiamo ad Imperia una Segreteria del NurSind che vuole essere innovativa nei suoi rapporti istituzionali preferendo principalmente il contatto con la popolazione rinsaldando il PATTO INFERMIERE CITTADINO.

In questa fase speranzosa di passaggio della società civile verso una 3° Repubblica ove il Cittadino dovrà aver più peso, l'interscambio culturale e relazionale, la trasparenza del Professionista Infermiere potranno proficuamente portare ad un maggior rispetto dei ruoli nell'interesse collettivo di un miglior

funzionamento della complessa macchina ASL.

Inf. Mauro Ferrero
NurSind Imperia

Ancona

Sit-in e corteo degli infermieri

Nursind ha manifestato sabato 01 dicembre 2012 ad Ancona in Piazza Roma contro i tagli per il diritto alla salute per tutti, sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana!

La Sanità è diventata il settore più saccheggiato, le ultime leggi finanziarie, fino al decreto sulla revisione della spesa, hanno ridotto la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie. I cittadini non solo sono diventati più poveri ma ancora più malati e indifesi, con un diritto sempre più "limitato" alle cure e all'assistenza. Prendiamo atto dei continui "tagli lineari" che - ad oggi - hanno avuto come unico risultato una pesante diminuzione di infermieri e di operatori di supporto, con conseguente abbattimento dei servizi e dei livelli assistenziali, a fronte di un aumento di domanda di salute da parte dei cittadini. Sono aumentati anche i ticket e le spese per ogni singola ricetta. E' questo il sistema "equo e solidale" tanto acclamato dalle forze politiche?

NURSIND, tenuto conto dei contenuti del Decreto Balduzzi di recente approvazione, prende atto del "silenzio assordante" e l'assoluta indifferenza alle nostre proposte presentate alla politica, si unisce alla sofferenza e al disagio della gente, proclamando lo stato di agitazione della categoria, a tutela e difesa dei cittadini e degli stessi professionisti.

Restano senza risposte **i tanti problemi quotidiani degli infermieri che non riescono a garantire un'assistenza di qualità** con le risorse messe a disposizione, con pesanti penalizzazioni per la gente.

CHIEDIAMO AL GOVERNO REGIONALE:

1. Il coraggio delle scelte nella riorganizzazione del sistema sanitario regionale, definendo i servizi da garantire, le strutture di riferimento e la relativa "rete", i percorsi, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, qualità, appropriatezza e sicurezza, a tutela e garanzia dei cittadini e degli operatori;

2. L'adeguatezza delle dotazione organiche (tipologie e numerosità degli operatori). I criteri utilizzati fanno riferimento a vetusti standard del 1988, non più in linea con le necessità assistenziali di oggi, tenuto conto dello sviluppo scientifico e tecnologico che ha interessato il sistema sanitario negli ultimi anni;

3. La garanzia delle sostituzioni dei professionisti/operatori "in uscita" (turn over), delle assenze per gravidanza e per benefici di leggi di garanzia (es. L.104/1992, Dlgs151/2001), al fine di assicurare il funzionamento dei servizi e l'adeguatezza della risposta assistenziale;

4. Il pieno riconoscimento e la valorizzazione professionale, nel rispetto dei contenuti delle norme che regolamentano e disciplinano le professioni sanitarie (L. 251/2000, L. 43/2006, L.R. 17/2011, Art. 8 CCNL 2008 - Area Dirigenza SPTA), con il completamento delle procedure concorsuali per la copertura dei posti vacanti in tutti i livelli della filiera professionale (OSS - Infermieri - Coordinatori - Infermieri Dirigenti, anche favorendo la stabilizzazione dei contratti precari al momento in essere), relativamente alle strutture ospedaliere, residenziali e territoriali, per un servizio alle persone sempre più avanzato, in linea sia con l'aumentata domanda della popolazione (con particolare riferimento alle cronicità), sia ai diversi (aumentati) saperi degli operatori.

Oggi più che mai è necessaria la forza e la compattezza. Crediamoci e proviamo!

Pazienti oncologici in sciopero della fame

Nursind Teramo al loro fianco

In queste ultime ore è stato raccolto da alcuni schieramenti del centrosinistra l'allarme lanciato dai pazienti del reparto di Oncologia dell'ospedale di Teramo riguardo la mancanza di un'adeguata assistenza. Ora un deciso segno di vicinanza arriva anche da **Giuseppe De Zolt**, segretario provinciale del NURSIND, sindacato delle Professioni Infermieristiche: "*Il sistema sanità si sta dimostrando ormai pericolosamente e sempre più 'malato terminale', perché è amministrato in meri termini 'ragionieristici', con tagli sconsiderati e crescenti costi aggiuntivi per il cittadino, perfino del meno abbiente e dello stesso malato grave a cui vengono ridotti sempre più servizi essenziali! NURSIND sostiene fortemente la battaglia in corso contro la scarsa attenzione riservata all'essenziale reparto di Oncologia dell'ospedale di Teramo! La migrazione sanitaria è grave, quella oncologica inaccettabile!*

NURSIND raccoglie con convinzione l'istanza disperata rilanciata da pazienti oncologici teramani, e rimbalzata di recente sulle cronache locali, perché dal governatore Chiodi e dalla dirigenza Asl, arrivino risposte concrete, perché in questo reparto (in termini di personale e mezzi) si possa tornare a dare un'assistenza adeguata, dignitosa e sufficiente ai fabbisogni di una parte della popolazione già duramente provata dalla troppo spesso inesorabile malattia!

Ai pazienti va la nostra piena solidarietà e la dimostreremo il 17 gennaio prossimo, stando al loro fianco con nostri rappresentanti (assieme a tutti gli altri convinti sostenitori di questa battaglia), per iniziare lo sciopero della fame indetto come gesto estremo per scuotere le coscienze di ognuno e muovere le forze politico-amministrative regionali e locali per risolvere rapidamente questa drammatica situazione!".

Teramo

Riconosciuto il tempo di spogliatoio

Nella nota si fa poi riferimento a un'azione intrapresa nel marzo scorso "**al fine di ottenere il riconoscimento dell'orario aggiuntivo di "vestizione/svestizione**" per le professioni sanitarie obbligate ad indossare la divisa di lavoro (come previsto nel D.lgs. 66/2003 e dalla legislazione europea).

La segreteria NURSIND – è scritto nel comunicato - *ha visto silentemente inserito tale riconoscimento nella nuova stesura del Regolamento Aziendale a fine anno 2012 ed è perciò ben felice ed orgogliosa di annunciare, ad iscritti e non, la conquista di un sacrosanto diritto!*

Il personale sanitario che da sempre, ogni giorno, è arrivato coscienziosamente in anticipo sull'ora di inizio turno per prepararsi, indossando la divisa ed essere pronto a dare il cambio turno al collega in tempo utile (senza alcun riconoscimento), lo vede invece ***riconosciuto dal 1 gennaio 2013*** *come normale orario di lavoro, nella misura di* ***un quarto d'ora ad inizio ed un quarto d'ora a fine turno****! Finalmente!*".

Tribunale di Milano

Escludere gli extracomunitari è discriminatorio

È discriminatorio il bando per il concorso per infermieri, che impone il requisito della cittadinanza comunitaria

Il giudice del lavoro di Milano obbliga le Asl a riaprire i termini per consentire la partecipazione alle selezioni dei candidati extra UE regolarmente soggiornanti

La decisione della corte di merito del capoluogo lombardo ha ritenuto discriminatorio il comportamento di due Asl che hanno bandito il concorso per infermieri e operatori socio-sanitari indicando come requisito la cittadinanza italiana o di un altro Stato membro dell'Unione europea. Secondo il giudice non è più possibile reiterare il divieto di accesso per nazionalità in alcuni settori della sanità pubblica, perchè l'Italia ha recepito la convenzione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL), rendendo così inapplicabile la legislazione interna confliggente.

In conseguenza il giudice del lavoro ha ordinato alle Asl di riaprire i termini per la presentazione delle domande di ammissione alla prove selettive ed il provvedimento dev'essere pubblicato sul sito internet dell'azienda sanitaria.

Decreto sviluppo bis

Permessi per malattia del bambino trasmessi dal web

Il Decreto "Sviluppo bis", in vigore dal 20 ottobre 2012 ha modificato le modalità di certificazione necessarie ai genitori per fruire dei **permessi non retribuiti per malattia del bambino** (artt. 47 e 51 D.Lgs. 151/2001). La certificazione di malattia dev'essere trasmessa all'INPS in via telematica **direttamente dal medico curante del SSN** (o con esso convenzionato), utilizzando il sistema di trasmissione delle certificazioni di malattia (DM 26 febbraio 2010: ML 5420). L'Istituto provvede ad inoltrarla immediatamente al datore di lavoro interessato. Con DPR, da adottare entro il 30 giugno 2013, verranno stabilite le modalità per provvedere a tale invio, in conformità alle regole tecniche previste dal Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005). Ai fini della fruizione dei permessi in esame, il lavoratore comunica direttamente al medico, all'atto della compilazione del certificazione di malattia, le generalità del genitore che ha scelto di usufruire dei permessi stessi.

Consiglio dei Ministri

Congedo parentale ad ore

Art. 7, c. 3, DL 179/2012: GU 19 ottobre 2012 n. 245 Suppl. Ord. n. 194: Disposizioni urgenti volte a evitare l'applicazione di sanzioni dell'Unione europea

Il Consiglio dei Ministri ha così disposto la modifica di alcuni articoli del testo unico n. 251 sul sostegno della maternità e paternità. In particolare:

Art. 3

1. All'articolo 32 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di sostegno della maternita' e paternita', di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 1 e' inserito il seguente: «*1-bis. La contrattazione collettiva di settore stabilisce le modalità di fruizione del congedo di cui al comma 1 su base oraria, nonchè i criteri di calcolo della base oraria e l'equiparazione di un determinato monte ore alla singola giornata lavorativa*»;

b) al comma 3 le parole: "e comunque con un periodo di preavviso non inferiore a quindici giorni" sono sostituite dalle seguenti: "*e comunque con un termine di preavviso non inferiore a quindici giorni, con l'indicazione dell'inizio e della fine del periodo di congedo*";

c) dopo il comma 4 e' aggiunto il seguente: «*4-bis. Durante il periodo di congedo, il lavoratore e il datore di lavoro concordano, ove necessario, adeguate misure di ripresa dell'attivita' lavorativa, tenendo conto di quanto eventualmente previsto dalla contrattazione collettiva.*».

Tribunale di Genova

La Posizione Organizzativa non è ereditabile

Il Tribunale di Genova ha definito che le posizioni organizzative consistono nel conferimento al personale inquadrato in particolari categorie di incarichi implicanti elevate capacità professionali, conferimenti possibili solo per situazioni tipizzate, descritte direttamente dal contratto collettivo, realizzabili mediante la **stipula di incarichi a termine**, **sottoposti alla logica del risultato** e quindi **soggetti a valutazione e remunerati da specifica retribuzione variabile**, ne consegue che il conferimento della titolarità di una posizione organizzativa costituisce un atto discrezionale della pubblica amministrazione, possibile in presenza delle condizioni oggettive e soggettive previste dalla contrattazione collettiva, in presenza di specifiche caratteristiche dell'ufficio cui detta posizione inerisce, l'atto di conferimento di posizione organizzativa equivale ad un incarico fiduciario conferito intuitu personae non spettante iure hereditatis al successore mero titolare dell'ufficio medesimo.

