Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro. 1° trimestre 2011

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Per l'O.d.Medici di Bologna

non sapremmo gestire i codici bianchi?

da Bologna al Lazio

Professione sotto attacco!

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

sommario:

attualità

04. Da Bologna al Lazio: professione sotto attacco
06. La risposta della categoria non si è fatta attendere: i comunicati IPASVI e Nursind
08. L'opinione dell'ass. regione Toscana sul see & treat
09. Ausl Latina: il Commissario straordinario decreta il ridimensionamento dei Coordinatori
10. La regione Lazio sta smantellando l'autonomia infermieristica. Firma la petizione
11. Lazio, servizio ARES ancora senza dirigente infermieristico
12. Dal 1° gennaio 2011 scatta la riforma Brunetta
13. La paternità diventa un diritto europeo
14. Le regole per la valutazione dello stress da lavoro
15. lo stress da lavoro mette a rischio il cuore delle infermiere
15. Una sintesi della legge 183, Collegato Lavoro
16. sgravi fiscali del settore privato: anche le notti rientrano nelle detrazioni
17. Circolare Min. Econ.: stop ai rimborsi chilometrici
18. Convegno nazionale sull'Infermiere Gestional
19. Progetto "mani pulite" alla Mangiagalli: 3000 euro agli infermieri meritevoli
20. In libreria: Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche
20. In Libreria: l'Infermiere case manager, dalla teroria alla prassi 2^ ed.

dal territorio

21. FVG: le proposte Nursind alla Regione
21. Treviso: la segreteria Nursind si rinnova
22. Nursind al Cardarelli di Napoli
22. Nursind Ragusa ricorre al TAR
23. Il comunicato stampa di Nursind Firenze contro gli attacchi alla professione
24. Isili: assolti 6 infermieri
24. Palermo: triage al Villa Sofia-Cervello - vince il buon senso
25. Regione Sicilia: sbloccata la mobilità
26. Udine: convegno sull'infermiere e il trauma
27. Medio Campidano: neonata segretaria Nursind in neonata provincia sarda
27. Nursind al Sanit di Roma: un questionario sulla categoria

normative

28. Nuova sentenza a favore del cambio divisa
28. Riconoscimento congedo maternità per mancata adozione internazionale
28. Infortunio in itinere indennizzato anche se il percorso non era il più breve
28. Medico condannato a restituire l'indennità di esclusività
28. Vincita di concorso = diritto all'assunzione?

formazione professionale

30. Il nuovo sitema di formazione continua in medicina
32. La prevenzione delle infezioni delle vie urinarie è una cosa seria?
34. Il futuro della psichiatria ha le "porte aperte"
36. Metoto Feldenkrais applicato alla professione

Lettere alla redazione

37. Chi è l'infermiere
37. Nel nostro paese, il lavoro degli infermieri

esteri

38. Spagna: una TV infermieristica con 6 canali tematici
38. USA: in aumento le aggressioni al personale sanitario

Infermieristica Mente e sindacando NURSIND

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

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

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

La medicina in difesa:

crisi di responsabilità e responsabilità di una crisi

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind

Ancora oggi nella stampa e nei dibattiti rimane caldo il tema del rapporto tra le professioni sanitarie. Particolarmente accesa la posizione di alcuni medici rappresentanti dell'ordine e dei sindacati di categoria che, attraverso denunce in diverse città d'Italia, hanno attaccato alcuni sistemi di erogazione delle cure e gli infermieri in essi coinvolti (vedi il *see & treat*, il triage in pronto soccorso, il sistema *dispatch* per l'emergenza, il progetto *Perimed*).

Abbiamo ritenuto di intervenire e scrivere al Ministro a difesa dell'alta professionalità degli esercenti la professione infermieristica per ribadire che i malesseri della categoria medica non possono trovare sfogo nell'attacco alle altre professioni sanitarie e in particolare quella infermieristica.

A partire dagli anni '90 si è assistito ad una crescita giuridica e professionale, sociale e sindacale della categoria infermieristica a fronte di un immobilismo della categoria medica. In uno scenario che in fretta mutava e portava in primo piano le esigenze delle persone sempre più informate in ambito sanitario (grazie anche alle nuove tecnologie come internet e i molteplici programmi sulla salute), abituate alla descrizione di una sanità spettacolarizzata (si pensi alle numerose fiction televisive), desiderose di ricevere sempre maggiori attenzioni e informazioni per una effettiva partecipazione al processo di cura, pronte a rivendicare i loro diritti senza più timori reverenziali, la categoria medica ha preferito isolarsi e conservare il suo status mettendo in atto una serie di meccanismi di difesa che dimostrano la profonda crisi in cui versa la medicina.

I fattori che hanno portato a questa crisi sono:

- l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie (centralità degli aspetti economici e burocratici rispetto a quelli clinici, l'approdo alla dirigenza con attribuzioni manageriali),
- le questioni sempre più pressanti per la gestione del rischio clinico e i comportamenti opportunistici con la nascita della medicina difensiva e del consenso informato (delegittimazione morale e sociale della figura paternalistica del medico),
- l'irrompere mediatico della malasanità (insieme di notizie di tragici errori versus notizie di sempre più innovative metodiche, tecniche e scoperte e una idealizzazione televisiva della figura del medico),
- l'esaperazione del proceduralismo scientifico (l'EBM che attraverso il rispetto di procedure e linee guida ha ridotto l'autonomia professionale e ne ha controllato la conoscenza, trasformando strumenti utili alle buone pratiche in prassi prescrittive quasi obbligatorie),
- l'arroccamento nell'oggettività e nella scientificità della medicina a discapito dell'apertura a posizioni anche soggettive e relazionali (il contrasto con le "altre medicine" definite non convenzionali, la nascita di un filone di studi che rifletta sull'umanizzazione in sanità),
- la maggiore attenzione nella relazione con gli altri professionisti piuttosto che con il malato,
- la femminilizzazione di una categoria a netta prevalenza maschile unita alla prospettiva di una forte carenza di medici nel breve futuro,
- il dover/voler rispondere di tutto ciò che riguarda l'ambito sanitario (degli atti che commette, dei rischi che crea, dei disavanzi aziendali, delle disfunzioni organizzative, dei disservizi, ...).

In quegli stessi anni in cui la medicina subiva questa regressione in ambito scientifico, giuridico e sociale, gli infermieri hanno dimostrato una dinamicità e vitalità opposta: si supera il mansionario e ci si dà un profilo professionale identificativo dello specifico infermieristico (1994), si riformano le conoscenze e si innalza il titolo di studio per l'accesso alla professione (1992), si supera il principio di ausiliarietà (1999), si rinnova per ben due volte il codice deontologico (1999, 2009) e si articola la carriera professionale (2000, 2006) lasciando ancora in sospeso l'ultimo passo del passaggio da collegio a ordine per la rappresentanza professionale. Nel 1998 nasce il sindacato di categoria Nursind che, dopo le difficoltà iniziali, prende piede in ogni parte d'Italia e allarga in modo esponenziale la propria rappresentanza.

È questa dirompente diversità di percorso che ora dobbiamo tentare di governare con visione sistemica. L'organizzazione del lavoro e i rapporti con le altre professioni sanitarie sono, infatti, rimasti quasi indifferenti a questi cambiamenti e ora evidenziano contraddizioni e conflitti che non possono che avere delle ricadute nei confronti dei malati.

Ritornare al passato non ha senso. Riassorbire il cambiamento ristabilendo le gerarchie ex lege non farebbe altro che accentuare lo scontro, così come il voler definire l'atto medico più per ragioni giuridiche rispetto ai rapporti con la magistratura e le altre professioni sanitarie.

Occorre rimanere "fedeli alla terra", legati alla realtà quotidiana: è innegabile che medici e infermieri siano entrambi logorati da una prassi e organizzazione del lavoro che non consente l'espletamento a pieno del mandato professionale. Per gli infermieri c'è pure l'aggravante di non aver visto un adeguamento economico congruo a seguito della maggiore assunzione di responsabilità e della sempre più ampia partecipazione al processo di cura.

L'analisi della prassi quotidiana ci dice che infermieri e medici lavorano fianco a fianco assieme al malato, in collaborazione per raggiungere gli obiettivi del piano di cura. Dove non succede questo, i risultati clinici e la qualità dei servizi ne risentono.

È per questo che Nursind non condivide quest'attacco della professione medica alla professione infermieristica, perché ritiene che il punto di partenza sia il risentimento (Ressentiment frutto di una frustrazione) che divide piuttosto della volontà di un superamento delle problematicità a partire da ciò che ci unisce. Il pensiero che sta alla base di questa posizione è disgiuntivo (questo compete a me o a te?) mentre l'ottica nuova di cui tutta la sanità e i cittadini hanno bisogno è quella della complementarietà (questo compete a me e a te) tra le professioni sanitarie.

Se c'è quindi da ripensare il sistema di erogazione delle cure bisogna partire dall'unitarietà dell'atto di cura che ha come attori medici e infermieri, perché non esiste cura senza il prendersi cura tipico della professione infermieristica.

Se non troveremo un percorso comune nell'interesse dei nostri assistiti, allora perpetueremo quanto la fiction già descrive idealmente: un medico superdiagnosta infallibile incapace di relazionarsi con il malato (dottor House) e un'infermiera in burn out per i turni massacranti, in perenne lotta con il sistema inadeguato ma sempre disposta a difendere chi soffre (Nurse Jackie).

Da Bologna al Lazio:

professione sotto attacco!

Esposto dell'O.d.M. di Bologna contro il See & Treat. Il governatore del Lazio sotto pressione della lobbie medica contro l'autonomia infermieristica.
Temono la collaborazione o difendono interessi di casta?

Il 5/10/2010 l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna (di seguito OMCeO) invia un esposto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bologna e Firenze, a carico delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana per profili di interesse di possibile violazione - da parte di enti, organi e/o soggetti di riferimento anche organizzativo - degli artt. 348 c.p. (Abusivo esercizio di una professione) e 8 L. 175/92 (norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, che all'art. 8 recita: "*gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione dalla professione per un periodo non inferiore ad un anno*").

Nell'esposto si accusa la Regione

Il pres. dell'OdM di BO dott. G. Pizza

Emilia Romagna di aver implementato le funzioni infermieristiche attraverso due progetti sperimentali e già operativi: il **triage in P.S.** il primo e **Perimed** il secondo. Progetti in parte già avviati anche in Regione Toscana in seguito alla delibera del 17/12/2007, n° 958, che prevede la "Proposta di Sperimentazione del modello **See and Treat** in Pronto Soccorso", in seguito revisionata con la delibera 449 del 31/3/2010.

Secondo l'OMCeO "*l'obiettivo di tutte le predette iniziative e perseguito da entrambi gli Enti territoriali di riferimento è lo sviluppo di un modello professionale infermieristico cui risulta di fatto riconosciuto un incremento di competenze in sede di prima accoglienza selettiva in pronto soccorso (triage in P.S., See and treat), nell'ambito del servizio di urgenza-emergenza (servizio 118) e nelle fasi di assistenza perioperatoria (Perimed) che risultano debordare dal campo strettamente assistenziale finendo per accedere a quello medico*".

In particolare riguardo al "Triage in P.S." *in merito alla "possibilità di effettuare in PS pratiche assistenziali e terapeutiche da parte di personale infermieristico*" seppur "*in presenza di protocolli, procedure, istruzioni operative sottoscritte dal medico responsabile dell'U.O.*".

L'esposto prosegue precisando: "*Si individuano ambiti nei quali "il percorso del paziente può essere svolto sotto la responsabilità dell'infermiere", elencandosene alcune tipologie: "medicazione e bendaggi di ustioni di 1° grado a estensione corporea limitata; trattamento di ferite ed abrasioni ad interesse del solo tessuto cutaneo; odontalgia in presenza di evidente interessamento dentario; anticipazione terapeutica per il trattamento del dolore", ecc.*". Ed ancora: "*Lo stesso documento si propone di introdurre la "possibilità autonoma del personale infermieristico di inviare direttamente al medico specialista, in presenza di protocolli procedure sottoscritte dal medico responsabile dell'U.O., pazienti con specifici segni e sintomi di pertinenza specialistica*".

Riguardo al progetto toscano, l'OMCeO è preoccupato per l'innovazione rispetto al modello di See & Treat inglese, per le urgenze minori, per la completa presa in carico del caso da parte del primo operatore disponibile, indifferentemente rispetto alla professionalità medica e infermieristica.

L'OMCeO sottolinea che: *"Le linee-guida ministeriali di cui all'Accordo in data 25 ottobre 200l tra il Ministro della salute e le Regioni (su Gazz. Uff. 7 dicembre 2001, n. 285) sul sistema di emergenza-urgenza emanate in attuazione del D.P.R. 27.04.1992 indicano che "l'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti, riconosciuti ed approvati dal responsabile del servizio di pronto soccorso-accettazione o dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione (DEA)*".

Sempre secondo l'OMCeO "*La responsabilità del medico in servizio non può certamente estendersi al comportamento dell'infermiere di triage. La "supervisione" non è un dato giuridico, né può essere inteso come un fattore di assunzione da parte*

Le competenze del See & Treat
Oftalmologiche
ecchimosi periorbitale
Congiuntivite
corpo estraneo congiuntivale
corpo estraneo corneale
edema periorbitale e congiuntivale
emorragia sottocongiuntivale
cheratocongiuntivite da ultravioletti
irritazione da lenti a contatto
lente a contatto dislocata
patologie palpebrali e annessi
ORL
tappo di cerume
otite esterna (orecchio del nuotatore)
otite media
corpo estraneo nell' orecchio
scissione lobo dell' orecchio
epistassi pregressa (no anticoagulanti)
corpo estraneo nel naso
sinusite e rinite
faringite e altre flogosi minori
Odontostomatologiche
dolore articolazione temporomandibolare
lussazione abituale della mandibola
ulcera afosa
herpes simples della bocca
Gengivite
candidosi orale
cheilite angolo della bocca (perlèche)
lingua arrossata
edema dell'uvula
dolore dentario dopo estrazione
dolore dentario
Stomatiti
Toracopolmonari
raffreddamento prime vie aeree (temp)
Costocondrite
Gastroenterologiche
Singhiozzo
ingestione di corpo estraneo
chiamata al centro antiveleni
vermi intestinali
dolore emorroidario
stipsi cronica
Dispepsia
Gastroenterite non complicata
Urologiche
Cistite
urine colorate
Uretrite
herpes genitale
ritenzione urinaria (cateterismo vescicale)
Ginecologiche
dolore mestruale
test gravidici di esclusione

del medico di responsabilità per operazioni di altri ed ad altri delegate, sia pure attraverso protocolli, allorquando il delegato non è un medico".

