



La professione **CRESCE,**

il suo Sindacato AVANZA!

Grand Hotel
Salerno
1-2-3 Nov. 2012

**CONGRESSO
NAZIONALE**

sommario:

attualità

- 04 - Nursind sulla proposta di variazione del profilo professionale
- 07 - Appello ai Governatori regionali per la Libera Professione
- 08 - Spending Review e soppressione delle ferie non godute
- 09 - Risposta del Ministero all'interpello Nursind sulle sanzioni disciplinari
- 10 - Precariato: iniziativa Nursind-CGU per la stabilizzazione
- 11 - Sanità privata: ridotto il bonus fiscale
- 12 - Infermieri della Polizia di Stato rivendicano l'applicazione del profilo professionale ed il riconoscimento giuridico
- 13 - Nursind in solidarietà all'appello degli infermieri greci

dal territorio

- 14 - PS di Policoro: l'amaro lucano
- 14 - Sassari: uomini e donne nella stessa stanza
- 15 - USL 7 di Siena: il silenzio dei "non innocenti"
- 16 - FVG: Nursind contro la modifica del profilo professionale
- 17 - Catania: scacco al "re"
- 18 - Bari: nasce la classificazione del genere "nurse"
- 19 - Udine: concorsone all'ASS4
- 19 - L'Aquila: il vestito nuovo dell'infermiere "la livrea"
- 22 - San Camillo Roma: l'azienda davanti al Prefetto
- 23 - Gemelli di Roma: "ora et labora" ma almeno paghi ora?
- 23 - ASL TO4: governare a colpi di Ordini di Servizio
- 24 - ASP di Paluzza: infermieri in rivolta, utilizzati come camerieri
- 25 - Foggia: cercasi infermieri bionici
- 26 - Firenze: cronaca di un disastro annunciato

normative

- 27 - I 3 giorni della 104 non vanno riproporzionati
- 27 - Prestazioni sanitarie detraibili anche se non prescritte dal medico
- 27 - Trasferimenti bloccati anche se il disabile non è grave
- 28 - Interpello su tentativo di conciliazione

previdenza

- 29 - Riscatto penalizzato?
- 29 - In pensione a 60 anni?
- 29 - Riscatto degli anni di studio
- 29 - Invalidità e prestazioni pensionistiche
- 29 - La quantificazione del Part time
- 29 - Conviene riscattare la laurea?

formazione professionale

- 30 - Gestione infermieristica dei farmaci personali del paziente
- 31 - Una ricerca della Cattolica di MI in collaborazione con Nursind sul BURN OUT infermieristico

in libreria

- 34 - Il tempo del morire

Lettere alla redazione

- 35 - Valletti
- 35 - Perché scrivere ai giornali
- 35 - L 104 e diritto ai due anni retribuiti
- 35 - Lavoro amministrativo in SPDC
- 36 - Un infermiere statale come tanti
- 36 - La vittoria degli infermieri penitenziari
- 37 - Non vogliamo essere altro che infermieri

esteri

- 38 - Firmato un accordo di collaborazione tra Nursind-Satse-SDZNS

InfermieristicaMente
 sindacando
 NURSIND

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

Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara - **email:** infermieristicamente@nursind.it
Stampa: Grafiche GNG Vicenza - Registrazione Tribunale di Bergamo n°4 del 13/03/06
 Infermieristicamente è un trimestrale che viene spedito gratuitamente, oltre che agli iscritti Nursind, a numerose U.O. di Ospedali e Cliniche. Qualora i
 destinatari della rivista non intendano più ricevere la pubblicazione, sono pregati di comunicarlo ai recapiti della redazione:
 infermieristicamente@nursind.it o al fax 0354512664

Ben arrivato OSVALDO!



Da questo numero della rivista è con noi in
 Redazione **Osvaldo Barba**, Infermiere del
 Blocco Operatorio dell'Osp. di Mussomeli, atti-
 vista della Segr. NurSind di Caltanissetta.
 Sono in gran parte redatti da lui gli articoli della
 sezione "**dal territorio**" di cui si occuperà.
 A Osvaldo un ben arrivato dalla Redazione ed
 un augurio che possa continuare a lungo la
 sua preziosa e qualificata collaborazione.



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

La professione cresce, il suo sindacato avanza!

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale Nursind



“La storia siamo noi, nessuno si senta offeso, siamo noi questo prato di aghi sotto il cielo.”

F. De Gregori

Questo numero della rivista esce con notevole ritardo per una ragione ben precisa: dare conto dell'esito della misurazione della rappresentatività sindacale a livello nazionale. Purtroppo, i tempi stretti e lo slittamento del calendario dei lavori del Comitato Paritetico presso l'Aran hanno portato l'uscita di questo numero a ridosso di un altro evento cruciale per Nursind nel 2012, il V° Congresso Nazionale, che non ci permette di soddisfare a pieno l'obiettivo.

Al momento di andare in stampa si sono certificati i dati delle votazioni RSU che hanno visto lo splendido risultato del nostro sindacato che, come anticipato nello scorso numero, ha effettuato lo storico sorpasso a Nursing UP arrivando a 17.696 voti pari al 4,77%. Sono attualmente in lavorazione i dati delle deleghe rilevati al 31 dicembre 2011 che, sommati al dato elettorale, determineranno i sindacati rappresentativi sul piano nazionale. Fiduciosi sui nostri numeri attendiamo con ansia il verdetto che a fine ottobre il Comitato Paritetico certificherà. La notizia del nostro risultato, forse, verrà data proprio in sede congressuale, visto che l'elezione per il rinnovo della dirigenza nazionale avverrà proprio nei primissimi giorni di novembre (1-2-3 novembre al Grand Hotel Salerno).

Il V° Congresso Nazionale potrebbe essere dunque un momento storico e, in ogni caso, lo sarà per quanto Nursind ha saputo fare in questi anni lottando ad armi impari senza distacchi e permessi sindacali nelle singole aziende e a livello nazionale.

vamente da attribuire agli infermieri di un unico sindacato di categoria e non ad aggregazioni o affiliazioni di diverso genere o al supporto di altre figure sanitarie o meno.

Molte e grandi le attese, dunque, per il nostro V° Congresso che si terrà a Salerno. Più di 300 delegati provenienti da tutte le segreterie provinciali Nursind d'Italia si troveranno per rinnovare i vertici del sindacato e tracciare le linee di azione e crescita per il prossimo triennio. Un momento di ampia democrazia interna che raccoglierà i frutti di quanto fatto e proietterà la categoria in un sistema più ampio di relazioni istituzionali al fine di rimarcare la presenza e l'influenza degli infermieri italiani nelle scelte decisive che interessano la salute dei cittadini.

Un percorso che sarà certamente segnato da notevoli sfide ma che siamo pronti a cogliere a tutti i livelli vista anche la recente convocazione in sede europea del nostro sindacato. Quanto sinora fatto in termini di visibilità e crescita è sotto gli occhi di tutti: apertura di nuove segreterie, aumento degli iscritti e dei voti, sentenze e interpellazioni a supporto della rete sindacale e dei diritti degli iscritti, adesione e costituzione di ambiti confederativi, iniziative di sviluppo professionale e formativo, interventi su tutti i mezzi di stampa, sviluppo di una rete di collaborazione con altri sindacati infermieristici europei, supporto ai servizi fiscali, previdenziali e assicurativi per gli iscritti. Tuttavia, anche se molto è stato fatto, diversi sono i problemi e gli sviluppi che attendono una nostra posizione.



Grazie al lavoro di tutti i dirigenti abbiamo ottenuto un risultato strabiliante, fondamentale e determinante per il futuro dell'azione sindacale infermieristica in Italia. Potrebbe essere questo, dunque, un ulteriore passo verso la storia dell'infermieristica italiana se il raggiungimento della rappresentatività nazionale venisse confermato in quanto, per la prima volta, un sindacato infermieristico avrebbe titolo a sedere al tavolo della contrattazione nazionale e questo risultato sarebbe esclusi-

Due grandi temi ci toccano in questo momento: il mercato del lavoro alla luce della riforma pensionistica e dei tagli al personale e l'evoluzione delle competenze e i riflessi sul contratto di lavoro. Una riflessione su entrambi i temi sarà svolta in sede congressuale ma spetterà ai futuri dirigenti e quadri sindacali tradurre le riflessioni in azioni concrete per far crescere la professione ed avanzare il sindacato. Da parte mia, un grazie a tutti e un buon lavoro a tutti i dirigenti provinciali e nazionali, nuovi e rinnovati.

La Conf. Stato-Regioni propone la revisione del profilo professionale: “La sfida della valorizzazione della professione non passa attraverso l'adozione di nuove competenze ma dai cambiamenti che l'organizzazione dei servizi saprà darsi”

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind

Il documento proposto all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni si propone di rivedere i profili di competenza dell'infermiere individuando delle aree di competenza-responsabilità nei nuovi scenari sanitari entro cui poter esercitare tali innovative competenze.

Attualmente l'esercizio della professione infermieristica è normato da diverse leggi tra cui la legge 42/1999 che individua i limiti e il campo proprio della professione infermieristica e il DM 739/1994 che individua chi è l'infermiere e il suo profilo professionale descrivendone così l'area dei contenuti.

Il passaggio compiuto dalla citata normativa è consistito nel superamento del sistema normativo “mansionario” basato su una elencazione di attività o compiti che una professione può svolgere per dirigersi verso la descrizione di un ambito autonomo delineato da alcuni limiti e dei criteri guida per definire quali attività possano essere di esclusiva pertinenza di una professione sanitaria.

Questo nuovo sistema fa sì che sia la professione stessa a riempire di contenuti il proprio esercizio con l'avanzare della formazione e delle scoperte scientifiche e delle modifiche organizzative dei sistemi sanitari. Ovviamente permangono i limiti posti dal legislatore per quanto riguarda lo sconfinamento in attività o pratiche di esclusiva competenza medica o di altra professione sanitaria laureata.

Certamente tale assetto normativo qualche problema in merito alle rispettive competenze delle professioni sanitarie lo ha creato e, di fatto, in alcuni casi si è chiesto alla magistratura di fare chiarezza.

Successivamente la legge 251/00 conferma questo quadro all'art. 1 e attribuisce allo Stato e alle regioni la possibilità di legiferare per la valorizzazione delle funzioni e del ruolo:

“1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili

professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo

ca e delle connesse funzioni;

b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.”

Sulla base di questa normativa il documento evidenzia:

• Si è “provocato, anche recentemente, un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), la continuità dell'assistenza e la presa in carico territoriale di numerose tipologie di pazienti, l'innovazione dell'organizzazione del lavoro.”

• Si “pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività. Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria.”

Il documento consta di una premessa, un capitolo sul “quadro normativo delle professioni infermieristiche”, uno sul “metodo di lavoro: partecipazione, comprensione condivisione”, uno sugli “strumenti operativi”, una bozza di Accordo Stato Regioni con 5 allegati elencanti le competenze per ciascuna delle cinque aree di intervento (cure primarie, area critica e dell'emergenza-urgenza, chirurgica, pediatrica, salute mentale e dipendenze).

Al di là delle dichiarazioni di circostanza di “apertura al confronto”, di “vedere positivamente la volontà di discutere sullo sviluppo delle professioni sanitarie” penso sia utile riflettere su alcuni punti per tentare di capire a cosa siamo di fronte e dove si vuole andare.

1. Il sistema:

è il punto di partenza e il punto di arrivo del cambiamento e dello sviluppo. Se sono le esigenze (di “sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso”) di un sistema che hanno portato a stilare il documento allora lo dobbiamo



di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristi-

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

comprendere all'interno del sistema stesso, cioè dobbiamo comprendere il senso di questo documento accanto ad altri documenti o accordi o provvedimenti (o mancata adozione di provvedimenti) riguardanti le altre professioni sanitarie. **Suppongo che sia per le esigenze del sistema sanitario che venga chiesto all'infermiere di evolvere le sue competenze** e che le regioni e il Ministero vogliano valorizzare il ruolo dell'infermiere.

Ora, volendo restare nelle problematiche attuali (tralasciando il See&Treat, il Perimed, che hanno visto anche la loro trattazione in sede giudiziaria e per cui non risulta, ad oggi, nessuna sentenza di condanna di esercizio abusivo o di invasione di altri ambiti di competenze), questo documento esce all'indomani delle polemiche sull'intasamento dei pronto soccorso e del conseguente tavolo tecnico ministeriale sul "riordino cure primarie e integrazione ospedale e territorio" (che doveva portare all'apertura della medicina generale 24 ore su 24, 7 giorni su 7) conclusosi con una posizione al ribasso.

Sul tema siamo intervenuti come sindacato, creando non poche tensioni con i medici di medicina generale, per ribadire al Ministro che **per la soluzione all'intasamento dei pronto soccorso era necessario percorrere nuove strade come la diffusione dell'infermiere di famiglia senza sprecare ulteriori risorse verso i medici di medicina generale.**

Così non è stato; pertanto pare paradossale leggere ora questo documento sia sotto il profilo dell'armonizzazione con tutte le professioni sanitarie sia sotto il profilo della valorizzazione professionale che **per gli infermieri si traduce in "nuove competenze" e per i medici di medicina generale in "ristrutturazione del compenso"** senza apertura dei servizi h24!

La verità è che, sulla carta, nel 1999 si è stabilita ex legge la pari dignità della professione infermieristica con la professione medica ma, nei fatti, i medici e con essi parte del mondo politico, considera la professione infermieristica ancora ausiliaria e funzionale alla professione medica. **Di fatto ancora oggi tutto il sistema sanitario è funzionale alla professione medica più che ai cittadini-utenti.**

Così si è dimostrata anche la riorganizzazione per intensità di cure delle strutture ospedaliere. In molte realtà questa riorganizzazione è stata funzionale a esigenze di economicità attraverso il taglio dei posti letto e il taglio del personale del comparto lasciando intaccate le dotazioni organiche dei dirigenti medici.

Quindi, la revisione del profilo dell'infermiere deve partire da una chiara e trasparente impostazione del sistema sanitario nazionale e regionale e non semplicemente da un crearsi delle condizioni di possibilità operative per la soluzioni di eventuali problemi sulle aspirazioni di altri professionisti da usarsi all'uopo.

È ancora d'esempio la creazione della figura dell'OSS con formazione complementare: istituito, formato ma non contrattualizzato! Uno spreco di risorse e un'immissione di frustrazione nei dipendenti che sia erano riqualificati a proprie spese. Succederà la stessa cosa per gli infermieri con le nuove competenze? **Già ora molti vivono la frustrazione di aver svolto master specialistici a proprie spese senza aver nulla in cambio.**

Occorre quindi discutere prima quale assetto e centralità (rapporto tra territorio-ospedale e medici-professionisti sanitari; i bisogni dei cittadini-utenti) deve avere il sistema sanitario e poi come organizzare i servizi avvalendosi di tutte le risorse presenti ottimizzandone l'impiego. Finora le logiche sono state altre e non vorrei che questo documento contribuisse ad mantenerle.

2. L'organizzazione del lavoro:

è l'ambito che la legge prevede sia trattato dal Ministero e dalle regioni per la valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche. Dovrebbe quindi essere la parte fondamentale del documento, invece, di riorganizzazione nell'ottica di promuovere un'assistenza personalizzata e di incentivazione alla diretta responsabilità e gestione delle attività assistenziali non v'è traccia. Eppure sempre la citata legge 251/00 all'articolo 6 comma 2 prevede:

"... Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere."

Ancora oggi molte aziende sanitarie non hanno un dirigente infermieristico seppure non di ruolo. Eppure sono passati 12 anni e nel frattempo il governo ha emanato la normativa concorsuale ma molti colleghi, formati a proprie spese, ancora aspettano i concorsi.

La previsione, contenuta anche nel PSN, di una diminuzione del numero di medici per garantire il turn over (forse per questo sono necessari infermieri con competenze avanzate?) dovrebbe portare a un ripensamento dell'organizzazione incentivando il ruolo clinico della professione medica e lasciando ad altri il ruolo manageriale. In questo modo si recupererebbero medici da adibire alle cure dirette e si sgraverebbero gli stessi da competenze amministrative che nulla hanno a che fare con il loro corso di studi.

Se il documento si propone di "investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale" come non pensare che ciò avvenga anche attraverso

l'autonomia organizzativa? **Parlare oggi di assistenza personalizzata in molte realtà è ancora un miraggio.** L'organizzazione del lavoro, che si modifica più lentamente delle leggi, deve ancora permettere agli infermieri di svolgere a pieno il loro mandato professionale. **Verso quale futuro vogliamo andare se l'attuale organizzazione del lavoro non permette di svolgere quanto già l'odierna normativa ci assegna?** Quale maggior autonomia e responsabilità se non riusciamo a ottenere nemmeno quelle già esistenti?

Abbiamo la responsabilità delle figure di supporto ma spesso non ci sono; abbiamo la responsabilità della presa in carico dei malati ma non abbiamo dotazioni organiche adeguate; abbiamo la responsabilità della gestione del malato a domicilio ma



non abbiamo le risorse umane ed economiche o la possibilità di farlo in autonomia dai medici di medicina generale; abbiamo la responsabilità della rilevazione dei bisogni infermieristici ma siamo alle dipendenze del medico e sotto la sua gestione-organizzazione.

Occorre **rivedere l'organizzazione per renderla più funzionale alle esigenze dei cittadini e meno medico-centrica**, per liberare i medici dagli incarichi gestionali e renderli disponibili per quelli clinici, per dare la possibilità agli infermieri di fare quanto già la normativa prevede.

3. Il metodo:

è la strada che si è deciso di percorrere per raggiungere il fine.

Il vero fine di questo documento, anche a seguito delle riflessioni appena svolte, ci sfugge. La conferma ci viene dal metodo adottato: la predisposizione di un documento preparatorio a un Accordo stato regioni che attribuisca ulteriori funzioni avanzate agli infermieri a seguito di ulteriore formazione.

Un accordo con una serie elencata di competenze per aree (i cinque allegati) la cui maggior parte è già bagaglio di conoscenze e di esercizio professionale dell'attuale infermiere e di cui è impensabile la mancanza nell'attuale formazione. Un accordo che necessariamente rimanda ad altre norme o provvedimenti per la formazione e per l'esercizio con il rischio che in diverse parti del Paese il processo si fermi a vari livelli, non ultimo quello aziendale o di dipartimento.

Se si voleva attribuire agli infermieri "la prescrizione di presidi e ausili a supporto della dipendenza/non autosufficienza" o l'esecuzione di "sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi" bastava un provvedimento amministrativo o un protocollo condiviso perché non penso sia questo accordo che ne sancisca la liceità bensì le norme già in essere ed eventuali provvedimenti aggiuntivi. Del resto, mi pare assurdo che un medico firmi la prescrizione di un presidio (si pensi ai presidi per le stomie gestiti dagli infermieri stomaterapisti) di cui non conosce le problematiche connesse e le modalità di gestione.

Occorre capire qual è lo scopo da cui nasce il documento, a quali esigenze deve dare risposta. Tale documento non dà soluzioni alle questioni aperte presenti oggi nel rapporto interprofessionale, anzi, rimandando ad altre norme pone le basi per la creazione di aspettative nella categoria che non si sa se siano poi realizzabili. Occorre capire, posto che tale documento non pare sia nato da un'esigenza interna alla professione, a chi serve e a cosa serve in modo da utilizzare poi strumenti concreti per il raggiungimento del fine posto.

4. Gli strumenti operativi:

sono operativamente le norme che portano a compimento l'esercizio delle funzioni avanzate. Sono previsti provvedimenti di Giunta Regionale per modelli organizzativi, provvedimenti di Giunta Regionale per individuazione e attivazione dei percorsi formativi, accordi fra Regione e Università, linee guida allegate al PSN o ai PSR, linee progettuali/sperimentali nazionali regionali.

Purtroppo sia per tipologia che per numero, tali provvedimenti non sembrano

descrivere un percorso breve. Si evidenzia, poi, il rischio che il tutto si blocchi all'ultimo step rendendo vano tutto l'investimento fatto. Appare altresì chiaro che ogni regione e ogni azienda avrà un assetto diverso, percorsi diversi, servizi diversi, livelli di assistenza diversi.

Occorre aver certezza del percorso normativo. **Tale documento rimanda ad atti regionali che non sappiamo se e quando verranno adottati**, tali atti rimandano in definitiva all'organizzazione che può utilizzare o meno l'infermiere con competenze avanzate.

5. Le risorse:

sono i fattori principali che mancano al progetto. **Molte realtà del paese erogano assistenza infermieristica in carenza di risorse e senza adeguate figure di supporto. Com'è pensabile che gli infermieri abbiano anche il tempo per svolgere altre funzioni? Com'è pensabile che le svolgano dopo un investimento personale nel percorso formativo (di tempo e denaro) senza adeguata retribuzione?** Per far funzionare il progetto delineato occorrono diversi infermieri con competenze avanzate perché spesso si debbono esercitare in equipe. In questo caso si seleziona il personale, lo si sposta, lo si obbliga alla formazione?

Occorre stabilire le risorse umane ed economiche a disposizione per poter chiarire quale inquadramento economico si avrà per lo svolgimento di ulteriori competenze e di quali dotazioni il sistema si dovrà fornire per erogare i servizi. Di questi aspetti nei documenti non v'è traccia.

6. Le questioni aperte:

si parla di competenze avanzate ma non si sono ancora chiariti altri aspetti dell'esercizio professionale che nell'attuale organizzazione del lavoro coinvolgono le professioni sanitarie non mediche. In particolare **molti infermieri si trovano a svolgere attività di competenza del tecnico di radiologia o del tecnico di laboratorio**. Si pensi all'utilizzo degli apparecchi radiologici in sala operatoria o nelle sale di emodinamica che, il più delle volte nelle piccole strutture, è a completo carico dell'infermiere. Si pensi all'utilizzo dei POCT che è richiesto agli infermieri a seguito della chiusura dei laboratori analisi nei piccoli centri.

Queste problematiche sono il segno evidente della semplificazione offerta dalla tecnologia ma lasciano aperte delle naturali conseguenze sul piano organizzativo, professionale ed economico (individuale e di sistema, di fungibilità di funzioni e di risparmi). A questi problemi il documento non dà risposta. **In ambito organizzativo la categoria attende pari trat-**

tamento con la professione medica attraverso un atto normativo di istituzione della libera professione che tarda a venire.

Occorre risolvere prima i problemi interprofessionali già presenti (POCT, utilizzo apparecchi radiologici, prescrizioni farmacologiche, utilizzo PICC, intubazione, TENS, laserterapia, macchine per la circolazione extracorporea...) per non lasciare il professionista nell'incertezza del giudizio della magistratura. Altri problemi sono pressanti per la valorizzazione della categoria come l'istituzione della libera professione e l'attività usurante.

7. Partire dal presente:

forse ciò che manca per una riflessione seria sulla professione infermieristica a partire da quelli che sono gli attuali problemi e le potenzialità che già la categoria possiede. Creare ambiti di esercizio per le competenze già in essere, questo manca. **Finché i servizi sanitari saranno medicocentrici e saranno funzionali ai loro interessi difficilmente si potrà intraprendere la strada della evoluzione professionale.** Il freno ai cambiamenti non è mai venuto dalla nostra categoria bensì dalla categoria medica (le denunce alla procura della repubblica per il See&Treat e il Perimed non sono venute dai cittadini ma dall'ordine dei medici e non sulla base di episodi nefasti bensì per principio) che mira a mantenere lo status quo.

La sfida della valorizzazione della professione non passa attraverso l'adozione di nuove competenze ma dai cambiamenti che l'organizzazione dei servizi saprà darsi. **L'infermiere di famiglia o di comunità è già realtà ma non è adottato dalle regioni nei loro piani sanitari come fulcro del sistema dell'assistenza nel territorio. Il case manager è già realtà ma stenta ad essere presente nell'organizzazione dei servizi. Gli ambulatori infermieristici e la gestione dei codici bianchi nei pronto soccorso e la velocizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici possono essere già realtà basta volerli e adottare i necessari provvedimenti.**

Occorre in definitiva mettere mano al sistema dalla realtà più prossima all'utente e non partire da ulteriori competenze e ulteriori percorsi formativi più utili alle università che agli utenti. Le poche competenze che sono "innovative" possono essere già ora attribuite all'infermiere con un semplice provvedimento amministrativo a normativa invariata.

Quindi si proceda se l'interesse è reale e concreto, se così non è allora l'interesse è altro e questo è un dubbio che ci turba. Forse questa è la contropartita per mitigare la reazione degli infermieri a un'evoluzione delle figure di supporto (verso il CoSS, Cooperatore Socio Sanitario) e il loro passaggio al ruolo sanitario?

Appello ai Governatori delle Regioni per la Libera Professione Infermieristica chiediamo un pari trattamento rispetto alla professione medica

Oggetto: "DL Balduzzi" - libera professione infermieristica.

Stimato Presidente,

il 31 Agosto il Ministro alla salute Prof. Renato Balduzzi presenterà un decreto legge di riforma del sistema sanitario. In tale decreto sarà presente anche un articolo che riguarderà la libera professione intramoenia dei medici.

Il Nursind, in rappresentanza dei 20.000 infermieri iscritti, è a chiedere un pari trattamento rispetto alla professione medica, dando agli infermieri la possibilità di svolgere la libera professione e offrire ai cittadini e al mercato un plus che potrebbe migliorare la qualità di vita delle persone e combattere l'abusivismo.