INPS

Domande 104 solo via web

Dal 1° ottobre 2012 le domande per i permessi della L. 104 vanno inviate all'INPS eclusivamente tramite web. Lo afferma la circolare n.117 dell'INPS, precisando le nuove modalità di presentazione delle domande per usufruire dei permessi relativi alla L. 104. Le nuove modalità saranno le seguenti:

1. Presentazione della domanda tramite Web: la presentazione telematica delle domande di prestazione tramite WEB è consentita agli utenti in possesso di PIN dispositivo (circolare n. 50 del 5/03/2011). La procedura di invio telematico attivata da parte degli utenti in possesso di PIN non dispositivo segnalerà, in fase di conferma

dell'acquisizione, la necessità di richiedere l'attivazione di un PIN dispositivo affinché la trattazione dell'istanza inviata possa essere completata.

Il servizio è disponibile sul sito internet dell'Istituto (**www.inps.it**), nella sezione SERVIZI ON LINE, attraverso il seguente percorso: Al servizio del cittadino – Autenticazione con PIN o Carta Nazionale dei Servizi – Invio domande di prestazioni a sostegno del reddito Disabilità – Permessi Legge 104/92.

All'interno del servizio, sono disponibili le seguenti funzionalità: Informazioni, Manuale utente, Acquisizione domanda, Consultazione domande.

Una volta completata e confermata l'acquisizione, la domanda viene protocollata e il sistema produce in modo automatico la ricevuta di presentazione della stessa e il rispettivo modello precompilato con i dati inseriti. Tali documenti sono scaricabili e stampabili dal richiedente.

I documenti indispensabili per l'istruttoria vanno allegati, in formato digitale, seguendo le istruzioni indicate nella procedura telematica, ovvero prodotti presso le sedi competenti nelle modalità indicate alla pagina 6, paragrafo 6, della circolare n. 47 del 27/03/2012, con la dicitura "Documentazione domanda di permessi retribuiti ai sensi della legge 104/1992 - certificazione medico sanitaria".

2. Presentazione della domanda tramite Patronato: le domande di permessi per l'assistenza al familiare disabile in situazione di gravità possono essere presentate tramite Patronato attraverso i servizi telematici già offerti dagli stessi.

3. Presentazione della domanda tramite Contact Center Multicanale: il servizio di acquisizione delle domande di permessi per l'assistenza al familiare disabile in situazione di gravità è disponibile, telefonando al Numero Verde 803.164, solo per gli utenti dotati di PIN.

TAR Molise

L'ostetrica può assorbire occasionalmente le mansioni dell'infermiere

Alcune ostetriche dipendenti Asl, essendo utilizzate come infermiere e come ferriste nella sala operatoria, chiedevano di essere escluse dal novero del personale infermieristico adibito al blocco operatorio, ottenendone, tuttavia, riscontro negativo. Ne seguiva un contenzioso giurisdizionale a seguito del quale il Tar Molise, pur respingendo il ricorso, fissava alcuni punti fermi sul rispetto dei compiti e delle mansioni dell'ostetrica.

Secondo il Tribunale Amministrativo le ostetriche sono abilitate a svolgere tutti i compiti infermieristici professionali, anche nel blocco operatorio, **allorché sia adibito a interventi chirurgici di ostetricia e ginecologia**. Pertanto, l'attività di ostetrica, in qualche modo, può occasionalmente assorbire le mansioni dell'infermiere professionale, senza che ne derivi un demansionamento.

Tribunale di Larino

E' possibile il cumulo tra indennità ex art. 44, comma 5° e 7°

E' quanto stabilito dalla Magistratura del Lavoro del Tribunale di Larino che ha accolto il ricorso di un dipendente della Asrem, coordinatore in servizio nel P.O. San Timoteo di Termoli (difeso dall'Avv. del Nursind) che ha rivendicato il cumulo tra le predette indennità, affermando **la natura assolutamente diversa delle due indennità** in questione, destinate a retribuire situazioni di lavoro diverse tra loro, nonché la diversità dell'indennità di cui al 5° comma dell'art. 44 CCNL/1995 da quella di cui all'art. 10 CCNL del Personale del Comparto della Sanità del 20 settembre 2001 (Biennio economico 2000 – 2001), cui pure il dipendente in questione beneficia in qualità di coordinatore.

Il ricorrente, assistito dall'Avv. Vincenzo Gatta di Ortona (CH), si è visto dunque riconoscere con la predetta sentenza il diritto alla liquidazione delle indennità mensili ex 5° comma CCNL/1995 degli ultimi cinque anni.

Cassazione

Anche senza mobbing la vessazione va risarcita

Con la sentenza n. 18927/12 del 5 novembre scorso, la sezione lavoro della Cassazione, ha ribadito che è possibile richiedere il risarcimento per trattamenti vessatori, ancorché accertati, anche senza l'unicità del disegno persecutorio contro il lavoratore.

In pratica, anche senza il mobbing (che deve essere dimostrabile e continuativo nel tempo per almeno sei mesi consecutivi) lamentato dal lavoratore, egli può richiedere il risarcimento per singoli trattamenti vessatori subiti.

Il giudice, infatti, è obbligato ad **esaminare ogni singolo episodio potenziale di mobbing** lamentato dal lavoratore, anche se non si figura, per il datore di lavoro, e per i colleghi del lavoratore, l'unicità della persecuzione nei confronti dello stesso lavoratore che reclama il danno non patrimoniale.

E' necessario che il giudice accerti o meno l'eventuale sussistenza di condotte mortificanti a carico del lavoratore con precise responsabilità del datore di lavoro.

Cassazione

Se la prestazione eccede il sesto giorno lavorativo, si corrisponde lo stesso compenso previsto per il lavoro domenicale

Con sentenza n. 18284 del 25 ottobre 2012, la Corte Suprema di Cassazione sez. lavoro ha statuito che lo svolgimento dell'attività lavorativa protrattasi al settimo giorno, per il lavoratore tenuto alla prestazione sei giorni su sette, ha valore di retribuzione basata sull'onerosità della specifica prestazione; il criterio remunerativo individuato è quello previsto dalla contrattazione collettiva per il lavoro domenicale.

Il compenso previsto per il lavoro domenicale, già indicato da questa Corte, è considerato come valido criterio per una valutazione del quid pluris dovuto al lavoratore per il disagio derivante dalla prestazione resa nel settimo giorno.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Previdenza complementare dei comparti Sanità e Regioni:

Prime indicazioni sul fondo PERSEO

Conviene o non conviene? La scelta deve basarsi sul proprio percorso lavorativo

Perseo è il Fondo Nazionale pensione complementare destinato a tutti i lavoratori delle Regioni, delle Autonomie Locali e della Sanità. Nasce con l'obiettivo di permettere ai lavoratori di costruire, giorno dopo giorno, una pensione complementare che integri quella obbligatoria per affrontare con maggiore serenità il periodo post-lavorativo.

È un fondo pensione negoziale previsto dalla contrattazione collettiva che si pone in alternativa a forme di previdenza integrativa su base individuale (fondi pensione aperti e Piani individuali pensionistici PIP).

L'attuale situazione per non aderenti al fondo di previdenza complementare PERSEO

La platea dei lavoratori dipendenti della sanità pubblica possono suddividersi in due grandi gruppi: **assunti ante 31.12.2000** (in regime TFS) e **post 31.12.2000** (in regime TFR).

I dipendenti in regime TFS (ai quali attualmente viene operata la trattenuta sullo stipendio del 2%) alla cessazione del servizio hanno diritto ad una liquidazione una tantum così determinata: un quindicesimo della retribuzione contributiva degli ultimi 12 mesi di servizio, considerata in ragione dell'80% per quanti sono gli anni utili e quelli eventualmente riscattati.

Elementi valutabili ai fini TFS: stipendio base + vacanza contrattuale + fascia retributiva superiore + indennità di coordinamento + indennità di qualifica professionale (queste voci per 13 mensilità) + indennità professionale specifica (per 12 mensilità).

Esempio: infermiere D3 senza indennità coordinamento assunto prima del 31.12.2000 (TFS) che cessi al 31.12.2012 ha diritto ad una liquidazione pari a lorde euro per ogni anno di servizio di 1.441,90 derivanti dal seguente calcolo: 1.769,63 + 15,23 +189,91 + 71,53 queste voci per 13 + 36,15 per 12 il tutto considerato all'80% e diviso 15 e moltiplicato per gli anni di servizio.

I dipendenti in regime di TFR (ai quali non viene operata la trattenuta sullo stipendio del 2% anche se lo stesso stipendio è ridotto in misura del 2%) alla cessazione del servizio hanno diritto ad una liquidazione una tantum così determinata: si pratica l'aliquota del 6,91% sulla retribuzione annua utile per tutti gli anni di servizio prestati, con rivalutazione annua pari al 75% del tasso annuo di inflazione più 1,5%.

La retribuzione annua utile non è come per il TFS riferita all'ultimo anno di servizio bensì varia di anno in anno.

Elementi valutabili ai fini TFR: sono gli stessi del TFS con l'aggiunta dell'indennità di Posizione Organizzativa.

Esempio: infermiere D3 senza indennità di coordinamento e di posizione organizzativa assunto dopo il 31.12.2000 (TFR) che cessi al 31.12.2012 ha diritto per l'anno 2012 alla liquidazione pari a lordi euro 1.868,17 derivanti dal seguente calcolo: 6,91% delle seguenti voci 1.769,63 + 15,23 +189,91 + 71,53 queste voci per 13 + 36,15 per 12. Lo stesso calcolo viene effettuato a tutti gli anni di servizio precedenti il 2012 con l'applicazione della relativa rivalutazione.

Da quanto su esposto risulta evidente che chi si trova in regime di TFR ha diritto ad una cifra maggiore alla cessazione.

Passaggio al TFR e al Fondo pensione complementare Perseo

Chi si trova in regime di TFR o in regime di TFS **e non intende aderire al fondo Perseo** mantiene la liquidazione come sopra calcolata. Coloro che invece intendono aderire al Fondo Perseo avranno conseguenze diverse in base ai due regimi.

I dipendenti in regime di TFS per poter aderire al fondo devono passare al regime di TFR (che decorre dal momento dell'adesione al fondo stesso). La liquidazione maturata fino al momento dell'adesione non confluisce nel fondo e sarà liquidata dall'INPS EX INPDAP alla cessazione rivalutata con le regole del TFR dal momento del passaggio (il 75% dell'indice ISTAT +1,5% per ogni anno).

Dal momento dell'adesione al fondo si passa al TFR con il conseguente calcolo dell'aliquota del 6,91%. Allo stesso fondo confluisce solo il 2% del TFR così calcolato mentre la restante quota di TFR pari al 4,91% della retribuzione annua lorda, verrà liquidata rivalutata al momento della cessazione non dal fondo ma dall'INPS EX INPDAP.

I dipendenti in regime di TFR mantengono il diritto alla liquidazione di quanto accantonato fino al momento dell'adesione che sarà liquidato dall'INPS EX INPDAP alla cessazione secondo il calcolo sopra esposto. Dal momento dell'adesione al fondo Perseo tutto il TFR maturato annualmente, ovvero il 6,91% della retribuzione annua lorda, viene versato al fondo stesso.

Questa differenziazione è stata prevista dal legislatore anche in considerazione che chi si trova in regime di TFR avrà diritto ad un trattamento pensionistico calcolato con il sistema contributivo meno favorevole.

Quanto confluisce nel Fondo Perseo?