Riguardo al Servizio di Urgenza Emergenza nel Servizio "118", l'OMCeO denuncia che: "*Il documento prevede la strutturazione dell'assistenza coordinata dal 118 in modo che ad intervenire in situazioni di codice rosso, come in caso di patologie coronariche acute, sia non più solo l'auto medica ma l'ambulanza col solo infermiere a bordo, investito del compito del primo intervento il quale agisce con la giustificazione dello stato di necessità come, ed in vece, del medico. L'autonomia infermieristica risulta estesa alla somministrazione di farmaci in ambito specialistico come nel caso di patologia coronarica acuta con infarto del miocardio*".

Riguardo al Progetto Regionale "Perimed"- prosegue l'esposto - "*Con tale progetto la Regione Emilia Romagna nell'ambito della sua politica di innovazione e di ricerca ha inteso introdurre modelli organizzativi innovativi, seppur in via sperimentale, nella fase pre-operatoria del settore chirurgico. In particolare alla funzione prettamente infermieristica vengono attribuite valutazioni cliniche particolari di supporto all'anestesista (infermiere valutatore insieme all'anestesista in caso di percorso a media intensità) e valutazioni da effettuarsi in piena autonomia (nel percorso a bassa intensità), lasciando alla valutazione unica dell' anestesista invece i casi complessi (percorso ad alta intensità).*

Attraverso un piano formativo dell'infermiere si intende porre il medesimo in condizione di operare una valutazione degli esami e della persona, passando attraverso la raccolta dei dati anamnestici e seguendo a questi una valutazione clinica del paziente, procedendo a visita, come l'auscultazione del torace e del cuore. Tutto ciò con un'attività formativa da maturare in soli tre mesi, essendo questo il tempo ritenuto sufficiente per maturare le competenze specifiche richieste. Terminato il periodo formativo l'infermiere dovrebbe essere in grado di effettuare valutazioni che rientrano di fatto nella funzione medica tra cui la valutazione delle condizioni dei pazienti a basso rischio, la valutazione delle informazioni già in possesso del paziente e la documentazione delle condizioni mediche preesistenti".

Tutto ciò, sempre secondo l'OMCeO "*in violazione dell'art. 117 c.3 della Costituzione sulla ripartizione delle competenze Stato/Regioni; in violazione della normativa sanitaria nazionale; in violazione dell'autonomia scientifica e deontologica della professione medica*".

Ora sarà la Procura a valutare se ci sono profili penali negli atti delle due Regioni. Il giorno seguente la presentazione dell'esposto l'Ordine dei medici di Bologna ha informato tutti gli Ordini d'Italia. All'appello hanno risposto per ora affermativamente gli ordini delle province di Ferrara, Vercelli, Catania, Lucca, Milano, Pavia, Roma, Parma, Arezzo, Biella.

Muscoloscheletriche
colpo di frusta cervicale *
Torcicollo
lombalgia acuta
Fibromialgia
artrite acuta monoarticolare
contusioni minori
storta del piede
effusione traumatica
neuropatia radiale (paralisi del Sabato sera)
Intrappolamento del nervo radiale (cheiralgia)
tenosinovite del pollice (De Quervain)
dislocazione del dito
rottura del tendone plantare
frattura del dito
Sintomatologie altiche osteo-articolari
Tessutali
lacerazione semplice
avulsione superficiale della punta del dito
rimozione di anello
ematoma o ecchimosi subungueale
corpo estraneo sotto l'unghia
infezione della base ungueale
medicazione delle dita
rimozione di amo da pesca
traumatismi e abrasioni da tatuaggi
Morsi
profilassi antitetanica
Ferite per brevi suture
punture da animali marini e insetti
Contusione
ferite superficiali da non suturare
rimozione punti
Abrasioni
Dermatologiche
dermatiti da contatto
ustioni solari
ustioni a medio spessore
Geloni
puntura di vespa / ape
corpo estraneo nella pelle
puntura da punta di penna
corpo estraneo nel sottocute
granuloma piogenico
intrappolamento nella lampo
herpes simplex
orticaria modesta entità
Lesione dermatologica pruriginosa
Pediculosi
Alopecia
eritema da bavaglino
Verruche
Foruncoli
cisti sebacee
Idrosoadenite
cisti pilonidale
unghia incarnita
Altro
Prurito isolato
rialzo pressorio asintomatico
Ansia

La risposta della categoria non si è fatta attendere

Il comunicato della Federazione IPASVI:
La ridefinizione e l'evoluzione delle competenze degli infermieri risponde ai bisogni dei cittadini e del sistema sanitario

Il 20 novembre 2010 si è tenuto a Bologna il Consiglio della Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri (FNC IPASVI) convocato in assemblea straordinaria per analizzare l'impatto dell'esposto presentato dall'Ordine dei medici di Bologna alle procure di Bologna e Firenze e definire la conseguente risposta della professione infermieristica.

L'esposto contesta in particolare il modello organizzativo "See & Treat" approvato dalle regioni Toscana ed Emilia-Romagna **per migliorare l'efficacia dei servizi di Pronto Soccorso e ridurre i tempi di attesa dei cittadini.**

La contestazione retriva di una parte del mondo medico sorprende soprattutto perché il progetto sotteso al modello organizzativo "See & Treat" - ad oggi in corso di sperimentazione - non contiene sostanziali elementi di novità rispetto a **ciò che gli infermieri italiani fanno già dagli anni Novanta**: ne formalizza unicamente le funzioni e le responsabilità sulla base di specifici protocolli condivisi tra medici e infermieri, oltre a definire i correlati e puntuali percorsi formativi.

Dopo ampio ed approfondito dibattito e all'unanimità, il Consiglio della Federazione nazionale Collegi Infermieri:

- **esprime sostegno e solidarietà** ai professionisti infermieri che operano nelle strutture sede di sperimentazione, apprezzandone l'alto livello di competenze, responsabilità e dedizione;
- **ribadisce** che gli obiettivi principali degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico;
- **sottolinea** che le attività in fase di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali;
- **rifugge da strumentali provocazioni** foriere di conflitti inter professionali, che danneggiano l'attenta e responsabile risposta ai bisogni di salute dei cittadini;
- **si impegna** a mantenere un alto livello di collaborazione con i medici con cui da sempre gli infermieri condividono l'impegno assistenziale e curativo;
- **esprime la volontà a proseguire** in un confronto aperto e costruttivo che punti alla condivisione di valori, obiettivi e percorsi operativi.

Il Comitato centrale e il Consiglio della Federazione nazionale dei Collegi Infermieri, per continuare a presidiare l'evoluzione della vicenda sul piano professionale, politico e giudiziario nell'interesse dell'intero Sistema sanitario e dei cittadini, si riuniranno nuovamente in Assemblea straordinaria nei giorni 17 e 18 dicembre 2010.

La lettera di Nursind al Min. Fazio:
...senza tutela, potremmo limitarci a chiamare i medici per la risposta a qualsiasi bisogno di salute

Alla Cortese attenzione del Ministro alla Salute
Prof. Ferruccio Fazio
Direttore generale delle risorse umane e professioni sanitarie
Ministero della Salute
Dott. Giovanni Leonardi

Oggetto: le competenze delle professioni sanitarie.

Onorevole Ministro, Gentile Direttore,

il Nursind, il sindacato delle professioni infermieristiche, segue con forte preoccupazione l'attacco a cui è sottoposta la professione infermieristica da parte di alcuni settori professionali e sindacali medici nella convinzione che tale attacco sia pretestuoso e controproducente per la sanità italiana in generale. **Ciò a cui tutti i professionisti sanitari devono tendere è l'interesse del bene dell'assistito e non la sua strumentalizzazione per mantenere privilegi di casta o per propaganda sindacale in mancanza di contratti da sotto-**

scrivere.

Da anni ormai il legislatore ha tracciato un percorso di sviluppo delle professioni sanitarie non mediche tale da poter rispondere meglio ai bisogni di salute dei cittadini. A partire dagli anni '90 l'organizzazione dei servizi pubblici rivolti alle persone ha avuto diversi cambiamenti così come la formazione e le competenze di chi è stato chiamato a dare risposte alle nuove esigenze organizzative e ai nuovi modelli di erogazione dei servizi. Il cittadino, sempre più consapevole e informato, esigeva i propri diritti e la soddisfazione dei bisogni sanitari in tempi congrui e con prestazioni appropriate.

Per evitare il collasso (anche economico) del Sistema Sanitario Nazionale, organizzato ancora secondo una visione paternalistica e medico-centrica, si è proceduto a una riforma delle professioni sanitarie non mediche che fosse in linea con quanto già presente in molti paesi OCSE. A questi professionisti è stata chiesta maggiore formazione (dalle scuole regionali alla formazione universitaria presso la Facoltà di medicina e chirurgia), maggiori competenze (dal mansionario al profilo professionale), maggiore integrazione nel percorso terapeutico-assistenziale con ambiti autonomi di intervento (dall'ausiliarietà all'autonomia professionale e all'assunzione diretta di responsabilità), maggiore flessibilità (approfondimenti conoscitivi ed esperienziali in ambiti specifici e nello stesso tempo versatilità nell'impiego in diverse strutture e unità operative).

All'incremento della domanda sanitaria e all'aumento della complessità della sua risposta (dovuta allo sviluppo tecnologico, organizzativo, all'ottimizzazione delle risorse umane) si è proceduto a innovare i sistemi e le professioni sanitarie non mediche e a trasformare tutti i medici in dirigenti.

Oggi l'infermiere italiano ha competenze polispecialistiche (maturate anche attraverso la rotazione in diverse unità operative) e, allo stesso tempo, può avere intrapreso un percorso di approfondimento professionale specifico in determinati ambiti (funzioni di coordinamento, case management, triage, area critica, area pediatrica, area nefrologica-dialisi, sala operatoria, …) che lo portano a essere una figura indispensabile per garantire i bisogni di salute dei cittadini e gli accresciuti indici di produttività in termini di risposte organizzative ed epidemiologiche.

Oggi l'infermiere è un professionista integrato nel sistema dell'erogazione delle cure responsabile autonomamente per quanto di sua competenza che collabora con tutte le figure sanitarie, tecniche, professionali e amministrative presenti nella struttura di appartenenza.

Ora la domanda ci sorge spontanea: **perché solo dopo vent'anni ciò è messo in dubbio?** Perché, in mancanza di dati sfavorevoli sull'incidenza di eventuali errori derivanti dall'attività infermieristica, si procede a un attacco mediatico e giudiziario a priori su questioni di sistema, di norme, di procedure collaudate nel tempo e formalizzanti quanto già avviene in molte realtà, ventilando pericoli per la popolazione? Quale realtà clinica hanno visto finora questi rappresentanti dei medici?

Come organizzazione sindacale di categoria non pensiamo sia nell'interesse della salute dei cittadini considerare l'infermiere un subalterno o un estraneo alle pratiche sanitarie. Riteniamo che tali polemiche siano strumentali a difendere posizioni vetuste di casta (la libera professione solo per i medici, la permanenza in servizio a oltranza, la difesa di uno status dirigenziale per tutti i medici anche chi non dirige nulla, l'arroccamento su un'area contrattuale autonoma incontaminabile da altre figure dirigenziali, l'esclusività di ogni decisione all'interno dell'ambito sanitario, …) e che lo scontro tra professionisti sia uno spettacolo che offenda più i protagonisti (i medici che quotidianamente affrontano i problemi delle corsie o dei pronto soccorso) che gli spettatori (i cittadini).

Tuttavia desideriamo essere chiari nella difesa della dignità di una professione che da sempre è vicina alle persone ed è molto spesso la prima ad evidenziare le alterazioni dello stato di salute che abbisognano di trattamento o di supporto.

È forse questa vicinanza dell'infermiere alle reali esigenze dei cittadini che mette in fibrillazione alcune rappresentanze dei medici più che i medici e gli stessi cittadini.

Il Nursind è disponibile al confronto sul tema delle competenze ma non ritiene che la questione debba risolversi in un'aula di tribunale o in una normativa ad hoc che riporti l'esercizio della nostra professione agli anni '70.

Diversamente, se saranno prese altre strade, **chiederemo ai nostri iscritti** e a quanti non condividono questo attacco nelle corsie degli ospedali e nelle organizzazioni dei servizi **di limitarsi a chiamare i medici per la risposta a qualsiasi bisogno di salute.**

Comprendiamo che la questione è politica ma, nell'interesse degli infermieri e dei nostri assistiti, a noi è chiesto di esprimere la rappresentanza dei professionisti infermieri che quotidianamente si impegnano (come molti medici clinici) per la salute e il benessere delle persone.

Pertanto, come sindacato di categoria Le chiediamo di tutelare le professioni sanitarie non mediche garantendone la valorizzazione sulla base di quanto il legislatore ha già stabilito per il loro esercizio professionale e Le chiediamo di impegnarsi perché le organizzazioni sanitarie del nostro paese possano avvalersi appieno delle nostre competenze al fine di offrire sempre migliori servizi ai cittadini-utenti.

Rimanendo a disposizione per ogni confronto, si porgono distinti saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

L'opinione dell'Assessore Reg. Toscana sul See & Treat:

valorizza le professioni, promuove la collaborazione tra medici e infermieri, migliora l'assistenza

Pubblichiamo il comunicato dell'Ass. Reg. Toscana, alla partenza della sperimentazione del modello See & Treat.

22 Nov. 2010

E' partita proprio in questi giorni in sei ospedali toscani (Santa Maria Annunziata a Ponte a Niccheri, Firenze, Misericordia e Dolce a Prato, Misericordia di Grosseto, Valdelsa a Campostaggia, Felice Lotti a Pontedera, ospedale di Livorno) la sperimentazione del See & Treat (Vedi e tratta), una nuova modalità organizzativa per affrontare i problemi clinici minori che si presentano al Pronto soccorso. Per sei mesi, infermieri esperti, opportunamente formati e affiancati da un medico tutor, gestiranno e daranno risposta a una serie di casi di lieve entità (piccole ferite e abrasioni, punture di insetti, reazioni allergiche circoscritte, ecc.), definiti e approvati dal Consiglio Sanitario Regionale.

Una modalità di lavoro già da tempo in atto in molti Paesi europei, in particolare nel Regno Unito, dove nasce come tentativo di risposta al sovraffollamento dei Dipartimenti di emergenza e alle lunghe attese per la maggior parte dei problemi clinici meno urgenti. Un modalità proposta in Toscana dal Consiglio Sanitario Regionale e recepita tre anni fa dalla Regione, con una prima delibera di giunta del dicembre 2007, e una successiva del marzo 2010.

Questo nuovo approccio presenterà molteplici vantaggi per tutti. Per i pazienti prima di tutto, che vedranno ridurre i tempi di attesa. Per gli infermieri, che vedranno valorizzata la loro professionalità. Per i medici che, liberati dagli interventi di complessità minima, potranno dedicarsi meglio alle patologie più complesse, con una qualificazione ulteriore della loro professione.