Sulla possibilità di utilizzo di tale strumento per la garanzia dei LEA (in diverse zone del Paese dove la carenza di personale è più sentita o dove il blocco del turn over rischia di compromettere la qualità e la quantità di assistenza infermieristica) saranno poi le singole Regioni e Aziende sanitarie che decideranno l'eventuale ricorso a tali prestazioni e il suo ammontare di spesa annuale in base ai propri fabbisogni e nel rispetto dei principi costituzionali e dei vincoli di bilancio.

Quanto indicato, anche per fugare eventuali critiche di competenza regionale della materia, non rappresenta una limitazione per l'autonomia degli enti regionali bensì una possibilità a garanzia della copertura dei servizi ai cittadini e l'affermazione di un principio di eguaglianza di trattamento davanti alla legge per le professioni sanitarie.

Con la presente, dunque, si vuole riportare all'attenzione Vostra e del Governo la necessità di valorizzare una professione sempre più di fondamentale importanza per la risposta ai bisogni sanitari dei nostri cittadini.

Pertanto Le chiediamo di farsi portavoce di questa istanza ed eventualmente inserire questo articolo come emendamento alla bozza di Decreto Legge.

Art. ... (Libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251).

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le aziende sanitarie locali od ospedaliere del Servizio sanitario nazionale garantiscono la possibilità di svolgere l'attività libero-professionale agli operatori delle professioni sanitarie non mediche

di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, aventi rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche; detti operatori esercitano l'attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. Le regioni disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale, nonché di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa e mantenere predefiniti standard assistenziali, nel rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale, il volume delle

prestazioni di attività libero-professionale non deve superare, per ciascun dipendente, quello assicurato per i compiti istituzionali, né deve richiedere un impegno orario superiore al 50 per cento di quello richiesto in attuazione del rapporto di servizio con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera per lo svolgimento dei compiti istituzionali;

b) la tariffa professionale per l'attività libero-professionale è definita, previo accordo-quadro aziendale con le organizzazioni sindacali aziendali, dal singolo operatore, d'intesa con l'azienda sanitaria locale od ospedaliera;

c) la libera professione intramuraria è gestita dall'azienda mediante un centro unico di prenotazioni, con spazi e con liste separati e distinti tra attività istituzionale e attività libero-professionale, con pagamento delle prestazioni e con ripartizione dei proventi secondo modalità e termini fissati da linee guida regionali;

d) l'esercizio dell'attività libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare oneri per l'azienda sanitaria locale od ospedaliera né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa. Tale attività è consentita presso studi professionali privati, anche in forma associata tra più operatori sanitari non medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, oppure presso strutture private anche non convenzionate con il medesimo Servizio sanitario nazionale;

e) la regione, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi regionali (AGENAS), svolge attività di monitoraggio e di controllo sullo svolgimento della libera professione in termini di tempi e di prestazioni per garantire il rispetto dei principi di cui alla lettera a).

3. I redditi derivanti dall'attività libero-professionale intramuraria degli operatori delle professioni sanitarie non mediche di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, sono assimilati a quelli di lavoro dipendente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, lettera e), del testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Certo di un suo personale impegno nel rappresentare queste istanze e rimanendo a disposizione per ulteriori chiarimenti, porgo distinti saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega



Spending review e

soppressione delle ferie non godute

In Sanità gli infermieri rischiano di regalare allo Stato le ferie non godute degli anni precedenti. Per Nursind è incostituzionale, specie se non ti hanno dato la possibilità di goderle. Interpello al Ministero della Funzione Pubblica.

La Spending Review vorrebbe cancellate le ferie dei lavoratori per contenere la spesa pubblica. In Sanità gli infermieri dovrebbero regalare allo Stato le ferie non godute degli anni precedenti.

Il segretario nazionale Nursind, Andrea Bottega scrive un interpello al Dipartimento della Funzione Pubblica "il diniego alle ferie che porta a una mancata fruizione entro i tempi contrattuali lede un diritto costituzionale. Dopo il blocco dei contratti, delle progressioni economiche e dei tagli al personale, strutture e a beni e servizi, lo Stato ci chiede di regalare anche le ferie arretrate".

L'art. 5 comma 8 del Decreto Legge 95/2012 sulla revisione delle spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini afferma che "Le ferie, i riposi ed i permessi spettanti al personale, anche di qualifica dirigenziale, ..., sono obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi."

Il riferimento al rispettivo ordinamento è, per il Comparto sanità, l'art. 19 del Contratto collettivo nazionale di lavoro che prevede: "Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili. Esse sono fruiti nel corso di ciascun anno solare, in periodi compatibili con le oggettive esigenze di servizio, tenuto conto delle richieste del dipendente.... In caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le ferie dovranno essere fruiti entro il primo semestre dell'anno successivo."

Com'è noto, il fenomeno delle ferie non godute entro i termini contrattuali è particolarmente rilevante presso alcuni servizi e reparti ospedalieri che per carenza di personale devono garantire i servizi essenziali saltando i riposi e spesso anche le ferie.

Nonostante il ripetersi del fenomeno delle chiusure estive dei reparti o accorpamenti degli stessi o la riduzione dei posti letto per garantire i 15 giorni di ferie previste dal contratto per il periodo estivo molti

colleghi non riescono a fruire delle ferie entro il mese di giugno dell'anno successivo. Oggi con questa norma, di fatto, vengono perse quelle giornate di ferie non godute entro il termine.

E' inaccettabile e di dubbia costituzionalità la cancellazione delle ferie non fruiti entro i termini contrattuali."

Abbiamo chiesto al Dipartimento della Funzione Pubblica quali sanzioni saranno previste per i dirigenti che negano le ferie, diritto garantito dall'art. 36 della Costituzione, o come eventualmente imporre il godimento di tale recupero psicofisico ad invarianza dei servizi resi.

Tenuto conto che la nostra professione è composta per l'80% da personale femminile e il fenomeno della maternità è comune come anche l'impossibilità di provvedere a una sostituzione del personale assente per infortunio, malattia o cessato dal servizio (anche per il blocco delle assunzioni) ci chiediamo quante amministrazioni saranno in grado di garantire al proprio personale il godimento delle ferie spettanti nei termini temporali previsti e mantenere aperti i servizi ai cittadini."

Da parte nostra oltre a sensibilizzare le istituzioni perché provvedano a dare chiarimenti compatibili con la garanzia del diritto di salute e del godimento delle ferie dei lavoratori, **abbiamo dato indicazione a tutti gli infermieri di formalizzare entro l'anno le richieste di ferie in modo da avere adeguata documentazione per eventuali ricorsi legali** ed anche per una valutazione sulla costituzionalità della norma.

Alla Cortese attenzione

Dipartimento Funzione Pubblica

Oggetto: Richiesta di chiarimenti art. 5 comma 8 Decreto Legge 6 luglio

2012, n. 95 "Disposizioni Urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"

Gentile Direttore, Il Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, è un sindacato presente nel Comparto sanità diffuso su tutto il territorio nazionale e aderente alla Confederazione rappresentativa CGU. Con la presente si intende chiedere una corretta interpretazione della norma in oggetto e nello specifico quanto previsto dal comma 8 circa l'istituto delle ferie:

"Le ferie, i riposi ed i permessi spettanti al personale, anche di qualifica dirigenziale, ..., sono obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi. La presente disposizione si applica anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro per mobilità, dimissioni, risoluzione, pensionamento e raggiungimento del limite di età. Eventuali disposizioni normative e contrattuali più favorevoli cessano di avere applicazione a decorrere dall'entrata in vigore del presente decreto. La violazione della presente disposizione, oltre a comportare il recupero delle somme indebitamente erogate, e' fonte di responsabilità disciplinare ed amministrativa per il dirigente responsabile."

In particolare ci preme chiarire i seguenti punti:

1. il primo paragrafo del comma 8 afferma che le ferie debbono essere obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti. Nello specifico del comparto sanità il riferimento è l'art. 19 del CCNL 1995, in particolare: "8. Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili. Esse sono fruiti nel corso di ciascun anno solare, in periodi



compatibili con le oggettive esigenze di servizio, tenuto conto delle richieste del dipendente. 9. Compatibilmente con le oggettive esigenze del servizio, il dipendente può frazionare le ferie in più periodi. La fruizione delle ferie dovrà avvenire nel rispetto dei turni di ferie prestabiliti, assicurando comunque al dipendente che ne abbia fatto richiesta il godimento di almeno quindici giorni continuativi di ferie nel periodo 1 giugno - 30 settembre. 11. In caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le ferie dovranno essere fruito entro il primo semestre dell'anno successivo. 12. In caso di motivate esigenze di carattere personale e compatibilmente con le esigenze di servizio, il dipendente dovrà fruito delle ferie residue al 31 dicembre entro il mese di aprile dell'anno successivo a quello di spettanza. 15. Fermo restando il

disposto del comma 8, all'atto della cessazione dal rapporto di lavoro, qualora le ferie spettanti a tale data non siano state fruito per esigenze di servizio o per cause indipendenti dalla volontà del dipendente, si procede al pagamento sostitutivo delle stesse da parte dell'azienda o ente di provenienza."

Ritenendo chiara la disposizione che vieta la monetizzazione delle ferie in qualsiasi caso (eccetto in caso di decesso) **si chiede se le ferie non godute (fruito) per esigenze di servizio** entro il semestre successivo dell'anno di maturazione vengano a decadere oppure rimangono a disposizione del dipendente per una fruizione anche successiva.

2. Essendo il diritto alla fruizione delle ferie un diritto irrinunciabile e costituzionalmente previsto (artt. 32 e 36) **si chiede in caso di mancata fruizione nel periodo previsto dal CCNL per diniego da parte**

del dirigente responsabile quale sanzione sia adeguatamente prevista per lo stesso dirigente e se l'impossibilità di fruito del diritto alle ferie dopo il limite temporale stabilito leda un diritto costituzionalmente tutelato. In mancanza di queste garanzie si potrebbe verificare il caso che l'amministrazione pubblica, attraverso i propri dirigenti e per esigenze di bilancio, giunga a procrastinare la fruizione fino ad oltrepassare il limite temporale previsto dal contratto e dalla legge.

3. Infine, **se tale norma possa avere valore retroattivo** per le ferie non ancora fruito e riferite ad anni passati (ante 2012) mancando una disciplina transitoria.

In attesa di cortese risposta a breve, porgo distinti saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

Sanzioni disciplinari:

importante risposta del Ministro all'interpello del Nursind

La procedura conciliativa prevista dall'art. 7 dello statuto dei lavoratori è ancora valida per i dipendenti pubblici e le sanzioni si possono impugnare entro i 20 gg.

Con la risposta all'interpello del sindacato Nursind 11/2012 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha chiarito la possibilità e le modalità di impugnazione delle sanzioni disciplinari verso dipendenti pubblici dopo l'entrata in vigore della c.d. Riforma Brunetta.

Secondo il Ministero, sembrerebbe che "le sanzioni disciplinari irrogate nei confronti dei pubblici dipendenti possano essere impuginate sia attraverso l'esperimento del tentativo facoltativo di conciliazione di cui agli artt. 410 e 411 c.p.c., nonché mediante le procedure arbitrali ex artt. 412 e 412 quater, ferma restando comunque l'esperibilità dell'azione giudiziaria negli ordinari termini prescrizionali", escludendo, di conseguenza, la possibilità di applicare l'art. 7 della L. 300/1970.

La motivazione addotta è il mancato riferimento specifico alla legge 300/1970. A nostro parere, avallato già da alcune DPL, non è sufficiente il semplice silenzio legislativo a far ritenere abrogata la procedura prevista dall'art. 7 della legge 300/1970 che di seguito riportiamo:

ART. 7. - Sanzioni disciplinari.

Le norme disciplinari relative alle sanzioni alle infrazioni in relazione alle quali ciascuna di esse può essere applicata ed alle procedure di contestazione delle stesse, devono essere portate a conoscenza dei lavoratori mediante affissione in luogo accessibile a tutti. Esse devono applicare quanto in materia è stabilito da accordi e

contratti di lavoro ove esistano.

Il datore di lavoro non può adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del lavoratore senza avergli preventivamente contestato l'addebito e senza averlo sentito a sua difesa.

Il lavoratore potrà farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato.

Fermo restando quanto disposto dalla legge 15 luglio 1966, n. 604, non possono essere disposte sanzioni disciplinari che comportino mutamenti definitivi del rapporto di lavoro; inoltre la multa non può essere disposta per un importo superiore a quattro ore della retribuzione base e la sospensione dal servizio e dalla retribuzione per più di dieci giorni.

In ogni caso, i provvedimenti disciplinari più gravi del rimprovero verbale non possono essere applicati prima che siano trascorsi cinque giorni dalla contestazione per iscritto del fatto che vi ha dato causa.

Salvo analoghe procedure previste dai contratti collettivi di lavoro e ferma restando la facoltà di adire l'autorità giudiziaria, il lavoratore al quale sia stata applicata una sanzione disciplinare può promuovere, nei venti giorni successivi, anche per mezzo dell'associazione alla quale sia iscritto ovvero conferisca mandato, la costituzione, tramite l'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione, di un collegio di conciliazione ed arbitrato, composto da un rappresentante di ciascu-

na delle parti e da un terzo membro scelto di comune accordo o, in difetto di accordo, nominato dal direttore dell'ufficio del lavoro. La sanzione disciplinare resta sospesa fino alla pronuncia da parte del collegio.

Qualora il datore di lavoro non provveda, entro dieci giorni dall'invito rivolto dall'ufficio del lavoro, a nominare il proprio rappresentante in seno al collegio di cui al comma precedente, la sanzione disciplinare non ha effetto. Se il datore di lavoro adisce l'autorità giudiziaria, la sanzione disciplinare resta sospesa fino alla definizione del giudizio. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari decorsi due anni dalla loro applicazione".

È giusto ricordare, inoltre, che ai sensi dell'art. 2 comma 2 del Dlgs 165/2001 lo statuto dei lavoratori si applica anche ai pubblici dipendenti. Ad abundantiam notiamo che anche la legge delega che ha dato vita al Dlgs 150/2009 (Riforma Brunetta) non prevede l'abolizione del collegio di conciliazione ed arbitrato di fonte legislativa bensì al comma 2, lett. o) prevede, appunto, la delega ad adottare provvedimenti legislativi finalizzati ad "abolire i collegi arbitrali di disciplina vietando espressamente di istituirli in sede di trattazione collettiva".

Pertanto riteniamo che sia possibile impugnare le sanzioni disciplinari entro 20 giorni chiedendo l'istituzione del collegio arbitrale ex art. 7 della legge 300/70.

Precariato nella Pubblica Amministrazione:

Iniziativa Nursind-CGU per la stabilizzazione

Procedura di infrazione alla Commissione Europea e Ricorso alla Corte di Strasburgo.

Entro il 1 Feb 2013 gli iscritti Nursind potranno ricorrere al costo di 15 euro.

Il problema del precariato pubblico, quindi anche del comparto sanità, che ha attivato un numero significativo di ricorsi seriali, al fine del riconoscimento della stabilizzazione del rapporto di lavoro e/o del risarcimento del danno a favore dei lavoratori non stabilizzati **che hanno prestato effettivo servizio per più di 36 mesi**, è stato momentaneamente risolto a favore dello Stato italiano prima con la sentenza nr.392 del 13 gennaio 2012 della Corte di Cassazione, Sezione lavoro, sul precariato pubblico in generale, poi con la sentenza nr.10127 del 20 giugno 2012 della stessa Corte, sul precariato scolastico.

Le due sentenze certamente pongono ulteriori ostacoli all'agognata stabilizzazione del rapporto di lavoro, almeno in Italia, anche se le distinte fattispecie esaminate dalla Suprema Corte riguardano contratti (un solo contratto a termine, nella sentenza nr.392/2012) stipulati prima del 1° gennaio 2008, cioè prima dell'entrata in vigore dell'art.5, comma 4-bis, D.Lgs. n.368/2001 e prima del D.L. n.112/2008 (convertito in legge n.133/2008) che all'art.49 ha espressamente previsto l'applicazione a tutte le pubbliche amministrazioni, l'intero decreto legislativo n.368/2001.

Si ricorda che il suddetto decreto legislativo è quello di recepimento della direttiva 1999/70/CE che, ad oggi, si pone come tutela del lavoro precario nell'ambito di tutti paesi aderenti alla comunità europea, Italia compresa.

Tant'è che la stessa legge n.92 del 28 giugno, 2012, c.d. "Riforma Fornero", nonostante i limiti anche di lettura del testo, ha statuito che il contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato costituisce la forma comune di rapporto di lavoro.

La suddetta riforma non modifica il periodo complessivo di rapporto a tempo determinato con il medesimo datore di lavoro che consente l'instaurarsi di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato che, come detto, è di 36 mesi.

La riforma aggiunge la possibilità che, a tal fine, si computi anche il periodo lavorativo prestato in missione nell'ambito dei contratti di somministrazione a tempo determinato.

E' stata poi inserita una norma di interpretazione autentica dell'art. 32, comma 5 della L.183/2010, a proposito del risarcimento del danno subito dal lavoratore, nell'ipotesi di conversione di contratto a termine in rapporto di lavoro a tempo indeterminato. La norma prevede, ora, che il risarcimento del lavoratore costituisca l'unico risarcimento spettante al lavoratore

relativo al periodo compreso tra la scadenza del termine e la pronuncia del provvedimento giudiziale di conversione del rapporto di lavoro.

Le suddette tutele di legge, però, sono rimaste sulla carta, nei fatti i precari italiani, allo stato, non pare abbiano alcun tipo di tutela a dire delle richiamate sentenze della Corte di Cassazione che, a tutti gli effetti, si pongono come sbarramento al diritto dei lavoratori, che abbiano superato i 36 mesi di precariato, **a vedersi convertito il contratto di lavoro a termine a tempo indeterminato e/o a vedersi riconosciuto il risarcimento del danno.**

Ma le menzionate sentenze "politiche" (vi è un chiaro richiamo alla gravità della situazione economica per giustificare la incredibile negazione dei diritti dei lavoratori, con generiche argomentazioni che contrastano con quanto invece, puntualmente, affermato dalla Corte dei Conti nella esautiva relazione del 2 maggio 2012 sul costo del lavoro pubblico e sul precariato scolastico) sono state accompagnate, non casualmente, da un importante intervento legislativo.

Infatti, l'art. 53 del d.l. Monti, rubricato "Misure urgenti per la crescita del Paese" n.83/2012, convertito in legge con modificazioni dalla legge n.134/2012, apportando una modifica al codice di procedura civile, **rende inammissibile il ricorso in appello quando esso "non ha una ragionevole probabilità di essere accolto".**

Pertanto, per i soli iscritti al Nursind, sarà possibile accedere alla seguenti tutele dei diritti nelle sedi europee, entro il termine del 1 febbraio 2013:

1- Procedura d'infrazione alla Commissione europea, in materia di violazione degli obblighi imposti dalla direttiva comunitaria 1999/70/CE, riguardante le tutele relative all'accordo quadro CES, UNICE e CEEP, sul lavoro a tempo determinato ai fini della riqualificazione in un contratto a tempo indeterminato dei con-

tratti a termine dopo 36 mesi di precariato, a qualsiasi titolo prestati e conseguente richiesta di risarcimento del danno.

Tale iniziativa può essere intrapresa da chiunque abbia stipulato i suddetti contratti e che abbiano superato il termine di 36 mesi effettivi di servizio. Come già precisato, nel caso in cui la Commissione europea proponga il ricorso per inadempimento ex art.258 TUEF a seguito della procedura di infrazione n.2010-2124 già in corso e/o in quella che verrà attivata direttamente dagli iscritti a questo sindacato, così come nel caso in cui venga sollevata dai Giudici nazionali la pregiudiziale UE prevista dall'art.267 TUEF sulla normativa del reclutamento scolastico dei supplenti, sarà necessario, successivamente, seguire l'iter davanti alla Corte di Giustizia con interventi dei singoli interessati nella causa comunitaria.



2- Ricorso per violazione dell'art.6 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo alla Corte europea di Strasburgo (CEDU), in materia di ingerenza dello Stato italiano sui processi attraverso le sue giurisdizioni superiori (Corte costituzionale n.303/2011 e Corte di Cassazione nn. 392/2012 e 10127/2012) e le norme interpretative con efficacia retroattiva, per obbligare lo Stato al rispetto degli obblighi imposti dalla citata direttiva comunitaria 1999/70/CE per la tutela del lavoro a tempo determinato e conseguente richiesta di risarcimento del danno.

A tale iniziativa si darà seguito attraverso la compilazione della documentazione presente su apposito spazio nel sito www.nursind.it.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Sanità privata:

ridotto il bonus fiscale del 10%

Il tetto passa dai 6.000 agli attuali 2.500 euro ed è valevole solo per chi non supera i 30.000 euro, contro i 40.000 del 2011.

La detassazione degli straordinari e del lavoro notturno, dei premi di produttività, del lavoro festivo e di quello a turni subisce una proroga con la legge di stabilità 2012 e ora con il Decreto del 23 marzo 2012 si stabiliscono i nuovi requisiti di accesso alla tassazione agevolata al 10% per i lavoratori dipendenti del settore privato.

La detassazione del lavoro straordinario e dei premi di produttività dei lavoratori dipendenti del settore privato è un regime di vantaggio previsto proprio in favore dei lavoratori dipendenti, che potranno applicare l'imposta sostitutiva Irpef e le relative addizionali regionali e comunali, con un'aliquota agevolata al 10%. In sostanza la detassazione si applica al lavoro straordinario, a quello a tempo parziale, al lavoro notturno, a quello festivo e ai turni, quindi a voci retribuite presenti in busta paga, correlate a incrementi di produttività, qualità, redditività, innovazione, efficienza organizzativa, collegate ai risultati riferiti all'andamento economico o agli utili dell'impresa, o a ogni altro elemento rilevante ai fini del miglioramento della competitività aziendale.

Il decreto stabilisce innanzi tutto l'importo massimo agevolabile, o meglio il limite massimo sui cui debba essere calcolata l'imposta sostitutiva, dai 6mila euro dello scorso anno ai 2.500 di ora. Accedono al beneficio in questione chi, al 2011, era beneficiario di un reddito di lavoro dipendente non superiore a 30mila euro, comprendendovi le somme eventualmente soggette alla stessa imposta sostitutiva contro i 40mila dello scorso anno.

In sostanza, la detassazione del salario di produttività prevede anche per tutto il 2012 un'imposta sostitutiva di irpef e addizionali regionali e comunali, con un'aliquota agevolata al 10% (che è rimasta invariata fin dalla sua introduzione nel 2008), che può essere applicata nel limite complessivo di 2.500 euro e solo ai dipendenti del settore privato che non superino nel 2011 il reddito di 30mila euro.

Si restringe la platea dei lavoratori beneficiari e l'importo detassabile e aumentano i costi per il datore di lavoro e il sistema di regole in materia di detassazione continua a rivelarsi travagliato: nonostante il recente decreto abbia definito i parametri per l'applicazione della norma con riferimento

al 2012, rimangono ancora sul campo alcune criticità.

L'agevolazione consente l'assoggettamento dei salari incentivanti all'aliquota sostitutiva del 10% dell'Irpef e delle addizionali regionali e comunali, con l'obiettivo di incrementare la produttività. Il fine nobile della norma si è però scontrato con un'evoluzione farraginoso, caratterizzata da diversi interventi e dalla veste sperimentale che la misura mantiene tuttora: una mancanza di regole certe che penalizza datori di lavoro e lavoratori.

Va sottolineato come i tetti determinati dal decreto attuativo per il 2012 ridurranno drasticamente la platea dei lavoratori beneficiari (2 milioni in meno secondo alcune stime): il perimetro è riferito al settore privato ma limitatamente ai soggetti che svol-

milioni di euro è già stata ridotta per il 2013 di circa il 70% dalla legge 183/2011, portando il budget a 263 milioni.

Questa serie di parametri fa sì – per esempio – che un lavoratore, con reddito annuo di 25mila euro, il quale abbia percepito un premio lordo pari a 4mila euro nel 2011, si ritrovi nel 2012 **a pagare quasi 340 euro in più di imposta per la stessa erogazione, subendo un notevole taglio del risparmio fiscale.**

Non sono solo i lavoratori a essere penalizzati dalla riduzione: nell'ipotesi in cui i datori di lavoro abbiano pattuito, all'interno degli accordi, bonus produttività netti, come spesso avviene, il maggior onere fiscale sarà sostenuto interamente da questi ultimi, facendo lievitare i budget di spesa.

La fonte normativa che regola la detassazione per il 2012 risiede nelle disposizioni dell'articolo 26 del decreto legge 98/2011 che ha individuato negli accordi collettivi aziendali o territoriali il centro di regolazione delle retribuzioni incentivanti. In particolare, le somme erogate devono essere previste da intese siglate in forma scritta dalle organizzazioni sindacali datoriali e dei lavoratori comparativamente più rappresentative o dalle rappresentanze sindacali interne, legittimate a negoziare secondo i criteri di legge e gli accordi interconfederali.

Oltre agli oneri a carico dei datori di lavoro circa la verifica dei requisiti e delle condizioni per applicare la detassazione, occorrerà prestare attenzione alle diverse situazioni che si possono essere verificate a causa del ritardo nell'emanazione del Dpcm e delle difformità di comportamento che i sostituti d'imposta hanno tenuto.