Al fondo Perseo non confluisce solo il TFR del lavoratore (in quota parte o in misura intera a seconda se dipendente ante o post 2001) bensì si aggiunge un contributo sia del lavoratore che del datore di lavoro. Con l'adesione al fondo integrativo **il datore di lavoro** è obbligato a versare un contributo fisso dell'**1%** della retribuzione utile al fine del TFR (quindi anche

Tabella 1 - I CONTRIBUTI A PERSEO A REGIME

	Dipendente già in servizio al 31.12.2000	Dipendente assunto dopo il 31.12.2000
RETRIBUZIONE ANNUA	€ 27.000,00	€ 25.000,00
Contributo amministrazione 1%	€ 270,00	€ 250,00
Contributo dipendente 1%	€ 270,00	€ 250,00
Contributo 1,2% (INPS ex INPDAP)	€ 324,00	€ -
Quota TFR (% su retribuzione TFR)	(2%) 540 €	(6,91%) 1.728 €
Totale versamento	€ 1.404,00	€ 2.228,00
Risparmio Fiscale	€ 73,00	€ 68,00
Costo effettivo annuo in busta paga (contributo dipendente - risparmio fiscale + 16 euro di quota associativa)	€ 213,00	€ 198,00

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND

dell'indennità di funzione di Posizione Organizzativa) ed **il lavoratore** è tenuto a versare un contributo minimo dell'**1%**.

Per i lavoratori ex TFS, inoltre, è prevista una ulteriore quota incentivante di accantonamento a carico dell'INPS EX INPDAP pari al **1,5%** della retribuzione utile secondo il calcolo TFS (quindi 1,2% sull'intera retribuzione - ex legge 449/1997).

Perché aderire per chi è in TFS

Certamente il regime TFR come sopra calcolato risulta più favorevole rispetto al TFS. Il TFS può risultare più favorevole solo nel caso in cui un dipendente abbia prospettive di carriera con stipendi elevati prima di cessare dal servizio.

L'adesione al fondo per questa categoria di lavoratori risulta particolarmente conveniente inoltre per l'accantonamento della quota incentivante da parte dell'INPS EX INPDAP pari all'1,2% in aggiunta al contributo dell'1% versato dal datore del lavoro.

Inoltre, l'1% a carico del lavoratore e l'1% a carico del datore di lavoro versati nel fondo **non sono soggetti a tassazione IRPEF.**

I bassi costi di gestione rendono il fondo molto competitivo nel mercato delle forme di risparmio.

Un'attenzione particolare può essere rivolta anche alla ricaduta del blocco contrattuale sui rendimenti del TFR rispetto al TFS. Il TFR maturato in caso di adesione al fondo si rivaluta anche durante il periodo di blocco contrattuale secondo le aliquote sopra indicate mentre il TFS rimane legato allo stipendio bloccato. Si ha quindi convenienza anticipare l'adesione.

Perché aderire per chi è in TFR

Questa categoria di lavoratori, soprattutto alla luce della recente riforma pensionistica, potrà contare fra 30 anni su un trattamento pensionistico pari al 50-55% dell'ultimo stipendio. Avendo questa prospettiva risulta evidente pensare a una forma di previdenza complementare. Tra le forme di previdenza il fondo Perseo, in quanto fondo negoziale, risulta più conveniente rispetto alle altre forme di risparmio perché pratica bassi costi di gestione, ha parte del finanziamento a carico del datore di lavoro e i contributi versati sia dal datore di lavoro che dal lavoratore **sono deducibili ai fini fiscali**. E' pur vero che ad oggi sussiste una differenziazione fra privati e pubblici dipendenti in relazione alla previdenza complementare. Alcuni vantaggi introdotti per i privati (dip. case di cura private) soprattutto in ambito di deducibilità e tassazione del capitale dovrebbero quanto prima trovare estensione anche ai dipendenti pubblici (è necessaria una disposizione di legge da parte del Parlamento).

ESEMPIO: (vedi tabella 1)

Il costo di adesione al fondo è di 2,75 euro in unica soluzione all'atto di adesione. La quota associativa a carico del lavoratore per il 2012 è fissata in 16 € su base annua ed è prelevata in ratei mensili dalle quote di contribuzione.

Fattori di rischio

L'adesione al fondo è libera e volontaria. La scelta di aderire dipende da molti fattori soggettivi che prendono in considerazione la carriera personale, le prospettive di sviluppo della stessa, le aspettative individuali e la propensione al risparmio.

E' doveroso sapere che **con l'adesione non si ha certezza assoluta dell'ammontare della futura prestazione** che sarà erogata dal fondo (la stessa certezza non è altresì assoluta nel caso del mantenimento dei soli TFR/TFS). Chi non aderisce al fondo, di fatto, rinuncia per sempre al contributo dell'1% del datore di lavoro e dell'accantonamento del 1,2% da parte dell'INPS ex INPDAP. È un fattore determinante per l'esito del valore della prestazione del fondo, il fattore tempo: **più tempo si rimane nel fondo più si ha la possibilità di avere un rendimento positivo**.

Dall'analisi della COVIP sui rendimenti delle forme pensionistiche complementari risulta che i rendimenti dei fondi negoziali rispetto alla rivalutazione del TFR e ai rendimenti dei fondi pensione aperti e PIP sono dal 2005 ad oggi più alti.

In questo periodo di forte crisi economica se **il dipendente** ha qualche remora o titubanza **ha tempo fino al 31.12.2015** per l'esercizio dell'opzione.

A chi si sconsiglia l'adesione?

Si ritiene che la convenienza ad aderire al fondo Perseo riguardi la quasi totalità dei dipendenti. I più giovani per la necessità di integrare la propria pensione, i più anziani per una convenienza economica derivante da quanto sopra esposto. A nostro parere solamente chi è prossimo (2-3 anni) alla pensione potrebbe non aderire per maggiore serenità.

Alcuni sindacati minori nutrono seri dubbi sulla opportunità di abbandonare il TFR per aderire a un fondo integrativo. In questa situazione di crisi economica e finanziaria questi dubbi trovano un terreno fertile e, effettivamente, la scelta è più difficile per chi ha una visione pessimistica del futuro.

Chi può aderire?

Qualsiasi lavoratore del comparto sanità (anche dirigenza), pubblica o privata, assunto a tempo indeterminato o a tempo determinato purché di durata non inferiore a 3 mesi continuativi. **L'adesione è volontaria** e **irreversibile** (non possibilità a tornare al regime TFR pieno).

Ogni aderente dipendente privato, dopo 2 anni di iscrizione al Fondo Perseo, ha la possibilità di trasferire i propri risparmi in qualunque fondo pubblico o privato presente sul mercato. **Per i dipendenti pubblici** tale facoltà è esercitabile **solo dopo i primi 5 anni** di permanenza e di vita del fondo stesso. Successivamente la possibilità di trasferimento può avere luogo dopo 3 anni di iscrizione.

Quali sono le prestazioni erogate?

Il Fondo Perseo è una soluzione flessibile che garantisce la possibilità di avere una pensione complementare o, in alternativa, un mix fra pensione e capitale. In alcuni casi è possibile disporre dell'intero capitale maturato.

Al momento del pensionamento il lavoratore riceve una pensione che integra quella erogata dall'INPS ex INPDAP. La pensione è vitalizia, cioè pagata fino a quando il lavoratore o beneficiario da lui designato è in vita; è rivalutabile, cioè incrementata annualmente sulla base dei rendimenti ottenuti dal Fondo: **è eventualmente reversibile** ad un'altra persona, designata dall'aderente al momento del pensionamento, in caso di decesso dopo il pensionamento.

L'ammontare della pensione complementare dipenderà dai contributi versati negli anni, dai rendimenti maturati nel tempo e dall'età del pensionamento.

Giunto al pensionamento il lavoratore può scegliere di ricevere un mix di pensione complementare e capitale. Per capitale si intende una somma derivante dalla liquidazione di una parte del montante maturato, **fino ad un massimo del 50%** dello stesso.

Al momento del pensionamento è possibile ottenere la liquidazione di tutto il capitale maturato nel caso in cui non vengano raggiunti i requisiti minimi per la pensione complementare previsti da Perseo oppure nel caso in cui l'importo della rendita pensionistica annua risulti inferiore all'assegno sociale.

Prima del pensionamento, l'iscritto da almeno otto anni al Fondo, può ottenere un **anticipo del capitale** e ricevere fino al 100% di quanto maturato (contributi lavoratore e dell'amministrazione + rendimenti) **per acquisto della prima casa** per sé o per i figli e per spese sanitarie: per terapie e interventi straordinari riconosciuti delle strutture pubbliche competenti. È anche giusto far presente che l'INPS ex INPDAP, **a differenza del privato, non eroga ai dipendenti pubblici anticipi sul TFR maturato**.

In caso di decesso prima del pensionamento, l'intera posizione maturata dall'aderente può essere riscattata dal coniuge ovvero dai figli, ovvero dai genitori se viventi e fiscalmente a carico dell'iscritto e, in mancanza di tali soggetti da un beneficiario nominato dall'aderente.

Per maggiori informazioni si può consultare il sito **www.fondoperseo.it**.

Gianantonio Maistrello

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure:

esiti di una consensus conference

Luisa Saiani (*Univ. degli Studi di Verona*), **Annamaria Guarnier, Paolo Barelli, Paola Zambiasi** (*Ser. Inf. Az. Prov. per i Servizi Sanitari Trento*), **Elisabetta Allegrini, Oliva Marognolli** (*Serv. Prof. San., Az. Osp. Univ. Integrata di Verona*), **Letizia Bazoli** (*Serv. Inf. e Tecn. Fond. Poliambulanza Ist. Osp. Brescia*), **Paola Casson** (*Serv. per le Prof. San. Az. ULSS n. 9 Treviso*), **Giorgio Magon** (*Serv. Ass., Nursing Office I. E. O. Milano*), **Meri Marin** (*Serv. Inf. Az. Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina" Gorizia*), **Marisa Padovan** (*Serv. Prof. San. Azienda ULSS n. 6 Vicenza*) **Michele Picogna** (*Serv. per le Prof. San. Az. per i Servizi Sanitari n.4 "Medio Friuli"*), **Patrizia Taddia** (*Serv. Inf. Tec. Riab. Az. Osp.-Univ. S.Orsola - Malpighi Bologna*), **Daniele Salmaso** (*Serv. Dir. delle Prof. San. Az. Osp. - Universitaria Udine*), **Paolo Chiari** (*Univ. degli Studi di Bologna*), **Alvisa Palese** (*Univ. degli Studi di Udine*)

(Pubblicato su Ig. Sanità Pubbl. 2011; 67: 777-792)

Introduzione

Come definire quantitativamente e qualitativamente lo staff infermieristico e di supporto rimane un problema rilevante e irrisolto. Comprendere quale è lo staff ottimale, quello minimo e il mix di competenze da assicurare per garantire cure costo-efficaci, rappresenta una questione aperta anche a livello internazionale (Royal College of Nursing, 2010). A livello nazionale, il numero assoluto di infermieri negli ultimi anni è aumentato, malgrado sia ancora del tutto evidente la carenza infermieristica (Fed. IPASVI Rapporto, 2010); è, infatti, aumentata la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di offrire cure diversificate, come pure sono aumentati i bisogni dei pazienti che assorbono una quantità addizionale di cure infermieristiche; negli ospedali il tasso di occupazione dei letti è aumentato ma non vi è altrettanta evidenza di un adeguamento quantitativo degli staff infermieristici. Va inoltre segnalato che lo skill mix, ovvero la proporzione di cure infermieristiche erogate sul totale dell'assistenza è divenuto più diluito per l'inserimento degli operatori di supporto (OSS); per queste ragioni, si sta osservando un numero di pazienti crescente in carico a ciascun infermiere. Mancando standard minimi regolati sta emergendo, inoltre, una variabilità importante non sempre giustificata nella dotazione quali-quantitiva di risorse, sia all'interno di uno stesso ospedale, sia tra ospedali limitrofi e tra regioni.