Tutto questo, con la garanzia della massima sicurezza. Gli infermieri che lavorano negli ambulatori See & Treat hanno una laurea o un diploma professionale, almeno tre anni di professione in pronto soccorso, la certificazione regionale in triage, e hanno frequentato un corso di formazione regionale, teorico e pratico, di 180 ore.

Questa sperimentazione ha destato grande interesse, e anche qualche polemica, da parte di medici (per esempio, l'Ordine dei medici di Bologna) che si dicono preoccupati per un possibile "sconfinamento" della professione infermieristica in campo medico. Sinceramente, questa mi sembra un battaglia di retroguardia. La Regione Toscana si guarda bene dal mettere in discussione il ruolo del medico. Piuttosto, vuole valorizzare tutte le professionalità presenti nel sistema, e promuovere una sempre maggiore collaborazione tra professionisti della sanità perchè ritiene che questo sia, nella sanità moderna, un modo per migliorare l'assistenza ai cittadini, come del resto avviene gida anni in molti Paesi europei.

Voglio sottolineare poi che si tratta di una sperimentazione, e durante la sperimentazione tutta la responsabilità rimane sempre e comunque del medico. In questi sei mesi verrà fatto un attento monitoraggio, con indicatori di qualità professionale, di efficienza per i tempi di attesa, di soddisfazione e gradimento degli utenti. Alla fine, faremo un'attenta valutazione e uno studio per impostare le esperienze successive. Se risulterà che il See & Treat funziona, verrà esteso anche agli altri ospedali.

Come assessore al diritto alla salute della Regione Toscana, mi farò carico di portare quanto prima in Conferenza Stato Regioni la questione della valorizzazione delle competenze di tutte le professioni sanitarie, nel rispetto di tutti i ruoli e le responsabilità.

Daniela Scaramuccia
Assessore alla Salute
Regione Toscana

AUSL Latina - il Commissario Straordinario decreta il ridimensionamento dei Coordinatori:

la posizione del Nursind inviata alla Polverini

Alla cortese attenzione
Dott.ssa Renata Polverini
Presidente Regione Lazio
E p.c. Egr. sig.
Ministro della Salute
Prof. Ferruccio Fazio
E pc. Egr. sig.
Commissario Straordinario
Azienda Usl Latina
Dott. Renato Sponzilli
E pc. Egr. sig.
Direttore U.O.C. Professioni Sanitarie
Azienda Usl Latina
Dott. Giovanni Venditti
Presidente Collegio I.PA.S.V.I. Latina
Dott. Valentino Coppola

Oggetto: D.C.A. n. U0049 del 31.5.2010 "Integrazioni e modifiche dei Programmi Operativi di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U0037 del 21.04.2010" – revisione posizioni di coordinamento infermieristico ASL Latina.

Illustrissima Presidente,

in relazione al DCA in oggetto e in particolar modo la parte riguardante le riorganizzazioni delle posizioni di coordinamento dell'ASL Latina, la scrivente Organizzazione Sindacale NurSind – il sindacato delle professioni Infermieristiche - ritiene di portare alla Vostra attenzione quanto segue:

I coordinamenti oggi presenti nell'Azienda USL Latina (114 posizioni di coordinamento) sono stati attribuiti con prima applicazione secondo normativa contrattuale vigente e, quindi, il numero massimo determinato dal DCA in oggetto (80 posizioni di coordinamento) per poter conseguire obiettivi di risparmio potrà essere applicato soltanto nel tempo allorché parte degli attuali coordinatori verranno collocati a riposo. Alla revoca delle funzioni di coordinamento, infatti, in questi casi non corrisponde la revoca della parte economica.

Si otterrebbe perciò l'utilizzo di personale che ha svolto attività di coordinamento ante 2001 per altre attività con la conseguenza di continuare a remunerare le funzioni di coordinamento.

Rispetto al DCA in oggetto risulterebbero 34 coordinamenti eccedenti.

A fronte di questo "esubero" presunto, basato su calcoli che accomunano l'Azienda USL Latina ad altre Aziende con caratteristiche territoriali notevolmente più favorevoli, dovranno essere anche prese in considerazione le attuali 24 circa posizioni di coordinamento effettivo, seppur se non ancora formalmente riconosciute dall'Azienda ma che, per tal riconoscimento, l'Azienda stessa rischia di subire altrettante azioni giudiziali. Ci riferiamo ai coordinatori F.F. di Unità Operative di assoluta rilevanza strategica per l'Azienda, (esemplificativamente: Pronto Soccorso DEA Latina, UTIC Latina, Emodinamica e Cardiologia interventistica Latina, Rianimazione Latina, Blocco Operatorio Latina, Malattie Infettive Latina, Day Hospital Multidisciplinare Latina, Medicine Latina, Ostetricia e Ginecologia Latina, Andrologia e Centro Trapianti Latina, TIN Latina, Area Medica Formia, Area Chirurgica Formia, Rianimazione Formia, Dialisi Formia, Post Acuzie

Il Dott. Sponzilli è stato nominato DG il 23/12/10

Gaeta, Poliambulatori Gaeta, Oncologia Gaeta, Ortopedia Terracina, Cardiologia Terracina, Oncologia Terracina, Pediatria Fondi ecc. ecc.).

Nonostante il (ad oggi) mancato riconoscimento giuridico ed economico del coordinamento, gli Infermieri Coordinatori F. F. delle U.O. suddette hanno espletato, con alta professionalità le proprie funzioni, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi concordati con l'Azienda e risultando determinanti per la tenuta e la crescita del "sistema Azienda Sanitaria".

Quanto sopra premesso, la scrivente Organizzazione Sindacale chiede che venga rivisto il numero massimo di incarichi di coordinamento per essere adeguato alle effettive esigenze dei servizi presenti nell'Azienda USL Latina.

L'applicazione immediata del decreto in oggetto, a nostro parere, porterebbe a notevoli disagi organizzativi e metterebbe a rischio interi processi assistenziali con ricadute negative sui bisogni di salute della popolazione del territorio pontino, oltre che accendere un contenzioso controproducente per il piano di rientro; tutto ciò, in un periodo che ha visto l'Azienda Latina tra le più virtuose della Regione Lazio nonostante i tagli alla spesa sanitaria.

Cosa, quest'ultima, che non crediamo, come professionisti, come lavoratori e come utenti, sia nell'idea del Commissario Estensore del Decreto.

In attesa di un sollecito riscontro di chiarimento, porgiamo cordiali saluti

Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega
Segretario Provinciale NurSind Latina
Dr. Giovanni Santucci

La Regione Lazio sta smantellando l'autonomia infermieristica:

FERMIAMOLA CON UNA FIRMA

Il precedente a Melegnano nel 2006

Nel 2006, l'ANPO (Ass. Naz. Primari Osp.) e l'ANAAO-Assomed (Ass. Medici Dirigenti) fecero ricorso al TAR Lombardia contro una delibera dell'Az. Osp. di Melegnano che istituiva il SITRA (Serv. Inf. Tecn. Riab. Aziendale) e ne affidava l'incarico di dirigente ad una infermiera.

Nel ricorso veniva ribadito che nell'assetto organizzativo del SITRA non erano previsti ruoli o funzioni riservate ai dirigenti medici, per consentire un raccordo tra questi ed il personale infermieristico, violando così il diritto/dovere dei medici al pieno esercizio delle funzioni ed esponendoli a rischi sotto il profilo della responsabilità dirigenziale che a loro competeva in azienda.

In seguito l'ANPO fece marcia in dietro dichiarando di rinuciare al ricorso per sopravvenuta carenza di interesse.

Si opposero al ricorso tutti i presidenti dei Collegi Ipasvi lombardi a difesa della categoria.

Il TAR bocciò la richiesta dei difensori dell'ANAAO di considerare illegittima l'opposizione dei collegi IPASVI, in quanto ben legittimati a difendere gli interessi della categoria di cui hanno la rappresentanza istituzionale.

Nel merito, i giudici riconobbero il pericolo che l'annullamento di quella delibera avrebbe esercitato in lesione delle prerogative e dell'autonomia professionale infermieristica riconosciuta dalle due leggi di riforma del sistema professionale sanitario, la 42/1999 e la 251/2000.

I ricorrenti, infatti, muovevano dall'assunto che l'istituzione del S.I.T.R.A. potesse stravolgere i rapporti professionali tra medici ed infermieri, quasi che fra di loro fosse stato frapposta una netta soluzione di continuità con conseguente invalicabile ostacolo a quella indispensabile collaborazione che è garanzia di buon andamento di ogni plesso ospedaliero e dunque della stessa assistenza sanitaria tout court.

Al SITRA infatti, quale "struttura organizzativa a valenza Aziendale, dotata di autonomia gestionale" (cfr. delibera istitutiva impugnata) sono stati affidati esclusivamente compiti di "indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico", il cui esercizio non può refluire negativamente sul regolare svolgimento dell'attività degli infermieri professionali e dare luogo a quelle gravi difficoltà organizzative, che postulano quale infausta prognosi i ricorrenti.

La Regione Lazio sta smantellando le Direzioni Infermieristiche nel tentativo di affossarne l'autonomia e rimetterla in mano ai medici.

Per contrastare questo attacco, chiediamo a tutti i professionisti di firmare la petizione online.

LE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE, DELLA PREVENZIONE E DELLA PROFESSIONE OSTETRICA DELLA REGIONE LAZIO

dicono NO

a qualsiasi iniziativa da parte delle Direzioni Aziendali Sanitarie tesa a:

- cancellare il prezioso percorso di conquista dell'autonomia sugli ambiti di competenza professionale sanciti dalla legge 42/00 e dalla legge 251/00, essendo quelle svolte dalle Professioni Sanitarie funzioni strategiche ed essenziali per superare la frammentarietà nelle risposte ai bisogni di cura ed assicurare la globalità degli interventi sanitari ai cittadini;

- abolire i Dipartimenti ed i Servizi delle Professionisti Sanitarie ed a ricondurre la funzione di direzione e di governo svolta dalle Professioni Sanitarie sui rispettivi ambiti di competenza sotto la responsabilità delle Direzioni Sanitarie aziendali;

dicono SI

alla piena applicazione della legge 251/00 attraverso:

- il riconoscimento e lo sviluppo della Dirigenza delle Professioni Sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica, in linea con quanto previsto dall'art.41 del CCNL STPA 8 giugno 2000, essendo chiara la specificità della funzione di direzione sugli ambiti di stretta competenza professionale previsti. Tale ruolo si configura in staff –line alla Direzione Strategica dell'Azienda.

- Istituzione e/o previsione delle strutture dei Servizi delle Professioni Sanitarie in ogni Azienda Sanitaria, nel rispettivo Atto Aziendale, per garantire il governo e l'ottimizzazione delle risorse di stretta competenza professionale anche mediante processi di integrazione finalizzati al conseguimento di specifici risultati e per la continuità dei processi organizzativi.

CHIEDONO

- l'impegno della Giunta regionale e del Consiglio ad adoperarsi nell'azione di garanzia per l'istituzione dei Servizi e l'inquadramento della Dirigenza delle Professioni Sanitarie nelle Aziende Sanitarie del Lazio nel rispetto degli artt.6 e 7 della Legge 251/00 e dall'art.41 del CCNL STPA 8 giugno 2000.

al 31.12.2010 sono state raggiunte 618 firme

Per aderire alla petizione online

PetizioniOnline

Obiettivo firme : 638 / 10000

http://www.petizionionline.it/petizione/salviamo-lautonomia-delle-professioni-sanitarie-del-lazio/2437

oppure su

www.nursind.it

Lazio - Servizio ARES 118 ancora senza dirigente infermieristico

Nursind: "adeguare il servizio alla 251/2001"

Alla cortese attenzione
Presidente Regione Lazio
Dott.ssa Renata Polverini
del Direttore Generale A.R.E.S. 118 Lazio
Dott. Antonio De Santis
E pc. Presidente Collegio I.PA.S.V.I. Roma
Dott. Gennaro Rocco

Oggetto: dirigenza servizio infermieristico A.R.E.S.118

Stimata Presidente, Gentile Direttore,

La scrivente O.S. in rappresentanza dei numerosi infermieri della provincia di Roma e del Lazio, desidera portare alla Vostra cortese attenzione la grave situazione del servizio ARES 118, il quale si occupa di emergenza su un vasto territorio e con personale infermieristico qualificato che rappresenta la prima risposta ai bisogni sanitari dei cittadini, la frontiera del servizio pubblico con le persone della nostra regione.

Con la presente denunciamo il fatto che una struttura sanitaria così importante, ad oggi, non ha un dirigente responsabile dell'area delle professioni sanitarie infermieristiche per la gestione del personale del comparto. Infatti, a differenza di altre realtà, non è mai stato svolto il concorso pubblico per la copertura del ruolo del dirigente infermieristico come previsto dalla Legge 251/2001 (linee guida Regione Lazio, deliberazione Giunta Regionale n. 1184 del 9 marzo 1999).

A tutt'oggi questo ruolo è svolto ad interim da un dirigente medico, che non conosce il contenuto professionale della professione infermieristica e i suoi risvolti e rapporti con il personale di supporto. L'organizzazione del lavoro del comparto ha norme di legge contrattuali diverse da quelle della dirigenza medica che un dirigente proveniente dal comparto ben conosce.

Oggi questo servizio ai cittadini non ha nella sua organizzazione interna un dirigente di diretto riferimento in grado di conoscere le problematiche specifiche e le peculiari funzioni e competenze. Eppure quello offerto dall'ARES è un servizio essenziale per i cittadini che non può rischiare di "incepparsi" per problemi organizzativi in quanto questi avrebbero delle ricadute dirette gravi sui cittadini essendo un servizio di emergenza.

Se è intenzione di codesta Amministrazione perseguire la linea di demandare ad altre figure la gestione organizzativa del comparto sanità, la scrivente O.S. porterà tutte le problematicità presenti al tavolo aziendale riservandosi, in caso di risposte non soddisfacenti, di percorre strade alternative tra cui il contenzioso giuridico al fine di tutelare al meglio i propri iscritti e la sicurezza dei lavoratori e del servizio erogato ai cittadini.

Al fine di addivenire ad una sistemazione organizzativa che valorizzi le professioni sanitarie non mediche e che offra un reale interlocutore al comparto sanità, siamo a chiederLe l'istituzione della dirigenza delle professioni sanitarie.

Rimanendo in attesa di una risposta a breve che eviti l'aprirsi di diversi contenziosi extra aziendali, nell'interesse reciproco e nel rispetto dei cittadini, porgo distinti saluti.