Le somme incentivanti devono essere corrisposte in attuazione di accordi o contratti collettivi territoriali o aziendali. Si deve trattare di emolumenti accessori della retribuzione corrisposti ai lavoratori in collegamento a incrementi di produttività, qualità, redditività, innovazione, efficienza organizzativa nonché correlati ai risultati dell'andamento economico dell'impresa o a ogni altro elemento rilevante ai fini del miglioramento della competitività aziendale (straordinari, lavoro notturno, lavoro supplementare, premi di secondo livello e altro).

gono attività economica (come precisato dall'interpello 14/2012 del ministero del Lavoro). Inoltre, i destinatari dei bonus possono usufruire della detassazione per un importo complessivo di 2.500 euro solo se il reddito da lavoro dipendente, conseguito nel 2011, non ha superato i 30mila euro, al lordo delle somme assoggettate nello stesso anno all'imposta sostitutiva del 10 per cento.

Confrontando questi parametri con quelli in vigore nel 2011 (limite detassabile pari a 6mila euro lordi e limite di reddito pari a 40mila euro) appare evidente la restrizione, **che lascia peraltro intravedere una probabile soppressione dell'incentivo:** si pensi, infatti, che la dotazione di risorse stabilita per il 2012 in 835



Infermieri della Polizia di Stato:

chiediamo l'applicazione del profilo professionale e l'idoneo inquadramento giuridico

- Ti sei Laureato anche con Lode in Infermieristica?

- Hai raggiunto i massimi livelli accademici nella dottrina e nelle tecniche di Assistenza Infermieristica?

- Tutte le Amministrazioni Sanitarie Pubbliche e Private, Italiane ed Europee TI riconoscono il giusto status professionale, sociale e giuridico, anche rispetto alle altre figure sanitarie?

- L'Opinione Pubblica ti gratifica con la consapevolezza di essere un'essenziale sostegno, specie nei momenti di maggior disagio (malaria, ma anche nei settori della formazione e

della prevenzione)?

- Pensi che la tua Laurea sia uguale alle altre?

"...Pazienza... cose che capitano...!!!"

Questa è la risposta che da 12 anni il Dipartimento P.S. (Ministero dell'Interno), dà alle vane richieste degli Infermieri della P. di S. che chiedono solo l'applicazione della Legge Italiana in vigore in materia Sanitaria.

In Polizia si assumono dei laureati per remunerarli da impiegati di terza media che si traduce in un solo concetto:

"...in Polizia si sfruttano i lavoratori, oggi in servizio e quelli che in futuro arriveranno..."

GLI INFERMIERI DELLA POLIZIA DI STATO CHIEDONO:

1) Applicazione del vigente Profilo Professionale relativo all'Infermiere, previsto dal D.M. n. 739/94 del Ministero della Salute. A tutt'oggi solo per gli Infermieri del Dipartimento della P.S. è in vigore un mansionario, facente capo per di più all'infermiere generico (D.M., del 1985). Il Mansionario, previsto dal D.P.R. 14.03.74 n. 225 dell'ex Infermiere Professionale, è ABROGATO dalla Legge dello Stato Italiano dal 1999 (L.42/99).

2) Idoneo inquadramento giuridico nei Ruoli Professionali del Comparto Sanitario del Dipartimento P.S. A tutt'oggi, in barba

al titolo d'assunzione richiesto (Laurea) si inquadra l'Infermiere in una Qualifica Professionale nella quale la medesima Amministrazione riserva l'accesso al personale in possesso della licenza media inferiore e/o qualifiche professionali (es. sarto, carpentiere, maniscalco, ecc. - Ruolo Revisori = Ruolo Sovrintendenti).

3) Valutazione della Laurea in Infermieristica come titolo di studio ed equiparazione con le altre professioni Sanitarie. Oggi, solo nel Dipartimento della P.S., e solo la Laurea in Infermieristica, non è considerata un titolo di studio. In tutte le Amministrazioni Pubbliche e Private, la Laurea (anche quella in Infermieristica) dà accesso all'ex 7° Livello retributivo, ovvero alla fascia retributiva D per il Ministero della Salute e Ministero Istruzione; Fascia retributiva C per il Ministero Interno; Fascia retributiva F per il Ministero della Difesa. Inoltre, all'interno dello stesso comparto sanitario della P. di S., figure professionali con identico percorso formativo a quello dell'infermiere, hanno un trattamento giuridico ed economico superiore: gli Infermieri sono inquadrati nel Ruolo Revisori (ex 6° Livello), mentre Fisioterapisti, Tecnici di Neurofisiopatologia, Tecnici di Radiologia Medica e Tecnici di Laboratorio, sono inquadrati nel Ruolo Periti (ex 7° Livello).



Rapporto Censis:

rischio fuga in Sanità: 10 mil. di cittadini delle regioni in debito, pronti a farsi curare altrove!

Sono 10 milioni gli italiani residenti nelle regioni con piani di rientro pronti a rivolgersi a strutture di un'altra regione o ad andare all'estero in caso di bisogno di cure. È questo il rischio che incombe sulle regioni più tartassate dalle manovre.

Il 18% dei cittadini di queste regioni si è già rivolto a un medico, a una struttura o a un servizio sanitario di un'altra regione o si è recato all'estero per curarsi, rispetto al 10,3% rilevato nelle altre regioni. In quelle con piano di rientro sono di più i cittadini che pensano che la sanità regionale peggiorerà nei prossimi cinque anni (il 37,6% rispetto al 29,5% rilevato nelle altre regioni), che hanno fatto ricorso alla sanità privata (il 39% contro il 37%), che hanno sostenuto aumenti della spesa di tasca propria per la sanità (il 61,8% contro il 54,9%) e che hanno subito un incremento medio maggiore della spesa privata per famiglia (+20% contro il +16%).

In queste regioni i cittadini che non si farebbero curare in nessun caso fuori dalla propria regione sono il 29% rispetto al 46% rilevato nelle altre regioni.

È quanto emerge dalla ricerca del Censis contenuta nel Rapporto 2012 «Il Sistema

Sanitario in controluce» della Fondazione Farmafactoring.

Le manovre di finanza pubblica in sanità? Inefficaci e ingiuste. Così si riassume il punto di vista degli italiani sulle manovre in sanità. Concepite per rendere sostenibile la spesa sanitaria pubblica, hanno prodotto disuguaglianze. Per il 77% degli italiani si poteva tagliare altrove. Il 71% pensa che le manovre accentueranno le differenze di copertura sanitaria tra le diverse regioni e tra i ceti sociali, aumentando le disparità nella tutela della salute. Il 66% ritiene che non riporteranno la spesa sotto controllo. Per il 62% in questo modo si tagliano i servizi e si riduce la qualità. Il 51% è convinto che negli ultimi due anni la copertura pubblica si sia già ridotta, perché sono aumentate le prestazioni che vanno pagate, il 44% ritiene che la copertura sia rimasta inalterata e solo il 5% che si è ampliata.

La soluzione? **Depoliticizzare la sanità nelle regioni.** Per tenere insieme sostenibilità finanziaria e qualità dell'assistenza, la prima cosa da fare è depoliticizzare la sanità. Per il 40% dei cittadini è necessario passare a una gestione da parte di manager più competenti e non scelti dalla politica. Per il 38,5% ciascuno

deve contribuire pagando un ticket proporzionato al proprio reddito. Il 37% indica la necessità di rendere più efficienti strutture, servizi e personale. Il 19% vuole introdurre controlli rigorosi sui medici di medicina generale.

Salasso ticket: e la spesa dei cittadini va su. Per il 58% degli italiani la spesa per la sanità (visite mediche, dentista, analisi e accertamenti diagnostici) è aumentata del 18% in un anno. L'aumento è dovuto soprattutto ai ticket: per i farmaci (per il 65% dei cittadini), le visite mediche specialistiche (64%), analisi e radiografie (63%).

Tra intramoenia e sanità privata, come vola la spesa di tasca propria. Il 38% dei cittadini ha fatto ricorso nell'ultimo anno alla sanità privata per almeno una prestazione. In particolare sono donne (42%), adulti con 45-64 anni (42,5%) e anziani (40%), residenti nel Nord-Ovest (42%) e nei comuni tra 10mila e 30mila abitanti (42%), laureati (42%). Il 55% giudica però troppo alto il prezzo pagato per la prestazione, il 44% lo valuta giusto e appena l'1% lo ritiene basso. E il 10% dei cittadini ha fatto ricorso all'intramoenia nell'ultimo anno. In particolare sono donne (11,5%), 45-64enni (12%), residenti al Centro (13%) e nei comuni

tra 100mila e 250mila abitanti (15%), laureati (15%). In questo caso pensa di aver pagato un prezzo troppo alto il 49%, giusto il 48%, basso il 3%.

E c'è chi compra sul web. Un milione di italiani ha acquistato prestazioni sanitarie su Internet: 600mila persone lo hanno fatto una sola volta, 280mila tra due e quattro volte, 120mila più di cinque volte. Il 74% lo ha fatto perché è un'operazione semplice e veloce, il 26% perché i prezzi sono vantaggiosi e conviene, il 59% per acquistare prestazioni di odontoiatria (pulizia o sbiancatura dei denti, apparecchi ortodontici), il 36% servizi legati alla pre-

venzione (analisi del sangue e delle urine, mammografia, mappatura dei nei), il 23% visite con un nutrizionista (test delle intolleranze alimentari, diete personalizzate), il 9% interventi di chirurgia estetica.

La sanità non è solo bilanci e tecnologie. Il 65% degli intervistati ritiene importante, quando si reca in una struttura sanitaria, le relazioni con le altre persone, dai pazienti ai familiari in attesa, perché scambiarsi informazioni ed esperienze aiuta ad affrontare meglio la situazione. Se la sanità è in difficoltà, almeno di alcuni aspetti strutturali gli italiani sono contenti. Pensando all'ultima esperienza in una strut-

tura sanitaria (ospedale, laboratorio di analisi, istituto di riabilitazione), l'87% ha definito l'accesso all'edificio comodo e facile, per il 75% la sala in cui si è svolta la prestazione sanitaria era adeguata per dimensione, gradevolezza, capacità di accoglienza, per il 72% i luoghi di attesa hanno facilitato le relazioni tra le persone (erano ampi, ventilati, dotati di sedie), per il 69% la struttura sanitaria era situata in un edificio esteticamente gradevole, il 64% ha definito la struttura pensata e progettata per accogliere in modo adeguato il numero di persone presenti (operatori, pazienti, familiari).

Dalla Grecia, la drammatica denuncia del PASONOP: Nursind risponde all'appello di solidarietà

Atene 01/05/12

Cari colleghi, la Grecia, un paese che ha dato vita ad Asclepio, luogo di nascita ad Ippocrate, sta vivendo i suoi ultimi giorni di Pompei. L'incendio scoppiato nel nostro paese si diffonde in tutta l'Europa. Sarebbe ingiusto per la Grecia e per noi Greci sostenere che la crisi economica è un fenomeno il quale riguarda solo la Grecia, o che sia la Grecia l'unica responsabile della crisi economica Europea.

In occasione del 12 Maggio, giorno il quale tutti gli infermieri dobbiamo onorare e celebrare, vi invito ad ascoltare il grido di disperazione dei colleghi greci e aiutare a raggiungere questa voce in tutta l'Europa, alle orecchie di ogni collega che oggi osserva da lontano il nostro dramma.

Con la carenza di infermieri al 40% negli ospedali per decenni, e con il carico di lavoro aumentato al 35% negli ultimi due anni con stipendi dai 600 fino a 1000 euro noi infermieri greci viviamo con un piccolo potenziale economico.

Con carenze di materiale di base come garze, guanti, siringhe, senza soldi perché le riserve degli ospedali, come titoli di stato sono evaporati a causa di PSI, e con il ministro della Sanità ad annunciare che il 20% dagli 132 ospedali si chiude definitivamente il 2013, i pazienti greci sono accatastati sulle barelle, tra i corridoi degli ospedali.

Il futuro della salute in Grecia ed il nostro come operatori dalla salute sembra minaccioso.

Solo negli ultimi dieci anni, sono circa 3000 pazienti/anno che perdono la loro vita perché non hanno accesso in reparti di terapia intensiva, i quali rimangono chiusi perché lo stato non assume infermieri.

Dietro i numeri si nascondono esseri umani con nome e cognome, e dietro il dramma dei diritti umani ci sono interessi illegali. La Grecia diventa una cavia sul campo di una politica di dura austerità senza precedenti.

Mentre i suicidi nel nostro paese gli ultimi due anni sono aumentati di 700%, il governo essendo incapace di gestire la crisi smantella lo stato sociale a partire dalla salute e dalla previdenza.

Medici, ingegneri, infermieri ed altri scienziati abbandonano il nostro paese cercando un futuro migliore all'estero. La società Greca, tran-

ne le ferite della recessione, si impoverisce intellettualmente. Il crollo della Grecia è una questione di tempo, e spazzerà tutta l'Europa.

Davanti a questo pericolo, vi chiedo da parte degli infermieri Greci di mostrare solidarietà come colleghi e come gente comune.

Aiutateci con tutti i mezzi a disposizione affinché la nostra voce di disperazione unisca tutti i popoli di Europa, i quali oggi subiscono le stesse dure politiche di austerità dei loro paesi.

Noi infermieri non abbiamo nessuna colpa per questa brutta situazione. Anzi credo che se noi infermieri di Europa potevamo partecipare attivamente ai centri decisionali, forse il nostro presente sarebbe differente.

Usate questa lettera con qualsiasi mezzo che voi credete opportuno. La nostra situazione deve essere conosciuta, perché è molto severa per il nostro futuro. Se non reagiamo tutti in comune, il nostro presente forse sarà il vostro futuro.

Con i saluti collegiali

Yiannis Kanavos
vice presidente PA.S.O.NO.P.



Una manifestazione dei colleghi a Salonico

Alla Cortese attenzione
Vice presidente PA.S.O.NO.P.
Yiannis Kanavos

Oggetto: 12 maggio 2012 – giornata internazionale degli infermieri - solidarietà agli infermieri ellenici.

Gentile Vice presidente, stimati colleghi, leggo con profonda tristezza la testimonianza della situazione economica del Vostro Paese ed in particolar modo delle condizioni stipendiali e lavorative in cui si trovano gli infermieri greci e del grave stato di salute in cui versa la popolazione per la carenza di personale infermieristico-

co.

E' quanto mai vero, anche per gli infermieri italiani, il monito che "il nostro presente forse sarà il vostro futuro": le premesse sono ben chiare nei sacrifici che l'azione di governo ci chiede e siamo consapevoli che tale situazione ci coinvolge come cittadini dell'Europa e del mondo; e come cittadini della Comunità soffriamo il peso delle stesse stringenti regole, anche se con proporzioni e disagi diversi da paese a paese.

Per cultura, per posizione geografica, per storia i nostri due paesi hanno contribuito alla costruzione della moderna società, alla fondazione di tutte le scienze e all'affermazione della dignità e del valore della vita umana. Questo comune patrimonio fondante il senso proprio dell'esistenza dell'essere umano è stato, purtroppo, schiacciato dal predominio del valore dell'accumulo dei beni e del denaro dando maggiore dignità ai mezzi piuttosto che i fini.

Quest'inversione nella scala dei valori non appartiene al substrato della nostra professione che ci vede protesi nell'aiuto verso chi soffre ed è in difficoltà. Con questo spirito supportiamo il Vostro appello diffondendo la descrizione del forte disagio che state vivendo agli infermieri italiani, alle istituzioni nazionali e agli organi di stampa.

Siamo oltremodo convinti che un'incisività maggiore nelle scelte delle politiche europee possa avvenire anche attraverso l'impegno sinergico dei sindacati infermieristici europei. A questo progetto Nursind crede fermamente ed è impegnato nella costruzione di una federazione dei sindacati infermieristici europei dove, speriamo, possiate sentirvi parte attiva.

In attesa che l'unione si realizzi, a tutti i colleghi va la nostra più sentita solidarietà.

Affettuosi saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega



Il Pronto Soccorso di Policoro: “l’amaro” lucano

Una mega struttura con “mini” personale. Il Nursind denuncia, vince e purtroppo... paga!

La sanità lucana e quella siciliana accomunate, non solo dai tanti “soliti” problemi, ma da qualcosa di più che (forse) proprio non t’aspetti: la mafia bianca. Qui è severamente vietato denunciare. Un diktat che non ha impensierito minimamente Patrizia Ferrari Fiore, Segretario Provinciale Nursind, che ha denunciato la gravissima situazione del pronto soccorso di Policoro dove, secondo le direttive non scritte, ma verbalmente impartite dalla direzione sanitaria dell’A.S.L. di Matera, pochi infermieri sono meglio che niente.

La cronaca. Il pronto soccorso dell’ospedale “Giovanni Paolo II” di Policoro, dovrebbe essere il fiore all’occhiello della sanità materana. Esteso su mille metri quadri, l’unità operativa di primo intervento ha una sala Triage con annessi ulteriori due ambienti, l’Emergency Room ed una sala di isolamento spesso utilizzata (impropriamente) per le visite. Tre sale destinate alle visite e quattro posti di Osservazione Breve ubicati in due stanze distinte.

Una struttura davvero d’eccellenza, dotata di apparecchiature all’avanguardia, che nel 2011 ha erogato 27mila prestazioni, mantenendo il trend invariato anche per il 2012. Il problema vero è, che in cotanta imponenza strutturale e logistica, per turno lavorano appena 3 infermieri, 1 medico (5 in totale sono quelli in servizio) ed 1°O.S.S. Numeri esigui che rasentano certamente il ridicolo in considerazione di una mega struttura dove, probabilmente, l’ovvio dispendio strutturale-logistico viene compensato con l’utilizzo di risorse border line con il nulla totale.

Senza considerare che il tutto si traduce in un servizio all’utenza spesso non molto efficiente e, cosa ancora più grave, non sicuro. Per tutta risposta, l’A.S.L. materana ha scelto di non rinnovare, lo scorso maggio, gli incarichi in scadenza. E di fronte al consueto e purtroppo diffusissimo “silenzio stampa” delle OO.SS. ritenute maggiori, il Nursind - con la battaglia ed indomita Patrizia Ferrari Fiore - è scesa in campo ed ha presentato un esposto alla Procura della Repubblica di Matera per potenziale abbandono di incapace.

Il segretario provinciale materano denuncia: “Quello svolto al Pronto Soccorso di Policoro non è un servizio in grado di garantire l’assistenza a tutti i pazienti. Bastano pochi ricoveri contemporanei (piuttosto probabili soprattutto in estate) e si potrebbero verificare vuoti di assistenza. Se un’infermiera - continua la Ferrari Fiore - è costretta ad allontanarsi temporaneamente da un paziente per assisterne un altro, e quello lasciato solo cade, batte la testa e muore, chi ne risponde?”

Intanto l’afflusso al Pronto soccorso continua ad aumentare, anche a causa della rimodulazione della rete ospedaliera, sia della Basilicata che della limitrofa Calabria. Secondo il segretario provinciale di Matera, la situazione del pronto soccorso è solo la punta di un iceberg. La carenza è ormai presente in tutti i reparti ed in alcuni, come ad esempio in quello di Pneumologia, i turni sono fatti giorno per giorno.

Ma la denuncia della Fiore non ha solo per oggetto la situazione dell’ospedale di Policoro, ma anche le postazioni del 118 ritenute inidonee ad ospitare il personale sanitario. Il Pronto Soccorso di Policoro non di rado diventa “infrequentabile” come il Bronx. E diventano ingestibili le situazioni dove, la cronica ca-

renza di personale, si trasforma (spessissimo) in problemi di pubblica sicurezza poiché fraintesa per (in)colpevole ritardo nel soccorso.

«Tante volte - conclude Ferrari Fiore - veniamo accusati di essere incompetenti, aggrediti anche fisicamente senza la possibilità di chiedere aiuto alle guardie giurate, ridotte anche loro al minimo. In tante circostanze avremmo voluto chiamare i carabinieri, ma non lo abbiamo fatto solo per comprensione e spirito di collaborazione con chi si lamentava di una situazione oggettiva».

Intanto, dopo la denuncia del segretario provinciale Nursind, al Pronto Soccorso di Policoro sono arrivati in forza due infermieri ed un medico. Poco importa se poi, l’A.S.L. materana - con un’azione indegna financo della già squallida ed impronunciabile Gestapo (la polizia politica del Terzo Reich) - ha letteralmente spiato la Patrizia Fiore, comminandole una sanzione disciplinare perché rea di essersi recata in pizzeria nonostante fosse in malattia. Peccato che, l’“infausto” evento ebbe a capitare a tarda sera, quasi notte.

Nonostante tutto e con il sorriso in bocca, l’azione del Nursind - ed in questo caso del coraggioso segretario provinciale materano - può essere riassunto nel titolo del film cult che racconta la vita dell’indimenticabile Don Pino Puglisi: “Alla luce del sole”.

A Sassari nasce una nuova sit-com “ospedaliera”:

“Uomini e Donne:

stessa stanza... ma letti separati”

Situazione di indescrivibile promiscuità al “Santissima Annunziata”, brillantemente risolta dal Nursind.

La direzione del nosocomio “Santissima Annunziata” di Sassari è tra i pochi esempi, nel panorama delle rete ospedaliera nazionale, ad avere un concetto “estremo” dell’articolo 3 della Costituzione che “sancisce la pari dignità di tutti i cittadini di fronte alla legge”. La promiscuità è quasi diventata d’obbligo in alcuni reparti, come ad esempio in quello di chirurgia dove, a causa di problemi legati all’impianto elettrico, uomini e donne convivono all’interno dello stesso reparto. Senza considerare il sovrannumero dei pazienti presenti nelle stanze, le cui condizioni igienico-sanitarie e soprattutto assistenziali, paradossalmente, sono forse peggiori delle carceri.

Una situazione, quella sassarese, denunciata dal Nursind. «Ci siamo già rivolti ai vertici aziendali - spiega Alessandro Fais componente della segreteria provinciale - ai quali abbiamo spiegato, nel dettaglio, la situazione di disagio nella quale siamo costretti a lavorare». In pratica la chiusura temporanea del reparto è solo l’ultima goccia di un vaso già colmo. «Alcune pazienti sono state parcheggiate prima in alcune barelle, e poi sistemate nei letti bis - racconta Fais - questo significa che all’interno delle camere c’è un sovrannumero di utenti e che la qualità assistenziale ne risente». Il fatto è che il taglio dei posti letto avrebbe dovuto essere compensato dalle strutture di Lungodegenza presenti a Ittiri o a Thiesi.

«Evidentemente qualcosa non



sta funzionando come dovrebbe; ai pazienti e ai loro familiari non entusiasma l'idea di un ricovero a diversi chilometri da casa e le resistenze sono fortissime. Ed ecco i ricoveri impropri e il sovraffollamento in chirurgia generale». Condizioni disumane poi, si verificano allorché giunge l'orario delle visite. I letti dei degenti si trasformano in luogo di ritrovo per mancanza di spazi adeguati. Senza considerare il problema del personale. «Siamo già sotto organico in una situazione normale – conclude Fais - figuriamoci quando gli utenti sono superiori ai posti letto disponibili. Non solo il numero di infermieri per turno è insufficiente, ma anche gli operatori socio sanitari risultano decisamente pochi. E' un'istanza che l'Azienda conosce bene, ma ancora non è stata fornita alcuna risposta concreta».

Così, soprattutto la notte, capita che i campanelli suonino a vuoto per diversi minuti prima che un infermiere possa dare assistenza a un paziente, o che ad imboccare una persona non autosufficiente, debbano provvedere i parenti. Anche in questo caso, le denunce del Nursind sono servite a qualcosa. Come confermatoci dallo stesso Fais la situazione nel nosocomio sassarese è notevolmente migliorata. Uomini e donne, in tutti i reparti, vengono ricoverati in unità operative separate. La direzione aziendale sassarese inoltre, ha promesso in breve tempo di sopperire alla mancanza di personale di supporto con l'impiego di figure qualificate che giungeranno al Santissima Annunziata attraverso l'esternalizzazione del servizio, procedura necessaria in considerazione della spending review. E come avrebbe detto l'indimenticato Nando Martellini, cronista di "Tutto il calcio minuto per minuto": "Il cielo è blu....sopra Sassari".

U.S.L. 7 di Siena:

il silenzio dei ... "non innocenti"

Il silenzio assordante sull'ospedale di Abbadia San Salvatore, "rotto" dalla denuncia del Nursind

Le odierne condizioni di criticità dell'Ospedale Abbadia San Salvatore, struttura appartenente all'U.S.L. 7 di Siena, sembrano le stesse di quando il nosocomio dell'Amiata fu realizzato. La denuncia arriva da Gennaro Esposito, segretario provinciale Nursind di Siena, che definisce la situazione del "S. Salvatore" paradossale e senza una controparte qualificata con la quale interloquire.



Quattro mesi fa, nel corso di un incontro pubblico organizzato dalla CIVITAS - un'associazione politico-culturale locale - le condizioni di "quasi" collasso del nosocomio sono state al centro di un dibattito a cui erano presenti alcuni rappresentanti dei medici ospedalieri, una fra tutte la "battagliera" dottoressa Tania Banducci, alcuni rappresentanti dell'opposizione politica locale, infermieri, cittadini e Gennaro Esposito - segretario provinciale Nursind di Siena- unico rappresentante sindacale presente.

Sostiene Esposito: "A fronte dei 20 milioni di euro di tagli alla sanità senese previsti dalla Regione Toscana che, tradotto in termini di risparmio significa penalizzare in primis il "S. Salvatore", non esiste alcuna forma di protesta sindacale (eccetto la nostra) o di richiesta impellente di trattativa con la direzione strategica dell'U.S.L. 7.