La quantità di infermieri da assegnare alle strutture ospedaliere dipende dal ruolo che occupano e dal processo di cure infermieristiche che gestiscono; dipende anche dall'efficienza e dall'efficacia delle cure erogate da altri professionisti, nonché dai contesti organizzativi (Royal College of Nursing Employment Research, 2009). Nel tentativo di sviluppare un metodo efficace per definire la quantità di infermieri da assicurare negli ospedali, molti approcci sono stati documentati in letteratura: alcuni si sono focalizzati sulla valutazione del bisogno dei pazienti e dei loro problemi; altri sulle cure da erogare, stimate con modalità top down o bottom up. Tuttavia, rispetto ai numerosi strumenti e metodi disponibili non vi è alcuna evidenza di affidabilità e validità (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007). Considerata la carenza di evidenze sul sistema più efficace per pianificare la dotazione di personale e i molti fattori che determinano la composizione quali¬-quantitativa degli staff assistenziali legati anche al contesto, oggi è diffusamente raccomandata (Royal College of Nursing, 2010) la triangolazione realizzata da un comitato di Dirigenti responsabili della pianificazione dell'offerta assistenziale: un approccio in cui le decisioni sulle dotazioni organiche sono assunte integrando i dati disponibili sul personale, sui pazienti e sull'assistenza, il giudizio professionale degli esperti di gestione, e i dati di benchmarking.

La situazione italiana

Nel nostro Paese, dopo una ricca storia normativa iniziata con il DPR 128/69 (assistenza minima sulle 24/ore) e proseguita con la delibera CIPE del 20/12/1984 e successivo DM 13/09/1988 (minuti assistenziali standard per aree di intensità di cura), con il DLgs 502/92 le Regioni sono state delegate alla definizione delle dotazioni organiche. Nel '93 con il Dlgs 29 e la Legge 537, le Pubbliche Amministrazioni sono state incaricate di determinare le piante organiche sulla base della rilevazione dei carichi di lavoro. In questi anni, laddove tale rilevazione è stata effettuata, sono stati utilizzati diversi metodi che tuttavia non hanno prodotto standard di riferimento. Alcune Regioni nel tempo hanno deliberato requisiti minimi di accreditamento delle strutture che sono stati assunti come standard di riferimento per le dotazioni del personale di assistenza. Inoltre, con l'inserimento della figura di supporto dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) è diventata più critica la definizione dei tempi assistenziali totali rispetto ai soli tempi di assistenza infermieristica, ponendo quindi anche il problema di riflettere sullo skill mix infermieri/OSS più adeguato. A causa della carenza di ricerca in questo ambito, non sono noti ad oggi gli effetti sui pazienti delle decisioni assunte sulle dotazioni organiche a livello regionale e locale, mentre a livello internazionale sono ormai noti gli effetti di cure infermieristiche carenti come documentato dalla ricca letteratura di riferimento. Un rapporto infermiere-paziente (nurse to patient ratio) non ottimale ha effetti negativi sulla sicurezza (Royal College of Nursing Institute, 2003): i pazienti hanno un rischio più elevato di lesioni da decubito, cadute, infezioni correlate alle pratiche assistenziali, peggioramento dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana o di non riconoscimento del deterioramento clinico. Gli esiti negativi aumentano la durata della degenza, peggiorano la qualità della vita fino ad aumentare il rischio di mortalità (Aiken et al., 2002; Cho 2001; Needleman et al., 2011).

La disponibilità limitata della risorsa infermieristica sul mercato e la necessità di assegnare un numero di operatori adeguato alla complessità clinica assistenziale dei pazienti, anche aggregati in diverse aree denominate a bassa, media e alta complessità assistenziale, impongono l'esigenza di definire degli standard di sicurezza. Le aree maggiormente in sofferenza sono quelle delle chirurgie e delle medicine generali, nelle quali è accolta la maggior parte dei pazienti e in cui la dotazione organica è maggiormente disomogenea, e soffre di understaffing. Altre aree di degenza, come le terapie intensive o le sub intensive, pur trattando pazienti a elevato rischio che richiedono massima sorveglianza, sembrano assicurare una dotazione organica più omogenea e sicura (1 a 1, 1 a 2/3). Per questa ragione, il processo di consenso attivato è stato finalizzato, al momento, alla dotazione organica delle medicine (compresa la geriatria) e chirurgie generali.

Obiettivi e partecipanti

Dieci Aziende Sanitarie e Ospedaliere pubbliche (Az. Osp. Univ. Integrata Verona; Az. ULSS n. 9, Treviso; Az. Prov. Serv. San. Trento; Az. ULSS n. 6, Vicenza; Az. Serv. San. n. 2 "Isontina" Gorizia; Az. Serv. San. 4 "Medio Friuli"; Az. Osp.-Univ. S. Maria della Misericordia, Udine; Az. Osp.-Univ. Policlinico S.Orsola - Malpighi, Bologna) e private convenzionate (Fond. Poliambulanza Ist. Osp. Brescia; Ist. Europeo Oncologico, Milano) del nord e del centro Italia, hanno costituito un Network di confronto per la definizione dei livelli di dotazione ospedaliera del personale di assistenza. Hanno aderito inoltre l'Università degli Studi di Verona, di Udine, e di Bologna.

Il Network ha perseguito i seguenti obiettivi principali:

- definire e condividere un panel di indicatori rilevanti, realistici e fattibili per guidare le decisioni sulla dotazione di personale

assistenziale da assegnare alle strutture operative ospedaliere; attivare un confronto costante attraverso un panel di indicatori definiti basato sui flussi informativi esistenti al fine di sviluppare un'azione continuativa di benchmarking;

- elaborare raccomandazioni di buona pratica decisionale sulle dotazioni organiche che includano anche standard minimi di riferimento in grado di assicurare, allo stato attuale delle conoscenze e dell'esperienza, la sicurezza dei pazienti.

Obiettivi secondari del Network erano:

- analizzare l'attuale dotazione di infermieri e di operatori di supporto nelle aree di degenza mediche, geriatriche e chirurgiche, nelle fasce diurne e notturne, degli ospedali di primo e secondo livello, dedicati alla ricerca (universitari/IRCSS) o non, partecipanti al Network.

- esplorare alcune variabili organizzative che possono influenzare le dotazioni, con particolare riferimento all'accoglimento di pazienti in regime di ricovero urgente (diurni e notturni), alle strategie attivate per assicurare la continuità assistenziale tra turni o nella dimissione dei pazienti, alla presenza continuativa di altri professionisti nei team assistenziali (es. Fisioterapisti, Logopedisti, Dietisti).

Materiali e metodi

Infermieri esperti in organizzazione che operano in qualità di Dirigenti dei Servizi delle Professioni sanitarie e docenti delle Università di Verona, Udine e Bologna afferenti alle Aziende Sanitarie e Ospedaliero – Universitarie partecipanti, si sono costituiti in Network permanente nel mese di giugno 2010 coinvolgendo le rispettive Direzioni generali che ne hanno autorizzato l'istituzione. Preliminarmente, il gruppo si è confrontato sui dati correnti utilizzati nella pratica quotidiana per monitorare l'adeguatezza delle dotazioni organiche e le fluttuazioni nel tempo. Gli strumenti informativi in uso, la tipologia dei dati, le loro procedure di raccolta e il livello di aggregazione (singola struttura, area omogenea, dipartimento, ospedale), sono risultate varie nelle aziende coinvolte, tanto da limitare possibilità concrete di confronto. Per questa ragione, ci si è impegnati a individuare un set minimo di indicatori e dati che facessero riferimento ai flussi informativi correnti delle Aziende partecipanti, privilegiando pertanto una valutazione di fattibilità e di sostenibilità. Per ciascun indicatore/dato è stata concordata una prima definizione comune. Una volta individuato il set omogeneo, è stata realizzata la prima rilevazione pilota in un'unità di medicina di ciascuna Azienda partecipante. Sulla base dei dati raccolti, il confronto successivo ha permesso di individuare gli indicatori/dati proposti nel set iniziale, ma da rimuovere perché:

a) non monitorati correntemente dai sistemi informativi ospedalieri, come ad esempio l'indice di rotazione dei pazienti o la comorbilità;

b) non in grado di offrire informazioni significative, come ad esempio il numero degli interventi chirurgici effettuati senza la specificazione del tipo di intervento;

c) difficilmente reperibili per il dettaglio richiesto, poco informativi se analizzati a livello di macrosistema e più informativi se analizzati invece a livello di singola unità operativa da coloro che devono assumere decisioni sulla distribuzione delle risorse sulle 24 ore: è l'esempio del numero di pazienti in carico agli infermieri/OSS sui giorni festivi che costituisce un rapporto influenzato dai modelli organizzativi e dai flussi di accesso dei pazienti; oppure, è il caso del numero di ricoveri nelle fasce notturne;

d) di scarso significato quando riferiti a dati complessivi, come ad esempio le ore di assenza di infermieri e OSS per struttura operativa, disponibili spesso come insieme delle assenze per malattia, maternità e formazione;

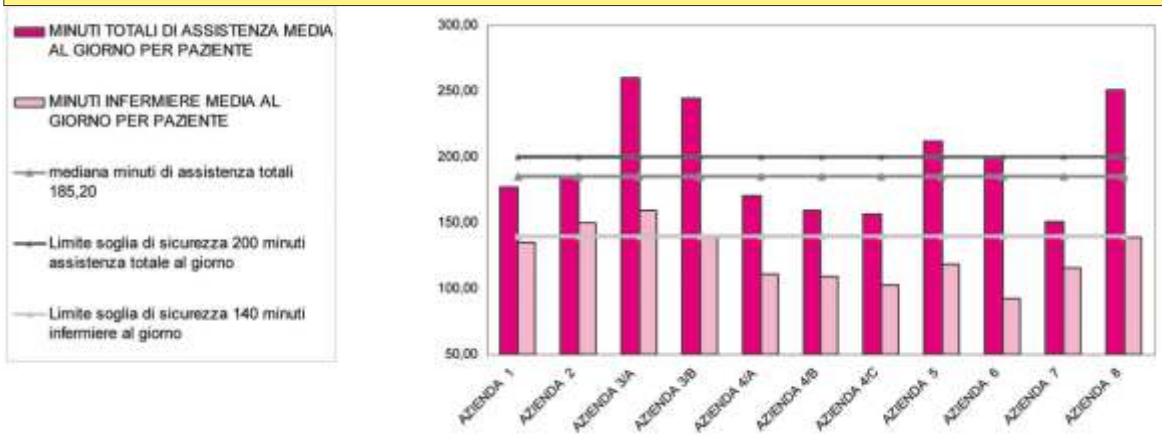
e) variamente interpretabili a livello di macrosistema ospedaliero, come ad esempio la frequenza con cui in media occorrono per ciascun operatore le variazioni di turno programmato, che può esprimere nel contempo la massima flessibilità gestionale e l'elevato grado di personalizzazione dei turni alle esigenze del singolo ma anche la massima difficoltà organizzativa (e, quindi, un potenziale impatto negativo sulla vita lavorativa e personale degli operatori);

f) oggetto di vincoli normativi come ad esempio il numero medio di giorni di congedo ordinario fruiti dagli operatori. Le ferie sono un istituto che deve essere garantito e la cui fruizione dipende anche dalle politiche regionali e locali di controllo delle eccedenze di congedi ordinari. Eventuali situazioni critiche possono essere significative se analizzate a livello di singolo team;

g) ridondanti, come ad esempio il numero medio di giornate di degenza per infermiere e personale di supporto, che fornisce una informazione già assicurata dal numero medio di pazienti in carico per infermiere.