Il Segretario Nazionale
NurSind
Dr. Inf. Andrea Bottega
Il Segretario Provinciale
Inf. Luca Cimino

L'ods del
DG del San Camillo

A tutti i Direttori dei Dipartimenti Sanitari
A tutti i Responsabili delle U.O.C. e U.O.S. Sanitarie
A tutti i Direttori Aree amministrative - Tecniche e Finanziarie
A tutti i Responsabili U.O.C. e U.O.S. Amministrative
Al Direttore Amministrativo Aziendale
Al Direttore Sanitario Aziendale

ORDINE DI SERVIZIO

Con decorrenza immediata si dispone che i trasferimenti intra-aziendali vengano disposti esclusivamente da:

- Direttore Sanitario Aziendale per il personale medico, del ruolo sanitario laureato e per il personale sanitario e tecnico - sanitario del comparto;
- Direttore Amministrativo Aziendale per il personale del ruolo amministrativo, professionale e tecnico.

Si invitano le SS.LL. ad attenersi scrupolosamente alla presente disposizione, evitando di rivolgersi direttamente a questa Direzione Generale.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Az. Osp. San Camillo Forlanini - Roma
Prof. Massimo Martelli

2.12.2010

Dal 1° gennaio 2011:

scatta la Riforma Brunetta

E' giunto il fatidico momento. Ora non si tratta più di polemiche e di prese di posizione a favore o contro, bensì dell'applicazione concreta della riforma, quella dei "fannulloni", per chi l'avesse dimenticata.

La riforma prevede che i premi di produzione non siano più erogati in acconto ne in anticipo, ma solo al raggiungimento degli obiettivi stabiliti e che tutto il personale della pubblica amministrazione venga sottoposto a valutazione per discernere i dipendenti meritevoli (25%) da quelli normali (50%) da quellinon meritevoli (25%).

Tali percentuali, in Sanità, potrebbero essere riviste in più o in meno da specifiche disposizioni regionali. Al momewnto sono poche le regioni che sono entrate nel merito e pertanto, in mancanza, le aziende dovrebbero attenersi alle percentuali Brunetta. (vedi la rivista 4° trim. 2009)

Nursind ha inviato solleciti a tutti i governatori affinché vengano riviste tali percentuali e le modalità delle selezioni.

Di seguito, la disposizione della Commissione a cui Brunetta ha attribuito il compito di sorvegliare e applicare la riforma.

Commissione per la Valutazione la Trasparenza e l'Integrità dell'amministrazione pubblica.

DELIBERA n. 111/2010 in tema di valutazione individuale in relazione agli artt. 19 e 65 del decreto legislativo n. 150 del 2009 e all'art. 9 del decreto legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 de1 2010.

LA COMMISSIONE

RILEVATO che, in sede di definizione dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance secondo gli indirizzi adottati dalla Commissione ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo n. 150 del 2009, è stato reiteratamente sollevato, con riferimento alla valutazione individuale, il problema della immediata applicazione o meno dell'art. 19, in relazione all'art. 65 del citato decreto, alla luce anche di quanto disposto sul punto dall'art. 9 del decreto legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010;

RILEVATO, altresì, che alcuni Organismi indipendenti di valutazione - cui compete in sede di prima attuazione, a norma del 3°comma dell'art. 30 del citato decreto legislativo n. 150 del 2009, la definizione di detti Sistemi di misurazione in modo da assicurarne la piena operatività a decorrere dal 1° gennaio 2011 - hanno prospettato l'eventualità che, alla luce della sopravvenuta disciplina di cui al citato art. 9 del decreto legge n. 78 del 2010, non sia necessario operare la valutazione individuale;

RITENUTO che non rientra nella competenza di questa Commissione offrire interpretazioni vincolanti del combinato disposto degli art. 19 e 65 del decreto legislativo n. 150 del 2009, problema, questo, sul quale è opportuno richiamare l'attenzione, anche ai sensi dell'art. 13, 1° comma del citato decreto, del Dipartimento della Funzione pubblica;

RITENUTO, invece, che questa Commissione può e deve ribadire che, entro i termini previsti dalla legge, le amministrazioni sono tenute ad operare la valutazione individuale del personale dirigenziale e non dirigenziale, anche indipendentemente dalle conseguenze di ordine economico;

RILEVATO, infine, che tali principi devono valere a maggior ragione anche per il comparto delle regioni e autonomie locali, considerando che i termini per l'adeguamento della contrattazione collettiva integrativa sono differiti, rispettivamente, al 31 dicembre 2011 e al 31 dicembre 2012, e che, in sede di prima valutazione, potrà procedersi in applicazione dei criteri attualmente in vigore;

DELIBERA

che, indipendentemente dall'adeguamento alle disposizioni di cui al Titolo III del decreto legislativo n. 150 del 2009 della contrattazione collettiva integrativa vigente e, comunque, dall'operatività delle previsioni di cui all'art. 19, alla luce della sopravvenuta normativa (decreto legge n. 78 del 2010, convertito nella legge n. 122 del 2010):

a) le amministrazioni devono procedere alla definizione e adozione dei Sistemi di misurazione e valutazione anche della performance individuale e a darne concreta applicazione nei termini legislativamente previsti;

b) gli enti territoriali devono egualmente procedere alla valutazione individuale, eventualmente in applicazione dei criteri vigenti;

DISPONE

che copia della presente delibera sia comunicata:

a) alle amministrazioni centrali, nonché, perché ne diano comunicazione agli enti associati, alla Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome, ali' Anci, all'Upi;

b) per conoscenza, ai sensi dell'art. 13, 1° comma del decreto legislativo n. 150 del 2009, al Dipartimento della Funzione pubblica e alla Ragioneria generale dello Stato.

Roma, 22 ottobre 2010

Il Presidente
Antonio Martone

Il sollecito inviato dal Nursind a tutte le Regioni

Oggetto: emanazione linee guida regionali per applicazione del DLgs. 150/2009

Gentile Presidente, stimati Assessori e Consiglieri,

il Decreto Legislativo n. 150/2009 noto anche come "Riforma Brunetta" prevede, ai sensi dell'art. 74 comma 2, che le regioni adeguino i propri ordinamenti ai principi espressi nella norma ed emanino delle linee d'indirizzo per l'applicazione del sistema premiante e di valutazione della performance.

Tali linee di indirizzo avranno una diretta conseguenza su molti aspetti contrattuali e salariali dei dipendenti della sanità pubblica e, verosimilmente, potrebbero essere fonte di disservizi, contrasti tra lavoratori e, paradossalmente, essere un freno al cambiamento dei dipendenti pubblici piuttosto che un cambiamento della Pubblica Amministrazione.

In ossequio al tanto citato federalismo, riteniamo che la nostra Regione non si possa sottrarre al compito di legiferare nel merito e auspichiamo che le linee di indirizzo lascino adeguati margini di negoziazione ai livelli più decentrati che meglio conoscono le dinamiche relazionali e produttive delle aziende sanitarie.

Pertanto, al fine di conoscere in che modo gli enti del SSN della nostra Regione debbano applicare quanto previsto dal DLgs 150/2009, siamo a chiederVi di provvedere entro il 31 dicembre 2010 (come previsto dall'art. 16 c. 3 e art. 31) all'emanazione di apposite direttive di attuazione.

Con la modifica della direttiva 92/85/CEE:

la Paternità diventa un DIRITTO europeo

Inf. Giuseppe Savasta - Segr. Prov. NurSind Alessandria

La paternità diventa un diritto di tutti i lavoratori Europei grazie alla modifica della direttiva 92/85/CEE del Consiglio concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento. Con 390 voti a favore, 192 contrari e 59 astenuti, il Parlamento Europeo si è espresso positivamente al congedo di paternità di due settimane obbligatorie e retribuite, prolungando a 20 settimane quello di maternità.

Nella tabella trovate alcuni articoli della normativa riguardante le disposizioni sulla maternità e paternità attualmente in vigore in Italia ed a destra una nostra ipotesi di modifica in seguito alle nuove indicazioni Europee:

Già in Italia con la recente sentenza del 16 novembre 2009, n.1169, la sezione lavoro del Tribunale di Firenze ha riconosciuto il diritto del padre al congedo di paternità per la durata di cinque mesi, a prescindere dalla circostanza che la madre sia una lavoratrice o meno applicando al lavoratore l'art. 28 del d.lgs. n.151/2001. La sezione lavoro del Tribunale di Firenze ha ritenuto applicabile tale articolo perseguendo in pieno i principi costituzionali dell'art 3 "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di razza, di lingua, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E` compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

Nello stesso modo ha esercitato tale diritto di uguaglianza il Parlamento Europeo che con questa disposizione cerca di avvicinare gli standard a quelli dei paesi del Nord Europa dove gli uomini possiedono diritti e doveri nei confronti dei figli al pari delle donne.

Adesso bisogna attendere che la Direttiva Europea sia recepita dal Governo Italiano, cosa che ha già suscitato non poche polemiche nel mondo politico. E' ovvio che i diritti ottenuti siano Sacro Santi, ma a volte l'Italia fa un po' fatica a migliorare lo stato dei DIRITTI dei Lavoratori, meno quello dei Dirigenti

(vedi la direttiva del 2003 sull'orario di lavoro); d'altronde, come diceva G. Orwell: " …tutti gli animali sono uguali, ma alcuni sono più uguali degli altri.!"

d.lgs 151/2001 OGGI	d.lgs 151/2001 DOMANI
Art. 20 – Ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità, le lavoratrici hanno la facoltà di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, a condizione che il medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.	Art. 20 – Ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità, le lavoratrici hanno la facoltà di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, a condizione che il medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.
Art. 22 - Trattamento economico e normativo (Legge 30 dicembre 1971, n. 1204, articoli 6, 8 e 15, commi 1 e 5; Legge 9 dicembre 1977, n. 903, art. 3, comma 2; Decreto legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, art. 6, commi 4 e 5) Le lavoratrici hanno diritto ad un'indennità giornaliera pari al'80 per cento della retribuzione per tutto il periodo del congedo di maternità, anche in attuazione degli articoli 7, comma 6, e 12, comma 2.	Art. 22 - Trattamento economico e normativo (Legge 30 dicembre 1971, n. 1204, articoli 6, 8 e 15, commi 1 e 5; Legge 9 dicembre 1977, n. 903, art. 3, comma 2; Decreto legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, art. 6, commi 4 e 5) Le lavoratrici hanno diritto ad un'indennità giornaliera pari al'100 per cento della retribuzione per tutto il periodo del congedo di maternità, anche in attuazione degli articoli 7, comma 6, e 12, comma 2.
Art. 28 – Il padre lavoratore ha diritto di astenersi dal lavoro per tutta la durata del congedo di maternità o per la parte residua che sarebbe spettata alla lavoratrice, in caso di morte o di grave infermità della madre ovvero di abbandono , nonché in caso di affidamento esclusivo del bambino al padre.	Art. 28 – Il padre lavoratore ha diritto di astenersi dal lavoro per tutta la durata del congedo di maternità o per la parte residua che sarebbe spettata alla lavoratrice.

La circolare del ministro Sacconi in previsione della scadenza del 31 dicembre prevista dal Dlgs 81/2008:

Le regole per la valutazione dello «stress da lavoro»

Contrastare lo stress sul posto di lavoro, secondo gli esperti europei che hanno sollecitato questa intesa, "permette di ridurre i costi, perché spesso si traduce in bassa produttività, ore di lavoro perse e aumento delle assenze per malattia".

Gli esperti europei sono partiti da un dato per decidere di muoversi ed arrivare ad una intesa che riguarda la Francia, la Germania e l'Italia: lo stress, a leggere i certificati medici presentati alle imprese, riguarda un lavoratore europeo su quattro. "è il secondo problema di salute - fanno notare gli analisti sanitari della Ue - legato all'attività. lavorativa".

Il costo economico per i quindici paesi europei, a Bruxelles sono fermi ai conti di 4-5 anni fa, supera i 30 miliardi di euro all'anno. Proprio allo stress e ai suoi effetti sull'organismo (avendo sempre i certificati medici come documenti per la rilevazione) sarebbero addebitabili negli ultimi anni, nella Ue, **il 50-60% di tutte le giornate di malattia censite nel pubblico e nel privato**.

A tal proposito il ministero del Lavoro ha inviato il 18 novembre scorso una lettera-circolare a Regioni, sindacati, ministeri e rappresentanze dei lavoratori con le relative indicazioni messe a punto il 17 novembre dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro presso il ministero del Lavoro.

La circolare contiene le indicazioni metodologiche necessarie per la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, così come previsto dagli articoli 6, comma 8, lettera m-quater, e 28, comma 1-bis, del Dlgs 81/2008.

Il documento è stato emesso in anticipo rispetto al termine di legge e cioè il 31 dicembre 2010, in modo da fornire ai datori di lavoro pubblici e privati uno strumento di indirizzo ai fini della corretta attuazione delle previsioni di legge.

La valutazione di questo particolare pericolo è parte integrante della valutazione dei rischi e viene effettuata (come per tutti gli altri fattori di rischio) dal datore di lavoro avvalendosi del responsabile del Servizio di prevenzione e protezione, con il coinvolgimento del medico competente, ove nominato, e previa consultazione con il rappresentante dei lavoratori.

Al fine di segnalare l'importanza dell'incombente, è utile ricordare che

Le linee guida per la valutazione aziendale dello STRESS da LAVORO	
31 dicembre 2010	Data di avvio delle attività di valutazione. La programmazione temporale delle attività di valutazione e il termine finale dovranno essere indicati nel documento
I soggetti	Datore di lavoro con il responsabile del servizio di protezione e prevenzione (Rspp), medico competente con consultazione rappresentanza aziendale dei lavoratori. Gli organi di vigilanza dovranno monitorare la corretta applicazione del piano
Lavoratori da ricomprendere	Tutti i lavoratori compresi i dirigenti. Non riguarda il singolo ma la collettività dei lavoratori che possono essere suddivisi per settori omogenei (es. reparto, mansione ecc.)
Fase preliminare - Obbligatoria	Eventi sentinella: quali indici infortunistici, veloce turn over, procedimenti e sanzioni disciplinari, segnalazioni del medico competente, lamentele da parte dei lavoratori Fattori del lavoro: ambiente di lavoro e attrezzature, carichi e ritmi di lavoro. Corrispondenza tra le mansioni espletate e la professionalità del lavoratore Fattori di contesto: ruolo nell'ambito dell'organizzazione, autonomia decisionale e controllo, conflitti interpersonali. Evoluzione e sviluppo della carriera, difficili canali di comunicazione
Seconda fase - A regime	Se non emergono elementi di rischio: il datore di lavoro dovrà unicamente dare conto dell'analisi nel documento di valutazione del rischio e prevedere un piano di monitoraggio a scadenze programmate Se emergono fattori di rischio: si procede alla pianificazione e adozione delle misure necessarie, oltre ad adottare piani di monitoraggio delle implementazioni e alla fase di valutazione approfondita La valutazione approfondita prevede la valutazione della percezione soggettiva dei lavoratori attraverso diversi sistemi quali: questionari, focus group, interviste anche di una rappresentanza di lavoratori purché suddivisi in settori omogenei Nelle aziende fino a 5 lavoratori. In luogo dei predetti strumenti di valutazione, il datore di lavoro può scegliere di utilizzare semplici riunioni che garantiscano il coinvolgimento

l'ISPESL ha valutato che le patologie da stress da lavoro costituiscono il secondo problema sanitario in Europa e sono tra le cause di malattia più comuni. Si reputa che oltre 40 milioni di persone nell'Unione ne soffrano, ovvero almeno il 22% dei lavoratori e incidano direttamente sull'economia europea con un dispendio pari a 44 miliardi di euro e indirettamente, in termini di calo di produttività, con una perdita pari a 77 miliardi di euro.