Il nosocomio dell'Amiata, agli occhi bendati delle OO.SS. che si fregiano impropriamente del titolo di firmatari di contratto, risulta essere quasi un ospedale modello che non necessita di risorse, umane, economiche e strumentali. Tutto ciò significa ignorare criticità come la carenza cronica di personale infermieristico. Questa situazione, destinata a peggiorare entro fine anno con



gli almeno 30 pensionamenti previsti che non saranno rimpiazzati e a cui bisogna aggiungere eventuali mobilità o trasferimenti, va sommata al personale medico specializzato insufficiente fino ad arrivare all'eliambulanza la cui gestione - spesso - rasenta l'assurdo."

Intanto le reiterate denunce di Esposito non hanno avuto risposta né da parte della direzione generale dell'U.S.L. 7 che dell'amministrazione comunale di Abbadia San Salvatore. E di fronte a questa situazione di stallo, dove nessuno sembra voler svolgere il compito a cui è stato delegato, giungono le proposte del Nursind senese. In accordo con la dottoressa Banducci e di comune intesa con gli altri medici responsabili,

Esposito sta cercando di redigere un progetto risolutivo da presentare alla direzione aziendale ed alle istituzioni locali. "Poco importa - chiosa il segretario provinciale senese- se esistono dirigenti pagati a peso d'oro che in teoria dovrebbero fare quello che stiamo cercando di fare noi".

Per le assenze improvvise per le quali spesso non esistono idonee soluzioni, Esposito sta elaborando l'idea di creare un pool di infermieri da reclutare con apposito bando interno, che si renderebbero disponibili per sostituire eventuali malattie o comunque in situazioni di emergenza legate alla mancanza di personale. Ovviamente in cambio di un corrispettivo pagato con tariffa oraria aggiuntiva.

Sempre in tema di carenza infermieristica il Nursind senese sta elaborando un progetto che prevede la formazione complementare agli O.S.S. già dipendenti della USL 7, in modo da ampliare il loro raggio di azione e far loro svolgere esclusivamente funzione di supporto all'infermiere che, in questo caso, vedrebbe diminuire sensibilmente il suo carico di lavoro. Senza contare che detta proposta apporrebbe una "pezza" alla carenza cronica di organico.

Esposito infine, pone la sua attenzione sul ruolo svolto dalle suore all'interno del "S. Salvatore". Svolgendo mansioni prettamente infermieristiche ma non avendo le stesse conseguito mai alcun diploma di infermiere, le monache vivono -secondo il segretario provinciale senese- in uno stato di "limbo" a metà tra operatore sanitario ed assistente spirituale.

Dichiara infatti Esposito: "Voglio sottolineare che in passato le suore hanno costituito un valore aggiunto. Lavorano come se fossero delle infermiere, con impegno e dedizione, facendo il turno anche di notte, timbrando il loro cartellino presenze, usufruendo di un periodo di ferie ed inoltre - secondo una delibera di una convenzione pubblica firmata dalla USL 7- percependo il 70% di uno stipendio base più l'alloggio provvisto di mobilio e conforme alle costituzioni della congregazione, vitto, riscaldamento, illuminazione, telefono, stoviglie, biancheria da letto, divisa, calzature, lavatura e stiratura della biancheria, manutenzione straordinaria dell'alloggio, oltre che una cappella ed uno spogliatoio dedicato.

Mi chiedo dunque: possibile che in un periodo storico dove la

crisi ha preso il sopravvento su tutto, dove la parola razionalizzazione è diventata lo slogan nazionale, dove soprattutto l'U.S.L. nega agli infermieri qualsiasi opportunità di crescita e sviluppo, è immaginabile continuare a sostenere una situazione del genere?". In attesa che chi di competenza dia le dovute risposte ad Esposito, sovvieni un busillis: "l'abito che fa' il monaco... lo rende pure un infermiere?"

Dopo l'estate infuocata in tutti i sensi, è partita la riorganizzazione largamente condivisa con l'azienda, RSU, medici, sindaco, la quale prevede la chiusura del primo piano nel fine settimana, implementazione della chirurgia specialistica, che permetterà al piccolo nosocomio di diventare polo d'attrazione per gli interventi della cataratta, artroscopia del ginocchio e della mano, endoscopia, completamento, collaudo ed attivazione della piattaforma elisoccorso, avvio lavori di viabilità interna, spostamento locali tecnologici per la sicurezza, completamento del pronto soccorso.

Anche i cittadini pian piano stanno comprendendo che questo era l'unico modo per salvare l'ospedale amiatino, che oggettivamente risulta essere uno dei più piccoli ospedali d'Italia, ma che comunque ha avuto garanzie di non chiusura persino dal governo centrale e pertanto mira dritto a completare la riorganizzazione.

A breve entro fine anno raggiungeremo un altro risultato presente come punto focale anche nel programma RSU, vale a dire la valorizzazione del tempo utile per indossare la divisa e/o consegne, valorizzazione che ormai ha trovato conferma con varie e tante sentenze che hanno rafforzato la giurisprudenza ormai remota.

Inoltre completeremo il passaggio di fascia fermato per ora dal blocco nazionale, ed infine il direttore del personale ci darà a breve mandato per redigere un regolamento per la concessione e/o gestione dei part-time, in modo da dare delle risposte a quei colleghi che ne avevano fatto richiesta sulla base di esigenze familiari e personali.

Nursind Siena, conferma il suo impegno, Noi non ci tiriamo mai indietro, unisciti a noi e faremo sentire ancora di più il nostro peso.

Inf. **Gennaro Esposito**



zione che serva un decreto ministeriale per definire nuove prestazioni legate alla prescrizione di presidi e ausili a supporto della dipendenza e non autosufficienza, come pure alle suture di ferite o all'uso delle macchine ecografiche. Tutte queste operazioni possono essere tranquillamente inserite attraverso un provvedimento amministrativo o l'inserimento nell'ordinamento didattico".

"Come se non bastasse - conclude Altavilla - non si citano mai le capacità di un infermiere di fornire orientamenti e suggerimenti su come organizzare i servizi, i programmi ed erogare supporti tecnici esperti. La conclusione è disarmante: non può essere di certo questa la strada per rinnovare la professione. Viceversa questa è la via che conduce dritti al baratro. Ci si dimentica, forse, che i contratti di assunzione sono bloccati, il turn over pure e mancano infermieri? Tutto questo a fronte di una crisi economica che, di certo, non si attenua con un mansionario inutile e umiliante per la nostra categoria".

Modena: il cuore batte dove il bisogno vuole

Il Nursind modenese, nonostante anch'esso colpito dalla tragedia del terremoto dell'Emilia, ha dato il cuore e l'anima per essere in prima linea

Anche nel caso della tragedia che ha colpito l'Emilia, sprostrata "nel corpo e nell'anima" dal terribile terremoto che ha messo a dura prova la rinomata forza d'animo di una delle popolazioni più laboriose e produttive d'Italia, la catena dei soccorsi è stata immediata e fondamentale. Ed in quella che, fortuna-



Friuli Venezia Giulia

Nursind attacca: "no alle modifiche del profilo professionale"

Il segretario regionale Altavilla fa pressing sulla Regione affinché si opponga all'accordo

Trieste - "Il rischio è enorme: quello di infliggere un altro duro colpo agli infermieri e alla loro dignità professionale. Ecco perché chiediamo che la Federazione I.P.A.S.V.I. si opponga alla nuova bozza di accordo Stato-Regioni in merito alle modifiche del Profilo professionale dell'infermiere, una specie di mansionario moderno che, in realtà, toglie peso e dignità alla nostra categoria".

Questa è la dura presa di posizione del sindacato a tutela degli infermieri, Nursind F.V.G., resa nota dal segretario regionale Gianluca Altavilla che diffida pubblicamente il nuovo Mansionario. "Non è accettabile che questo fantomatico Mansionario prenda di elencare quali prestazioni tecniche l'infermiere sarebbe tenuto a svolgere e addirittura in quale maniera. Siamo arrivati davvero all'assurdo e la nostra Regione deve alzare la voce e farsi sentire perché l'infermieristica, essendo annoverata come professione intellettuale, non necessita di mansionari. Fra l'altro, esistono già gli organismi e gli strumenti che, legittimamente, la normano come ad esempio, l'ordinamento didattico, il Codice deontologico e l'Albo professionale".

"Del tutto fuori luogo poi, - aggiunge il Nursind - è la presun-

tamente, è sempre una vera e propria “gara di solidarietà”, gli infermieri sono stati in prima linea. Ed in particolar modo – con quel pizzico di “sano orgoglio” – quelli del Nursind si sono messi immediatamente all’opera pur essendo stati, in prima persona, colpiti dal sisma.

La dignità, l’umiltà e soprattutto l’etica professionale, sono le parole d’ordine degli aderenti al sindacato autonomo degli infermieri che -come nel caso di Modena – si sono distinti per impegno e dedizione. E di questo ne da notizia Mauro De Ceglie – segretario provinciale modenese – che, nell’esprimere la personale gratitudine per i colleghi “in prima linea”, riesce a trasmettere quella commozione e quell’innato senso di “fierezza” lavorativa, propria di chi ha fatto della professione una scelta di vita piuttosto che un’occasione presa al volo.

Scrivendo De Ceglie: “Care colleghe, cari colleghi, e con profonda commozione che porgo a tutti quanti un grazie di cuore. Permettetemi, però, innanzitutto di rivolgere un particolare ringraziamento al Collega Francesco (Ciccio) Arnaldo di Mirandola che in questo importante impegno per la categoria, non ci ha fatto mai mancare informazioni e sostegno a tutti. La sua volontà ed il suo impegno sono stati da esempio. Siamo veramente orgogliosi di averlo “in squadra: la sua grinta e determinazione diventano fondamentali per la crescita del Nursind a Modena.

La condivisione di questo bruttissimo evento è servita a rendere il nostro gruppo ancor più forte ed unito. Voglio ricordare soprattutto che prima che “infermieri in prima linea” gli operatori delle strutture sanitarie sono essi stessi terremotati, ed è proprio a loro che va il nostro ringraziamento; in questa, come in altre occasioni, gli infermieri e tutti gli operatori della sanità, hanno dimostrato grande senso del dovere ed elevata competenza professionale ed organizzativa.

Come sempre, gli infermieri e il personale della sanità, sono in prima linea in occasione di grandi tragedie nazionali ed il comportamento di queste ore dimostra il grande senso di responsabilità della categoria che anche nelle circostanze più drammatiche non dimentica mai l’importanza della propria missione. Abbiamo fatto partire da parte di tutte le segreterie provinciali Nursind di tutta Italia, una gara di solidarietà fatta di aiuti concreti a tutti gli infermieri che si trovano in condizioni disagiate. Voglio ancora, a nome mio e a nome di tutti i colleghi del consiglio - Alberto, Rocco, Ciccio, Antonio - ringraziare tutti i colleghi, che hanno creduto nel nostro progetto e percorso.

Credo che con l’apporto di ognuno di voi, le cose possono cambiare. La Segreteria Provinciale Nursind di Modena, nei limiti delle sue possibilità, si sta attivando per seguire da vicino la situazione, portare la solidarietà ai colleghi e mettere in atto tutte le misure necessarie a sostenerli”. Laddove esiste rispetto della professione e considerazione del disagio della persona il Nursind non si esime dall’esserci. E Modena non fa eccezione.

Catania:

Scacco al “Re”

Il Nursind al tavolo delle trattative dell’A.R.S denuncia: clientelismo politico e tagli iniqui alla base della malasanità siciliana.

Alea iacta est. L’Assemblea Regionale Siciliana come il Rubicone e Salvo Vaccaro – segretario provinciale di Catania – al pari di Giulio Cesare può “finalmente” esclamare: “Il dado è tratto”.

Per la prima volta - nella storia regionale siciliana - un gruppo di infermieri entra nella sede di Palazzo d’Orleans per portare sul tavolo dell’Assessorato alla Sanità le problematiche, oramai senza soluzione nell’immediato, della categoria. Il sindacato autonomo degli infermieri – volutamente e colpevolmente ritenuto



dalle OO.SS. “maggiori” non meritorio delle dovute attenzioni - ha chiesto:

1. l’istituzione di una commissione paritetica che valuti attentamente una redistribuzione dell’organico presente all’interno delle unità operative per razionalizzare al meglio le risorse umane esistenti.

2. la possibilità di revisione delle dotazioni organiche infermieristiche in rapporto ai posti letto previsti, privilegiando le UU.OO. a media e alta complessità assistenziale.

Una denuncia vera e propria quella fatta dal Nursind catanese che parte da un dato inequivocabile: il rapporto medici/infermieri è il più basso d’Europa. “Già nel 2009 – sostiene Salvo Vaccaro - con 1,60 infermieri per ogni medico (dati della Ragioneria Generale dello Stato) la nostra Regione rappresentava il fanalino di coda di un sistema dove la spesa sanitaria segnava un deficit insopportabile”

E nonostante il pubblico consenso espresso dal Nursind in merito a quella che doveva essere una ponderata riforma della sanità siciliana - con particolare riferimento alla rimodulazione e ridefinizione della rete ospedaliera – la stessa ha prodotto un esclusivo taglio del personale infermieristico. Il nefasto risultato è stato ottenuto attraverso l’utilizzo di assurdi coefficienti di cal-





colo nettamente al di sotto di quelli della media italiana.

E dalla denuncia del sindacato autonomo degli infermieri emerge che invece la stessa politica di tagli non è stata attuata per altre figure - ed in particolare per la dirigenza - per le quali spesso, le direzioni strategiche hanno invece provveduto ad utilizzare coefficienti ben oltre la soglia massima. Tradotto in risultati concreti, questa politica scellerata di clientelismo politico ha prodotto un ulteriore abbassamento del rapporto medici-infermieri.

A questo proposito il Nursind si chiede: ha senso creare un esercito di generali senza esercito? Aggiunge Vaccaro: "Troppo spesso si parla di riduzione dei costi per la sostenibilità del sistema come principio, ma di fatto si assiste ancora alla tutela dei privilegi di alcune categorie di dirigenti. Ricordiamo ad esempio, che le disparità di trattamento in Sicilia riguardano anche il personale infermieristico che ruota sulle ambulanze di soccorso avanzato del 118. In questo caso è stata attuata una tariffa oraria ridotta del 25 % per gli infermieri che lavorano in regime d'incentivazione. Senza considerare che, la diminuzione degli autisti soccorritori delle ambulanze medicalizzate, ha prodotto un vero e proprio demansionamento degli infermieri impropriamente declassati a barellieri.

Le conclusioni del Nursind sono perentorie. In Sicilia, come in altre regioni italiane, una sanità ridondante di medici non necessariamente equivale a buona sanità.

Bari:

nasce la classificazione del genere "nurse"

Nicola Azzizzi, Segretario Provinciale Nursind, stila una sua personale suddivisione del "genere infermiere"

Molte realtà ospedaliere hanno una visione sindacale che, definire "particolare", forse risulta fin troppo riduttivo. Bari, naturalmente, non fa eccezione e, secondo Nicola Azzizzi - segretario provinciale Nursind -, nel capoluogo regionale pugliese iscriversi al sindacato autonomo degli infermieri ormai per antonomasia, equivale ad ottenere "di diritto" la stenna natalizia e contemporaneamente pretendere il rilascio di un improbabile "assegno in bianco" nei confronti della direzione sanitaria. Un anno e mezzo di intenso lavoro, quello di Azzizzi, che di fronte alla propositività del Nursind e alla sua documentata crescita - sia in termini di iscritti che di consensi elettorali - si scontra con la poca apertura mentale di molti infermieri. Se la paleontologia ha classificato il genere Homo suddividendolo in più di dieci classi, il segretario provinciale barese Nursind - che ha una visione chiara della classe infermieristica del capoluogo pugliese - ha suddiviso il genere "Nurse" in 4 categorie.

- 1- L'infermiere timido
- 2- L'infermiere aggressivo
- 3- L'infermiere feedback
- 4- L'infermiere che mi dà fiducia

Sostiene Azzizzi: "L'infermiere timido è colui che rimane smarrito dal messaggio positivo che gli abbiamo appena espresso ed è soggetto alle reazioni più disparate: presenta una sudorazione fredda profusa ed è colto da improvvisa "sindrome da campanello squillante".

L'infermiere aggressivo è quello che vuole discutere su tutto. Che non gli va bene quello che dici e come ragioni. Insomma quello che ha la tessera confederale da trent'anni e che si arrabbia quando gli fai capire che se guadagna poco è colpa del CCNL e che purtroppo lo hanno firmato proprio i suoi rappresentanti.

E poi arriva il meglio e la scena che si propone è sempre uguale. Entri in una medicheria, cominci a parlare, appendi il volantino informativo sugli ECM con il nostro logo bene in vista, gli spieghi chi siamo e cosa facciamo, e ti accorgi che il suo volto ha un fare sorridente, con quegli occhietti piccoli che ti guardano intensamente. Il suo atteggiamento è sicuro e quando finisci di parlare, lui interviene secco, come un entrata di Materazzi sui tuoi stinchi, chiedendoti "candidamente": "Ma se mi iscrivo al vostro sindacato voi cosa mi date a Natale? E siete in grado di farmi cambiare reparto quando voglio? E' in questi momenti che la mia sudorazione diventa fredda, perché mi trovo davanti ad un frequente



esemplare maschio di INFERMIERE FEEDBACK.

"La classificazione di Azzizzi, ironica e pungente, non trascende molto la realtà ospedaliera nazionale dove l'infermiere, in primis, vede nel Nursind una primordiale e medievale forma di baratto riassumibile in: Dare-Avere.

Amare le conclusioni del segretario provinciale barese che sottolinea: "Vorrei parlare di quei principi che non andrebbero mai scambiati con qualcosa. Principi forti, perché nascono dagli ideali di giustizia e correttezza, e saldi perché sono il frutto della nostra esperienza di vita. Per questo motivo ognuno di noi deve sentirsi libero di esprimere l'idea che lo caratterizza, e non deve scendere a compromessi. Qualunque essa sia, di qualunque sindacato voglia far parte, ma purché venga fatta con coscienza e libertà.

E' poco più di un anno che giro i reparti in nome del Nursind e sono quasi stufo di vedere coordinatori che odiano quegli infermieri che hanno la tessera di sindacato diverso dal loro. Ma perché dobbiamo continuare a non prendere coscienza di un pensiero sindacale? Perché dobbiamo pretendere delle prestazioni da ufficio di collocamento? Non dimentichiamoci che dove regna l'obbligo, c'è l'arroganza, e dove c'è ignoranza non c'è libertà. Per non dimenticare poi, che nel nostro Paese, sindacalisti come Placido Rizzotto sono morti per difendere le proprie idee e altri ancora combattono in prima linea per difendere i diritti dei lavoratori.

Dunque cari infermieri, cerchiamo di mettere da parte le

chiacchiere da medicheria e troviamo il tempo di avere una coscienza sindacale, informiamoci su ciò che accade in ospedale, quali sono i progetti discussi per la nostra professione e quali problemi vanno affrontati nell'immediato, e soprattutto diamo fiducia a chi si impegna fuori dall'orario di servizio, per venirci ad incontrare incuranti dei propri impegni familiari, spesso sacrificati alla causa sindacale.

Dura realtà quella barese, verso la quale comunque Azzizzi, nutre grandi speranze. Conclude infatti: "Nella mia classificazione "Nurse", l'infermiere che mi da fiducia è il mio preferito." E, stando ai dati, non sono neanche pochi.

Udine:

concorse all'ASS4

Nursind: «Graduatoria per 417 infermieri» a fronte di 95 contratti a termine il concorso recluterà solo 25 persone in ospedale. Appello a Tondo

Una graduatoria lunga, capace di inglobare i 417 aspiranti infermieri impegnati nel "megaconcorso" organizzato dall'Ass4 per coprire il fabbisogno di personale in tutta la provincia di Udine, e non solo i 45 previsti dal bando. A proporlo sono i responsabili del sindacato Nursind che rivolgono un appello al presidente della Regione Renzo Tondo e all'assessore alla sanità, Luca Ciriani, chiedendo un tavolo di lavoro con i direttori delle Aziende dell'Area vasta attraverso il quale si ridefinisca il fabbisogno di infermieri prevedendo nuove assunzioni nei prossimi mesi.

«Le aspettative prevedevano la presenza di circa 3800 partecipanti al concorso – spiega il vicesegretario provinciale Nursind, Afrim Caslli – provenienti da tutte le parti d'Italia. Alla prima prova di "scrematura" si sono presentati 1600 infermieri, quindi ne sono rimasti poco più di 400. Fra qualche mese il concorso consentirà di assumere a ruolo solamente 45 infermieri in una provincia ampia e con notevoli problematiche organizzative, logistiche e territoriali.

Tanto per fare qualche cifra – argomenta Caslli – al Santa Maria della Misericordia di Udine attualmente lavorano 95 infermieri a tempo determinato, a fronte di questi contratti a termine il concorso permetterà l'assunzione di 25 unità sole. Inutile dire che non permetteranno di soddisfare le necessità». Ed è per questo che il Nursind chiede adesso di inserire in una graduatoria tutti



i candidati che hanno passato la prima scrematura e di attingervi per evitare di mandare in crisi le organizzazioni e i reparti.

«Il personale è già sotto pressione, stanco e logorato da continue richieste di adattamento - chiarisce Caslli -, inoltre c'è il rischio di una nuova migrazione dei neo-assunti verso altri ospedali vicini alle loro origini e che annulla gli sforzi di reintegro numerico del personale». «In questi ultimi anni – aggiunge Caslli – la sanità friulana ha già pagato a caro prezzo la mancanza di assunzioni di infermieri. Con il decreto spending review ci sarà un'ennesima scrematura.

Tutto ciò ricade su un'organizzazione già all'osso e sul cittadino che pagherà a caro prezzo il disagio causato dalla contrazione del personale. Pensate al disagio dei degenti a cui non saranno garantiti nemmeno i bisogni di base quotidiani. Le organizzazioni dovranno far leva sui parenti dei degenti se vogliono espletare un minimo di assistenza di base, dall'alimentazione all'igiene personale, all'assistenza notturna».

L'Aquila:

Il vestito nuovo dell'Infermiere: "la livrea"

Il Nursind definisce esasperante la situazione del San Salvatore dell'Aquila dove gli infermieri sono visti come colf e badanti

All'ospedale di San Salvatore dell'Aquila gli infermieri potrebbero andare incontro a quella che si preannuncia essere una svolta epocale. Il loro vestiario, per "decisione" unilaterale dell'azienda a-quilana, potrebbe essere rinnovato: via le divise e dentro... "le livree". Non solo: infermieri ed infermiere prestissimo, potrebbero anche ottenere una progressione orizzontale di carriera diventando "d'imperio" ...maggiordomi e camerieri. Antonio Santilli - segretario provinciale Nursind - è categorico nel definire questa paradossale situazione: esasperante!

Ma questa non è solo l'opinione del rappresentante del sindacato autonomo degli infermieri. L'utenza e finanche la stampa, almeno per una volta, sono concordi che al San Salvatore non è certamente colpa dell'infermiere quando il campanello suona inutilmente o quando, anche la semplice richiesta di un bicchiere d'acqua, diventa un'impresa. "Gli O.S.S. sono una "specie" tutelata dall'azienda – ironizza Santilli – poiché in via "d'estinzione. Ecco perché noi infermieri - poiché "specie diffusa e non protetta" - svolgiamo contemporaneamente anche il compito di O.S.A. occupandoci del rifacimento letto e dell'igiene dei pazienti. Tutto ciò – conclude il segretario provinciale - porta gli infermieri a trasgredire la legge - visto che svolgere mansioni inferiori è vietato – e li sottopone a demansionamento, dequalificazione

MASTERS UNIVERSITARI

Anno Accademico 2012-2013



PEGASO

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



Perfeziona la tua carriera Lavoro+Famiglia+Studio

Con noi si può!



Inf.

ografia

istema

Oltre all'area sanitaria,
da quest'anno le convenzioni
si estendono anche

all'area ospedaliera, didattica,
essenziale, promozionale,
di ricerca e sviluppo e di servizi

e-learning 24 h. su 24
+ seminari di approfondimento
ed esami in presenza

Per gli iscritti NurSind da 700 €

Convenzioni speciali anche per i Corsi di Laurea

info ed iscrizioni su www.nursind.it

professionale e stress lavorativo”.

Il Nursind aquilano ha richiamato ufficialmente diverse volte l'attenzione del Direttore Generale Giancarlo Silveri e del Direttore Sanitario Libero Colitti. Ma dopo alcuni incontri informali e altrettanto rassicurazioni verbali la situazione è rimasta completamente immutata. Così Santilli e il segretario Nursind di presidio Chaled Milhem, dicono basta e passano alle vie legali.

San Camillo Roma:

davanti al Prefetto l'azienda si dichiara disposta a collaborare

Roma. Nursind denuncia situazioni di “grave rischio” al Pertini e al San Camillo

Letti nei corridoi nell'ospedale Sandro Pertini, con l'impossibilità per gli assistiti di chiamare l'allarme con il campanello. Turni di lavoro continuativi di oltre 13 ore all'ospedale San Camillo Forlanini. Questo il contenuto delle denunce inviate dal sindacato al Prefetto di Roma.