Il Set di Indicatori/Dati sui quali è emerso consenso, è stato quindi perfezionato al fine di giungere a una definizione operativa omogenea. A questo punto del consenso, il Set è stato validato, valutando per sei mesi le dotazione organiche delle medicine e chirurgie delle Aziende partecipanti. Sulla base dei dati emersi, confrontando le fluttuazioni analizzate anche alla luce di standard qualitativi assistenziali, di variabili organizzative e di contesto nonché della casistica dei pazienti accolta nelle strutture in analisi, si sono individuati gli Standard di Sicurezza. Tali standard quantitativi minimi, costituiscono il livello di garanzia di una 'buona assistenza'.

Figura 1 -Offerta assistenziale nelle medicine: livello soglia di sicurezza 200 minuti totali di assistenza al giorno per paziente (minuti infermiere uguali o superiori a 140/die – skill mix infermiere 70%)



Il Network ha quindi sviluppato il Set di Raccomandazione sulle dotazioni organiche, includendo gli standard minimi individuati ritenuti capaci di garantire sicurezza dei pazienti e qualità, nonché ambienti di benessere lavorativo (Armstrong et al., 2009).

Le procedure di consenso sono state realizzate dal mese di giugno 2010 al mese di aprile 2011. Tali procedure hanno previsto riunioni di lavoro, verifica della fattibilità sul campo, rielaborazione dati e di progress, rivalutazione del consenso per complessive tre volte.

Consenso

1) Set di Indicatori/Dati a supporto delle decisioni sulle dotazioni organiche

È stato approvato un Set Minimo di Indicatori/Dati per la pianificazione, monitoraggio e confronto delle dotazioni di personale infermieristico e di supporto (Tabella 2, a pagina 34). Tali

Indicatori/Dati sono riferiti a quattro aree:

a) indicatori di assistenza: definiscono la quantità di assistenza infermieristica e di supporto erogata mediamente per ciascuna giornata di ricovero del paziente.

b) dati sul personale: definiscono le ore lavorate in media da un infermiere o da un operatore di supporto oltre alle 1464 ore dovute contrattualmente e che possono essere generate da: lavoro straordinario, richiami in servizio o attività di formazione;

c) dati di attività ospedaliera: definiscono il volume di attività gestito dalla struttura nell'anno;

d) dati sui pazienti per una stima del peso assistenziale richiesto dai pazienti su base annua. È stato assunto il peso del DRG medio che, pur non specifico per il fabbisogno assistenziale, è omogeneo e disponibile trasversalmente e consente un confronto tra le Aziende del Network. L'età è stata scelta poiché variabile predittiva dell'impegno assistenziale richiesto.

2) Standard minimi di sicurezza dotazione del personale di assistenza

Il set di Indicatori/Dati concordato è stato applicato osservando un periodo al fine di descrivere l'offerta assistenziale in minuti/die delle strutture di medicina e chirurgia appartenenti al Network. Sulla base dei dati mediani e medi emersi (Figura 1 e 2), del giudizio degli esperti partecipanti e della letteratura disponibile (vedi Referenze), sono stati individuati gli Standard minimi di sicurezza delle dotazioni organiche. Tali Standard Minimi si riferiscono alla quantità di assistenza da erogare per garantire sicurezza ai pazienti e sono stati inclusi nelle raccomandazioni.

3)Raccomandazioni per una dotazione assistenziale sicura

1. La dotazione del personale di assistenza deve essere ritenuta adeguata quando garantisce un'assistenza sicura per i pazienti ma anche un ambiente di benessere lavorativo per il team. Nella definizione delle dotazioni organiche sono raccomandate le seguenti definizioni: per assistenza diretta si intende l'insieme dei processi e delle attività realizzate al letto del paziente. La valutazione della dotazione assistenziale deve essere effettuata sulla presenza media dei pazienti.

2. Allo stato delle conoscenze e delle esperienze attuali, si raccomanda di garantire 220 minuti totali di assistenza per paziente al giorno. È accettabile una proporzione di personale di supporto fino ad un massimo del 40%,garantendo in tal caso 132 minuti di assistenza infermieristica e 88 minuti di assistenza erogata dal personale di supporto. Questo parametro nelle 24 ore determina un rapporto (arrotondato) di circa 11 pazienti per infermiere e di circa (arrotondato) 16 pazienti per operatore di supporto, (Tabella n.3).

3. Si potranno raggiungere percentuali maggiori del 40% di personale di supporto rispetto ai minuti totali di assistenza purché sia mantenuto il livello minimo dei 132 minuti di assistenza infermieristica e in presenza di modelli organizzativi ad alta integrazione fra infermiere e personale di supporto.

4. Si ritiene che 200 minuti totali di assistenza per paziente al giorno sia il limite al di sotto del quale l'assistenza non è sicura e potrebbe mettere a rischio il paziente; laddove si mantenga un'assistenza minima di 200 minuti totali, la proporzione di operatori di supporto non deve superare il 30% garantendo in tal caso 140 minuti di assistenza infermieristica e 60 minuti di assistenza erogata dal personale di supporto. Questo parametro nelle 24 ore determina un rapporto (arrotondato) di 10 pazienti per infermiere e di 24 pazienti per operatore di supporto. (Tabella n.4).

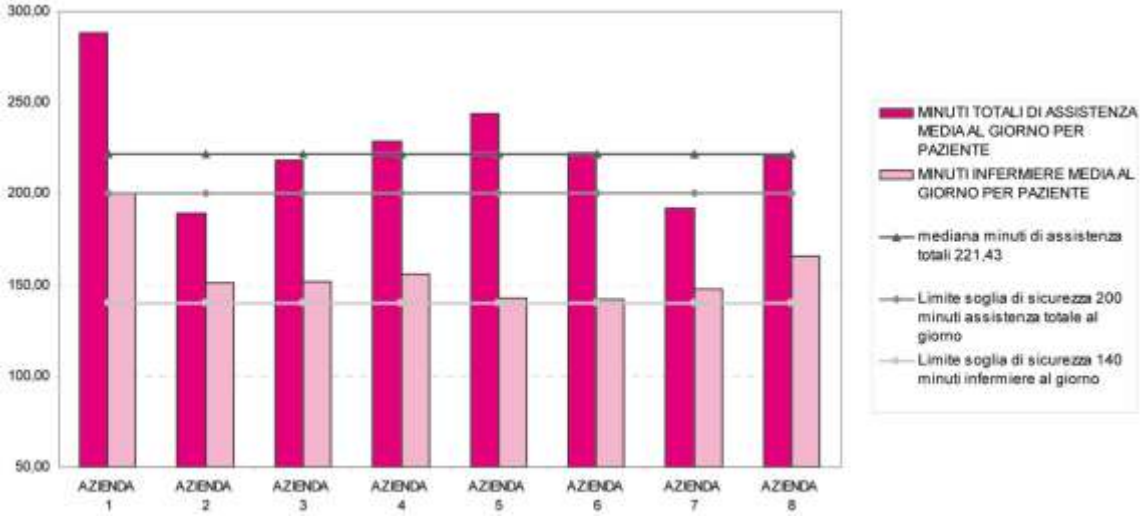
5. Si raccomanda di assumere decisioni di riduzione dell'offerta (ricoveri o posti letto) o azioni di integrazione dei turni con personale aggiuntivo, quando i minuti totali di assistenza al giorno per paziente sono al di sotto dei 200 minuti/die totali.

6. Qualora alcuni processi complementari (alberghieri, di supporto, igienico¬sanitari, trasporto materiale...) non fossero a carico di terzi ma a carico della struttura stessa, è necessario attribuire a questi una valorizzazione temporale e considerarla in aggiunta a quanto sino ad ora indicato.

7. Si raccomanda, oltre che di garantire l'appropriatezza della dotazione di personale assistenziale, di adottare piani di cure che, pur variando in base ai contesti e ai profili clinici, garantiscano standard assistenziali sicuri ed efficaci per: la mobilizzazione, il posizionamento e le cure igieniche dei pazienti allettati, il comfort e la prevenzione dei rischi da pressione, l'idratazione e l'alimentazione personalizzata, la sorveglianza sistematica dei pazienti, la prevenzione del rischio di cadute, il monitoraggio pianificato della prevenzione delle complicanze.

8. Si raccomanda la revisione dei processi organizzativi attivando con sistemi di informatizzazione, tecnologia e trasporto, al fine di liberare tempo-lavoro degli infermieri affinché possano dedicarsi all'assistenza diretta al paziente.

Figura 2 - Offerta assistenziale/die media nelle aree chirurgiche: minuti totali di assistenza raccomandati: 220 per paziente al giorno (minuti infermiere e" 132/die – skill mix infermiere 60%)



9. Si raccomanda di adottare sistemi e strumenti a tecnologia informatica per assicurare sicurezza e semplificare i processi di lavoro (cartella integrata informatizzata, gestione informatizzata dell'intero processo di somministrazione farmaci, adozione di computer palmari da utilizzare al letto del paziente…).

10. Si raccomanda nelle fasi di ristrutturazione delle unità operative di valutare i percorsi, la dislocazione dell'unità di degenza e la distribuzione degli spazi al fine di ridurre la dispersione e facilitare la sorveglianza dei pazienti.

11. Si raccomanda di definire per ciascun contesto operativo gli ambiti irrinunciabili di competenza infermieristica distinti da quelli del personale di supporto.

12. Si raccomanda di integrare i team assistenziali con altri professionisti (es. terapista della riabilitazione, dietista) per arricchire di competenze specifiche l'assistenza e ridurre il tempo-lavoro degli infermieri dedicato alla compensazione. Qualora le prestazioni di altri professionisti abbiano un carattere di continuità e stabilità nell'assistenza diretta al paziente per gli ambiti di loro competenza, il tempo da loro dedicato può essere incluso nel calcolo totale dei minuti di assistenza.

13. Si raccomanda di coinvolgere i familiari e i volontari nei processi assistenziali ma di evitare attraverso questi di attivare