Lo stress lavoro-correlato viene descritto nell'art. 3 dell'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004, quale condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psichica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentano in grado di rispondere positivamente alle richieste che gli vengono rivolte all'interno del mutevole mondo del lavoro.

La ricerca nel settore ha mostrato che le cause dello stress lavoro-correlato sono molteplici, ma riconducibili principalmente alla tipologia di professione, all'organizzazione del lavoro e al modo in cui sono gestite le risorse umane nel contesto lavorativo.

Il documento licenziato dalla commissione consultiva indica un percorso metodologico che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato. Le indicazioni valgono per tutti i datori di lavoro pubblici e privati in quanto strumento di pianificazione e programmazione della sicurezza.

È intuibile l'importanza della valutazione in campo sanitario in quanto potrebbe rivelarsi uno strumento utile di analisi anche **per la riduzione di errori determinati da pesanti carichi di lavoro**.

Lo stress da lavoro mette a rischio il cuore delle infermiere

Lo stress lavorativo ed in particolare la percezione di non avere controllo sulla gestione della propria occupazione aumenta i rischi di infarto fra le donne: a rivelarlo è un lungo e vasto studio americano presentato al meeting annuale dell'American heart association che si tiene a Chicago.

La ricerca fa parte del famoso Women health study del Brigham women hospital di Boston che segue la salute di oltre 17.000 donne per lo più infermiere e lavoratrici della sanità. Le volontarie - di età media 57 anni, tutte sane e tutte lavoratrici a tempo pieno o parziale - sono state divise in quattro gruppi a seconda del livello di stress sperimentato sul lavoro: a dieci anni di distanza dall'avvio dei test le donne con l'occupazione piu' stressante hanno evidenziato rischi quasi doppi di avere avuto un infarto.

Le stesse donne hanno inoltre mostrato il 40% in più di probabilità di avere problemi cardiaci in generale che richiedono interventi di angioplastia o di bypass. Quanto allo stress causato dal timore di perdere il lavoro, è stato collegato nelle donne ad un aumento della pressione sanguigna, del colesterolo e del peso corporeo.

Il 24/11 è entrata in vigore la Legge 10/11/2010 - n°183 Collegato Lavoro:

una sintesi delle novità

E' pubblicata sul Supplemento ordinario n. 243 alla Gazzetta Ufficiale n. 262 del 9 novembre 2010 la legge 4 novembre 2010, n. 183 «Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonche' misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro» (collegato alla manovra di finanza pubblica per gli anni 2009-2013) che contiene nuove e numerose norme di riforma della Pubblica Amministrazione.

Le principali novità su cui ritorneremo più compiutamente nei prossimi numeri:

Mobilità

E' regolamentato l'istituto della mobilità, prevedendo che in caso di conferimento di funzioni statali ad altri enti, o di esternalizzazione, al personale dichiarato in esubero si applica l'articolo che regolamenta il tema delle eccedenze di personale e la mobilità collettiva (art.33/165, che stabilisce un periodo massimo di tre anni, al termine dei quali, in assenza di riassorbimento all'interno di un'Amministrazione, scatta il licenziamento).

Part time

La legge interviene sulla disciplina del part-time aumentando il potere discrezionale delle amministrazioni e rendendo retroattiva una modifica nella disciplina introdotta dal Dl 112/2008, che aveva vigore solo per i futuri part-time. Con questa previsione **le Amministrazioni** possono, **entro 180 giorni** dalla data di entrata in vigore della legge, **ridiscutere tutti i part-time già concessi**, negando la trasformazione (anche se già avvenuta) nel caso di conflitto di interessi con un altro lavoro autonomo o subordinato.

Aspettativa

E' prevista una specifica aspettativa di **12 mesi per "avviare attività professionali e imprenditoriali"** con conseguente sospensione del regime di incompatibilità per lo stesso periodo.

Pari opportunità

Si istituisce in tutte le Pubbliche amministrazioni il nuovo "**Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**" che unifica i precedenti Comitati per le pari opportunità e quelli "sul fenomeno del mobbing", istituiti per via contrattuale.

Conciliazione

E' cancellata l'obbligatorietà del tentativo di conciliazione nelle controversie e il prestatore di lavoro può decidere se ricorrere all'arbitrato preventivamente e non quando insorge una controversia. La scelta non può avvenire prima della conclusione del periodo di prova, ove previsto, oppure se non siano trascorsi almeno 30 giorni dalla data di stipulazione del contratto. Il lavoratore, quindi, **potrà scegliere tra arbitro e giudice in caso di lite nascente in corso di rapporto di lavoro**, con esclusione del licenziamento, la cui impugnazione rimarrà di "competenza" del giudice ordinario: nella ipotesi di licenziamento invalido, lo stesso potrà essere impugnato entro 60 giorni dalla ricezione della comunicazione scritta.

Lavori usuranti

Il ministro del Lavoro dovrà affrontare la questione degli anticipi previdenziali per i lavoratori adibiti a mansioni usuranti **entro tre mesi**. Con la legge sono stati inseriti anche limiti entro i quali i tecnici del ministero dovranno individuare la nuova norma. Infatti sono stati inseriti dei criteri che dovranno essere rispettati nel caso in cui si verifichino degli **scostamenti tra le domande presentate e le risorse stanziate**. In pratica viene introdotto uno strano strumento di priorità nella decorrenza dei trattamenti

Legge 104

Sono modificate le norme per l'assistenza ai portatori di handicap (L. 104/92), stabilendo che, salvo per i figli in condizione di handicap grave, il diritto ai permessi è riconosciuto a **una sola persona**. Inoltre i permessi per l'assistenza sono fruibili solo per coniuge, parente o affini **entro il secondo grado** (ovvero il terzo grado, qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap abbiano compiuto i 65 anni o siano, invalidi, deceduti o mancanti).

Trasmissione online all'Inps dei certificati di malattia

E' previsto che a decorrere dal gennaio 2010 siano estese **anche al settore privato** le norme in materia di rilascio e di trasmissione dell'attestazione di malattia, già previste per i dipendenti pubblici.

Sgravi fiscali del settore privato:

anche le notti rientrano nelle detrazioni

In seguito ad un quesito rivolto all'Agenzia delle Entrate, riguardo al dubbio interpretativo se rientrassero nelle agevolazioni fiscali anche le ore notturne normali e se tali attività fossero comunque da considerare come incremento alla produttività, l'Agenzia delle Entrate ha definitivamente sciolto ogni incertezza. A tal fine, la pubblichiamo integralmente omettendone solo il quesito rivolto.

Roma, 14 dicembre 2010

OGGETTO: Istanza - Incrementi di produttività - Art. 2 D.L. 27 maggio 2008, n. 93

PARERE DELL'AGENZIA DELLE ENTRATE

L'articolo 5 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, e l'art. 2, commi 156 e 157, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010) hanno prorogato, rispettivamente per gli anni 2009 e 2010, l'applicazione dell'imposta sostitutiva del dieci per cento alle somme erogate "in relazione ad incrementi di produttività, innovazione ed efficienza organizzativa ed altri elementi di competitività e redditività legati all'andamento economico dell'impresa", originariamente prevista dall'articolo 2, comma 1, lett. c), del decreto- legge n. 93 del 2008.

L'agevolazione si applica su un importo massimo di 6.000 euro annui nei confronti dei dipendenti del settore privato che nel 2008 o nel 2009 hanno conseguito un reddito di lavoro dipendente non superiore a 35.000 euro (al lordo delle somme assoggettate all'imposta sostitutiva).

L'Agenzia delle Entrate e il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, con circolari n. 49 dell' 11 luglio 2008 e n. 59 del 22 ottobre 2008 (consultabili sul sito dell'Agenzia delle Entrate www.agenziaentrate.it), hanno chiarito, tra l'altro, che possono rientrare nella misura agevolativa "anche le indennità o maggiorazioni di turno o comunque le maggiorazioni retributive corrisposte per lavoro normalmente prestato in base a un orario articolato su turni, stante il fatto che l'organizzazione del lavoro a turni costituisce di per sé una forma di efficienza organizzativa".

E' stato, inoltre, precisato che lo speciale regime di tassazione comprende anche, ove "diano luogo a incrementi di produttività, innovazione ed efficienza organizzativa ed altri elementi di competitività e redditività legati all'andamento economico dell'impresa… **le somme erogate per il lavoro notturno ordinario in ragione delle ore di servizio effettivamente prestate**" e che gli incrementi di produttività "non devono essere necessariamente nuovi e innovativi rispetto al passato, né devono necessariamente consistere in risultati che, dal punto di vista meramente quantitativo, siano superiori a quelli ottenuti in precedenti gestioni, purché comunque costituiscano un risultato ritenuto positivo per l'impresa".

Recenti documenti di prassi (risoluzione n. 83 del 17 agosto 2010 e circolare n. 47 del 27 settembre 2010) hanno ulteriormente definito l'ambito applicativo della disposizione agevolativa specificando che lo speciale regime di tassazione è applicabile alle indennità o alle maggiorazioni di turno, in caso di lavoro diurno, e all'intero compenso percepito (compenso ordinario più maggiorazione) in caso di lavoro notturno, a condizione che gli stessi siano subordinati al perseguimento di un incremento di produttività che trovi riscontro in una dichiarazione dell'impresa.

Per ragioni di coerenza logico-sistematica, lo stesso regime (che agevola sia il compenso ordinario che la maggiorazione) è stato riferito anche a quei lavoratori non turnisti che prestano il loro lavoro giornaliero normale nel periodo notturno e a coloro che, occasionalmente, si trovino a rendere prestazioni rientranti nella nozione di lavoro notturno, così come definito dalla contrattazione collettiva.

Sulla base delle indicazioni fornite, **il lavoro a turni deve ritenersi in linea di principio riconducibile nel regime di tassazione agevolato**, così come vi rientra, se correlato ad incrementi di produttività, competitività e redditività, il lavoro notturno, compreso quello reso da lavoratori non turnisti.

In tutti i casi (lavoro straordinario, notturno, a turni, premi di produttività), come precisato anche con la richiamata circolare n. 47 del 2010, la disciplina agevolativa si rende applicabile a condizione che il perseguimento della finalità di incremento di produttività trovi riscontro in un'attestazione del datore di lavoro. Questa deve essere effettuata con un'esplicita dichiarazione da apporre nello spazio riservato alle annotazioni della certificazione CUD.

Tale attestazione è condizione di per sé sufficiente a provare l'esistenza della finalità di incremento della produttività richiesta dalla norma.

Alle condizioni indicate risultano, pertanto, assoggettabili ad imposta sostitutiva del dieci per cento le indennità per la turnazione nonché le remunerazioni per lavoro notturno di cui alle lettere A e B del quesito.

Le Direzioni Regionali vigileranno affinché i principi enunciati con la presente risoluzione vengano applicati con uniformità.

IL DIRETTORE CENTRALE

Infermieri nel Mondo

Infermieri nel Mondo

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

Circolare n°36 del Ministero Economia: STOP ai rimborsi chilometrici

su utilizzo del mezzo proprio

OGGETTO: Chiarimenti in ordine all'applicazione dell'articolo 6, comma 12, decreto legge 31 maggio 20 10, n. 78, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, legge 30 luglio 2010, n.122. **Utilizzo del mezzo proprio.**

Il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, legge 30 luglio 2010, n.122, proseguendo nell'azione di contenimento della spesa pubblica, già avviata con precedenti provvedimenti e leggi finanziarie, ha previsto all'articolo 6 ulteriori misure di razionalizzazione e contenimento.

In particolare, in ordine all'ultimo periodo del comma 12, ove viene stabilito che "A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto gli articoli 15 della legge 18 dicembre 1973, n. 836, e 8 della legge 26 luglio 1978, n. 417, e relative disposizioni di attuazione, non si applicano al personale contrattualizzato *(personale del comparto)* di cui al D.Lgs. n. 165 del 2001 e cessano di avere effetto eventuali analoghe disposizioni contenute nei contratti collettivi", le Amministrazioni evidenziano numerosi dubbi che, se non chiariti, potrebbero rendere la disposizione inefficace per il contenimento della spesa pubblica.

In particolare, le Amministrazioni chiedono chiarimenti in ordine alla portata applicativa di quanto disposto dal comma 12 del citato articolo 6, evidenziando la necessità dell'esclusione, dall'ambito applicativo della norma, del personale che svolge compiti ispettivi ai sensi del 4° periodo del comma 12.

Quanto precede in considerazione del fatto che tale personale si trova a svolgere la propria attività in **sedi geografiche particolarmente disagiate** e, conseguentemente, costretto a prolungare o ad anticipare il periodo di missione **con conseguenti maggiori spese di vitto e alloggio**.

E' stato, altresì, evidenziato che le suindicate criticità determinano disfunzioni sull'efficacia dell'azione amministrativa di alcuni uffici anche con riferimento alle attività di verifica e controllo del personale, non necessariamente appartenente ai ruoli ispettivi, che si trovano nelle medesime condizioni di disagio sopra indicate.

Al riguardo, si ritiene di poter convenire **sull'esclusione dalla disposizione in esame del personale adibito a funzioni ispettive**, di cui al quarto periodo del comma 12, nonché, avuto riguardo alla natura dell'attività svolta, dei soggetti impegnati nello svolgimento di funzioni istituzionali relative a compiti di verifica e controllo.

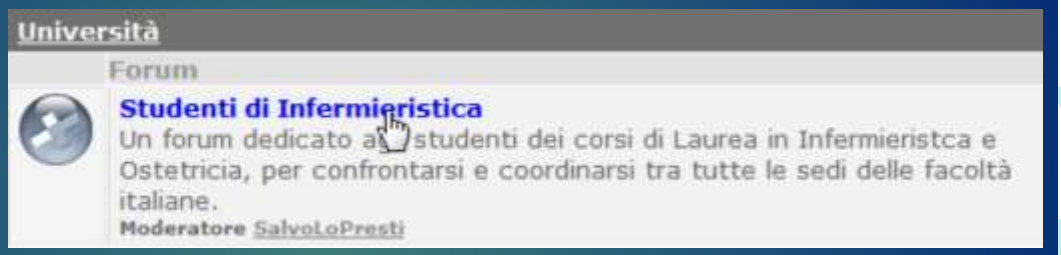
Resta, comunque, ferma la necessità che anche il personale adibito a compiti ispettivi e di verifica e controllo si attenga ai principi di contenimento della spesa contenuti nella disposizione in esame, **facendo ricorso al mezzo proprio solo nei casi in cui detta scelta sia imposta dalle situazioni di disagio sopra evidenziate** e, in ogni caso, qualora risulti economicamente più vantaggioso.