29 MAG - Il Nursind di Roma ha denunciato “situazioni di grave rischio e pericolo per i pazienti e per la sicurezza degli infermieri” negli ospedali Sandro Pertini e San Camillo Forlanini. Come si può leggere nella documentazione inviata al prefetto di Roma, il sindacato ha reso nota la presenza di diversi letti collocati fuori norma nei corridoi o in stanze che sarebbero dovute rimanere libere, presso il Reparto di Medicina 1-2-3 e la Chirurgia d'urgenza dell'ospedale Sandro Pertini di Roma.

I pazienti sarebbero così impossibilitati ad utilizzare il cam-

panello per le chiamate di allarme, oltre al fatto di non occupare uno spazio adeguato per le attività di cura ed assistenza quotidiana. Viene meno, dunque, anche il diritto alla privacy degli assistiti lasciati alla mercè di curiosi e visitatori, ledendo in questo modo la loro dignità.

All'ospedale San Camillo Forlanini, invece, presso la Uoc di Medicina I – II – III e di Cardiocirurgia, il Nursind ha denunciato l'obbligo a turni di lavoro continuativi di oltre 13 ore giornaliere, senza riposo nei turni notturni e senza poter godere dei riposi settimanali.

Di seguito il verbale dell'incontro dal Prefetto.

Prefettura di Roma

TENTATIVO PREVENTIVO DI CONCILIAZIONE

9 luglio 2012 - Verbale n.44

Su richiesta dell'O.S. NURSIND è stata convocata, in data odierna una riunione per esperire il tentativo preventivo di conciliazione, previsto dalla normativa sopra indicata, relativamente alla vertenza promossa dalle predette OO.SS. nei confronti dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini.

L'O.S. si richiama ai punti indicati nella richiesta di apertura della procedura, che si possono così sintetizzare:

- 1) Sovraffollamento del pronto soccorso con ambienti fuori norma e presenza di letti aggiunti nei corridoi;
- 2) Carenza di personale infermieristico, mancanza di assunzioni, utilizzo distorto degli ordini di servizio per coprire la turnazione ordinaria;
- 3) Mancato rispetto delle procedure contrattuali nell'applicazione della mobilità interna e nel conferimento degli incarichi.

I rappresentanti dell'Azienda riferiscono che la Regione ha approvato l'ampliamento strutturale del pronto soccorso (circa 500 mq). Tale misura potrà consentire di attenuare le criticità di cui al

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 province attive lo trovi su www.nursind.it, se la tua provincia non è ancora contemplata tra quelle colorate in verde, **hai la possibilità di essere protagonista della nascita del Nursind nella tua realtà.**

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

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

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



Il valore del Nursind: insieme siamo più forti!

punto 1). L'Azienda si impegna a tenere costantemente aggiornata l'O.S. sulla tempistica di tale intervento

Quanto ai c.d. letti aggiunti, nel ribadire l'eccezionalità, l'Azienda si impegna a verificare la presenza dei requisiti di sicurezza, eventualmente emanando una circolare che richiami i reparti al rispetto degli stessi (con riferimento alla tipologia del paziente, escludendo i ricoveri programmati etc.).

Con riguardo al punto 2) i rappresentanti dell'Azienda ricordano che al momento non sono previste deroghe per i limiti alle assunzioni fissati dalla Regione. Si impegnano tuttavia a farsi parte attiva per ribadire le esigenze di risorse nelle sedi opportune e si dichiarano disponibili ad acquisire le osservazioni del sindacato ai fini del ricorso a forme contrattuali diverse (tempo determinato) in luogo dei contratti atipici attualmente stipulati.

Manifestano inoltre la disponibilità ad un confronto con l'O.S. per valutare la situazione concreta dei reparti al fine di verificare il corretto utilizzo degli ordini di servizio.

Con riguardo al punto 3) si impegnano a valutare la possibilità di razionalizzare gli incarichi, nel rispetto delle procedure previste dalle norme contrattuali.

Alla luce delle posizioni manifestate, l'O.S., pur restando in attesa degli sviluppi del confronto in sede aziendale, si dichiara soddisfatta della disponibilità manifestata dall'Azienda. L'odierno tentativo di conciliazione si conclude pertanto con esito positivo.

Policlinico Gemelli

“ORA ET LABORA”:

ma almeno..... paghi ora?

Il “Gemelli” diventa “L'isola dei cassintegrati”. Il Nursind proclama lo stato di agitazione

L'isola dei cassintegrati, un famosissimo blog (www.lisoladeicassintegrati.com) che racconta le storie di lotta e rivendicazione lavorativa provenienti da tutta Italia, da oggi annovera un “cliente” in più: il “Gemelli” di Roma. La gravissima crisi economica del rinomato polo universitario-ospedaliero romano ha necessitato, nel complicato quanto “poco chiaro” piano di ristrutturazione aziendale, l'attuazione di una inconcepibile forma di cassintegrazione giornaliera per il personale del comparto, mentre uno a cadenza più o meno settimanale ha riguardato il personale amministrativo.

Ovviamente le maggiori sigle sindacali, le stesse che dovrebbero tutelare il lavoratore, hanno dato il loro beneplacito. Il Nursind - attraverso Sandro Chinni segretario di presidio - naturalmente non è sceso a compromessi. Non solo: non “digerendo” questa strategia apparentemente senza soluzione di continuità si è rivolta al Prefetto di Roma per tentare una improbabile (forse impossibile) procedura di conciliazione e raffreddamento. E dire che di motivi per protestare, anche veementemente, ce ne sarebbero stati. Eccoli sottoelencati:

1. Mancata corresponsione della quattordicesima, prevista con il mese di maggio.
2. Chiarimenti piano di ristrutturazione Aziendale.
3. Mancato rispetto dei requisiti minimi autorizzativi nel reparto di Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO).
4. Messa in mobilità di personale infermieristico

Lo scorso 10 settembre scorso le parti in causa - Nursind e rappresentanti del “Gemelli” - sono stati convocati. Di seguito l'estratto del verbale n.64: “I rappresentanti dell'Azienda hanno immediatamente e preliminarmente ribadito di non riconoscere l'O.S. quale interlocutrice, in quanto la stessa non è firmataria di contratto. Nel merito hanno ricordato che, proprio le difficoltà finanziarie, hanno indotto l'adozione del piano di ristrutturazione con conseguente ritardo nella corresponsione della 14° mensilità



il cui pagamento, trattandosi di un diritto acquisito è solo rinviato. Per la richiesta di chiarimenti sul piano di ristrutturazione i rappresentanti dell'Azienda ricordano di aver discusso i criteri applicativi della C.I.G. con le OO.SS. riconosciute. Tuttavia negano la violazione del diritto di accesso, in quanto l'intera procedura, oltre a non risultare ancora conclusa, è di competenza regionale: in tale diversa sede andrebbe proposta l'istanza di accesso. Con riferimento al punto 3 rivendicano il rispetto del rapporto minimo tra infermieri e degenti quantificato a livello regionale. Considerata la distanza tra le posizioni manifestate, l'incontro si è concluso con esito negativo e l'O.S. si riserva di comunicare, nei modi e nei tempi stabiliti dalla normativa vigente, le eventuali successive forme di astensione dal lavoro”.

Quindi al “Gemelli”, come in ogni parte d'Italia, per quel che riguarda i problemi specie economici del personale, contano solo le opinioni delle OO.SS. cosiddette riconosciute. Quello che non è chiaro è se per “riconosciute” si intende anche, o forse soprattutto, identificate come coloro che svolgono, attuano ed - in modo particolare - concordano con l'attuazione di interessi personali mascherati malamente come mission sindacale. Il Nursind romano, a tutto ciò, risponde picche. E per fine ottobre già si prospetta uno sciopero generale.

ASL TO4

governare a colpi di Ordini di Servizio?

Spett.le ASLTO4

Alla cortese attenzione

Commissario - **Dott. Renzo Secreto**

Direttore Sanitario - **Dott. Carlo Bono**

Direttore S.C. OSRU **Dott.ssa Ada Chiadò**

Direttore Sanitario P.O. Ivrea **Dott.ssa Cristina Bosco**

e p.c. alla Responsabile Uff. Pers. **Dott.ssa Flavia Cardillo**

Direttore S.C. Medicina d'Ivrea **Dott. Lorenzo Gurioli**

alla Coordinatrice Infermieristica **Amoruso Anna Maria**

Oggetto: Ordini di servizio

Spettabile Azienda, la scrivente O.S. sollecitata da diverse segnalazioni da parte del personale della S.C. Medicina d'Ivrea, intende segnalare una problematica che si sta verificando ormai dall'inizio di Gennaio 2011, in concomitanza del blocco delle prestazioni aggiuntive in Piemonte.

Tale problematica è stata rilevata non solo nella S.C. sopraccitata, ma anche nel resto del P.O. (Neurologia...)

Ad oggi, causa malattia sono stati effettuati più di trenta ordini di servizio (per la S.C. Medicina d'Ivrea) per la sostituzione assenza improvvisa e non, di personale infermieristico e di supporto, oltre a tutti gli altri salti di riposo che i dipendenti si sono dovuti sobbarcare.

All'inizio di ogni anno le aziende predispongono un piano per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dota-

zione organica, ai profili professionali necessari per l'erogazione delle prestazioni nei servizi e presidi individuati dal piano stesso ed agli aspetti organizzativi delle strutture.

Perciò chiediamo: Questa Azienda ha predisposto un piano di emergenza?

Se pur come OS comprendiamo benissimo i limiti imposti dalla Regione al commissariamento della stessa ASL, speriamo che questo non diventi un motivo per non intervenire su alcune problematiche

Si ricorda inoltre che l'orario massimo giornaliero è fissato dall'art. 26 del CCNL 7/4/1999 in 12 h continuative e che il Dlgs 66/2003 stabilisce in 11 ore il riposo giornaliero continuativo.

Riportiamo tali norme, perché ci risulta, che alcuni dipendenti sono stati obbligati a fermarsi a lavoro dal Dirigente Responsabile, senza il rispetto delle 11 ore di riposo consecutive.

Tanto per citare un esempio, più di un infermiere si è trovato a dover ritornare a lavoro dopo appena 8 ore di riposo o addirittura 4.

A tal proposito chiediamo: In questa ASL esiste un accordo che deroga le 11 ore di riposo?

Inoltre, sono pervenute sempre alla stessa O.S., segnalazioni in merito alla generica motivazione dell'ordine di servizio ("ESIGENZE DI SERVIZIO") e altre in merito a ritardi di ricezione dello stesso per iscritto, comunicato precedentemente via telefonica (es. telefonicamente il venerdì e ricevuto scritto il lunedì).

A tal proposito si ricorda che l'ordine di servizio:

1) Deve essere scritto (CCNL 01-09-95 Art. 28); in giurisprudenza le comunicazioni che possiedono valore sono scritte. Tale tutela non è presente se viene emesso verbalmente. Può essere impartito verbalmente in caso di urgenze ed emergenze;

2) Deve pervenire in tempo, quindi essere tempestivo ed essere consegnato nelle mani del dipendente;

3) Deve contenere la motivazione precisa;

4) Deve provenire dal responsabile del servizio (art.16 D.P.R. 3/1957);

5) Deve essere chiaro, deve indicare la data di emissione ed essere nominativo;

6) Deve essere uno strumento eccezionale: altrimenti diverrebbe straordinario programmato espressamente vietato dalla normativa in vigore (CCNL 07-04-99 Art. 34 comma 1).

La copertura dei turni deve essere garantita sulla base dei criteri organizzativi certi e con personale sufficiente per evitare disservizi dovuti ad imprevisti.

7) Nel caso di più infermieri presenti in turno, deve essere il Dirigente a decidere e segnalare chi deve fermarsi in turno.

Come ultimo, si chiede cortesemente all'Azienda, se esiste ad oggi un delegato o più delegati dal Dirigente Responsabile, alla comunicazione di Ordini di servizio fatti a voce ai dipendenti in caso di urgenza.

Restando a vostra disposizione per qualsiasi chiarimento, si

colgie l'occasione per ringraziare anticipatamente e porre cordiali saluti.

Ivrea li 17/04/12
Nursind ASL TO4

ASP di Paluzza: infermieri in rivolta: utilizzati come camerieri

Finisce dal giudice del lavoro la protesta alla "Matteo Brunetti". Il sindacato chiede un incontro con il sindaco e intanto prepara una diffida

Infermieri incaricati di occuparsi dei rifiuti, di lavare le tazze, sbucciare la frutta, imboccare i pazienti e metterli a letto. Dipendenti presi a male parole se solo osano rifiutare di occuparsi di queste incombenze. L'allarme alla segreteria del Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, è arrivato sei mesi fa dal personale sanitario in servizio all'Azienda pubblica per i servizi alla persona Casa degli operai vecchi e inabili "Matteo Brunetti" di Paluzza che conta una settantina di dipendenti, fra i quali vi sono otto infermieri.

Una vicenda che, dopo aver mobilitato i sindacati e il collegio Ipsavi, ora è destinata ad approdare sulle carte bollate e a finire davanti al giudice del lavoro.



«La richiesta di aiuto degli infermieri di Paluzza ci è giunta in relazione a una situazione difficilissima nella quale questi ultimi si sono venuti a trovare – racconta il vicesegretario provinciale Afrim Caslli – e che oltre ad aver di fatto demansionato i dipendenti a causa di carenze organizzative, ora rischia di mettere a repentaglio la stessa sicurezza degli ospiti visto che, compito degli infermieri è occuparsi della salute dei pazienti e somministrare farmaci, certo non di buttare i sacchi della spazzatura. Funzioni che invece sono stati costretti a svolgere - assicura Caslli – tant'è che un'infermiera un paio di settimane fa si è infortunata mentre si occupava dello smaltimento dei rifiuti. Come se non bastasse - assicura il rappresentante del Nursind – sono stati innumerevoli gli episodi di aggressione verbale da parte degli operatori agli infermieri che dichiaravano le proprie perplessità sull'opportunità di occuparsi di queste attività a danno delle proprie specifiche competenze. Inutile dire che lavorare in questo contesto per loro diventa di giorno in giorno più difficile».

In seguito alle prime segnalazioni, il Nursind si è mosso chiedendo un incontro con il direttore della struttura Denis Caporale e con la coordinatrice Maria Teresa Della Pietra. «Un incontro – riferisce Caslli – cui erano presenti anche la segretaria provinciale Patricia Ariis e un rappresentante degli infermieri, ma a fronte del-



le promesse che ci sono state fatte, a distanza di tanti mesi nulla è cambiato, così abbiamo deciso di ricorrere alle vie legali e abbiamo dato mandato al nostro avvocato Nino Orlandi di preparare una diffida che sarà presentata nei prossimi giorni. Dopo aver sollecitato anche l'Ipasvi a intervenire, intendiamo inoltre coinvolgere l'amministrazione comunale e in primis il sindaco al quale chiederemo di intervenire per porre rimedio a una situazione molto grave».

Foggia:

A.A.A. - Ai "Riuniti" di Foggia cercasi infermieri "bionici"

Il Nursind della terza città pugliese denuncia le scelte "folli" dell'A.S.L.

Oramai è un dato di fatto. Alcuni infermieri della terza città pugliese in termini di estensione, forse perché foggiani o probabilmente perché devoti di San Padre Pio, hanno il "dono" dell'ubiquità. La Chiesa - forse perché non a conoscenza - ancora non si è occupata di questi fatti "straordinari". Di diverso parere è l'Azienda Sanitaria degli Ospedali Riuniti di Foggia che, incurante della onnipresenza degli infermieri della Rianimazione - sia di quella ospedaliera che di quella universitaria - parla piuttosto di "normale routine". E dire che appena qualche tempo fa i vertici degli ospedali Riuniti di Foggia avevano convocato apposita conferenza stampa per comunicare l'apertura di ulteriori due posti di Rianimazione che si andavano a sommare ai già nove presenti. Peccato che avevano dimenticato di far sapere ai media il come e il dove. Già perché, la famigerata spending review - non avendo risparmiato né la Puglia né tantomeno Foggia - non

ha permesso l'assunzione di ulteriore personale.

Agli infermieri della Rianimazione dunque è toccato "dotarsi" di monopattino e/o aliante per raggiungere l'una o l'altra unità operativa - ospedaliera e/o universitaria - in base alle necessità del momento. Il dato raccapricciante è che le due unità operative si trovano in edifici diversi, distanti, separati addirittura da una strada. L'ovvio silenzio - mediatico e burocratico - delle altre OO.SS. è stato interrotto dal Nursind che, volendo usare un ossimoro, lo ritiene "assordante".

"E' inconcepibile e certamente disumano - Michelangelo Impagnatiello segretario aziendale - obbligare gli infermieri a fare la spola fra le due strutture di rianimazione. Il rapporto pazienti-infermieri della struttura di Rianimazione ospedaliera e universitaria non è sufficiente per garantire la sicurezza sia per i pazienti che per gli stessi operatori sanitari. Ai nove posti letto della Rianimazione ospedaliera si sono aggiunti i due di quella universitaria e il personale, già insufficiente prima, ora è in estrema difficoltà." La direzione strategica dei "Riuniti" di Foggia - conscia di quali siano gli standard minimi di assistenza previsti per l'area critica - non solo non li rispetta ma li mortifica ancor di più. Gioca una sorta di improbabile partita a poker con gli infermieri dove purtroppo - la motivazione "bluff" del blocco delle assunzioni - non trova l'apposito "rilancio" delle organizzazioni sindacali "titolate" che, non avendo dignità - sindacale e soprattutto umana - al posto di ribellarsi, avallano una situazione al limite della denuncia penale.

"Tutto il periodo estivo - prosegue Impagnatiello - con solo tre unità infermieristiche a fronte di nove posti letto di terapia intensiva. Numeri da denuncia". Categorico, ma mai rassegnato, il segretario amministrativo di Foggia Andrea Vigilante:

"Non siamo qui a parlare di periodo di crisi nazionale e sanitaria, ma di abbandono totale dell'assistenza al cittadino, di disinteresse completo di una direzione sanitaria incapace ad affrontare le vere urgenze, dedicando le energie ad operare continui tagli sul personale addetto all'assistenza ridotto ormai all'estremo con si-

Convenzioni Nazionali

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



riservate
agli
iscritti



sconti di ogni tipo ovunque



Corsi e Convegni ECM



tuazioni che non possono far altro che peggiorare”.

E dire che di questa nuova quanto surreale Rianimazione dei “Riuniti” di Foggia se ne erano occupati Fabio e Mingo di “Striscia la notizia” come opera faraonica mai inaugurata. A gennaio di quest’anno la stessa viene, non ufficialmente aperta al pubblico ma adeguata (forzatamente) a struttura d’appoggio per un massimo di due pazienti.

“Il problema – continua Vigilante – è che l’Azienda non ha ben ponderato i criteri di utilizzo del personale. Ad oggi, quella che era preventivata come struttura d’appoggio è diventata una vera e propria Rianimazione con ben 4 posti letto a fronte dei quali - la direzione sanitaria- ha previsto un solo infermiere a turno ed un O.S.S. Rare le volte in cui gli infermieri sono due e mai comunque la notte”.

Il Nursind foggiano sta valutando azioni di tipo legali ed il ricorso al Prefetto. Fieramente, i componenti della segreteria provinciale del sindacato autonomo degli infermieri, non si sono seduti al tavolo della contrattazione sindacale che, come spesso accade, mortifica il lavoratore ma soddisfa il sindacalista. A proposito. La situazione paradossale ai Riuniti di Foggia ricorda il capolavoro di Pupi Avati: “Regalo di Natale”. Vista la situazione tutt’ora immutata, Il Nursind foggiano sarà l’involontario protagonista anche del remake del celebre film del regista bolognese?

Firenze:

“Cronaca di un disastro annunciato”. La spending review toscana al vaglio del Nursind

Giannoni, segretario provinciale di Firenze, denuncia: “Casta e politica inerme sono i veri responsabili del deficit sanitario nazionale”



Da patria dei Medici, pittori, scrittori e artisti vari Firenze si candida sempre più a diventare terra di rivoluzione sindacale. Giampaolo Giannoni - segretario provinciale Nursind della città medicea da qualche giorno riconfermato – parla un “linguaggio” che né l’Azienda né tanto meno la Regione sembrano capire. Giannoni – che sembra trovarsi di fronte all’ennesimo caso di “non c’è peggior sordo di chi non vuol sentire” – non si scompone più di tanto. Si arma di carta e penna e scrive direttamente al Presidente della Regione Toscana Enrico Rossi, all’assessore al Diritto alla Salute Luigi Marroni e – tanto per non farsi mancare niente al Ministro della Funzione Pubblica Filippo Patroni Griffi e quello della Salute Renato Balduzzi.

Infermiere di famiglia e riorganizzazione sia del sistema dell’Emergenza/Urgenza che del 118 in centrali uniche, sono i punti cardini di una missiva ricca di contenuti e soprattutto, di riflessioni. “Come abbiamo denunciato – scrive il segretario provinciale fiorentino - la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale Toscano essenzialmente non tiene conto di un territorio, oggi “non curato”. L’infermiere di famiglia oggi è una necessità irrinunciabile e la sua istituzione, così come prevedeva già l’OMS fin dal 2003, dovrà avvenire superando preconcetti e interessi di casta.

L’altro aspetto - legato anch’esso al territorio - che ci preme portare all’attenzione, riguarda la paventata riorganizzazione del servizio di emergenza territoriale toscano che prevedrebbe la chiusura di molte centrali operative “sostituite” da un’unica centrale operativa, una per ogni area vasta. Facendo un passo indie-



to vorremmo ricordare che, in precedenza, la stessa Regione Toscana prevedeva centrali operative “aziendali”, giustificando la valenza territoriale che le stesse avrebbero dovuto avere nel rapporto con il territorio di competenza che, di fatto, diveniva parte integrante per l’erogazione di un servizio qualitativamente importante (riduzione tempi di attesa per pazienti critici, percorsi preferenziali per patologie coronariche acute, ecc.).

Scelta azzeccatissima in considerazione del fatto che oggi, anche grazie a queste realtà, il sistema di emergenza-urgenza toscano è considerato uno dei migliori d’Italia. Ci pare quantomeno prematuro ed inopportuno inoltre, parlare oggi di unificazione delle centrali 118, alla luce della sola spinta del rigore economico. Sarebbe praticamente impossibile la gestione di un territorio (com’è purtroppo ancora attualmente) non omogeneo in termini organizzativi, procedurali, tecnologici, di risorse umane e mezzi di soccorso.

Ma l’aspetto significativo che imporrà altre scelte è quello legato all’istituzione del numero unico europeo dell’emergenza, il “N.U.E. 112”, così come previsto allora dalla Comunità Europea già dal 1991. L’Unione Europea decise poi nel 2008 che tale sistema doveva essere implementato ed attivato in tutti i paesi membri. Oggi solo l’Italia non si è ancora adeguata e per questa “mancanza” il nostro paese è già stato condannato dalla Corte di Giustizia Europea una prima volta nel 2009 e una seconda nel 2010 al pagamento di ben 39.680 euro al giorno per un totale di quasi 18.000.000 di euro oltre a 178.560 euro al giorno a partire dalla seconda sentenza e fino a quando non si metterà in regola sia sull’aspetto fondamentale della localizzazione della chiamata, sia sull’aspetto della tipologia di risposta alla richiesta di soccorso.

Chi paga per queste imperdonabili inadempienze? “La domanda del segretario provinciale di Firenze – ovviamente tutt’ora senza risposta da parte delle istituzioni interessate – trova spunto di riflessione in una citazione di Giovanni Paolo II, il Papa “venuto da molto lontano”: di fronte ai casi di bisogno, non si possono preferire gli ornamenti superflui delle chiese e la suppellettile preziosa del culto divino; al contrario, potrebbe essere obbligatorio alienare questi beni per dar pane, bevanda, vestito e casa a chi ne è privo”.

Ministero del Lavoro

I 3 giorni della 104 non vanno riproporzionati



INTERPELLO
N. 24/2012

Roma, 1° agosto 2012
Direzione generale per l'Attività
Ispettiva

Prot. 37/0014188
Oggetto: art. 9,

D.Lgs. n. 124/2004 – art. 33, comma 3, L.
n. 104/1992 – riproporzionamento giorni
di permesso.

E' stata presentata istanza di interpello
per conoscere il parere di questa Direzione
generale in ordine alla problematica con-
cernente le modalità di fruizione del diritto
ai tre giorni mensili di permesso ex art. 33,
comma 3, L. n. 104/1992.

In particolare, l'istante chiede:

- se sia legittimo un eventuale riproporzionamento del diritto in questione, in base alla prestazione lavorativa effettivamente svolta, qualora il dipendente fruitore dei suddetti permessi abbia legittimamente beneficiato di altre tipologie di permessi o congedi a lui spettanti (quali permesso sindacale, maternità facoltativa, maternità obbligatoria, malattia, congedo straordinario invalidi ecc.) e si sia, pertanto, assentato dal lavoro nell'arco del mese di riferimento;

- se il dipendente che inoltra istanza di permesso ex L. n. 104/1990 per la prima volta nel corso del mese (ad es. il giorno 19) abbia diritto ad un riproporzionamento del diritto in questione ovvero lo stesso debba essere fruito in misura intera.

Al riguardo, acquisito il parere della Direzione generale delle Relazioni Industriali e dei Rapporti di Lavoro, si rappresenta quanto segue.