	n°	INDICATORI/DATI	Definizione operativa	Note
ASSISTENZA	1	**minuti infermiere media al giorno per paziente**	**Numeratore:** minuti di assistenza erogati o programmati/garantiti dall'infermiere al giorno sommato al tempo dedicato alla consegna standard se non già incluso nel turno di lavoro programmato **Denominatore:** Presenza Media Giornaliera pazienti calcolata sulle 24 ore	**Infermieri:** non sono inclusi gli infermieri che svolgono funzioni di coordinamento. **Minuti di assistenza erogati:** sono quelli effettivamente erogati (compreso il tempo per il passaggio consegna). **Tempo passaggio consegna:** nella realtà in cui la sovrappossizione dei turni non è programmata, stabilire un tempo (in minuti) standard da sommare ai minuti di assistenza rilevati (fare riferimento a indicazioni contrattuali o altri atti interni all'azienda). **Periodo:** indicare su quale periodo è stato effettuato il calcolo (media anno, giornate indice o settimane campione).
	2	**minuti totali di assistenza** (infermiere + personale di supporto) **media al giorno per paziente**	**Numeratore:** minuti di assistenza erogati dall'infermiere cui si aggiungono i minuti di assistenza erogati dal personale di supporto **Denominatore:** Presenza Media Giornaliera dei pazienti calcolata sulle 24 ore	**Personale di supporto:** infermiere generico, puericultrice, OSSC, OTA ed eventuali ausiliari specializzati impegnati nell'assistenza. **Minuti di assistenza erogati:** sono quelli effettivamente erogati (compreso il tempo per il passaggio delle consegne)
	3	**skill mix**	Rapporto tra (Minuti infermiere media al giorno per paziente) / (Minuti totali di assistenza media al giorno per paziente) per 100	**Significato**: misura la proporzione di cure infermieristiche erogate sul totale delle cure ricevute dal paziente.
	4	**n° pazienti per infermiere media die**	Esprime la media dei valori degli indicatori 4a, 4b, 4c. E' un indicatore approssimativo. Si ritiene più rilevante la stratificazione per turno di lavoro (vedere sotto)	**Sistema di calcolo della presenza in turno:** si considera l'unità intera, ovvero l'operatore presente dall'inizio alla fine turno (es. turno del mattino 7,00 - 14,00 = se l'operatore è presente dalle 7,00 alle 14,00 vale 1 unità). Definito il numero di ore per singolo turno, le presenze che durano meno sono considerate in modo proporzionale (es. turno del mattino 7,00 alle 14,00 = se l'operatore è presente dalle 7,00 alle 10,30 vale 0,5 unità). Nel caso in cui un operatore lavori con un orario che si sovrappone su due turni, si considera per ciascun turno la frazione effettivamente lavorata (es. turno del mattino 7,00 - 14,00 turno del pomeriggio 14,00 - 21,00, per operatore presente dalle 10,30 alle 17,30 vale 0,5 unità sul mattino e 0,5 unità sul pomeriggio).
	4a	**n° pazienti per infermiere media turno mattino**	**Numeratore:** prezenza media giornaliera pazienti su 24 ore **Denominatore:** numero di infermieri nel turno di mattino	
	4b	**n° pazienti per infermiere media turno pomeriggio**	**Numeratore:** prezenza media giornaliera pazienti su 24 ore **Denominatore:** numero di infermieri presenti nel turno di pomeriggio	
	4c	**n° pazienti per infermiere media turno notte**	**Numeratore:** prezenza media giornaliera pazienti su 24 ore **Denominatore:** numero di infermieri presenti nel turno di notte	
	5	**n° pazienti per personale di supporto media die**	Vedi indicatore 4	**Personale di supporto:** pur riconoscendo il diverso contributo offerto da ciascun operatore, in questa sede per "personale di supporto" e per le finalità specifiche del monitoraggio si intendono gli infermieri generici, gli OSS, gli OSSC, gli OTA, le puericultrici ed eventuali ausiliari specializzati.
	5a	**n° pazienti per personale di supporto media turno mattino**	**Numeratore:** prezenza media giornaliera pazienti su 24 ore **Denominatore:** numero di operatori presenti nel turno di mattino	
	5b	**n° pazienti per personale di supporto media turno pomeriggio**	**Numeratore:** prezenza media giornaliera pazienti su 24 ore **Denominatore:** numero di operatori presenti nel turno di pomeriggio	
	5c	**n° pazienti per personale di supporto media turno notte**	**Numeratore:** prezenza media giornaliera pazienti su 24 ore **Denominatore:** numero operatori presenti nel turno di notte	
PERSONALE	1	**n° ore lavorate in più all'anno media per infermiere** (straordinarie, richiami in servizio, formazione)	**Numeratore:** ore lavorate in più rispetto al contratto (ore straordinarie, richiami in servizio) dagli infermieri dal 1 gennaio al 31 dicembre. **Denominatore:** media presenza anno di infermieri (FTE)	**Full Time Equivalenti (FTE):** un operatore che lavora a tempo pieno (36 ore/settimana) corrisponde a 1 FTE, la presenza di operatori con contratti diversi dal tempo pieno sono riparametrati (es. 1 operatore a 36 ore settimanali e 1 operatore a 18 ore settimanali, faranno 1,5 FTE). **Richiami in servizio:** s'intendono i richiami da riposi o ferie programmati eccetto i richiami per pronta disponibilità. Sono inoltre escluse le ore di supporto alla libera professione intramuraria.
	2	**n° ore lavorate in più all'anno media per personale di supporto** (straordinarie, richiami in servizio, formazione)	**Numeratore:** ore lavorate in più rispetto al contratto (ore straordinarie, richiami in servizio) dal personale di supporto dal 1 gennaio al 31 dicembre. **Denominatore:** media presenza anno di personale di supporto (FTE)	**Full Time Equivalenti (FTE):** vedi indicatore 1 **Richiami in servizio:** vedi indicatore 1 **Personale di supporto:** vedi indicatore 5
	3	**n° ore prestazioni orarie aggiuntive media per infermiere**	**Numeratore:** ore prestazioni orarie aggiuntive (POA) lavorate dagli infermieri dal 1 gennaio al 31 dicembre. **Denominatore:** media presenza anno di infermieri (FTE)	**Full Time Equivalenti (FTE):** vedi indicatore 1 **Per POA** s'intendono le prestazioni orario aggiuntive previste dalla legge n. 1 dell'8.1.2002
ATTIVITÀ	1	**tasso di occupazione posti letto**	**Numeratore:** numero di giornate di degenza nel periodo **Denominatore:** numero di giornate di degenza disponibili (ovvero posti letto x numero di giorni del periodo	**Significato:** indica il livello (%) di occupazione dei posti letto disponibili con riferimento ad un intervallo temporale **Riferimento temporale:** annuale, 1 gennaio - 31 dicembre. **Fonte:** dato fornito dai sistemi informativi aziendali **Sinonimi:** indice di occupazione dei posti letto
	2	**degenza media**	**Denominatore:** numero di giornate di degenza nel periodo. **Numeratore:** numero di ricoveri nel periodo	**Significato:** indica la durata media di un ricovero nella struttura ospedaliera (in giorni) con riferimento ad un intervallo temporale. **Riferimento temporale:** annuale, 1 gennaio - 31 dicembre. **Fonte:** dato fornito dai sistemi informativi aziendali
	3	**percentuale ricoveri urgenti**	**Numeratore:** numero di ricoveri urgenti (non programmati, provenienti dal Pronto Soccorso) **Denominatore:** numero di ricoveri totali registrati in un anno.	**Significato:** indica la proporzione di pazienti ammessi in regime di ricovero urgente sul totale dei pazienti accolti. **Riferimento temporale:** annuale, 1 gennaio - 31 dicembre. **Fonte:** dato fornito dai sistemi informativi aziendali
	4	**intervallo turn over**	**Numeratore:** (giornate disponibili) - (giornate effettive). **Denominatore:** numero di ricoveri nel periodo	**Significato:** indica il tempo medio (in giorni) che intercorre tra la dimissione di un paziente e il ricovero successivo (tempo medio in cui un posto letto rimane libero). **Caratteristiche del dato:** da monitorare solo se disponibile nei flussi informativi aziendali. Risente di eventuali rimodulazioni dell'offerta (ad es. chiusure posti letto) e pertanto qualsiasi comparazione deve essere prudente **Riferimento temporale:** annuale, 1 gennaio - 31 dicembre.
	5	**n° dimissioni medie anno per infermiere**	**Numeratore:** numero di dimissioni osservate in un anno (esclusi dimissioni in regime di DH). **Denominatore:** quantità di presenze medie anno per infermiere (FTE).	**Significato:** la dimissione in area chirurgica e medica è un momento da presidiare, sia per le esigenze di educazione dei pazienti e delle loro famiglie/caregiver sia per l'eventuale attivazione di percorsi post ricovero o di dimissioni protette. **Riferimento temporale:** annuale, 1 gennaio - 31 dicembre. **Full Time Equivalenti (FTE):** vedi indicatore Personale 1
PAZIENTE	1	**età media pazienti ricoverati**	**Numeratore:** somma dell'età di tutti i pazienti ricoverati nel periodo **Denominatore:** numero pazienti ricoverati nel periodo	**Significato:** l'età del paziente è una variabile predittiva dell'impegno assistenziale **Riferimento temporale:** annuale, 1 gennaio - 31 dicembre. **Fonte:** dato fornito dai sistemi informativi aziendali
	2	**peso medio DRG ricoveri ordinari**	**Numeratore:** somma dei pesi dei DRG dei dimessi **Denominatore:** numero dei dimessi	**Riferimento temporale:** annuale, 1 gennaio - 31 dicembre. **Fonte:** dato fornito dai sistemi informativi aziendali

Tabella 3 - Rappresentazione sintetica delle Raccomandazioni n. 2 e 3

Minuti totali di assistenza al giorno (infermiere + personale di supporto)	Minuti/die infermiere (60%)	Minuti/die personale di supporto (40%)	N. pazienti in carico Infermieri + personale di supporto	N. pazienti in carico per infermiere	N. pazienti in carico per personale di supporto
220	132	88	6,5	10,9	16,4

forme di compensazione sistematica della carenza di personale.

14. Si raccomanda di rivalutare la prassi consolidata di assegnazione di soli due operatori nel turno notturno potenziando la dotazione assistenziale in considerazione della crescente acuità e complessità dei pazienti che richiedono sorveglianza continuativa.

15. Si raccomanda di rivalutare la prassi consolidata di riduzione del numero di operatori in turno nei giorni festivi qualora la quantità dei pazienti e le attività cliniche correlate mantengano un impegno elevato.

16. Si raccomanda di includere nel limite soglia di sicurezza il tempo dedicato alla continuità (consegne) che rappresenta a tutti gli effetti una attività assistenziale da assicurare in orario di lavoro.

17. Si raccomanda di introdurre e implementare modelli organizzativi che consentano la presa in carico dei pazienti da parte di un infermiere (team nursing, primary nursing).

18. Si raccomanda di sviluppare modelli organizzativi integrati di presa in carico con le diverse componenti professionali coinvolte, e in particolare con gli operatori di supporto, affinché gli infermieri possano mantenere la responsabilità, supervisione e coordinamento del processo assistenziale.

19. Si raccomanda di affidare a ciascun infermiere gruppi di pazienti bilanciati per numerosità, complessità clinica ed assistenziale, ma anche per disponibilità di risorse di supporto presenti e competenze disponibili. La numerosità e la tipologia dei pazienti potranno essere decisi anche su base quotidiana, avvalendosi di sistemi di misurazione della complessità validati; la composizione potrà anche essere rivista durante il turno di lavoro sulla base delle esigenze di riequilibrio della dose di assistenza nel caso di pazienti instabili o critici che richiedono maggiore sorveglianza.

20. Si raccomanda di adottare il Set minimo di Indicatori/Dati sviluppando modalità/strumenti comuni di raccolta dati per ridurre la variabilità delle misurazioni; in particolare:

- per le ore straordinarie si raccomanda di distinguere quelle effettuate per esigenze assistenziali da quelle maturate per altre motivazioni (formazione);
- è necessaria l'adozione di un sistema informatizzato per la programmazione degli orari di lavoro integrato con il sistema rilevazione presenze al fine di facilitare la raccolta dei dati;
- è necessario che il sistema di controllo di gestione fornisca dati aggregati per team assistenziale (per unità assistenziale) e non solo per centro di costo (centrato sull'equipe clinica).

21. Si raccomanda, infine, di sviluppare ricerca per valutare gli effetti sui pazienti esposti a diverse dotazioni quali-quantitative, ricercando specifici esisti sensibili alle cure infermieristiche e la loro occorrenza.

Queste raccomandazioni saranno sottoposte a rivalutazione attraverso un benchmarking di frequenza almeno annuale.

Referenze

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalki J, Silber JH. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association, 288, 1987-93.

Armstrong, K.J, Laschinger, H, & Wong C. (2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. Journal of Nursing Care Quality, 24, 55-62.

Cho SH. (2001) Nurse staffing and adverse patient outcomes: a systems approach. Nursing Outlook, 49, 78-85.

Federazione IPASVI. Infermieri per 1000 abitanti, per Regione- anno 2009. Rapporto 2010. International Quality Indicator Project (2010). Acute Care Quarterly Report: 14 Patients Safety.

Registered Nurses' Association of Ontario (2007). Developing and sustaining effective and workload practices. Toronto. Registered Nurses' Association of Ontario best practice guidelines program. Available at: http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122& Content ID=1199&SiteNodeID=241.