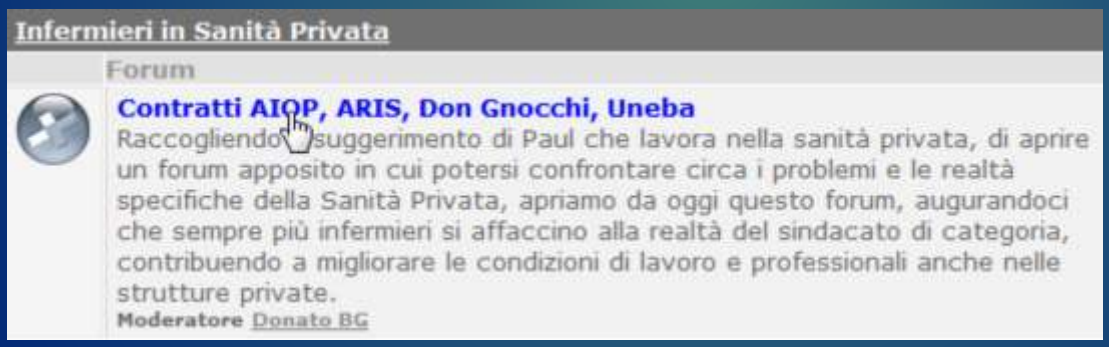
A tal proposito, i dirigenti competenti a rilasciare le autorizzazioni in questione dovranno pur sempre verificare, in concreto, la sussistenza degli effettivi presupposti che legittimano il ricorso all'utilizzo del mezzo proprio.

Va precisato che conserva efficacia l'art. 9 della legge 26 luglio 1978, n. 417, che prevede la facoltà dell'amministrazione di concedere l'autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio a favore del dipendente che debba recarsi per servizio oltre i limiti della circoscrizione provinciale.

Tale disposizione continua ad operare non solo per il personale non contrattualizzato - per il quale, peraltro, resta fermo il quadro normativo preesistente al decreto legge n. 78/10 - ma, altresì, nei confronti del personale contrattualizzato, anche se impegnato nello svolgimento di compiti diversi da quelli ispettivi, di verifica e controllo. In tale ipotesi l'autorizzazione è finalizzata esclusivamente alla copertura assicurativa dovuta dall'Amministrazione in base alle vigenti disposizioni in materia e resta, comunque, esclusa ogni possibilità di rimborso delle spese per l'utilizzo del mezzo proprio.

su www.nursind.it
avviati 2 nuovi forum
di discussione dedicati a:





CONVEGNO NAZIONALE

Bologna Zanhotel

29 Mar.'11

destinatari:
Inf. Coordinatori
Inf. Coord. Dipart.
Inf. con Posiz. Organizz.
Inf. Dirigenti

L'Infermiere Gestional

La funzione e il ruolo degli infermieri gestori di risorse umane e di processi organizzativi dopo la riforma Brunetta e le sue applicazioni regionali

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

con L. Benci, A. Santullo, G. Casati, D. Snaidero, A. Bottega

programma e iscrizioni su **www.nursind.it**

A sinistra, l'immagine di uno dei seminari del Master in Management delle Professioni Sanitarie, anno accademico 2009-2010, tenutisi presso l'aula magna della Facoltà di Ingegneria di Bergamo.

Anche quest'anno, l'iscrizione ai Master convenzionati tra Nursind e la Facoltà telematica Unipegaso, ha visto un grosso numero di adesioni. Oltre a quello più gettonato riguardante il Coordinamento, anche quello sull'Area Critica, sul Tutoraggio, sull'Infermiere Legale e sulla Ricerca, hanno riscontrato buone adesioni, per un totale di oltre 500 immatricolazioni.

Progetto "mani pulite" alla Clinica Mangiagalli:

3000 € agli infermieri meritevoli

ed è subito polemica

Il manifesto adottato per la campagna "Mani Pulite"

Ha fatto scalpore ed è subito rimbalzata sulla stampa e sul web, tradotta in tutte le lingue, la notizia del premio individuale di 3.000 euro attribuito dalla Clinica Mangiagalli di Milano, ai 70 infermieri che assicurano l'assistenza ai 15 posti di Terapia Intensiva, ai 63 posti di Patologia Neonatale e alle 80 culle della clinica neonatale più grande d'Europa, diretta dal dott. Fabio Mosca.

Il premio è stato assegnato a fine anno, a conclusione del progetto che si prefiggeva di abbattere le infezioni nosocomiali, particolarmente pericolose per i piccoli neonati prematuri, specie quelli sotto il kilo e mezzo ed anche a quelli con patologie concomitanti.

Spiega Fabio Mosca: «Le terapie intensive neonatali rappresentano uno dei reparti più a rischio di infezioni per il tipo dei pazienti ricoverati: neonati prematuri o comunque affetti da malattie gravi e debilitanti e quindi, per definizione, immunodepressi. La frequenza delle sepsi è particolarmente elevata nei bebè che pesano meno di un chilo e mezzo, variando tra il 12 e il 35% a seconda degli ospedali.

Le verifiche hanno dimostrato che le infezioni tra i quasi mille neonati ricoverati nella rianimazione della Mangiagalli sono scese nel giro di un anno dal 10% al 7% (meno 30%). Quelle tra i bimbi sotto il chilo e mezzo si sono ridotte del 20%: da 25 a 19».

Il progetto obiettivo è stato finanziato con 200.000 euro per i premi al personale che durante tutto l'anno ha seguito alla lettera le istruzioni operative per il corretto lavaggio delle mani. Il personale ha acconsentito di essere "controllato" e ripreso da telecamere a circuito chiuso, poste nei punti di lavaggio, e di misurare la carica batterica delle mani prima del contatto con il neonato, effettuata con apposite piastre di coltura.

Sono stati istallati lavandini moderni con getto d'acqua a tempo (1 minuto) ed un sistema di monitor che proiettano in continuo il filmato preparato appositamente per il corretto lavaggio delle mani.

Per i non addetti ai lavori, la notizia ha suscitato perfino scandalo! Ma come, gli infermieri non si lavano le mani? Occorre pagarli per farlo? All'ironia c'è cascato anche il blog di Beppe Grillo, dove un certo Paolo R. scrive: "Dopo un anno le infezioni sono diminuite del 30%. Si può affermare quindi che almeno il 30% delle infezioni era causato da mani piene di germi. Altro che 3.000 euro, io darei 3.000 calci nel culo a chi non si lava le mani".

Gli operatori sanitari invece sanno bene che il problema è molto più complesso. Non si tratta di lavare le mani solo all'ingresso in U.O. ed a inizio turno, bensì ogni volta che si viene a contatto con il neonato ed ogni volta per ogni neonato diverso. Quindi durante un turno di lavoro di 8 ore, il lavaggio delle mani (che se eseguito correttamente deve durare 1 minuto) potrebbe dover essere ripetuto anche 90 volte. 90 minuti sono 1,5 ore, che corrispondono al 18% del tempo di lavoro di un turno di 8 ore. Si pongono quindi seri problemi correlati tra cui il principale è la dotazione organica che deve essere sufficientemente adeguata al carico di lavoro ed al numero dei piccoli pazienti da assistere.

Un altro problema in aumento nel personale sanitario è l'insorgenza di reazioni allergiche che determinano dermatiti fastidiosissime alle mani, proprio quelle che devono essere delicate e sapersi muovere con precisione sui piccoli neonati. Lavarsi con prodotti tensioattivi 90 volte al giorno le mani, per un anno intero, espone la cute degli operatori ad uno stress non indifferente.

Senza queste dovute premesse, qualsiasi sforzo per raggiungere la garanzia di non trasmettere infezioni tramite le manipolazioni sarebbe vano.

Riguardo alla cifra stanziata, i 200.000 euro, chi se ne meraviglia, con tutta probabilità non sa quanto sarebbero costate, in termini economici, le cure a seguito delle infezioni sopraggiunte e le giornate di degenza supplementari conseguenti, oltre e soprattutto al rischio di sopravvivenza dei piccoli neonati.

QUESTIONARIO ONLINE SULLA QUALITA' DI VITA DEGLI INFERMIERI

Dalla collaborazione tra l'Unità di Ricerca in Psicologia dell'Emergenza dell'**Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano** e **NurSind,** sotto la responsabilità scientifica del Prof. F. Sbattella, si è messo a punto una ricerca che si propone di esplorare le relazioni esistenti tra competenze ed atteggiamenti comunicativi degli infermieri, strategie di coping, burn out e qualità della vita dell'operatore. L'obiettivo generale è di migliorare la comprensione degli aspetti emotivi connessi alla pratica professionale dell'infermiere, al fine di mettere a punto adeguate strategie formative e/o di confronto in grado di **ridurre il rischio di burn out** e di **migliorare la qualità di vita dell'infermiere**.

I dati verranno raccolti ed analizzati dalla **dott.ssa Marilena Tettamanzi**, dottore di ricerca presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. A tutti i partecipanti verrà garantito **l'anonimato** e i dati sensibili verranno trattati secondo le normative vigenti sulla privacy e sulla deontologia professionale.

Vi ringraziamo anticipatamente per la disponibilità.

PARTECIPA AL QUESTIONARIO SU: www.nursind.it

Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche

Claudia Caula e **Alberto Apostoli,** infermieri esperti in Wound Care (in collaborazione con il Comitato scientifico AISLEC)

Maggioli Editore, 2010
pag. 432, f.to cm. 17x24,
ISBN 5915-4 euro 42,00

Le ulcere cutanee croniche (da pressione, venose, ecc) e le ferite (chirurgiche, da trauma) sono uno dei problemi che gli infermieri incontrano spesso nel loro lavoro quotidiano, sia in ambito domiciliare che ospedaliero. Negli ultimi anni si è dato una grande importanza alla cura locale, trascurando aspetti percorsi fondamentali come lo stabilire obiettivi perseguibili, definire la corretta eziologia, adottare criteri di valutazione, utilizzare strumenti per il monitoraggio, ecc. Questo libro vuole ripartire da quella visione ampia e profonda, caratteristica peculiare della nostra professione, per individuare modalità non immediate.

Gli argomenti spaziano dagli aspetti antropologici alle ulcere neoplastiche; sono stati volutamente evitati gli aspetti generali delle ulcere da pressione (facilmente reperibili e diffusi) per indagare quegli aspetti meno noti (le ulcere da pressione nel neonato, le ulcere da pressione occipitale, al tallone, quelle causate da dispositivi medici, gli aspetti critici nell'utilizzo delle scale del rischio, la frequenza di mobilizzazione, ecc). Il manuale è stato pensato per rispondere a domande spesso tralasciate da altre pubblicazioni: quali sono le medicazioni adeguate per un'ulcera da pressione in un neonato? Le vesciche vanno rimosse? Come trattare un'ustione superficiale? Quali sono i segni secondari di infezione di un'ulcera cronica? Cosa fare in caso di un'ulcera maleodorante? E in caso di dermatite da incontinenza? Quali sono i problemi della ricerca infermieristica nel campo del wound care? Quali sono le caratteristiche cliniche da rilevare? Come si prepara un intervento educativo per un paziente con ulcere? Cosa bisogna fare in caso di ulcera con ipergranulazione?

L'infermiere case manager Dalla teoria alla prassi 2^ediz.

Antonella Santullo
Paolo Chiari
e altri 47 autori

McGraw-Hill editore
Euro: 38.00
ISBN: 9788838616778
Settembre 2010
550 pagine

Quando scrivemmo la prima edizione di questo libro avevamo la consapevolezza di trattare un tema "di frontiera", un'originalità, per il momento in cui fu scritto, quando il dibattito, ancora all'esordio, ne intravedeva la necessità ma non ne aveva ancora determinato le fondamenta.
Oggi siamo orgogliosi di presentare una seconda edizione ricca di esperienze compiute in questi anni, che testimoniano il cammino intrapreso e suggeriscono un ruolo ancora pieno di potenzialità.
Il libro si sviluppa in 19 capitoli, strutturati in modo da rappresentare un percorso logico che parte dai principi generali e ripercorre, attraverso i diversi setting di cura, la trasferibilità dei principi generali alla cura.
La prima parte, costituita dai primi sei capitoli, fornisce un inquadramento sul sistema del case management e sugli strumenti che ne contraddistinguono l'operatività, dalle funzioni alla misurazione dei risultati, dalla formazione agli aspetti medico legali.
La seconda parte, dal capitolo 7 al 18, descrive le molteplici esperienze che attraversano trasversalmente il sistema delle cure, dall'acuzie al postacuzie, e i destinatari delle cure, dai bambini agli anziani. Capitoli che seguono uno schema omogeneo di stesura, evidenziando le ragioni dell'esperienza, l'attuazione e i risultati conseguiti.
Come autori abbiamo condiviso l'idea di lasciare spazio nel testo alla diffusione delle esperienze, anche di quelle non complete nei risultati e documentate nell'ultimo capitolo, il 19, condividendo un obiettivo primario, ovvero socializzare i percorsi attuati. Il nostro auspicio non è diverso da quello di dieci anni fa, anche se oggi siamo maggiormente consapevoli della ricchezza che l'introduzione di figure di case manager apporta al nostro sistema di cure. Vogliamo pertanto sperare che questo libro possa contribuire a rendere esigibile il diritto della presa in carico spesso dichiarato e altrettanto spesso poco praticato.

Elsa Bartolini, Emanuele Bascelli, Franca Bedei, Azzurra Bernabei, Catia Biavati, Livia Bicego, Flavio Bologna, Massimo Borghesi, Susanna Bottazzi, Virna Bui, Giuliana Canova, Paolo Chiari, Rosa Ciani, Simonetta Corzani, Laura D'Addio, Cristina Fabbri, Lorella Fabbri, Maria Angela Fumagalli, Domenica Gazineo, Maria Mercedes Gutierrez Valero, Monica Lagrotteria, Laura Lanzetti, Tiziana Lavalle, Ada Lelli, Maria Cristina Loss, Silvia Mambelli, Laila Marconi, Caterina Marsili, Maria Grazia Masi, Marilena Mattei, Silvia Mazzini, Roberta Mazzoni, Maila Mislej, Daniela Mosci, Paola Nensor, Silvia Nicolini, Sandra Nocciolini, Alvisa Palese, Adriana Pecci, Daniele Rodriguez, Antonella Santullo, Samantha Scolari, Angela M. Semproli, Patrizia Taddia, Martina Taglioni, Marinella Terrasi, Orietta Valentini, Nadia Vitali, Lorenza Zullo.