In via preliminare, occorre ricordare che il diritto a tre giorni di permesso mensili ex L. n. 104/1992 spetta al coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Nelle ipotesi in cui il dipendente, nel corso del mese, fruisca di altri permessi quali ad esempio permesso sindacale, maternità, malattia ecc., non è possibile ritenere giustificato un riproporzionamento del diritto ai permessi ex L. n. 104, in quanto trattasi comunque di assenze "giu-

stificate", riconosciute per legge come diritti spettanti al lavoratore. L'intento di garantire alla persona con disabilità grave una assistenza morale e materiale adeguata, anche attraverso la fruizione, da parte di colui che la assiste, dei permessi mensili di cui all'art. 33, della L. n. 104/1992, non sembra possa subire infatti una menomazione a causa della fruizione di istituti aventi funzione, natura e caratteri diversi.

Il principio sopra enunciato ha trovato, peraltro, conferma nella risposta ad interpello n. 21/2011 – riferita alla problematica relativa al riproporzionamento dei permessi indicati in oggetto in base ai giorni di ferie usufruite nel medesimo mese – proprio in virtù della diversa ratio sottesa agli istituti delle ferie e ai permessi di cui al citato art. 33.

Ne consegue che il principio espresso dall'INPS con circ. 128/2003 – richiamata dall'istante – secondo cui viene concesso un giorno di permesso ogni dieci giorni di assistenza continuativa e, per periodi inferiori a dieci giorni, non si ha diritto a nessuna giornata, non sembra trovare applicazione nell'ipotesi prospettata.

Viceversa, nella diversa ipotesi in cui il dipendente presenti istanza ex L. n. 104/1992 per la prima volta nel corso del mese (ad esempio nel giorno 19), appare evidentemente possibile operare un riproporzionamento del numero dei giorni mensili di permesso spettanti, in base ai criteri indicati dall'Istituto.

IL DIRETTORE GENERALE
(f.to Paolo Pennesi)

Agenzia delle Entrate

Prestazioni sanitarie detraibili anche se non prescritte dal medico



25/06/2012 -

L'Agenzia delle Entrate chiarisce che la documentazione infermieristica ha valore fiscale.

Con una circolare del 1° giugno, l'Agenzia delle entrate ha chiarito che sono detraibili ai fini fiscali tutte le prestazioni sanitarie erogate dalle figure professionali di cui al Dm Salute 29 marzo 2001, anche senza una specifica prescrizione medica. Vedi la circolare.

"Tenuto conto delle precisazioni fornite dal Ministero della Salute, si ritiene che possano essere ammesse alla detrazione

d'imposta di cui all'articolo 15, comma 1, lettera c), del TUIR le spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese alla persona dalle figure professionali elencate nel Dm 29 marzo 2001, anche senza una specifica prescrizione medica. Ai fini della detrazione, dal documento di certificazione del corrispettivo rilasciato dal professionista sanitario dovranno risultare la relativa figura professionale e la descrizione della prestazione sanitaria resa".

Il quesito era stato posto da alcune associazioni di operatori rientranti nelle professioni sanitarie riabilitative.

La nuova impostazione dell'Agenzia delle Entrate ribalta una precedente circolare del luglio 2010 che, al contrario, sottoponeva la detraibilità delle prestazioni sanitarie alla presenza di una prescrizione medica.

Cassazione

Trasferimenti bloccati anche se il disabile non è grave



Trasferimenti bloccati per chi assiste un parente disabile anche se la disabilità non è grave. Una recente sentenza in materia di assistenza ai soggetti dichiarati disabili dalle com-

missioni mediche dell'Asl, pronunciata dai giudici della sezione lavoro della Corte di cassazione e depositata in cancelleria lo scorso 7 giugno, se dovesse essere confermata da altre sentenze della medesima Suprema Corte, renderebbe necessaria una importante modifica della disposizione contenuta nell'articolo 33, comma 5, della legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate n. 104/1992 e successive modificazioni.

Il predetto comma 5, nella formulazione attualmente in vigore dispone che il lavoratore che assiste un parente con handicap in situazione di gravità (coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti) ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e non può essere trasferito senza il suo consenso in altra sede.

Ad avviso dei giudici il diritto del lavoratore a non essere trasferito ad altra sede lavo-

L'INDAGATO DEL PROFESSIONISTA
 INFERMIERISTICHE
 NURSIND
 L'INDAGATO DEL PROFESSIONISTA
 INFERMIERISTICHE

rativa senza il suo consenso non può, invece, subire limitazioni neppure allorché la disabilità del familiare non si configuri come grave. L'inamovibilità del lavoratore è giustificata dalla cura e dall'assistenza del familiare disabile, sempre che non risultino provate da parte del datore di lavoro – a fronte della natura e del grado di infermità psico-fisica del familiare – specifiche esigenze datoriali che, in equilibrato bilanciamento tra interessi, risultino effettive, urgenti e comunque suscettibili di essere diversamente soddisfatte. Sempre ad avviso dei giudici della sezione lavoro della Suprema Corte, la limitazione contenuta nel comma 5, producendo l'effetto di privare i disabili di una assistenza indispensabile alla loro esistenza e finalizzata alla tutela psico-fisica e all'integrazione nella famiglia e nella collettività, contrasterebbe anche con quanto dispone la Convenzione Onu del 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità recepita dalla legge 15/2009.

Ministero del Lavoro

Interpello su tentativo di conciliazione



INTERPELLO N. 11/2012
Roma, 10 aprile 2012
Direzione generale per l'Attività Ispettiva
Prot. 37/0006869
AINURSIND
Sindacato delle

Professioni Infermieristiche

Oggetto: art. 9, D.Lgs. n. 124/2004 – impugnazione sanzioni disciplinari – applicabilità art. 7, commi 6 e 7; L. n. 300/1970 alle controversie relative al lavoro pubblico.

Il NURSIND – Sindacato delle Professioni Infermieristiche – ha avanzato istanza di interpello per conoscere il parere di questa Direzione generale in merito alla impugnazione delle sanzioni disciplinari. In particolare il NURSIND, “preso atto della circolare n. 28/2010 (...) avente ad oggetto impugnazione sanzioni disciplinari – applicabilità art. 7, commi 6 e 7, L. n. 300/1970 alle controversie relative al lavoro pubblico (...) chiede entro quale termine perentorio la sanzione disciplinare di un pubblico dipendente può essere impugnata davanti l'ufficio provinciale del lavoro stante l'inapplicabilità dell'art. 7 della L. n. 300/1970”.

Al riguardo, acquisito il parere della Direzione generale delle Relazioni

Industriali e dei Rapporti di Lavoro, della Direzione generale per le Politiche del Personale, dell'Innovazione, del Bilancio e della Logistica e della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, si rappresenta quanto segue.

In via preliminare, occorre inquadrare la problematica sollevata alla luce delle modifiche apportate dall'art. 72, comma 1, D.Lgs. n. 150/2009 (c.d. Riforma Brunetta) agli artt. 55 e 56 del D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. T.U. Pubblico impiego), con riferimento al quadro regolatorio concernente le procedure conciliative preconciliative nonché le impugnazioni delle sanzioni disciplinari.

Nello specifico, la novella legislativa ha operato in una duplice direzione: da un lato, ha modificato l'art. 55, introducendo nell'ambito della suddetta materia, i nuovi artt. dal 55 bis al 55 sexies, dall'altro ha abrogato integralmente il successivo art. 56.

Ciò premesso, al fine di fornire la soluzione alla problematica sottesa al quesito, è necessario muovere, in relazione alle procedure conciliative, dalla lettura dell'art. 55, comma 3 così come modificato.

Tale disposizione stabilisce che “la contrattazione collettiva non può istituire procedure di impugnazione dei provvedimenti disciplinari. Resta salva la facoltà di disciplinare mediante i contratti collettivi procedure di conciliazione non obbligatoria, fuori dei casi per i quali è prevista la sanzione disciplinare del licenziamento (...)”.

Per quanto concerne, invece, il procedimento di impugnazione delle sanzioni disciplinari, l'abrogazione dell'art. 56, T.U. citato ha comportato per i dipendenti pubblici il divieto di ricorrere al collegio di conciliazione, istituito presso la Direzione provinciale del lavoro, con le modalità previste dall'art. 7, commi 6 e 7, L. n. 300/1970.

Occorre, tuttavia, sottolineare che la L. n. 183/2010 ha introdotto alcune modifiche in merito alla disciplina della conciliazione ed arbitrato nelle controversie in materia di lavoro.

In proposito, si evidenzia che in virtù dell'abrogazione da parte dell'art. 31, comma 9, degli artt. 65 e 66, D.Lgs. n. 165/2001, le procedure di conciliazione ed arbitrato di cui agli artt. 410 e 412 c.p.c. risultano esperibili altresì da parte dei dipendenti del settore pubblico in relazione alle controversie di lavoro.

Il nuovo tentativo di conciliazione (facoltativo) avendo una disciplina di fonte legale non subisce la preclusione di cui all'art. 55, comma 3, già citato e di conseguenza la portata generale della disciplina ne consente l'applicabilità alle ipotesi di

impugnazione delle sanzioni disciplinari irrogate nei confronti dei pubblici dipendenti.

Appare, inoltre, necessario specificare con particolare riferimento all'art. 412 c.p.c., nella parte in cui consente la risoluzione della lite in via arbitrale, che risulta compatibile con quanto disposto dall'art. 73, comma 1, D.Lgs. n. 150/2009, ai sensi del quale le sanzioni disciplinari non possono essere impugnate di fronte ai collegi arbitrali di disciplina. Quest'ultima preclusione, infatti, attiene esclusivamente a questi particolari organismi arbitrali istituiti presso ciascuna amministrazione.

In tale prospettiva, si ritiene che in virtù della successiva regolamentazione della materia ad opera del c.d. Collegato lavoro, anche le controversie aventi ad oggetto l'impugnazione delle sanzioni disciplinari possono essere trattate dalle nuove commissioni di conciliazione che, per effetto del mutamento di procedura, potrebbero successivamente proseguire nella tratta-



La sede del Ministero del Lavoro a Roma

zione del contenzioso nella veste di collegio arbitrale.

Si rappresenta, da ultimo, che per quanto attiene al disposto di cui all'art. 412 ter concernente una tipologia di arbitrato irruzionale, ossia l'arbitrato sindacale, la cui procedura è rimessa alla contrattazione collettiva, vige la preclusione relativa alla fonte di carattere convenzionale, pertanto le sanzioni disciplinari non potranno essere impugnate mediante questo strumento.

Ciò non vale, invece, riguardo al successivo art. 412 quater, in quanto a differenza del precedente, è consegnato in virtù di una disciplina di fonte legale.

Alla luce della legislazione attualmente vigente ed in risposta al quesito sollevato, si ritiene dunque che le sanzioni disciplinari irrogate nei confronti dei pubblici dipendenti possano essere impugnate sia attraverso l'esperimento del tentativo facoltativo di conciliazione di cui agli artt. 410 e 411 c.p.c., nonché mediante le procedure arbitrali ex artt. 412 e 412 quater, ferma restando comunque l'esperibilità dell'azione giudiziaria negli ordinari termini prescrizionali.

IL DIRETTORE GENERALE
(f.to Paolo Pennesi)

Riportiamo di seguito alcuni quesiti che sono stati rivolti al nostro servizio previdenziale, nella certezza che possano interessare tanti altri colleghi che si trovano nelle medesime condizioni riguardo ai contributi previdenziali e all'anzianità di servizio.

Riscatto penalizzato?

Circola voce, riportata anche da qualche quotidiano, che gli anni di studio riscattati (ex scuola Inf., corso laurea ecc) avrebbero la sola valenza per aumento quota pensionistica e non andrebbero a incidere sulla durata. Cosa c'è di vero?

Queste voci sono destituite di ogni fondamento poichè il riscatto del biennio o triennio di studio viene a tutti gli effetti valorizzato sia ai fini della maturazione del diritto che ai fini del calcolo della pensione. Molto facilmente le voci circolate fanno riferimento alla penalizzazione introdotta dall'ultima riforma Fornero per i soggetti che accedono alla pensione anticipata ad una età inferiore a 62 anni, cui viene applicata una riduzione pari all'1% per ogni anno di anticipo rispetto all'età di 62 anni fino a 60. Tale percentuale annua è elevata al 2% per ogni anno ulteriore di anticipo rispetto a 60 anni. Detta penalizzazione in base alla legge 14/2012 non viene applicata a coloro che maturano il requisito previsto per il pensionamento anticipato entro il 31/12/2017 qualora l'anzianità contributiva derivi esclusivamente da prestazione effettiva di lavoro escludendo pertanto i periodi riscattati.

In pensione a 60 anni?

Gradirei sapere se posso andare in pensione con 60 anni di età e 38 di contributi il prossimo anno e nel caso a quali penalizzazioni vado incontro.

In relazione al quesito posto si precisa che fino al 2015 sussiste per le donne la possibilità di andare in pensione con il requisito minimo di 57 anni di età e 35 di contributi; il relativo trattamento pensionistico viene però determinato con il sistema di calcolo contributivo assai penalizzante (circa il 30% di pensione in meno).

Si ritiene nel caso specifico sia molto

conveniente proseguire l'attività lavorativa per altri 4 anni ed andare quindi in pensione nel 2018 con 42 anni di contribuzione e senza alcuna penalizzazione con un trattamento di pensione pari a circa l'83% della retribuzione lorda.

Riscatto degli anni di studio

Sono un infermiere diplomato nel 1992 secondo il vecchio ordinamento (corso NON universitario). Ho recentemente appreso la notizia riguardante la possibilità di riscattare gli anni di studio ai fini pensionistici. Vi chiedo lumi sulla fondatezza di tale notizia e nell'auspicio di una conferma chiedo la Vostra opinione e istruzioni sull'iter necessario per adempiervi.

Cordiali saluti.

In relazione al quesito posto si conferma la possibilità di riscattare il corso di studi per il conseguimento del diploma per infermiere professionale conseguito nel 1992, sia ai fini pensionistici che ai fini dell'Indennità Premio Fine Servizio.

Se prima di iniziare la scuola era già in possesso di un diploma di studio (biennale, triennale o quinquennale) ha la possibilità di riscattare 3 anni anziché 2.

Riteniamo che presentare la domanda non costi niente e che in ogni caso non è vincolante dargli seguito. Si può prendere una decisione solamente quando si è a conoscenza dell'effettivo costo del contributo e ciò potrebbe essere fra molti anni.

Invalità ed agevolazioni pensionistiche

Ho un'invalità al 100%. Ho diritto ad un trattamento pensionistico agevolato? Se sì, qual'è l'iter per poter usufruire di tale opportunità? Quando va fatta la domanda visto che l'invalità ha scadenze di revisione a volte anche a 5 anni?

In relazione al quesito posto si conferma che in caso di invalidità riconosciuta dal 75% in su compete il beneficio di un'anzianità figurativa pari a 2 mesi per ogni anno di lavoro svolto.

Di norma la richiesta dell'attribuzione del beneficio va presentata all'INPS ex INPDAP in sede di domanda di pensione.

Nell'eventualità di revisione in peius al di sotto del 75% successiva ad un periodo di servizio svolto con invalidità superiore

al 75% rimane in capo al dipendente il beneficio limitatamente al periodo agevolato.

La quantificazione del Part Time

Lavoro a part-time da alcuni anni e desidero sapere se gli anni mi verranno computati in parte ovvero per intero sia per il periodo che per l'importo pensionistico.

Ai fini del diritto l'anno svolto a part-time è valutato in forma identica all'anno prestato a full-time. Per quanto attiene la misura della pensione il part-time riduce il trattamento a secondo dell'orario svolto: 10 anni di part-time con riduzione oraria al 50 per cento saranno valutati come cinque anni ai fini della misura.

Convieni riscattare la laurea?

Ho finito gli studi nel 2003 ed assunta in ospedale a tempo indeterminato nel 2006. Ho presentato domanda di riscatto degli anni di laurea pensando ci fosse un vantaggio ma non ne sono più certa.

Il riscatto nel sistema contributivo serve a far aumentare il "montante" cioè la somma accumulata con i versamenti di tutta la vita lavorativa e rivalutata sulla base del Pil quinquennale. In pratica per un montante aggiuntivo di 10.000 euro, ove si applicasse il coefficiente del 5%, coefficiente che varia in relazione all'età del pensionamento, si avrà un incremento di 500 euro annui di pensione. I riscatti potranno essere utili a raggiungere il requisito contributivo massimo per ottenere la pensione anticipata, oggi prevista per le donne con 41 anni e 1 mese, ma che si accrescerà nel tempo anche in relazione alla speranza di vita. Condizione, quest'ultima, prevista anche per la pensione di vecchiaia, dal 1° gennaio 2012 ottenibile con un minimo di 66 anni.

Tornando al discorso del vantaggio economico, ad una stima presunta, calcolando una media di 18.500 euro il costo della ricongiunzione (la legge consente il riscatto di soli 2 dei 3 anni di studio), da versare a rate fisse di 154,00 € mensili per 10 anni, sgravati dai vantaggi della deducibilità fiscale che si aggira sul 29%, si inizia a guadagnare qualcosa dall'investimento fatto dal 18° anno di pensione, con un vantaggio di 61 euro al mese.

Fondo PERSEO

Perseo è il fondo pensione per tutti i dipendenti di Regioni, Autonomie locali e Sanità. A partire dal 15 settembre sarà possibile iscriversi al fondo e iniziare a costruirsi la propria pensione complementare.

Per info potete visitare il sito <http://www.fondoperseo.it/>

Nel prossimo numero, il servizio previdenziale Nursind farà le opportune analisi sul fondo Perseo, fornendo alcune indicazioni sull'opportunità di aderirvi.

Gestione infermieristica dei farmaci personali dei pazienti in reparto

Dr Roberto Leoni - Infermiere Legale e Forense

Nell'attuale panorama sanitario italiano, è facile trovare pazienti anziani in ospedale che seguono una cura polifarmacologica per le diverse patologie.

Una sana consuetudine, da parte dell'utenza, consiste nel portare in ospedale le confezioni dei farmaci che il paziente assume al proprio domicilio, affinché il personale di reparto ne prenda nota.

Spesso, però, accade che i farmaci personali del paziente (FPP) rimangano in ospedale; in questo lavoro viene illustrato il corretto percorso in merito alla gestione dei FPP in reparto.

Attualmente non esiste una normativa specifica che regoli questa situazione, a livello nazionale la regola generale alla quale bisogna attenersi è quella della cosiddetta "continuità assistenziale".¹

Gli standard internazionali degli ospedali della JCAHO (l'ente americano che accredita le strutture sanitarie di eccellenza in tutto il mondo) confermano questa regola: viene permesso l'uso dei FPP, a condizione che vi siano norme e procedure chiare per la loro gestione.²

La continuità assistenziale viene indicata come uno degli obiettivi necessari per soddisfare i bisogni di salute degli utenti e prevede che il paziente, ricoverato in un ospedale, debba essere messo in grado di continuare a seguire la terapia che abitualmente riceve a casa propria. Ciò significa che la struttura, e in particolare il medico che "accetta" il paziente, ha il dovere di informarsi, al momento dell'ingresso del malato in reparto, sui farmaci che quest'ultimo assume a casa, e successivamente ha il compito di confermare la cura o di sospenderla o di modificarla, facendo attenzione alle eventuali interazioni con la terapia che sarà somministrata durante la degenza in ospedale.

Il problema si pone nel caso in cui la farmacia interna si trovi sprovvista dei farmaci, e/o di eventuali sostituti, per proseguire la terapia domiciliare anche nel presidio ospedaliero. In questo specifico caso i farmaci personali possono essere presi in carico dal reparto sino a quando l'azienda non sarà in grado di fornirli direttamente.

Responsabilità infermieristiche

Nel caso specifico, non essendoci una precisa normativa che regoli questa situazione, dobbiamo rifarci ad un agire condiviso avvalorato dai protocolli di molte aziende ospedaliere, i quali concordano all'unisono sul modo di operare: 3-4-5-6-7

a) Se non sono necessari, i FPP vanno riconsegnati ad un familiare del paziente che li riporta al proprio domicilio.

b) I FPP devono essere consegnati al coordinatore o ad un infermiere che li prende in carico, ne controlla scadenza, stato di conservazione ed integrità;

c) I FPP vanno conservati secondo le istruzioni proprie della confezione del farmaco;

d) In ogni caso, i FPP non devono mai essere confusi con i prodotti della farmacia ospedaliera. I medicinali in questione vanno stoccati separatamente, se possibile in un cassetto apposito indicando sempre nome e cognome del paziente;

e) La somministrazione avviene regolarmente seguendo la scheda terapia;

f) Al termine della degenza, i FPP vanno restituiti ai proprietari e non trattiene in reparto o, se ciò non fosse possibile, vanno eliminati secondo le regole che presiedono allo smaltimento dei prodotti farmaceutici.

Infermiere unico responsabile della gestione della terapia

È bene chiarire che per nessuna ragione tali prodotti devono essere lasciati alla pronta disponibilità dei pazienti.

L'infermiere è l'unico responsabile della gestione della terapia, infatti "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche" (D.M. 14 settembre 1994 n° 739).

L'auto-somministrazione dei farmaci da parte del paziente non può garantire la certezza che siano state rispettate le corrette procedure per quanto riguarda la somministrazione/assunzione dei medicinali, procedura meglio conosciuta come "Regole delle 5 G":

- 1) Giusto farmaco;
- 2) Giusta persona;
- 3) Giusto orario;
- 4) Giusta via di somministrazione;
- 5) Giusta dose.

In caso di auto-somministrazione da parte del paziente, un eventuale errore sarebbe attribuito completamente all'infermiere.

Se il farmaco in questione non è tenuto nel corretto stato di conservazione o esso è scaduto, l'infermiere deve rispondere di "Somministrazione e detenzione di farmaci guasti o scaduti" (Art. 443 c.p.).

L'azione di registrare sulla scheda grafica della terapia l'avvenuta somministrazione del farmaco, quando invece il paziente lo ha assunto da solo, può essere considerata "falso ideologico in atto pubblico" (Art. 479 c.p.).

L'errata consuetudine di lasciare che sia il paziente stesso a gestire la propria terapia, oltre ad essere fonte e causa di errori

gravi come quelli sopra citati, è d'ostacolo all'assunzione delle proprie responsabilità da parte della classe infermieristica e motivo per essere sempre considerati di "serie B". Dobbiamo impegnarci sempre di più per essere apprezzati come affermati professionisti.



Bibliografia

1) L. La Pietra: "Farmaci «personali»: chi deve gestirli quando si è ricoverati in ospedale? Come comportarsi quando si viene «palleggiati» fra medico di base e ospedaliero" forum infermieristico NursesArea Sito Internet consultato il 30/01/2012

<http://www.nursesarea.it/forum/viewtopic.php?t=18531&sid=4e67fadde1c94ecea8511e599fc924f>

2) Greeley H.: "The Joint Commission for Accreditation of Hospitals and medication use." Marblehead, ME: Opus Communications; 1996:7-19.

3) Asl Viterbo.: "Il farmaco in reparto: norme e raccomandazioni rev.00 dicembre/'07

gestione del rischio clinico legato alle terapie il percorso sicuro del farmaco dall'approvvigionamento allo stoccaggio" Sito internet consultato il 30/01/2012

<http://www.asl.vt.it/Servizi/farmacoinfo/Documentazione/pdf/stoccaggio%20definitivo.pdf>

4) Assr Regione Emilia Romagna: "procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci procedura aziendale/dipartimentale rev. 02/ marzo 2010" sito internet consultato il 30/01/2012

<http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/lab-publicazione-sulla-procedura-regionale-per-la-gestione-clinica-del-farmaco-marzo-2010>

5) Regione Siciliana Azienda Sanitaria Provinciale Enna: "Procedura per la gestione del rischio clinico legato alle terapie farmacologiche Rev.0.0 23/09/2011" sito internet consultato il 30/01/2012

http://www.asp.enna.it/portale/attachments/412_MMU%20GESTIONE%20DEL%20RISCHIO%20CLINICO%20DA%20FARMACI.pdf

6) Azienda U.S.L. 3 Codice: GENOVA-DS-IL-: "prescrizione e somministrazione-00 Rev. 0.0 Data: 15.11.07" sito internet consultato il 30/01/2012

<http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/pdf/gend-il-prescrizione%20e%20somministrazione-00.pdf>

7) Azienda Unita' Sanitaria Locale N.4 Terni: "procedura operativa: gestione dell'armadio farmaceutico 25/10/2011" sito internet consultato il 30/01/2012 http://albopretorio.asl4.terni.it/aslterni/portaldato/albo_files/3047_proposta%20delibera%20armadio%20farmaceutico.3.pdf

Una ricerca della Cattolica di Milano in collaborazione con NurSind

Infermiere e burn out

Dalla cura del paziente alla tutela del proprio benessere.
L'importanza della comunicazione e della gestione dello stress

Dott.ssa. Marilena Tettamanzi

Unità di Ricerca in Psicologia dell'Emergenza Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano



Chi decide di intraprendere la professione dell'infermiere è consapevole fin da principio che si troverà a lavorare a stretto contatto con la sofferenza umana.

La mission di chi intraprende una professione d'aiuto come quella infermieristica è di portare benessere nella vita delle persone in stato di bisogno, affiancarle nella sofferenza, auspicando e lavorando per un miglioramento della condizione che ha portato a chiedere aiuto.