Royal College of Nursing Employment Research (2009). Past imperfect, future tense: Nurses' employment and morale in 2009. Ball J, Pike G.: Authors. London RCN, RCN publication code 003 545.

Royal College of Nursing (2010). Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. Ball J.: Author. London RCN, RCN publication code 003 860.

Royal College of Nursing Institute (2003). Setting safe nurse staffing levels. Scott C.: Author.

World Health Organization – Regional Office for South East Asia (2003). Nursing and Midwifery workforce management. SEARO Technical publication No 27. Available at: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_GlinesforManagem_11September.pdf.

Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, & Harris M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. New England Journal of Medicine, 364 (11), 1037-1045.

Hanno partecipato anche: Bergamo Rolando, Bortolameatti Bianca, Brolis Renata, Brugnolli Anna, Casonato Savina, Cologna Marina, Dellai Marisa, Gramola Cristina, Levato Roberta, Perderzolli Luisa, Pedrotti Bruno, Renica Federica, Roncoroni Elisabetta, Ruocco Mario, Sabbadin Lucia, Stenico Paola, Tabarelli Rosanna, Tovazzi Cristina, Vesca Roberta.

Referente: **Saiani Luisa**
email: luisa.saiani@univr.it

Tabella 4 - Rappresentazione sintetica della Raccomandazione n.4

Minuti totali di assistenza al giorno (infermiere + personale di supporto)	Minuti/die infermiere (60%)	Minuti/die personale di supporto (40%)	N. pazienti in carico Infermieri + personale di supporto	N. pazienti in carico per infermiere	N. pazienti in carico per personale di supporto
220	140	60	7,2	10,3	24

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

Per scrivere alla redazione:
infermieristicamente@nursind.it

Di ritorno dagli Usa, dove i medici non hanno paura degli infermieri

10 OTT - Gentile Direttore, sono un chirurgo italiano di 40 anni e lavoro in un grande ospedale del profondo Nord. Scrivo dall'aeroporto di Baltimore (USA) di ritorno da una illuminante esperienza di 3 settimane nel più antico centro traumi degli USA, vecchio di 50 anni.

Seguendo da sempre le vicende della nostra piccola politica e della nostra professione, ho avuto tante conferme e nessuna smentita sulla nostra decadenza come cittadini e come professionisti. Le basti pensare a quanto siamo ritenuti giovani alla mia età nel nostro paese e come invece siano ritenuti esperti e capaci di insegnare ai più giovani i nostri colleghi coetanei americani. Questo viene dal fatto che il loro percorso formativo è strettamente monitorato in ogni sua fase da autorità indipendenti e interessate ad avere medici competenti e lontani dall'essere frustrati già da giovani.

Persi come siamo ancora a rivendicare un ruolo onnicomprensivo nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del paziente, non ci siamo accorti che in moltissimi altri paesi, per ragioni che è ben facile immaginare, la figura del medico è stata affiancata da parecchie altre figure che hanno un ruolo fondamentale nel percorso intra ed extra ospedaliero dei pazienti. Mi riferisco a tutte quelle figure cosiddette allied health care professionals (si badi bene: professionisti) che hanno consentito al medico di dedicarsi con più tempo e dedizione al suo proprio ruolo: curare, insegnare e fare ricerca.

Le battaglie di retroguardia che vedo fare dai sindacati, di cui peraltro faccio parte e in cui ho ricoperto ruoli dirigenziali, non mi fanno essere ottimista. Le litanie sullo spazio rubato al medico dall'incedere inesorabile delle competenze e degli spazi delle altre professionalità, le litanie stanche e noiose sulla mancanza di medici in futuro, non fanno presagire nulla di buono. Mi riferisco al fatto, noto a tutti, che in Italia negli ultimi 30 anni, per dare da mangiare a tutti, si sono inventati per i medici lavori che non sono da medici ma da burocrati. Si, diciamolo con franchezza, basta con compiti che poco o nulla hanno a che fare con la professione, in ospedale come fuori. Ci sono compiti che potrebbero essere svolti con più entusiasmo, dedizione e, perché no, competenza, da altre figure fondamentali: infermieri, tecnici, ostetriche e così via per arrivare al personale amministrativo. In questo modo, è ovvio, i medici sarebbe in numero più che sufficiente. Si badi bene, non si vuole scaricare la parte meno nobile o interessante del lavoro, chi si occupa di queste cose sa di cosa sto parlando.

Negli USA, anche per motivi economici, lo riconosco, ma sempre sotto il perfetto controllo medico, le figure professionali riferibili all'infermiere sono numerose, competenti e dedite a non sfigurare. E' vero, sono stato in un teaching hospital, quindi potrei avere un bias di selezione in senso positivo, ma ho ben presente i nostri (non)teaching hospital e non ci siamo proprio. In questi ospedali si insegna solo a rubare il mestiere e, peggio, a ingraziarsi i boss in ogni modo. Perché è risaputo che compiti che i miei colleghi italiani conoscono benissimo negli USA sono svolti da infermieri, tecnici di radiologia, studenti di medicina o specializzandi (questi ultimi in Italia sono medici, è vero, ma di solito negli ospedali universitari fanno le belle statuine quando non i camerieri) e, udite udite, lo ripeto di nuovo: personale amministrativo!!

Perché quindi perdere l'occasione della cosiddetta gobba per restituire ai medici il loro lavoro? Perché gridare alla mancanza di medici quando basterebbe farsi un giro di ricognizione tra i medici con meno di 40 anni per capire che molti sono a spasso e tutti sono precari tranne pochi fortunati? Perché non rendersi conto che moltissimi di loro non fanno il lavoro che avevano sognato e per cui hanno speso anni dopo la laurea?

Qualcuno obietterà che la mia è una posizione in conflitto di interesse perché appena (sic!) entrato sul mercato e in evidente contrasto con le aspirazioni di tanti giovani che, lo vediamo ogni anno, agognano al posto in facoltà e affollano i test di ingresso. Premesso che il test l'ho fatto anch'io vent'anni fa senza libri e senza corsi di preparazione, allora non disponibili, ma solo con la rendita di un buon impegno liceale e una mezza estate passata a studiare, non credo che la selezione durante il corso di laurea, cosa già sentita e (non) praticata durante gli anni '70 e '80, sia una buona soluzione. I ragazzi di oggi non sanno che 30 anni fa c'erano medici che per campare facevano 2-3 mezzi lavori e nessuno in particolare. Inoltre vent'anni fa non si leggevano sui giornali lettere di genitori indignati perché il pargolo non è riuscito ad entrare. Forse eravamo diversi? Forse oggi ci sono molte pretese a fronte di un non ben preciso impegno nello studio? Le cose sono diventate più difficili?Basta insomma con la formazione specialistica in mano universitaria esclusiva, con controllore e controllato identificati nella stessa istituzione: l'università e il suo ministero! Nessun paese al mondo ha questo modello e si capisce il perché.

Basta con il negare spazio alle altre professioni quando è noto che comunque il medico è al centro del processo diagnostico e terapeutico ma può delegare alcuni compiti per dedicarsi con più profitto a compiti più consoni al suo ruolo e al suo dovere di fare anche ricerca clinica!

Basta con il piangere per la supposta carenza, presente o futura, quando veniamo da anni in cui si inventavano i lavori per i medici per non farli morire di fame (potrei cominciare ad elencarli ma qualcuno si offenderebbe). Ricordo l'aforisma di uno dei dirigenti del mio sindacato: "il vero miracolo italiano sono 330000 medici che mangano tutti"! Non dico nulla di nuovo quando ricordo che l'Italia è tuttora il paese con più medici pro capite in tutta l'OCSE.

E' il tempo delle vere riforme e qui vengo alla politica, che latita almeno dal 1999, anno della riforma Bindi. Perché non ammettere che c'è un motivo ben evidente se in Maryland, esteso come la Lombardia anche se con metà della popolazione, i pazienti politraumatizzati vengono ricoverati solo in 9 ospedali riconosciuti come trauma center, mentre in Lombardia vanno un po' dove capita? C'è quindi bisogno di riorganizzare il sistema sanitario, come sembra voglia fare questo governo, che infatti non è fatto da politici. Il problema è che sono sempre la ragioni economiche a dettare l'agenda e questo la dice lunga sulla mancanza di progettualità.

Di queste cose non parla nessuno perché nessuno vede le cose dal punto di vista di un giovane (sic!), che mediamente non si interessa di questi temi e sono convinto che nessuno continuerà a parlarne.

Dott. Stefano Magnone
(tratto da Quotidiano Sanità)

Ancona: in 2000 per 3 posti

Spett.le NURSIND, scrivo per comunicare ciò che è avvenuto il giorno 6/12/2012 al PalaRossini di Ancona durante il concorso per 3 posti per infermieri. Attesa lunghissima. La prova è iniziata alle 14:30 mentre i primi candidati sono entrati nel palazzetto alle ore 09:00 dopo tanto freddo preso fuori.

Durante l'attesa per le formalizzazioni di rito e il riconoscimento, chiunque poteva alzarsi e andare dove voleva. L'anagrafica veniva scritta dai candidati a penna su un foglio prestampato (senza codice a barre). Alcuni candidati hanno sorteggiato la prova, tale veniva imbustata dai componenti della commissione e da tre operatori sanitari del 118 o croce rossa (come si vede nel video !!)

Ripeto, le prove venivano imbustate al momento da persone estranee alla commissione. Durante lo svolgimento della prova chiunque poteva usare i telefonini per navigare in internet, chiunque (come dice il giornalista) poteva sostare nell'atrio. Le postazioni erano vicinissime.

Un'immagine del concorso

Al termine della prova nessuno ha aspettato che il presidente dichiarasse l'abbandono dell'aula. Sono intervenute le forze dell'ordine... Chiedo se tutto ciò è regolare !! Noi provvediamo a fare denuncia. Invio il video del servizio fatto dal giornalista (visibile su youtube -basta digitare Ancona Concorso Infermieri).

Il 22 ottobre 2012 a Luxemburgo

Nursind alla Conferenza Europea della CESI

Si è svolta il 22 ottobre 2012 a Luxemburgo, presso l'edificio Jean Monnet della Commissione Europea, la conferenza annuale del Consiglio di categoria Sanità delle Confederazioni aderenti alla CESI (Confederazione Europea Sindacati Indipendenti). Per Nursind, presente per la prima volta e su invito della Segretaria della CESI, la collega Esther Reyes Diez del sindacato infermieristico spagnolo SATSE, vi hanno partecipato il Segr. Naz. Andrea Bottega e Donato Carrara della Dir. Naz. Hanno partecipato con noi, anche loro per la prima volta le colleghe del sindacato infermieristico sloveno Jelka Mlakar e Flory Banovac. Per l'Italia erano presenti, oltre al Nursind, anche il dott. Francesco Vitale e il dott. Raffaele Donnorso Perrone, entrambi dell'ANPO (Associazione Nazionale Primari Ospedalieri) a rappresentare la confederazione CONFSAL.

Gli argomenti delle relazioni hanno riguardato alcuni aspetti salienti delle tematiche attuali dei sistemi sanitari e delle problematiche che al loro interno vivono le professioni sanitarie.

Nuova direttiva UE su tagli e punture.

Il dott. Francisco Alvarez, che si occupa della salute dei lavoratori nei posti di lavoro, ha esposto l'iter legislativo che ha portato la Commissione Europea ad approvare la nuova normativa in tema di risk management, in modo particolare circa gli incidenti per ferite da taglio e punture accidentali che si continuano a registrare (circa 1 milione all'anno in tutta Europa) nell'ambito sanitario, e che procurano un danno inestimabile sia agli operatori che allo stesso sistema. Il Consiglio ha voluto perciò dare un forte impulso affinché ci si impegni nei rispettivi Paesi a recepire e far applicare la direttiva 2010/32/UE entro l'11.5.2013, data ultima oltre la quale scatteranno le sanzioni per chi non si è adeguato.