FVG: le proposte Nursind alla Regione

Alla cortese attenzione:
dott. Vladimir Kosic
Assessore alla sanità Friuli Venezia Giulia

Gentile dott. Kosic, l'inserimento della figura dell'Operatore Socio Sanitario nelle dinamiche assistenziali ha rappresentato un cambiamento epocale nel processo di assistenza infermieristica: finalmente si è dato corpo e sostanza al dettato legislativo relativo al profilo dell'infermiere sulla possibilità di demandare compiti assistenziali alle figure di supporto.

Il cambiamento che si delinea, non sempre evidente, è il passaggio da una professione infermieristica prevalentemente operativa sul campo, che si è fatta spesso carico delle carenze organizzative, anche con attribuzioni improprie, ad una in prevalenza gestionale, con proprietà di delega e attribuzione all'OSS di molte attività assistenziali di base.

Rimangono tuttavia alcuni nodi da chiarire:

1. Se fino a poco tempo fa, per sopperire alle emergenze del sistema, la richiesta era incentrata sulla necessità sfornare ed implementare "quantitativi numerici" dalle università (oppure cercarli all'estero), oggi s'impone una riflessione: ovvero la necessità di rimodulare gli scenari assistenziali nelle varie Aziende ed Unità Operative, diversificando sia il numero che le competenze dei professionisti che vi operano. Tra le professioni sanitarie, l'infermieristica è l'unica a non essere messa in grado di adempiere al proprio mandato normativo. La sua funzione istituzionale, la pianificazione assistenziale, è resa impossibile dalle carenze di personale infermieristico, che obbligano le unità operative ad adottare modelli di assistenza "per compiti", modelli che non prevedono la presa in carico della persona assistita ma solamente la garanzia che le "cose siano fatte". Questo approccio vanifica le competenze relazionali dell'infermiere e la possibilità di attivare la personalizzazione dell'assistenza, riducendone la qualità.

2. All'interno di questi modelli assistenziali si è creata la competizione tra quali cose fa l'infermiere e quali fa l'OSS, anche a causa di una procedura di inserimento di questa figura non condivisa insieme alla categoria infermieristica, ma gestita dall'alto, con esiti non chiari e non sottoposti a verifica empirica. Le modalità di inserimento dell'OSS all'interno del processo di assistenza sono ben codificate nella disciplina infermieristica, ma non vengono applicate nelle organizzazioni.

La nostra proposta è quella di attivare percorsi di formazione ed aggiornamento specifici per infermieri sul profilo dell'OSS, su come questa figura si interfaccia con il processo di assistenza e soprattutto sulla sua gestione.

Inoltre proponiamo di destinare parte delle Risorse Aggiuntive Regionali per attuare più percorsi atti a:

· Ri-orientare l'attività infermieristica verso modelli organizzativi innovativi, diversificati in base al contesto di riferimento, quali ad esempio "Primary nursing", "Case Management", "A settori"…, puntando all'acquisizione di competenze rivolte alla programmazione e pianificazione delle attività, all'uso efficace ed efficiente delle risorse umane assegnate, all'implementazione di sistemi di documentazione assistenziale finalizzati alla ricerca organizzativa sui risultati dell'assistenza infermieristica.

· Sostenere le integrazioni organiche.

· Implementare un sistema incentrato sulla figura infermieristica che potrebbe essere integrato dalla diffusione in ambiti rimasti poco più che sperimentali (Infermiere di quartiere ed infermiere di famiglia).

NurSind, il sindacato infermieristico, è fin da subito disponibile ad aprire un tavolo di confronto regionale sull'inserimento delle figure di supporto e sui possibili ambiti di valorizzazione e di impiego del professionista infermiere.

In attesa di positivo riscontro porgiamo cordiali saluti.

Pordenone, 23/11/2010

Coordinatore Regionale NurSindInf.
Inf. Gianluca Altavilla

Treviso: la Segreteria si rinnova

Inf. Massimo Pascoletti - Segr. Prov. Nursind Treviso

Cari colleghi, la storia che ricopre la nostra professione non è cosa da poco. I valori che orbitano attorno alla figura dell'infermiere sono presenti da secoli e si sono sempre più radicati in una sanità complessa e in continua rivoluzione. Spesso, quindi, la nostra professione viene oscurata o messa da parte per discutere di altre cose, di altri problemi, di altre figure.

Per questo sono convinto che è importante farci conoscere anche a livello sociale, perché ci si deve togliere l'idea che l'infermiere è un secondino, un inserviente, un "fai quello che ti dico di fare". L'infermiere E', è un essere, è una persona che crede in quello che fa perché lo fa per un suo simile, e lo vuole fare con dignità.

È proprio questa dignità che va conquistata, interagendo tra noi infermieri per innalzare il nostro livello culturale, con la società per far conoscere l'importanza del nostro lavoro, con gli organi di competenza perché ci riconoscano quella parità economica che ci spetta.

La riorganizzazione della segreteria di Treviso ha lo scopo di essere un punto di riferimento per chi, come noi, lavora incessantemente per il bene delle persone. L'obiettivo che ci dobbiamo prefiggere è l'unità, l'essere una squadra che lotta per vincere la partita, allenandoci insieme e preparandoci tatticamente per ogni nuova sfida.

Ecco perché ho scelto di impegnami con il NURSIND, perché rappresenta noi, perché e strutturato con infermieri che lavorano nelle corsie e quindi sanno quali siano le esigenze e le difficoltà legate alla nostra attività professionale.

Più colleghi entreranno a far parte del Nursind, più la nostra voce sarà assordante. Ringrazio chi mi ha preceduto nell'organizzazione della segreteria di Treviso e soprattutto ringrazio chi mi sta accompagnando in questa avventura sindacale.

Un personale saluto e augurio a tutti i colleghi d'Italia.

Nursind al Cardarelli di Napoli:

dopo la riflessione, adesso prendiamo il via!

Inf. Rosa Baldari - Componente il Dir. Prov. - Segreteria Aziendale del Caldarelli

Sembrava una sfida impossibile eppure anche al Cardarelli di Napoli il Nursind è finalmente approdato.
Gli infermieri che hanno deciso di portare avanti gli obiettivi del Nursind, sono intenzionati a dilagare, ad accomunare sotto un'unica bandiera le idee, la speranza e lo spirito di lotta di tutta una categoria.
Le difficoltà sono innumerevoli, basta solo ricordare che i sindacati confederali sono quelli che dettano le leggi, che stipulano accordi e che non sempre, tengono conto delle esigenze degli infermieri.
Molti colleghi si sono cancellati dai confederali, ed oggi è più che mai difficile, convincerli che Nursind è tutt'altra cosa, "è solo farina del nostro sacco".
Spiegheremo con pazienza ai colleghi sfiduciati che Nursind è la voce dell'infermiere. Il clientelismo ha fatto piazza pulita di ogni valore legato al rispetto del lavoratore. Troppo spesso siamo completamente ignorati, non tutelati nei nostri diritti e continuamente bistrattati, considerati manovalanza della Sanità e non professionisti.
Conosco da anni il Nursind, ma anche io come gli altri, avevo bisogno di tempo per assicurarmi che non fosse l'ennesima delusione. Ho avuto modo di conoscere in più occasioni il Segretario Nazionale Andrea Bottega, di manifestare in piazza, la rabbia insieme ad Anna Lisa Troia e ho toccato con mano l'onestà dei loro intenti, quel malessere denunciato da loro, era il mio stesso male.
Sentivo miei, quei valori che professano.
Il passo quindi è stato fatto, ed è oggi un passo sicuro perché deciso con grande riflessione.
Devo anche riconoscere che attraverso il web ho avuto l'opportunità di entrare in tante realtà ospedaliere, conoscere le ansie e angosce dei colleghi di tutta Italia. In tanti iniziavano a chiedersi cosa fare per uscire fuori da questa situazione. Mi sono chiesta anche io la stessa cosa e le risposte più consone ai miei interrogativi, le ho trovate nel Nursind.

Inizio questo percorso, insieme a validi collaboratori tra cui Eddy Di Guida e tanti altri validi professionisti. E' un percorso ostico, una lotta che deve portarci verso un futuro migliore. Spero caldamente, che ancora tanti infermieri del Cardarelli, possano condividere insieme a me la voglia di cambiare le carte in tavola e dare voce ad una categoria che non è solo il cuore, ma la spina dorsale della Sanità e se continuano ad ignorarci, la Sanità stessa rischia di perdere in credibilità e qualità.

FORZA INFERMIERI !
FORZA NURSIND !
(e poi ESSERE NURSIND mi ha ridato orgoglio e dignità di ESSERE INFERMIERE)

Nursin Ragusa ricorre al TAR contro il regolamento mensa:

se la RSU non è democratica gli accordi sono nulli

Una prassi abbastanza diffusa nelle RSU è quella di prendere decisioni pur in mancanza del numero legale di delegati previsto dalla normativa. Si tratta di soprusi ingiustificati se non nel voler ratificare l'inutilità delle stesse Rappresentanze Sindacaqli Unitarie, tanto volute da CGIL, CISL E UIL.
Nel caso specifico, l'assemblea RSU, presenti solo 18 delegati su 45, viene deciso di sottoscrivere un accordo sui buoni pasto ed il regolamento per il servizio mensa. L'azienda recepisce l'accordo e ne pubblica la relativa delibera.
Nursind la contesta in quanto illegittima a causa di violazioni di legge. In particolare: l'art. 8, c.1 dell'Accordo Collettivo Quadro per la costituzione delle RSU prevede che: "le decisioni relative all'attività della RSU sono assunte a maggioranza dei componenti". La stessa ARAN, nella nota 1702 del 15.2.2002 rammenta che la RSU assume le proprie decisioni a maggioranza dei componenti. Lo stesso D.Lgs. 165/2001 all'art. 43 c.3, riguardo alla validità degli accordi, prevede il raggiungimento del

51% complessivo di rappresentatività, come media tra il dato associativo ed elettorale o almeno il 60% del solo dato elettorale.
Sulla base di tali considerazioni, Nursind

sostiene che il D.G. dell'ASP di Ragusa, nell'approvare il regolamento aziendale per la mensa, abbia violato la normativa vigente.
Riguardo al regolamento, lo si ritiene lesivo, pregiudizievole e sperequativo del diritto a tutti i lavoratori del godimento del servizio mensa, previsto dall'art. 29 del CCNL 2001.
In conclusione, al fine di evitare il perdurare di una situazione di netto squilibrio tra i lavoratori, ovvero tra quelli che effettivamente godono del diritto di usufruire del buono pasto e coloro che, pur avendo la facoltà di godere di tale diritto, risultano irrimediabilmente esclusi, si chiede, la sospensione dell'esecuzione della Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale n . 1695 del 20.08 .2010, attuativa del Regolamento del 14.07.2010, di cui fa parte integrante, la quale si pone in netto contrasto con il diritto riconosciuto a tutti i dipendenti dell'Azienda opposta di godere del servizio mensa , sostituito con il buono pasto.
L'istanza inviata l'8/11/2011 è ora in attesa della sentenza del TAR.

Il comunicato stampa di Nursind Firenze sull'esposto dell'OMCeO:

posizioni strumentali e demagogiche della categoria medica, tese a tutelare interessi di casta, anzichè la salute dei cittadini

Firenze, 4/12/2010

Ancora una volta leggiamo con sdegno posizioni strumentali e demagogiche da parte di alcuni rappresentati della categoria medica, tese solo a tutelare interessi di casta, ancor prima della salute dei cittadini. (La Repubblica, ed. Firenze, il 3/12/2010)

L'esposto presso i NAS di Firenze è una iniziativa parte di un'azione coordinata a livello nazionale, e partita dall'ordine dei medici di Bologna, volta ad attaccare e screditare la professione infermieristica.

Appare, infatti, neppur tanto velata, la volontà di ricondurre la professione infermieristica alla condizione di ausiliarietà, subalterna alla professione medica.

Fortunatamente, le leggi post-riforma del 1999 manifestano in maniera esplicita l'autonomia professionale degli Infermieri. La Segreteria Nazionale NurSind è già intervenuta in modo esaustivo sulla questione inviando direttamente al Ministero della Salute una propria nota in data 12/11/2010 che riportiamo per conoscenza.

Fatta la doverosa premessa, vorremmo ora rivolgerci soprattutto ai cittadini e a tutti i colleghi che, con grande professionalità, operano nelle strutture del pronto soccorso o sui mezzi di soccorso nei servizi 118 della Toscana. **A questi ultimi va il nostro incondizionato appoggio, conoscendo bene ciò che stanno vivendo in questo particolare momento.**

Sappiamo con certezza della preziosa opera che quotidianamente svolgono a tutela della collettività, della professionalità e delle competenze acquisite e messe al servizio dei nostri utenti.

Ai cittadini che, loro malgrado, afferiscono ai servizi di emergenza, vogliamo rimarcare che **nulla hanno da temere riguardo prestazioni e cure messe in atto dagli Infemieri.** A quel professionista possono affidarsi con assoluta tranquillità, ora come in passato, certi di ottenere risposte appropriate e qualificate ai propri bisogni.

Vogliamo però riproporre il quesito del Segretario Nazionale NurSind: perché solo ora, dopo anni e anni di attività e collaborazione con tutte le figure sanitarie, solo ora i medici si pongono quesiti?

Perché, in mancanza di dati sfavorevoli sull'incidenza di eventuali errori derivanti dall'attività infermieristica, si procede a un attacco mediatico e giudiziario a priori su questioni di sistema, di norme, di procedure collaudate nel tempo e formalizzanti, ventilando pericoli per la popolazione?

Quale realtà clinica hanno visto finora questi rappresentanti dei medici?

Il Segretario provinciale NurSind
Inf. Giampaolo Giannoni

La bacheca del Nursind al Mugello di Firenze

Isili (CA): accusati ingiustamente di interruzione di pubblico servizio

per il giudice i 6 infermieri sono innocenti

Gentili colleghi, con immensa soddisfazione, sono a richiamare l'attenzione sulla questione riguardante 6 nostri colleghi del distretto di Isili dell'allora ASL 3 di Nuoro(attualmente facente parte dell'ASL 8 Cagliari),ingiustamente accusati per interruzione di pubblico servizio per il mancato allontanamento dei rifiuti dall'U.O., e successivamente assolti in primo grado con l'assoluzione piena.

Premettendo di conoscere la serietà personale e professionale dei colleghi ingiustamente accusati.

Forti del fatto che Il Nursind, fin dal principio ha seguito e supportato tramite assemblee e comunicati stampa, nonché offrendo in modo solidale e gratuito la tutela legale ai colleghi del Servizio di Emodialisi territoriale di Isili.