Per gli infermieri, in particolare, tale mission passa attraverso l'azione esercitata su un corpo malato, che richiede cure. Tutte le professioni sanitarie, purtroppo, si trovano a dover gestire il fatto che non sempre cura coincide con guarigione. Ed è così che anche **chi si occupa delle sofferenze del corpo inevitabilmente si trova ad avere a che fare con i dolori dell'anima, nei confronti dei quali non sempre si è sufficientemente preparati e supportati.**

Il lavoro dell'infermiere presuppone, dunque, un confronto quotidiano con la sofferenza

umana: **per l'infermiere la quotidianità coincide con ciò che per la popolazione generale rappresenta l'eccezionalità** e il confronto con situazioni di emergenza emotiva.

Tale questione viene troppo spesso liquidata con l'affermazione che con il tempo ci si abitua e che questa è la normalità di chi si occupa di salute.

Chi vogliamo ingannare quando facciamo simili affermazioni? **L'esposizione continua e prolungata ad eventi potenzialmente traumatici, al dolore, alla paura umana logora lentamente se non si viene adeguatamente preparati e supportati per gestirla.** Gestire tutto ciò è possibile, ma gestire non significa ignorare.

Tempo fa chiesi a degli infermieri in un corso di formazione **dove vanno a finire tutte le emozioni** che devono mettere da parte per gestire situazioni gravi, per affrontare il rischio di morte o la morte stessa di pazienti curati fino a quel momento. Uno di loro mi rispose: **"nei rifiuti indifferenziati!"**. Mai nessuna rappresentazione metaforica poteva essere più adeguata: i rifiuti indifferenziati sono quelli che vengono restituiti tali e quali senza possibilità di riciclo e smaltimento.

Come questi rifiuti le emozioni non metabolizzate e non elaborate tornano a ripresentarsi sempre uguali a se stesse. Gestire le emozioni significa avere uno spazio per riconoscerle, ascoltarle, dividerle, farle fluire e poi digerirle trasformate, accettabili, affinché non interferiscano nella nostra vita.

L'alto grado di esposizione ad eventi emotivamente stressanti rende gli infermieri una popolazione a rischio per lo sviluppo di risposte psicologiche disturbanti, che potrebbero interferire con il benessere individuale, con le relazioni interpersonali e con la pratica professionale.

Per tutti questi motivi si ritiene fondamentale svolgere con questi professionisti un costante lavoro preventivo e formativo, volto a fornire strumenti che consentano non solo di agire con maggior professionalità ed efficienza, ma anche in modo tutelante per sé, con tutte le ricadute che ciò può avere nella cura stessa dei pazienti.

Accanto a tutta una serie di procedure e competenze tecniche che si ritengono parte integrante della formazione professionale, l'infermiere, infatti, è una figura fortemente relazionale: entra costantemente in relazione con i pazienti e con la loro sofferenza e **si interfaccia con i pazienti stessi e con i loro familiari attraverso lo strumento comunicativo, utilizzato spesso in modo "naïf"** senza una specifica formazione. Di fatto relazione e comunicazione sono due aspetti fondamentali del lavoro dell'infermiere.

La letteratura più recente evidenzia che **buone strategie comunicative da parte del personale sanitario migliorano la compliance del paziente e influenzano positivamente la sua salute fisica ed emotiva.**

Ancora scarsa attenzione è stata posta, invece, all'impatto del comunicare con pazienti e familiari sul benessere psicofisico dell'infermiere. È proprio il doversi relazionare e comunicare con pazienti e familiari che stimola intensi vissuti emotivi nell'operatore; se le procedure tecniche permettono, infatti, fino ad un certo punto di tutelarsi dalla sofferenza reificando il corpo su cui si agisce, la comunicazione richiede la disponibilità di entrare in contatto con la complessità della persona, con i suoi pensieri, con il suo sistema di appartenenza, con le sue paure e il suo dolore, stimolando il processo identificativo.

Se non si è preparati a questo compito, è la salute psico-fisica dell'operatore ad essere minacciata. Si ritiene, al contrario, che una adeguata preparazione a comunicare e a gestire i propri vissuti emotivi permetta di entrare positivamente in relazione con l'altro e possa contribuire al benessere dell'operatore stesso.

Obiettivo

Per meglio comprendere quali siano gli aspetti della pratica professionale



dell'infermiere che suscitano vissuti emotivi disturbanti, quale sia l'atteggiamento degli infermieri nei confronti del compito comunicativo e quali strategie di gestione delle emozioni risultino efficaci, nel corso del 2010 è stata svolta una ricerca esplorativa tra la popolazione infermieristica del Nord Italia.

La ricerca ha, nello specifico, esplorato quali variabili influenzano la qualità della vita degli infermieri.

Il primo interrogativo posto era: **come stanno gli infermieri? Quale grado di malessere/benessere sperimentano?**

Dopo di che abbiamo esplorato se e come essere formati, percepirsi competenti nel gestire la comunicazione con pazienti e familiari e disporre di adeguate strategie di gestione dello stress fosse protettivo nei confronti dello sviluppo di risposte psicologiche disturbanti e in grado di migliorare la qualità di vita dell'infermiere.

Ipotesi

Sulla base di quanto riportato dalla letteratura su questo tema sono state elaborate alcune ipotesi poi esplorate nel corso della ricerca.

Abbiamo, in primo luogo, ipotizzato che l'essere in grado di anticipare mentalmente i potenziali problemi e il mettere in atto risposte preventive ed anticipatorie, promuova benessere psicologico e riduca il rischio di burn out.

Abbiamo, inoltre, ipotizzato che l'aver un atteggiamento positivo e propositivo nei confronti del compito comunicativo (e quindi non viverlo come qualcosa da evitare e disturbante, ma come parte integrante del proprio lavoro) e la percezione di avere una buona preparazione in materia, incrementino ulteriormente il benessere dell'infermiere, laddove, invece, atteggiamenti negativi ed evitanti in presenza di scarse capacità di far fronte allo stress aumentino il rischio di burn-out.

Metodo

Soggetti. Lo studio ha coinvolto 215 infermieri del Nord Italia, reperiti attraverso corsi di formazione e aggiornamento realizzati da NurSind, a Bergamo e Brescia.

Nello specifico il campione risulta composto da 22 maschi e 193 femmine; solo 17 degli infermieri coinvolti sono infermieri coordinatori.

Per quanto riguarda il titolo di studio, 42 sono gli infermieri laureati e 12 coloro che hanno conseguito un master o un dottorato.

È stato chiesto a ciascun infermiere di specificare l'organizzazione oraria del proprio lavoro, partendo dalla premessa che questa possa costituire una importante variabile nel promuovere benessere o nell'aumentare il rischio di burn-out. È

emerso che 70 infermieri lavorano part-time; 80 lavorano 5 giorni su 7, 23 lavorano 6 giorni su 7, mentre sono 80 gli infermieri che nel nostro campione ricoprono turni h24.

Si evidenzia una netta prevalenza di colleghi sposati (139), mentre in 64 hanno figli. L'età maggiormente rappresentata è la fascia 35/44 anni, mentre la maggioranza degli infermieri ha una anzianità di servizio tra gli 11 e 20 anni.

In particolare emerge che gli infermieri coordinatori sono tendenzialmente più anziani, coloro che lavorano part-time sono concentrati nella fascia d'età tra i 35 e i 44 anni, mentre sono prevalentemente gli infermieri più giovani a lavorare con turni h24.

Strumenti. La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso questionari somministrati durante corsi di formazione e aggiornamento.

A tutti i soggetti è stato chiesto di compilare una scheda anagrafica e un plico in cui erano contenuti i seguenti strumenti:

Un questionario costruito ad hoc sulla comunicazione con pazienti e familiari;

un questionario sulla qualità della vita adattato alle specifiche caratteristiche della professione costruito ad hoc in collaborazione con NurSind Bergamo;

il Burn out Inventory (Maslach, 1994)

il Proactive Coping Inventory (Greenglass et al. 1999).

Risultati

Una volta raccolti i dati, abbiamo esplorato separatamente le diverse aree tematiche.

In primo luogo abbiamo analizzato la presenza o meno di rischio di burn-out negli infermieri del nostro campione.

In secondo luogo abbiamo esplorato il tipo di strategie da essi utilizzate per far fronte agli eventi stressanti.

Il terzo passaggio è consistito nell'esaminare gli atteggiamenti degli infermieri verso la comunicazione e la preparazione che ritengono di avere per comunicare con pazienti e familiari. Dopo aver esaminato la percezione della qualità della propria vita da parte degli infermieri, l'ultima fase è stata volta ad esplorare le relazioni tra tutti questi aspetti, al fine di comprendere quali caratteristiche e strategie sembrano migliorare la qualità della vita e promuovere benessere psico-fisico nell'infermiere.

Il burn out nell'infermiere

Il concetto di burn-out (letteralmente, "bruciarsi"), risale alla seconda metà degli anni settanta. Maslach (1994) definì **il burn out come una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per**

professione si occupano della cura dell'altro. Costituisce una reazione alla tensione emozionale cronica conseguente al contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando questi ultimi presentano problemi o motivi di sofferenza.

Lo stato di burn out viene comunemente definito come l'esaurimento emotivo conseguente ad un sovraccarico.

Gli studi sul burn-out evidenziano, inoltre, che esso è composto da tre elementi, rappresentati dal livello di energia, dal senso di efficacia percepita e dal livello di coinvolgimento nel gruppo di lavoro: **elevati livelli di energia, di efficacia e un senso di coinvolgimento positivo nel gruppo di lavoro ridurrebbero il rischio di burn-out e di disaffezione professionale, contribuendo ad un senso di soddisfazione professionale e promuovendo un senso di benessere.** Al contrario chi presenta bassi livelli di energia (la sensazione di non avere più energia da investire), scarso senso di efficacia professionale e basso livello di coinvolgimento nel gruppo di lavoro è da considerarsi a rischio per lo sviluppo di burn-out.

A partire dai dati da noi raccolti, abbiamo quindi esplorato i livelli di energia, efficacia e senso di appartenenza degli infermieri esaminati, al fine di evidenziare coloro che presentassero eventuali rischi nello sviluppo di burn out.

Nello specifico abbiamo distinto i soggetti in base al fatto che presentassero livelli di energia bassi (problematici), medi (nella norma), alti (non problematici). 49 infermieri presentano livelli problematici di energia, in 65 hanno livelli di efficacia problematici, mentre in 41 presentano livelli di rischio per quanto riguarda il coinvolgimento nel gruppo di lavoro.

È emerso, in particolare, che **gli infermieri maschi hanno un livello di energia significativamente più basso delle femmine.** Chi lavora 6 giorni su 7, inoltre, presenta livelli di efficacia significativamente più alti di chi ha una diversa organizzazione oraria del proprio lavoro, mentre chi fa turni h24 ($M = 48,3$; $ds = 8,4$) presenta livelli di efficacia significativamente più bassi di chi non fa turni h24.

Coping

Con il termine coping si fa riferimento alle strategie utilizzate per far fronte ad eventi stressanti.

Molti studi hanno indagato le strategie di coping utilizzate dagli operatori dell'emergenza (Holaday et al., 1995; Sbatella, Pini, 2005).

Greenglass e collaboratori (1999) hanno posto specifica attenzione alle stra-

ategie di coping che prevedono una preparazione ed una riflessione anticipatoria, che sarebbero in grado di ridurre lo stress legato al presentarsi dell'evento disturbante e di aumentare la capacità di farvi fronte.

Per quanto riguarda le strategie di coping utilizzate dagli infermieri da noi presi in considerazione, **si riscontra una prevalenza nell'utilizzo del coping pro-attivo**, ossia di strategie volte ad anticipare il verificarsi gli eventi e una preparazione delle possibili risposte da mettere in atto; ulteriori strategie di gestione dello stress frequentemente utilizzate dagli infermieri sono la ricerca di supporto e aiuto, sia concreto che emotivo, e la riflessione anticipatoria come strada per prepararsi alla gestione dell'evento potenziale. **Poco utilizzato risulta essere il coping evitante** (ossia strategie volte ad evitare il confronto con lo stress e a negare la componente emotiva connessa), riconosciuto anche in letteratura come una strategia poco efficace a lungo termine nel far fronte agli eventi stressanti.

Emerge, poi, nello specifico che le infermiere donne, più dei colleghi uomini, si avvalgono della possibilità di cercare supporto e aiuto materiale da parte di familiari, amici o colleghi, mentre gli uomini sono più restii nel farlo.

Gli infermieri con figli hanno una maggior capacità strategica nella gestione dello stress e tendono meno ad evitare il confronto con la sofferenza.

Dalle analisi emerge, inoltre, che chi ha tra 45 e 54 anni d'età e, parallelamente, chi ha maggior anzianità di servizio, presenta maggiori capacità strategiche nella gestione dello stress di chi è più giovane e ha meno anni di servizio.

Si evidenziano, infine, significative differenze nelle strategie di gestione dello stress utilizzate dagli infermieri coordinatori rispetto ai colleghi infermieri: **i coordinatori hanno capacità riflessive, strategiche e preventive significativamente più alte degli infermieri non coordinatori**; sembrano, cioè, aver sviluppato maggiori strategie efficaci nella gestione dello stress attraverso la pianificazione, la riflessione e la prevenzione di situazioni problematiche.

Comunicazione

Dal questionario somministrato sulla comunicazione, volto ad esplorare come gli infermieri si pongono nei confronti della necessità di interfacciarsi con pazienti e familiari, si evidenzia un loro atteggiamento positivo nei confronti del compito comunicativo e una buona conoscenza e consapevolezza di come dovrebbe essere una positiva comunicazione con pazienti e familiari. Parallelamente, tuttavia, gli

infermieri percepiscono di avere scarsa preparazione e un insufficiente supporto da parte dell'organizzazione per poter svolgere al meglio tale compito.

L'unica variabile relativa ai soggetti che risulta influenzare l'atteggiamento comunicativo degli infermieri è il fatto di avere o meno figli. Nello specifico, chi non ha figli tende maggiormente ad evitare il coinvolgimento emotivo rispetto a chi ne ha

Qualità della vita

Per quanto riguarda la qualità della vita percepita dagli infermieri, è interessante rilevare la stretta relazione che emerge tra la soddisfazione lavorativa e il tono dell'umore.

In particolare, contrariamente alle aspettative, **gli infermieri mostrano alti livelli di soddisfazione lavorativa e un positivo senso di auto-efficacia ed efficienza. Gli ambiti in cui gli infermieri evidenziano scarsa soddisfazione riguardano, invece, la qualità del tempo libero e la qualità del sonno.**

Gli uomini, in particolare, presentano una qualità percepita dei rapporti sociali ($t = -2,034$; $df = 209$; $p = .043$) e una qualità del sonno significativamente meno soddisfacenti di quanto riportato dalle loro colleghe donne.

Gli infermieri hanno livelli di efficacia ed efficienza significativamente più bassi degli infermieri coordinatori, mentre chi ha figli riferisce una qualità di vita familiare significativamente più alta di chi non ne ha.

La variabile che sembra influenzare maggiormente la qualità della vita degli infermieri risulta, comunque, essere l'organizzazione oraria del lavoro. **Gli infermieri che lavorano 5 giorni su 7** riportano un grado di soddisfazione per la propria vita lavorativa, per il tono dell'umore e per i livelli di efficacia ed efficienza significativamente più alti dei colleghi con differente organizzazione oraria del lavoro. Ancora, chi lavora 5 giorni su 7 evidenzia una soddisfazione significativamente maggiore dei colleghi per quanto riguarda la qualità percepita della vita familiare, dei rapporti sociali, della qualità del sonno e della qualità della vita in generale.

Ancora si evidenzia una influenza dell'anzianità di servizio sulla qualità percepita della vita lavorativa e tono dell'umore, sul benessere fisico e sulla qualità del tempo libero: in particolare emerge che chi ha tra 11 e 20 anni di servizio ha una qualità di vita lavorativa e tono dell'umore, un livello di benessere fisico e una qualità del tempo libero significativamente più bassi di chi ha tra 21 e 30 anni di servizio.

Emerge, infine, un effetto dello stato

civile sulla qualità della vita familiare: i single riportano una qualità della vita familiare significativamente più bassa di chi è sposato o convivente.

Cosa promuove la qualità della vita dell'infermiere?

Abbiamo, quindi, messo in relazione tutte le variabili esplorate e attraverso una specifica analisi statistica siamo andati ad esplorare cosa sembra promuovere il benessere dell'infermiere, ossia quali variabili incrementano la soddisfazione per la propria vita e quali la peggiorano fino ad aumentare il rischio di burn-out.

Ad un primo livello abbiamo individuato 6 variabili in grado di predire in modo diretto la qualità della vita degli infermieri. Le prime tre sono esattamente le dimensioni che caratterizzano anche il burn out: il senso di efficacia, il grado di coinvolgimento nel gruppo di lavoro e il livello di energia sperimentato dal soggetto; seguono due variabili che hanno a che fare con la capacità di gestire lo stress, ossia le competenze di coping in generale e di coping strategico, in particolare. Nello specifico, maggiore è il punteggio ottenuto in queste variabili (e quindi minore è il livello di burn-out sperimentato dal soggetto e maggiori sono le sue capacità di far fronte allo stress) maggiore è la soddisfazione percepita per la qualità della vita.

La qualità della vita dell'infermiere è, inoltre, predetta in modo diretto da una sesta variabile, ossia dall'organizzazione oraria del proprio lavoro: chi lavora 5 giorni su 7 mostra una maggior soddisfazione nella vita in generale.

Il modello evidenzia, inoltre, effetti indiretti giocati sulla qualità della vita in modo mediato attraverso il livello di burn-out.

Il livello di energia del soggetto aumenta, infatti, all'aumentare delle capacità di far fronte in modo anticipatorio agli eventi stressanti e al decrescere della tendenza ad evitare il confronto con vissuti ed eventi stressanti; all'aumentare della formazione sulla comunicazione e alla riduzione dell'evitamento del coinvolgimento emotivo nel compito comunicativo cresce il livello di energia del soggetto; quest'ultimo risulta, inoltre, essere più basso nei maschi e in chi lavora 6 giorni su 7.

Il senso di efficacia degli infermieri aumenta all'aumentare delle capacità di coping pro-attivo e riflessivo, alla riduzione del coping evitante e all'aumentare della formazione alla comunicazione. Lavorare 6 giorni su 7 aumenta il senso di efficacia, mentre esso è ridotto dal lavorare con turni h24.

Il senso di coinvolgimento dell'infermiere nella propria realtà lavorativa aumenta all'aumentare della capacità di cercare supporto emotivo, della capacità di coping riflessivo, della formazione al compito comunicativo; il senso di coinvolgimento, inoltre, diminuisce in presenza di

alti livelli di comunicazione negativa ed impersonale.

In libreria



Il tempo del morire morte, speranza, emozioni, vita

*Riflessioni su come
accogliere e accompagnare
la persona morente alla fine
della vita*

**Marta Roncaglia,
Roberto Biancat,
Luca Bidogia,
Francesca Bordin,
Maurizio Martucci**

**Maggioli editore,
pagg. 150, f.to cm. 17x24,
ISBN 6680-0
euro 15,00**

Un libro per raccontare, con le parole di chi ha scelto di vivere ogni giorno in prima linea a fianco di persone morenti, quello che può insegnare la malattia, quel che ognuno di loro ha potuto imparare dalle persone che hanno accompagnato a morire. Per rendere un po' più forti le voci di tutti coloro che un giorno hanno detto: "se avessi capito prima... forse non..." ed aiutare così coloro che ancora non

hanno avuto questo privilegio e non hanno avuto ancora modo di imparare dal dolore e dalla sofferenza il vero valore della vita.

Leggere questo libro rappresenta dunque, un'utile palestra per confrontarsi a più livelli, grazie anche alla varietà dei contributi, con quanto di preoccupante e problematico ma anche di rassicurante e costruttivo attraversa il movimento delle cure palliative ed offre una mano (non solo metaforica) a chi affronta l'ultimo tempo della vita, perché non si perda nella disperazione, ma sappia costruire un senso anche ad una stagione tanto difficile.

Molti degli operatori del campo sanitario, si imbattono prima o poi con il delicato tema dell'accompagnamento al morire e non sempre hanno avuto la fortuna e l'opportunità di essere stati formati e sostenuti in questo compito così speciale.

Il testo rappresenta un'occasione di approfondimento e di riflessione sul tema della fine della vita ed analizza i diversi contesti (domicilio, hospice, residenza ed ospedale) separatamente così da coglierne peculiarità e risorse. Le professionalità degli autori abbracciano diverse aree del sapere sanitario (clinico, psicologico, morale,...) e con un linguaggio semplice e scorrevole riescono a raccontare esperienze utili sia a coloro che operano già nel settore della terminalità, sia a coloro che vogliono timidamente affacciarvisi.



Ringraziamo quanti ci scrivono. Siamo lieti di ospitare lettere, fotografie e contributi dalle corsie.
Per scrivere alla redazione:

infermieristicamente@nursind.it

Valletti

Spettabile redazione, ho assistito alla puntata di Forum del 04/09/2012 ed assistere al commento di un "valletto" del tutto ignorante in materia e che non dia la possibilità di ribattere alle accuse mosse alla mia professione (al 35' 50") cioè l'Infermiere mi ha molto colpito.

Fatta questa riflessione mi presento, sono Francesco Frittitta, Infermiere con 14 anni di esperienza sulle spalle di cui gli ultimi 8 con esperienza in Pronto Soccorso, Cardiologia, Utic, 118 ed adesso in Emodinamica e con ulteriore titolo di Ostetrico.

Permettere che un "valletto" dicesse nella vostra trasmissione che non siamo in grado effettuare una valutazione del paziente al triage non permettendo un contraddittorio e quindi di spiegare a quel "valletto ignorante" che abbiamo maturato competenze ed esperienze che ci permettono di fare la nostra professione molto meglio che in passato mi ha suscitato "rabbia".

Attribuisco anche dei meriti alla Conduitrice che ha difeso la mia professione, solo chi la esercita con passione e dedizione ed aggiungo a rischio della propria vita sia personale che familiare può comprendere il perchè della mia amarezza quando ascolto certi commenti.

Lavorare in condizioni estreme, senza adeguati riposi alle volte senza il materiale e senza nessuna gratificazione specialmente personale (poichè quella economica è ferma da quasi 30 anni ma nessuno lo dice) certo potrebbe abbassare lo standard di sicurezza dei nostri assistiti, ma non dipende solamente da noi ci si chiede di aumentare gli standard di qualità senza aver pianificato gli strumenti per attuare tale piano e poi appena accade "l'evento avverso" si punta il dito su TUTTI i sanitari.

Bisognerebbe chiedere ai nostri politici (che per una colica renale prendono un elicottero dalle Egadi con base a Palermo ed atterrano all'ISMET per curare una colica renale) alle volte di chiederci come potremmo aiutarli a migliorare le nostre condizioni, il più delle volte a costo zero per lo Stato, invece di ignorarci.

Vi ringrazio per aver previsto di dare la possibilità a tutti di poter esprimere commenti sulle vostre puntate e rimanendo a vostra disposizione colgo l'occasione per porgerVi distinti saluti.

Francesco Frittitta

Perché scrivere e rispondere ai giornali o nel web quando si parla di noi

IL nostro mondo sanitario non possiede

per i cittadini italiani la stessa considerazione che il National Health Service (NHS) ha per i cittadini britannici dove le infermiere sono state così festosamente rappresentate all'apertura dei giochi olimpici di Londra.

La nostra sanità sta vivendo un grande cambiamento grosso modo riassumibile in due zone; una prima zona socio economica, rappresentata da una razionalizzazione dei servizi alla ricerca delle tanto richiamate efficacia ed efficienza, e delle meno frequentate pertinenza e ottimizzazione, e una seconda zona più legata alla stessa cultura dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale con approcci multiprofessionali e multidisciplinari a volte di difficile realizzazione per una visione gerarchica e poco flessibile.

In questi ultimi anni la nostra professione è spesso al centro di polemiche, discussioni e dibattiti non solo sul web o su giornali e riviste del settore, ma, sempre più spesso su quotidiani nazionali a vasta diffusione, a firma di nomi considerati importanti nella cultura italiana.

A questo proposito la polemica scatenata da Mario Pirani su Repubblica, <http://www.cadelora.it/index.php?q=node/338>

che ha ricevuto risposte e commenti pro o a sfavore della nostra professione da più parti. Oppure le considerazioni del filosofo prof. Umberto Galimberti che risponde ai lettori sempre di Repubblica;

<http://d.repubblica.it/dmemory/2011/08/06/lettere/lettere/138san754138.html>

Meglio ancora la recente polemica sull'infermiera brutta e nana descritta dal libro di Insinna e questi sono solo alcuni esempi.

Non riceviamo come professionisti solo scritti controversi, ma anche dichiarazioni a favore sempre più spesso da medici che, hanno compreso cosa significa multidisciplinare e come medicina e infermieristica siano scienze in progresso.

Se vi capita leggendo dei quotidiani o navigando nel web di trovare argomenti che riguardano la nostra professione scrivete!! Rispondete!! non abbiate alcun timore così facendo sosterrete e aiuterete gli italiani a conoscere e comprendere cosa sia nella vita reale un "Infermiere" lontano anni luce da quella stereotipata "crocerosina" che tanto è piaciuta al nostro ex premier alla sfilata del 2 giugno 2010.

<http://www.youtube.com/watch?v=3hewM65ZK6I>

Qui sotto vi allego i link di alcune mie risposte e negli iperlink troverete quelle di altri colleghi che rispondono sulla professione.

Fatelo anche voi e fatelo in tanti!!