Portare l'etica in corsia.

La collega Danielle van der Eerden dei Paesi Bassi ha illustrato i risultati di uno studio/progetto iniziato nel 2001 con una serie di step nel corso degli anni e di cui si iniziano a registrare gli effetti positivi all'interno dell'attività quotidiana degli operatori sanitari. E' stata prodotta una "Guida etica" che riporta una raccolta di casi pratici e che aiuta il professionista a confrontarsi con gli aspetti etici della professione. Grazie a questa ricerca, oggi si può sostenere che l'etica è entrata in corsia affermando la "cura col cuore e con l'anima". Tra i problemi evidenziati dalla ricerca, quello del tempo è senza dubbio il principale, da cui derivano i comportamenti dell'operatore. Ciò nonostante oggi, nelle corsie dei Paesi Bassi, gli aspetti etici sono parte integrata dell'impegno professionale e non relegata alla coscienza ed iniziativa personale del singolo. La collega Danielle ha evidenziato come in una società dove il "paziente" è chiamato "cliente" e dove la privatizzazione del sistema sanitario si è accentuata fortemente, la professione ha sentito forte la necessità di ritrovare l'importanza dell'etica senza doverla ricondurla necessariamente ai grossi temi attuali dell'eutanasia e riconducibili alla religione, bensì ai bisogni primari ed alla loro soddisfazione in ambito sanitario.

Codice etico delle industrie sanitarie.

Christine Sainvil di EthicalMedTech (Belgio) ha presentato l'istituzione di

questa società istituita dalle industrie europee del settore sanitario facenti capo a EUCOMED, al fine di unificare il comportamento di questo settore produttivo nei confronti dei rapporti con il mondo sanitario e la sua necessità di formazione continua in medicina, nell'intenzione di evitare, almeno nelle apparenze, la corruzione dei sanitari legata al business. Allo stato attuale, le industrie continuano ad essere la fonte primaria del finanziamento degli eventi formativi ECM per il 60% dei costi totali. Da ciò se ne deduce l'importanza strategica di questo settore e la necessità di introdurre un codice etico che le aziende dovranno sottoscrivere per ottenere la certificazione EthicalMedTech degli eventi formativi. Il marchio EthicalMedTech sugli eventi ECM ne testimonierà la qualità, la trasparenza e l'adeguatezza. Al momento, la sua attività ha certificato il 50% degli eventi, negandola ad altrettanti.

Healt First Europe.

Amanda Bogg, manager di HFE (Belgio) ha presentato questa organizzazione non-profit, indipendente, costituita da un'alleanza tra operatori sanitari, pazienti, esperti del settore e che si propone di garantire un accesso equo di tutti i pazienti alla moderna tecnologia sanitaria. Vi aderiscono 20 grandi associazioni europee, ed è sostenuta da 34 europarlamentari. Una prima campagna di sensibilizzazione, iniziata nel 2004, ha riguardato la sicurezza dei pazienti e degli operatori, incoraggiando le istituzioni dell'UE a chiarire e migliorare gli standard di qualità e di stabilire le misure di prestazioni costanti e trasparenti. Campagna che si è poi concretizzata con la Direttiva UE 2010/32. Una seconda campagna, lanciata a maggio 2012 e che si protrarrà fino al 2014, vuole supportare l'implementazione delle Raccomandazioni del Consiglio Europeo su sicurezza e qualità delle cure in tutti gli stati membri. In concreto il progetto prevede di implementare in almeno 16 stati membri, 5-10 pratiche

cliniche corrette, partendo dalla revisione della letteratura per determinare sicurezza nella pratica clinica che soddisfino 5 criteri: dimostrata efficacia, fattibilità, trasferibilità, strumenti di attuazione, coinvolgimento del paziente. A gennaio 2013 è prevista una verifica del progetto attraverso un report degli stati membri. Dall'aprile 2012 è stato aperto un dibattito in Parlamento Europeo coinvolgendo anche le istituzioni mondiali della salute, di cui è stato pubblicato un report nel giugno 2012, al fine di: creare norme minime per la sicurezza dei pazienti a livello di UE per l'attuazione in tutti gli Stati membri; fissare obiettivi di miglioramento per la sicurezza dei pazienti stabilite da ciascuno Stato membro, e monitorati dalla UE; sviluppare una strategia europea per prevenire infezioni nosocomiali e incoraggiarne l'adozione da parte di tutti gli Stati membri. Accanto alla pubblicazione della relazione della Commissione europea, HFE terrà un evento di follow-up con i responsabili politici per discutere di infezioni nosocomiali in particolare sui consigli e gli esiti di attuazione degli Stati membri. Avrà lo scopo di fornire i prossimi passi per portare avanti questioni chiave, gli obiettivi di riduzione, di reporting armonizzato, della strategia UE in materia di infezioni nosocomiali.

Condizioni lavorative negli ospedali.
La collega Danielle van der Eerden dei Paesi Bassi, ha esposto una ricerca comparativa svolta tra il novembre 2011 e giugno 2012 in Germania e nei Paesi Bassi, sulla condizione lavorativa del personale infermieristico. Il questionario sottoposto a 900 operatori verteva sulla soddisfazione lavorativa, sul tempo lavoro e tempo per la famiglia, sul carico di lavoro, sul burn out, sulla realizzazione professionale, sul rispetto dei diritti sindacali. In generale si sono riscontrati dati migliori nei Paesi Bassi, pur riscontrando un peggioramento tendenziale in entrambe i paesi. In entrambi si riscontra una scarsa attenzione verso la formazione nei casi di ristrutturazione dei servizi (accorpamenti). I tedeschi in particolare hanno lamentato la scarsa considerazione della politica nei confronti della professione allorquando si è proposto di reimpiegare nella sanità i disoccupati (vi ricordate la proposta di Berlusconi di utilizzare gli esuberi degli operai della FIAT per utilizzarli "a far le punture"?). Nursind ha apprezzato il senso della ricerca ed ha proposto di estenderla a tutti gli stati dell'UE, proponendosi come autore per quanto riguarda l'Italia. Si sviluppa un dibattito a sostegno della proposta, con l'adesione della Romania e della Spagna. La Francia, pur concordando con l'iniziativa, propone di modificare i contenuti della ricerca facendo in modo che emerga anche una sorta di certificazione degli ospedali rispetto al rispetto dei diritti contrattuali. Anche l'Austria si dichiara concorde. Il presidente della CESI, Bert Van Caelenberg, recepisce il volere del Consiglio e istituirà una commissione ad hoc per la definizione e traduzione del questionario che dovrà essere semplice e con max 11 domande. I risultati della ricerca saranno poi indirizzati all'attenzione della Commissione Europea affinché ne prenda atto e ne discuta le possibili misure. Una nota a latere: i due rappresentanti della CONFSAL hanno ripetutamente e ostinatamente preteso che nella commissione per la definizione del questionario vi partecipasse uno di loro a rappresentanza della "classe medica".

Telesanità.
Il dott Norbert Rosch del centro pubblico di ricerca Henri Tudor di Lussemburgo, ha fatto il punto dell'utilizzo dell'informatizzazione in sanità, descrivendo i vantaggi e lo stato di avanzamento delle tecnologie informatiche.

Ci si è dati appuntamento per il prossimo incontro che si svolgerà ad ottobre 2013. Nursind porterà i dati della ricerca condotta tra gli infermieri italiani riguardante «Essere infermiere oggi».

Centro Studi

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Partecipa al sondaggio

Ricerca della Commissione Europea delle Professioni Sanitarie della C.ES.I.

«Essere Infermiere oggi»

Questo questionario è stato sottoposto ai colleghi tedeschi e olandesi nella primavera del 2012, evidenziando una maggiore soddisfazione lavorativa in Olanda. Nursind ha proposto ed ottenuto che venisse somministrato in tutti i Paesi europei.

Data l'importanza dello studio comparativo, **ti chiediamo 5 min. del tuo tempo prezioso**.

Il sondaggio è attivo su www. nursind.it

scade il 31 marzo 2013

NurSind
Sede Legale: via Squartini, 3 - 56121 Ospedaletto - Pisa - Fax 06 92913943
www.nursind.it - nazionale@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o .....

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

Residente in via ..... N° .....

Città ....Prov. (.....) CAP _ _ _ _ _

Tel. ..... Cell. .....

Email: .....

Codice Fiscale .....

Qualifica .... Matricola .....

In servizio presso .....

si iscrive

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

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

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

Data _ _ / _ _ / _____ in fede .....

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

Data _ _ / _ _ / _____ in fede .....

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

Compila e spedisci via FAX allo 06.92913943 oppure telefona alla sede più vicina alla tua città (vedi la pagina sul retro).

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

AGRIGENTO	339 1548499		FROSINONE	340 8708765		PISA	320 0826435
ALESSANDRIA	348 7730047		GENOVA	349 8073770		PORDENONE	347 1174975
ANCONA	339 2221513		GORIZIA	339 3500525		POTENZA	348 5158076
AREZZO	328 0479421		IMPERIA	340 6170522		PRATO	380 3642130
ASCOLI PICENO	347 6459027		LATINA	347 8465074		RAGUSA	393 9912052
ASTI	329 3342209		LECCE	347 3423464		RAVENNA	389 7942332
AVELLINO	333 1152288		LECCO	349 6441234		REGGIO EMILIA	393 4083204
BARI	339 4064096		LIVORNO	320 0825291		REGGIO CALABRIA	329 9283470
BARLETTA	328 4173358		LUCCA	328 0596018		RIETI	334 3800929
BERGAMO	348 7368056		L'AQUILA	333 4125508		RIMINI	338 2368798
BENEVENTO	392 4574107		MACERATA	338 1745511		ROMA	333 9240281
BOLOGNA	334 2737666		MASSA-CARRARA	349 8455285		ROVIGO	347 7672006
BOLZANO	373 7007311		MATERA	338 1489380		SALERNO	334 2716330
BRESCIA	348 2961805		MEDIO CAMPIDANO	347 1644078		SASSARI	338 4386893
BRINDISI	333 1093968		MESSINA	338 7770909		SIENA	393 3248029
CAGLIARI	349 4319227		MILANO	331 5643203		SIRACUSA	333 1408681
CALTANISSETTA	329 7009683		MODENA	333 6235744		TARANTO	333 3940862
CAMPOBASSO	347 0733738		MONZA	339 1935053		TERAMO	329 0075711
CARBONIA	329 1107560		NAPOLI	338 6268353		TORINO	328 5314092
CASERTA	393 4358822		NOVARA	347 3883671		TRAPANI	347 4530823
CATANIA	328 3364828		NUORO	347 9556199		TREVISO	340 3402872
CATANZARO	320 4370271		OLBIA TEMPIO	349 2427476		TRIESTE	328 4614838
CHIETI	338 2561933		ORISTANO	338 4464589		UDINE	339 2397838
COSENZA	339 8124656		PALERMO	338 9041690		VARESE	377 1558167
CUNEO	348 1222695		PADOVA	346 0106154		VENEZIA	339 2754384
ENNA	333 6106527		PAVIA	366 4444153		VERCELLI	393 9996579
FERMO	348 3394773		PERUGIA	347 3912860		VERONA	329 9559578
FIRENZE	389 9994148		PESARO-URBINO	340 3774179		VICENZA	320 0650894
FOGGIA	320 8811330		PESCARA	320 3134105		VITERBO	338 6760259
FORLI'	344 2502069		PIACENZA	328 6907603			

DIPENDE ANCHE DA TE!

NurSind e gli Infermieri:

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

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

www.nursind.it
nazionale@nursind.it