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=9391

http://www.quotidianosanita.it/lettere-a-direttore/articolo.php?articolo_id=10535

Buon Lavoro a tutti

Elio Sartori

L 104 e diritto ai due anni retribuiti

Sono un'infermiera della provincia di

Ancona. Navigando nel vs sito ho avuto il piacere di sfogliare la rivista di Aprile nella quale viene riportata la tabella sui permessi e congedi in maternità. Da circa 5 anni sono mamma di uno splendido bambino per il quale ho dovuto usufruire della legge 104/1992 - Dlgs 151/2001 art. 42)

Ho avuto il vantaggio di poter seguire mio figlio per 2 anni, con retribuzione al 100%. Quello che vi chiedo è di aggiornare la suddetta tabella, perché questa legge dà l'opportunità in caso di handicap grave di poter seguire il bambino, quindi astenersi dal lavoro, per due anni consecutivi o non, a facoltà del richiedente, con retribuzione al 100%. Oggi usufruisco dei 3 gg mensili. Vi chiedo ciò perché sentendo o leggendo, questa possibilità spesso non viene evidenziata e l'azienda, io lavoro nell'ambito pubblico, non è tenuta ad informare il dipendente dei vantaggi di questa legge, mentre tante mamme che ne potevano usufruire non l'hanno richiesta e questa è una grave mancanza di questo sistema che detrae del tempo ad una mamma per poter seguire appieno il suo bambino diversamente abile. Grazie

Isabella, Ancona

Ringraziamo Isabella per la precisa e puntuale segnalazione. La Redazione

Lavoro amministrativo in SPDC

Lavoro in un servizio di salute mentale, come infermiere, dove svolgiamo attività ambulatoriale, territoriale, ed urgenze.

Da anni che siamo oberati di lavoro amministrativo (cercare cartelle cliniche per le visite dei medici che effettuano durante il giorno, e rimessa a posto; controllo delle impegnative quando i pazienti vengono a visita, registrazione su foglio monitor delle visite effettuate; registrazione a fine turno di tutte le attività che sono svolte nel servizio + inserimento dati nel computer; rispondere al telefono per prendere appuntamenti ordinari, fissare gli stessi ai medici; e tanto altro.

Con noi lavorano anche gli OSS.

Chiedo se queste mansioni sono di nostra competenza o meno.. (io dico di no, anzi in questo modo siamo soggetti a demansionamento) e se dobbiamo chiedere la figura dell'amministrativo o visto che ci sono gli OSS spettano a loro tali mansioni.

Grazie per la risposta.

Valter

Caro Valter, il contratto nazionale precisa quali compiti sono riferibili alle varie figure. Vediamo se ti posso dare una mano:

CATEGORIA B - DECLARATORIA

Appartengono a questa categoria i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono conoscenze teoriche di base relative allo svolgimento dei compiti assegnati, capacità manuali e tecniche specifiche riferite alle proprie qualificazioni e specializzazioni professionali nonché autonomia e responsabilità nell'ambito di prescrizioni di massima;

Appartengono altresì a questa categoria - nel livello B super (Bs) di cui alla tabella allegato 5 - i lavoratori che ricoprono posi-

zioni di lavoro che comportano il coordinamento di altri lavoratori ed assunzione di responsabilità del loro operato ovvero richiedono particolare specializzazione.

Coadiutore amministrativo esperto (Cat. Bs)

Svolge nell'unità operativa di assegnazione attività amministrative di una certa complessità, quali, ad esempio,

la compilazione di documenti e modulistica, con l'applicazione di schemi anche non predeterminati, operazioni di natura contabile con l'ausilio del relativo macchinario, la stesura di testi - anche di autonoma elaborazione - mediante l'utilizzo di sistemi di video-scrittura o dattilografia, la attività di sportello.

Requisiti culturali - per il coadiutore amministrativo esperto, attestato di superamento di due anni di scolarità dopo il diploma di istruzione secondaria di primo grado.

Coadiutore amministrativo (cat. B)

Svolge nell'unità operativa di assegnazione attività amministrative quali, ad esempio, la classificazione, la archiviazione ed il protocollo di atti, la compilazione di documenti e modulistica, con l'applicazione di schemi predeterminati, operazioni semplici di natura contabile, anche con l'ausilio del relativo macchinario, la stesura di testi mediante l'utilizzo di sistemi di video-scrittura o dattilografia, la attività di sportello.

Requisiti culturali: - per il coadiutore amministrativo, diploma di istruzione secondaria di primo grado, unitamente - ove richiesti - da attestati di qualifica.

Assistente amministrativo (Cat C)

Svolge mansioni amministrativo-contabili complesse - anche mediante l'ausilio di apparecchi terminali meccanografici od elettronici o di altro macchinario - quali, ad esempio, ricezione e l'istruttoria di documenti, compiti di segreteria, attività di informazione ai cittadini, collaborazione ad attività di programmazione, studio e ricerca.

Requisiti culturali: - per il profilo di assistente amministrativo, il possesso di diploma di istruzione secondaria di secondo grado ovvero, in mancanza, il possesso del diploma di istruzione secondaria di 1° grado unitamente ad esperienza professionale di quattro anni maturata nel corrispondente profilo della categoria B per il personale proveniente dal livello super o di otto anni per il personale proveniente dalla categoria B, livello iniziale.

Alla luce di quanto sopra possiamo tranquillamente stabilire che:

- 1) cercare cartelle cliniche per le visite dei medici che effettuano durante il giorno, e rimessa a posto;
- 2) controllo delle impegnative quando i pazienti vengono a visita,
- 3) registrazione su foglio monitor delle visite effettuate;
- 4) registrazione a fine turno di tutte le attività che sono svolte nel servizio + inserimento dati nel computer;
- 5) rispondere al telefono per prendere appuntamenti ordinari, fissare gli stessi ai medici; e tanto altro.

sono tutte attività previste da contratto di competenza amministrativa. Se nel corso degli anni se ne sono sempre occu-

pati gli infermieri ciò non significa che lo debbano continuare a fare. Di certo avete fatto risparmiare all'azienda un posto da amministrativo caricandovi di quelle mansioni.

Riguardo all'OSS, lasciatelo stare da queste occupazioni, altrimenti lui si sederà alla scrivania e a voi resteranno in carico i compiti dell'assistenza di base che invece competono prettamente alla sua figura.

Un caro saluto

Donato

Un infermiere statale come tanti

Gentile Direttore, in questi giorni, come anche negli anni passati si continua a parlare di statali, lavoratori pubblici, scarsa produttività del pubblico impiego, taglio dei diritti dei lavoratori pubblici e molto altro.

Sono un lavoratore pubblico, dipendente pubblico di un ospedale pubblico, sono un infermiere, uno dei tantissimi infermieri pubblici che ogni giorno servono lo Stato, i cittadini, gli ammalati, i feriti, gli invalidi, i carcerati, gli handicappati, gli anziani e i malati terminali.

Sono uno statale - come i tanti infermieri che operano negli ospedali, nelle case di riposo, negli hospice, nelle scuole, nelle carceri, nei pronto soccorso - un fannullone, un pubblico dipendente che però ogni giorno allevia, assiste, supporta chi non è più in grado di farlo da sé e quando i suoi bisogni individuali sono alienati dalla malattia o dalla mancanza di autonomia e indipendenza fisica psichica e sociale.

Sono uno dei tanti infermieri che 24 ore su 24 non sta seduto davanti ad una scrivania a cestinare carte o sbrigare formalità burocratiche, che non timbra il cartellino con la flessibilità d'orario, non esce dall'ufficio per far la spesa e non viaggia in auto blu, semmai su un'ambulanza rischiando di schiantarsi in sorpasso per soccorrere un ferito o un ammalato.

Sono un pubblico dipendente che come tanti miei colleghi si alza alle cinque del mattino, pranza alle tre o alle dieci di sera e lavora dieci ore a notte, senza avere il letto di servizio o la pausa di mezz'ora.

Sono un fannullone come tanti miei colleghi che hanno centinaia di ore da recuperare di straordinario, per non parlare poi delle ferie non godute che per noi d'estate iniziano il 1° giugno, quando l'estate non è ancora iniziata, e finiscono il 30 settembre, quando è già finita, e durano solo 12 giorni.

Sono uno statale privilegiato che vive con uno stipendio di 1.600 euro al mese e 22 anni di servizio, lavorando di giorno, di notte di sabato, di domenica, a Natale, a Pasqua e a Capodanno per servire la salute dei miei concittadini e quella di ogni individuo.

Sono un infermiere che come tanti è sposato con un'infermiera, perché solo facendo lo stesso lavoro puoi capirti, vivere le stesse emozioni e accettare gli stessi sacrifici di un lavoro che ti emargina dalle amicizie, ti impedisce di vivere la domenica e, comunque, cambia i tuoi ritmi familiari e quelli dei tuoi figli che si adeguano ai turni dell'ospedale.

Grazie a tutti Voi giornali, politici e pubblica opinione, che ci considerate e forse

non sapete differenziarci da altre figure utili forse, ma non indispensabili. Noi infermieri vi ringraziamo, ma continuiamo ad assistervi sempre e comunque, ricordandovi che forse un domani, presto o tardi, noi infermieri raccoglieremo le vostre urine, il vostro vomito e le vostre feci che i vostri intestini sfortunatamente non sapranno contenere, per una malattia, per un disagio o forse per un tumore; assistendovi, dandovi da bere e da mangiare, cambiandovi le lenzuola e forse chiudervi per l'ultima volta gli occhi nella fine della vostra vita.

Un infermiere - statale come tanti

Rossi Cristian

Crespano del Grappa

(lettera spedita a numerose testate)

La vittoria degli infermieri penitenziari appartiene a tutti i colleghi!

Una goccia nel mare magnum del quotidiano, è vero, mai più di oggi travagliato da notizie e vissuti difficili, ma la vittoria che oggi ci appartiene quale "categoria" degli INFERMIERI PENITENZIARI (non si possono negare le proprietà specifiche di ognuno ed io, insieme ad altri colleghi come me sento di appartenervi) credo sia di tutti noi infermieri.

E voglio condividerla con voi perché so, in cuor mio, che vi interessa: soprattutto perché conoscendo alcuni di voi, siete contro ma proprio contro le ingiustizie e le prevaricazioni ed amate la giustizia, la morale, l'etica e riconoscereste lontano un miglio ciò che è giusto da ciò che non lo è, né lo è mai stato.

Rispolvero le antiche vicissitudini degli infermieri penitenziari, delle quali vi avevo già fatto partecipi tempo fa: con il transito della Sanità Penitenziaria al SSN oramai ben quattro anni fa (D.P.C.M. 1° aprile 2008) fu decretato non solo il passaggio delle competenze in termini assistenziali e organizzativi di tutto il sistema salute riguardante i detenuti ma anche quello delle figure professionali di ruolo e non, operanti negli Istituti penitenziari del nostro bellissimo ma complicato Paese.

L'inquadramento degli infermieri nei ruoli del Ministero della Giustizia è stato dagli anni '80, sin dai primi bandi dei pubblici concorsi, quello degli OPERAI ai pari dei muratori, elettricisti, capi d'arte (falegnami, fabbri...)

I contratti ministeriali ci sono stati sempre stretti: non esistevano i ruoli sanitari e non siamo mai stati né carne né pesce, relegati in una simil professione sanitaria prettamente mansionaristica, burocraticizzata, vincolata ad attività che mortificavano la professione.

Abbiamo da sempre cercato di lottare con i sindacati per il riconoscimento dei ruoli sanitari soprattutto per lo svincolo dai ruoli tecnici: mentre la normativa professionale progrediva, noi avevamo ancora le funzioni attribuite dai ruoli antichi e polverosi del pre-profilo professionale....

L'associazione di categoria, meglio conosciuta da tutti voi come IP.AS.VI. non ha mai dato voce alle nostre puntuali considerazioni sulla discriminazione in atto, inve-

ro non si è mai pronunciata.

Abbiamo trascorso anni bui, appesi al doppio filo della VERA PROFESSIONE e della PROFESSIONE REALMENTE ESERCITATA, quella unicamente riconosciuta dal Ministero della Giustizia che continuava ad attribuirci il mansionario come unico riferimento e le qualifiche professionali inquadrare nelle fasce dei tecnici.

Un saluto a tutti voi e come sempre una richiesta di aiuto....

Se qualcuno conosce colleghi di ruolo che lavorano negli Istituti penitenziari fonda la notizia e provi a contattarmi

maildicinza@libero.it

Davvero l'unità fa la forza!

Di seguito il disposto della sentenza.

Cinzia Mancinelli



Ma non potevamo, con il passaggio e le ulteriori prevaricazioni delle AASSLL che hanno inteso il nostro transito come un grosso acquisto in perdita per loro, ancora tacere e sopportare la discriminazione; non siamo MAI stati diversi, non abbiamo MAI esercitato la professione con diversità di mission, non abbiamo MAI avuto un profilo diverso da quello di TUTTI gli altri infermieri italiani.

E quindi con un movimento insistente, magari povero nei numeri ma a goccia lenta, abbiamo iniziato ad associarci e a ricorrere in conciliazioni e dinanzi ai vari Giudici del Lavoro per ottenere quel riconoscimento dovuto.

E finalmente è arrivato il momento!!!

Un Giudice illuminato ed un legale comune che ci rappresenta hanno concretizzato quanto ci è sembrato per anni irraggiungibile!!

Il 1° giugno il Tribunale del Lavoro di Siena ha sentenziato a favore della prima collega, che il Ministero della Giustizia (sic!) dovesse retribuire il divario economico esistente per la collocazione nella fascia non congrua con la professione (quella dei laureati), ergo pagare le spese processuali!!!

Non solo: è stato disatteso il CCNL del comparto Ministeri che ci ha relegato per anni nei ruoli tecnici...

Questa miracolosa sentenza ha dell'incredibile e ci fortifica come categoria, tutta!!

Ora siamo al vero zoccolo duro....

Dovremmo incrementare il numero delle adesioni ai ricorsi e provare a vincere anche in altre sedi, forti di questa vittoria!

Questo è quanto.....e a me non sembra affatto poco!!

E' una splendida giornata che ci rincuora e ci fa sperare (non soltanto perchè ad OGNUNO di noi spetterebbero circa 20.000€ di arretrati!!!) di avere finalmente GIUSTIZIA!!

*Tribunale di Siena
Sezione Lavoro
In nome del popolo Italiano
All'Udienza del 1/06/2012, il giudice, in funzione di giudice del lavoro, decidendo la causa in materia di lavoro (alle dipendenze di pubblica amministrazione), n 961/2010 tra.....(difesa dall'avv. Domenico De Angelis e domicialata presso l'avv. Antonella Picchianti)*

*contro
il Ministero della Giustizia (difeso ex art. 417-bis cpc, dalla dott.ssa Domenica Dell'Omo)*

dà lettura del seguente dispositivo ex art. 429,co 1 cpc, pt. II (d.l. 2008/n.112, conv.l. 2008/n.133,art. 53) fissando termine di giorni 60 per il deposito della sentenza per la particolare complessità della controversia (in sé, ovvero indirettamente, per il numero e/o la natura delle altre cause decise nella stessa udienza o in udienze ravvicinate:

condanna il Ministero della Giustizia al pagamento in favore di delle differenze retributive parametrate all'inquadramento in Area Funzionale C, posizione economica C1, in luogo di B2, dall'immissione nel ruolo di infermiera professionale fino al 27/7/2002 assunzione della qualifica di caposala, quindi parametrate all'inquadramento in Area Funzionale C, posizione economica C2, in luogo di B3, fino al 30/9/2008, nei limiti prescritzionali, oltre interessi legali.

Condanna l'Amministrazione convenuta al pagamento delle spese processuali, liquidate in € 3.000 di cui € 1.000 per diritti, € 2.000 per onorari, oltre spese generali, IVA e CAP come per legge, per distrazione a favore del procuratore antistatari.

*Il giudice
Delio Cammarosano*

Non vogliamo essere altro che infermieri

Gentile direttore, vorrei rispondere a tre scriventi sulla questione infermieristica, i medici Morando e Greco e il fisioterapista Melotti. Al primo scrivente Morando consiglio di leggere attentamente e oltre la logica del mondo militare la lettera inviata da Francesco Falli.

Non so se Morando sia un "giovane" o "vecchio" medico, nel secondo caso si potrebbe usare come scusante una "chiamata di correo" dati gli atteggiamenti e le prese di posizione della sua categoria professionale, ma nel primo caso duole dirlo il "giovane medico" è distratto e non si è accorto che il mondo sta cambiando, e che molti suoi "giovani" ma attenti colleghi se ne siano da tempo accorti, e come la collaborazione interprofessionale non sia una barzelletta ma eviti molti errori per il "bene del malato" e non solo.

Vorrei poi tranquillizzare Greco con le parole espresse nella relazione introduttiva dalla Presidente dei collegi IPASVI al congresso nazionale di quest'anno che indicano le scelte della professione infermieristica italiana: "orientata al "core" dell'Infermieristica ovvero alla capacità di rispondere ai bisogni che un disequilibrio di salute o una patologia conclamata producono sull'assistito sviluppando e approfondendo altresì e contemporaneamente competenze e capacità nella pianificazione, supervisione e verifica delle attività demandate agli operatori che supportano i processi di assistenza".

Quindi come Greco afferma e come conferma il testo sopra riportato "diagnosi e terapia", sono compiti strettamente deputati ai Laureati in Medicina e Chirurgia. Aggiungo a Greco un consiglio; data la sua trentennale attività di insegnamento agli infermieri per onestà intellettuale lasci il posto a un infermiere che per preparazione e formazione nel suo specifico ambito conosce le Scienze Infermieristiche in modo più adeguato di un laureato in Medicina e Chirurgia.

Infine al fisioterapista Melotti che vede un mondo della sanità pieno di "padelle e pappagalli" e a ragione essendo questi presidi veicoli di ICPA (Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali) "Kelly C, Lamont JT "Clostridium difficile - more difficult than ever" NEJM 2008;359:1932-1940" vorrei rispondere con le parole del direttore di QS Cesare Fassari "E sarebbe un vero peccato che, per mirare alla "Luna" (da una parte o dall'altra) ci ritrovassimo a far naufragare questo coraggioso tentativo di mettere comunque un punto fermo nell'innovazione delle competenze professionali in sanità, di cui, è bene ricordarlo, quelle infermieristiche rappresentano solo la prima tappa".

Noi non vogliamo essere mini-medici, mini-fisioterapisti, mini-tecnici, ma vedere riconosciuto il nostro giusto ruolo di infermieri nella società e nella sanità italiana.

Elio Sartori
Infermiere

24 aprile 2012: firmato un accordo tra

NurSind, SDZNS e SATSE

per la costituzione di una Federazione Sindacale Infermieristica Europea

“Il 24 aprile 2012 è destinata ad essere una data storica per gli infermieri europei e le loro rappresentanze sindacali. Per la prima volta tre sindacati infermieristici di tre paesi diversi si sono incontrati e hanno deciso di intraprendere un percorso comune per la rappresentanza infermieristica europea.” È quanto afferma il Segretario Nazionale Nursind dott. Andrea Bottega di ritorno da Ljubljana assieme alla delegazione italiana composta dal Segretario Amministrativo nazionale Daniele Carbocci, il Segretario Nursind di Trieste Sergio Trevisan e il collega Roberto Sau.

L'occasione per l'incontro è stata data dalla XVIII Assemblea annuale del sindacato infermieristico sloveno (Sindikata Delavcev v Zdravstveni Negi Slovenije) dove gli infermieri sloveni si sono trovati per rinnovare le strategie di valorizzazione della professione e di difesa dei salari. Durante l'incontro si è svolto anche un dibattito-confronto sui sistemi sanitari spagnolo e italiano e sull'organizzazione dell'assistenza infermieristica e le problematiche contrattuali comuni in questo particolare periodo di crisi.

Alla presenza del Segretario Generale della Confederazione dei dipendenti pubblici, del rappresentante del Ministero della salute sloveno e dell'ordine professionale infermieristico, la Presidente del SDZNS Jelka Mlakar ha sottoscritto i protocolli d'intesa con Nursind e SATSE, el



Sindacato de Enfermeria spagnolo, per la cooperazione in vista della costruzione di una federazione sindacale infermieristica europea.

A Ljubljana, assieme alla Segretaria Generale Flory Banovac, si sono condivise le problematiche della categoria attraverso un reciproco scambio di informazioni e di preoccupazioni. “Sia in Spagna che in Slovenia i governi stanno effettuando tagli alle risorse dei sistemi sanitari – continua il segretario Nursind -. In Spagna il governo ha proposto di tagliare di 7 miliardi di euro il fondo sanitario e di intervenire sulla spesa farmaceutica creando maggiori difficoltà per i più poveri. In Slovenia la scorsa

settimana si è tenuto uno sciopero dei dipendenti pubblici (in piazza 100.000 lavoratori su 150.000 dipendenti) perché il governo chiede di ridurre loro lo stipendio dal 2 al 7% ed effettuare tagli nelle istituzioni scolastiche e sanitarie e, molto probabilmente, la confederazione sindacale chiederà un referendum tra i lavoratori per bloccare la riduzione dei diritti sociali.

Come abbiamo potuto constatare – conclude Andrea Bottega - i problemi sono simili come sono simili i sistemi sanitari nazionali. Durante la visita alla principale clinica di Ljubljana (University

Medical Centre Ljubljana) abbiamo apprezzato molto la qualità delle infrastrutture e dell'organizzazione dell'assistenza infermieristica. Ora dobbiamo continuare il cammino di collaborazione per arrivare ad un'unione dei sindacati infermieristici per far valere il nostro contributo nelle politiche sanitarie europee.”

SPAGNA

Il Sindacato Infermieristico spagnolo, <http://www.satse.es/> fondato nel 1986, vanta ben 100.000 infermieri associati sui 220.000 presenti in tutto il Paese. La popolazione è di circa 47 milioni di abitanti.

SLOVENIA

Dati generali
University Medical Centre Ljubljana:
2.145 posti letto
102.088 ricoveri nel 2010
750.077 prestazioni ambulatoriali nel 2010
7.441 dipendenti al 31 dicembre 2010
3.413 infermieri
<http://www.sdzns.si/>
Il Sindacato infermieristico sloveno SDZNS, fondato nel 1994 conta 8.000 infermieri iscritti su 17.000 nel Paese. Popolazione di circa 2 milioni di abitanti, sono presenti 26 ospedali e 2 centri clinici.





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!

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	LATINA	347 8465074	PRATO	380 3642130
ASCOLI PICENO	347 6459027	LECCE	347 3423464	RAGUSA	393 9912052
ASTI	329 3342209	LECCO	349 6441234	RAVENNA	389 7942332
AVELLINO	333 1152288	LIVORNO	320 0825291	REGGIO EMILIA	393 4083204
BARI	339 4064096	LUCCA	328 0596018	REGGIO CALABRIA	329 9283470
BARLETTA	328 4173358	L'AQUILA	333 4125508	RIETI	334 3800929
BERGAMO	348 7368056	MACERATA	338 1745511	RIMINI	338 2368798
BENEVENTO	392 4574107	MASSA-CARRARA	349 8455285	ROMA	333 9240281
BOLOGNA	334 2737666	MATERA	338 1489380	ROVIGO	347 7672006
BOLZANO	373 7007311	MEDIO CAMPIDANO	347 1644078	SALERNO	334 2716330
BRESCIA	348 2961805	MESSINA	338 7770909	SASSARI	338 4386893
BRIINDISI	333 1093968	MILANO	331 5643203	SIENA	393 3248029
CAGLIARI	349 4319227	MODENA	340 3149340	SIRACUSA	333 1408681
CALTANISSETTA	380 4100516	MONZA	339 1935053	TARANTO	333 3940862
CAMPOBASSO	347 0733738	NAPOLI	338 6268353	TERAMO	329 0075711
CARBONIA	329 1107560	NOVARA	347 3883671	TORINO	347 8122482
CASERTA	393 4358822	NUORO	347 9556199	TRAPANI	347 4530823
CATANIA	328 3364828	OLBIA TEMPIO	349 2427476	TREVISO	340 3402872
CATANZARO	320 4370271	ORISTANO	338 4464589	TRIESTE	328 4614838
CHIETI	338 2561933	PALERMO	338 9041690	UDINE	339 2397838
COSENZA	339 8124656	PADOVA	346 0106154	VARESE	377 1558167
CUNEO	348 1222695	PAVIA	366 4444153	VENEZIA	339 2754384
ENNA	333 6106527	PERUGIA	347 3912860	VERCELLI	393 9996579
FERMO	348 3394773	PESARO-URBINO	340 3774179	VERONA	329 9559578
FIRENZE	389 9994148	PESCARA	320 3134105	VICENZA	320 0650894
FOGGIA	320 8811330	PIACENZA	328 6907603	VITERBO	338 6760259
FORLI'	344 2502069				

DIPENDE ANCHE DA TE!

NURSIND

Nursind e gli Infermieri:

- Per l'autorappresentanza e autotutela sindacale
- Per affermare la centralità della professione nel panorama sanitario
- Per la sottoscrizione del contratto di area infermieristica
- Per il miglioramento delle condizioni di lavoro
- Per il superamento della questione retributiva
- Per la valorizzazione del merito
- Per il riconoscimento della qualità dell'assistenza
- Contro il demansionamento costante
- Contro il monoblocco confederale
- Contro la delega a "terzi"
- Contro le logiche aziendali della "quantità delle prestazioni"
- Attenti ad evitare che le logiche di mercato siano strumentalizzate al fine di ridurre inaccettabilmente le tutele per i lavoratori