Dopo aver condiviso l'indignazione e la conseguente reazione avverso le ingiuste accuse, che a nostro avviso, esprimeva uno sfregio delle normative identificanti lo status giuridico dell'infermiere, nonché una soperchieria delle vigenti regole enunciate sia dall'allora art. 6 punto 2 che dall'attuale art. 49 del Codice Deontologico Infermieristico.

Consci che tale lungo frangente temporale ha determinato preoccupazione e ansia nei colleghi.

Considerato che tutto ciò è derivato da un'inesatta considerazione normativa e sociale della nostra professione.

Impegnandoci a trasmettere e amplificare , la sempre da noi sostenuta innocenza dei colleghi verso le responsabilità inizialmente erroneamente attribuiteli.

L'ospedale di Isili, ASL Cagliari

A MARTA, GABRIELLA, ANTONIETTA, GIUSEPPE, ALESSANDRA E MARIA TERESA, COMPLIMENTI PER AVER AUTOREVOLMENTE SAPUTO DIFFENDERE LA LORO DIGNITA' E QUELLA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA DI FRONTE AD UN'INGIUSTA ACCUSA.

Segretario Provinciale Nursind
Cagliari
Inf. Fabrizio Anedda

Palermo: triage al Villa Sofia-Cervello

vince il buon senso

"Qualsiasi cosa accada, dalla più grande alla più piccola, accade necessariamente" (A. Schopenhauer)

Alla fine la necessità si è imposta. Un solo Infermiere non basta per gestire il Triage al Pronto Soccorso, anche al Cervello, il personale Infermieristico va aumentato. L'assessorato alla Salute della Regione Sicilia insieme alla Direzione Generale si pongono finalmente l'obiettivo di potenziare i Pronto Soccorso raddoppiando gli Infermieri che si occupano del triage.

A partire dagli inizi del gennaio 2011 giungeranno quattro nuovi Infermieri destinati esclusivamente a tale scopo (altri quattro saranno destinati al P.S. di Villa Sofia).

Grazie allo sblocco della mobilità infra-regionale sarà possibile assumere i nuovi Infermieri provenienti da altri ospedali siciliani. Decine le lettere di denuncia che "Nursind Palermo" aveva inoltrato per ribadire tale necessità. Un "progetto per obiettivi" durato qualche anno aveva garantito fino a maggio 2009 la presenza del secondo Infermiere almeno per 10 delle 24 ore dimostrandone l'assoluta necessità al fine di potere gestire meglio il numeroso afflusso di pazienti.

Alterne vicende in sede di RSU, ma soprattutto la scarsa attenzione per le problematiche infermieristiche da parte di chi aveva "potere decisionale", hanno impedito di rinnovare un progetto così necessario.

1- Se Il Pronto Soccorso, biglietto da visita dell'ospedale, è la prima linea, il Triage è "la prima linea della prima linea." La nostra speranza, ma soprattutto quella degli utenti che ne devono usufruire, è che questa prima linea venga fornita di personale e mezzi adeguati.

Non è raro il caso in cui vi siano 4, 5 o più pazienti che giungono contemporaneamente al triage. Come può un unico Infermiere andare a prelevarli dall'auto, con sedia o barella, trasportarlo nella sala visita del Triage, raccogliere l'anamnesi, codificarlo registrare i dati al computer, iniziare a medicarlo se ferito, eseguire il tracciato immediatamente se a rischio di infarto, e poi trasportarlo nelle sale di visita medica?

Ciononostante a tutt'oggi non vi è certezza che il progetto triage verrà rifinanziato. Il nostro auspicio è che venga fornito un numero adeguato di infermieri ed ausiliari in modo che il servizio venga reso in regime ordinario e non con prestazioni in plus-orario.

2 - Le risorse tecnologiche, umane ed ambientali non sono mai riuscite a stare al passo con i tempi risultando sempre insufficienti. Ciononostante il nostro Pronto Soccorso ha raggiunto una peculiarità d'eccellenza, istituendo la possibilità di eseguire l'ecg direttamente al triage per i pazienti a rischio e riducendo al minimo i tempi di attesa.

Contribuisce in questo modo a ottimizzare i tempi di attesa e di intervento nei casi di IMA. Per ottenere questo risultato è indispensabile la presenza di almeno due Infermieri in maniera costante oltre al personale di supporto.

Si tratta dello squarcio di due delle tante lettere di denuncia inoltrate dal Nursind che avanzava la richiesta di aumentare il numero degli Infermieri al Triage del Cervello. Al momento non possiamo che dare atto all'assessore M. Russo e alla Direzione Generale dell'attenzione che sta rivolgendo all'emergenza. Rimaniamo perplessi però sui numeri che continuiamo a ritenere insufficienti. Quatto Infermieri non bastano per coprire interamente il turno di 24 ore che serve per raddoppiare la postazione di triage, ne occorrono almeno sei. Inviarne solo quattro equivale di fatto ad aumentare la carenza di Infermieri.

Nessuna menzione si fa inoltre per quanto riguarda la figura di supporto al triage. Deve essere previsto un OSS che gravi-ti nell'area di triage per svolgere le attività di sua pertinenza, in modo da permettere agli Infermieri di svolgere la propria funzione occupandosi elusivamente delle necessità sanitarie dei pazienti.

Continueremo a vigilare, denunciare e soprattutto a proporre nello spirito del nostro mandato con la coerenza, la passione e la competenza che ci contraddistinguono.

Se non saremo ascoltati per tempo la necessità si imporrà, alla fine. Purtroppo, nel frattempo, ci sarà ancora qualcuno che continuerà a farne le spese.

Segreteria Aziendale Nursind
Inf. Gregorio Drago

Regione Sicilia:
sbloccata la mobilità extraregionale

Una delegazione del NurSind Palermo, composta dagli Infermieri Giuseppe Mancuso, Gregorio Drago e Tina Ingala, ha preso parte all'incontro tenutosi il 2/11/2010 presso l'Assessorato della Salute a Piazza Ottavio Ziino, in rappresentanza anche del vasto gruppo di Infermieri che lavorano nelle regioni del Nord e che da anni ormai attendono lo sblocco della mobilità extraregionale per poter finalmente riavvicinarsi a casa.

Un sogno che è ormai prossimo ad avverarsi!!! I funzionari dell'Assessorato hanno informato i rappresentanti delle OO.SS. presenti, sull'emanazione delle direttive alle aziende che permetteranno di procedere ai bandi di mobilità ed ai concorsi per la copertura dei posti che risulteranno vacanti nelle nuove piante organiche. Le singole aziende sanitarie, d'intesa con le forze sindacali, stabiliranno le percentuali da destinare alla mobilita e al concorso pubblico, tenendo conto di specifici parametri. Una quota percentuale sarà prevista anche per la stabilizzazione dei precari in quelle aziende dove questi sono presenti.

Il numero dei posti totali da mettere a concorso comprensivo di tutte le figure (Infermieri, medici, OSS, fisioterapisti, tecnici di radiologia, etc.) è aumentato rispetto alle previsioni fatte nel luglio scorso in cui si parlava di circa 2900 posti; la cifra si aggira, infatti adesso, intorno ai 4000. Siamo in attesa di conoscere i numeri precisi riferiti ad ogni categoria, dato che dovrebbe essere reso noto in seguito ad una prossima riunione dei Direttori Generali delle Aziende Siciliane.

E' intenzione dell'Assessorato procedere ad un maxiconcorso suddividendo la

regione in due bacini (Sicilia occidentale e Sicilia Orientale). Ogni candidato all'interno di ogni bacino potrà scegliere di concorrere al massimo per due province. La necessità di Infermieri ed O.S.S. costituiscono le priorità della Sanità Siciliana e questo è emerso prepotentemente dalla riunione nonostante nessun sindacato infermieristico fosse presente alla riunione in veste ufficiale.

Cogliamo l'occasione per ricordare a tutti gli INFERMIERI che per potere accedere a questo tipo di riunioni di diritto è necessaria la "rappresentatività". Noi, il Sindacato degli INFERMIERI, a quell'incontro in cui si parlava prevalentemente di NOI INFERMIERI siamo stati ammessi, ma scortati e guardati a vista come degli intrusi e con la preclusione del diritto di intervenire. La rappresentatività si ottiene con un sufficiente numero di iscritti. Il NurSind, e quindi NOI Infermieri, non abbiamo la rappresentatività proprio perché non abbiamo un numero sufficiente di iscritti. Non ci vergogniamo nel dirlo, anzi ancora una volta ribadiamo la necessità di aderire al Sindacato di categoria, il chè ci permetterebbe di dire la nostra ai tavoli che contano. Viceversa rimarremo sempre spettatori passivi!

Udine: convegno sull'Infermiere e il Trauma

"... tutti insieme uniti, possiamo fare e cambiare molto!"

Inf. Afrim Casilli - Segr. Prov. Nursind Udine

L'Infermiere e Il Trauma , aspetti clinico-assistenziali e didattici è il titolo del Convegno organizzato a cura della Segreteria Provinciale del Sindacato NurSind di Udine.
All'importante appuntamento, tenutosi il 11.12.10 presso sala congressi dell'Hotel Là di Moret in Viale Tricesimo a Udine, erano presenti medici ed infermieri esperti in materia. Presenti in questo importante evento anche onorevole Dott. Venier Romano Presidente della terza commissione sanità FVG, la Presidente IPASVI Udine Dott.ssa Spangaro Sabrina e altri componenti della vita politica e sanitaria della regioneFVG.
Su base mondiale il trauma è responsabile del 9% dei decessi dopo le malattie cardiovascolari, infettive e malattie neoplastiche. In Italia, nel 2000 Istituto Superiore di Sanità ha stimato che ci sono stati: 9000 vittime da incidenti stradali, 170.000 ricoveri ospedalieri, 20.000 invalidi gravi. I pazienti in tale circostanza presentano una mortalità tra il 19% e 40%, con un picco massimo nel momento dell'incidente circa 50%, un secondo picco entro le prime 4 ore, e un terzo picco a distanza di giorni/settimane. Se è vero che la qualità delle cure influisce poco nei decessi che avvengono nel momento del trauma, molto invece possiamo fare nei pazienti trovati vivi al momento dell'arrivo del personale Sanitario.
L'obiettivo di questo importante evento, non era soltanto quello di mantenere l'attuale livello di erogazione delle prestazioni, ma tramite la formazione, il loro continuo e costante miglioramento nell'interesse di tutta la comunità regionale, dove la figura del infermiere ha un ruolo decisivo nella sua specificità. L'incontro è servito anche per avviare un proficuo confronto tra gli operatori del settore riguardo alla fase di riordino organizzativo e gestionale prevista dal Piano Sanitario Regionale.
L'importanza di questo congresso e di altri corsi di aggiornamenti, ancora una volta dimostra la crescita della nostra figura che insieme ai medici e altre figure, cercano di rispondere in maniera adeguata ai bisogni della popolazione. Senza gli infermieri non c'è possibilità di una vera e completa cura dei pazienti . Questa giornata e tante altre giornate come questa, sono la testimonianza di tutto ciò, la testimonianza della continua crescita professionale degli infermieri, di un percorso lungo verso il raggiungimento degli obiettivi.
Purtroppo però a questa crescita professionale, a questa evoluzione che ora garantisce all'infermiere la diretta responsabilità e la gestione delle attività di assistenza e delle funzioni di supporto, non corrisponde un adeguato compenso economico. Noi come sindacato degli infermieri da una parte e il collegio dall'altra, ognuno con le proprio sue funzioni, dobbiamo far presente che l'infermiere merita…merita di più.
La professione infermieristica ed il servizio sanitario hanno subito notevoli cambiamenti negli ultimi decenni e stanno vivendo un periodo critico.
La prima, in emergenza da almeno 20 anni, ha cambiato sostanzialmente il modo d'essere orientandosi sempre di più a cercare "la presa in carico" globale del paziente.

Il secondo, stesso periodo storico, si sta rivoluzionando sia per il considerevole apporto delle innovazioni tecnologiche sia per il presentarsi di crisi economiche che ne mettono a repentaglio il carattere essenziale nel garantire un bene primario.
Ambedue (professione infermieristica e servizio sanitario) devono rinegoziare (attraverso la politica) i rispettivi ruoli, iniziare un percorso non rinviabile soprattutto in Friuli dove la popolazione infermieristica (dati della federazione Collegi Infermieri) è in assoluto la più anziana in Italia (mediana 44/45 anni). Nei prossimi 10-15 anni assisteremo ad un progressivo ulteriore decremento del numero degli infermieri
Se fino a poco tempo fa, per sopperire alle emergenze del sistema sanitario, la richiesta di Infermieri era incentrata sulla necessità sfornare ed implementare "quantitativi numerici" dalle università (oppure cercarli all'estero), oggi diviene impellente rimodulare gli scenari assistenziali nelle varie Aziende ed Unità Operative, utilizzare logiche "qualitative"; diversificare sia il numero che le competenze dei professionisti che vi operano.
Lo sforzo è passare da una professione infermieristica prevalentemente operativa sul campo, che si è fatta spesso carico delle carenze organizzative del servizio sanitario ad una in prevalenza gestionale, con proprietà di delega e attribuzione di molte attività assistenziali di base.
Il punto di congiunzione, lo snodo cruciale, diviene allora la politica e l'uso delle risorse: se a pianificare l'assistenza sarà il professionista Infermiere, per garantire ai cittadini risultati di salute, occorre sostenere le dotazioni organiche con appropriate figure di supporto. Alla chiusura di questo convegno abbiamo ricevuto i complimenti di tutti i presenti, ma ciò che veramente ci ha resi orgogliosi e fiduciosi, sono stati i commenti degli infermieri, la loro consapevolezza che tutti insieme uniti, possiamo fare e cambiare molto, la consapevolezza che solo uniti a un sindacato di categoria possiamo difendere i nostri diritti.

Medio Campidano: neonata Segreteria Nursind in neonata provincia sarda:

da San Gavino ...”Aiòòòòòò”

Inf. Rita Lotta - Inf. Tore Cabiddu - Segr. Prov. Medio Campidano

Il giorno 10/12/2010 è finalmente nata la Segreteria Provinciale Nursind nella neonata provincia del Medio Campidano (VS).

Carissimi amici e colleghi tutti, circa sette mesi fa ottengo il trasferimento per mobilità con art.19, in un piccolo ospedale di un'altrettanto piccola provincia della Sardegna centro sud, il medio campidano, proveniente dall'Azienda Ospedaliera Pisana.

La scelta di trasferirmi e di tornare alle origini condivisa con il mio compagno di vita, dovuta alla nascita di nostro figlio Eduardo. Al mio rientro in terra madre, mi trovo catapultata in una realtà ormai superata per i tempi che scorrono velocemente, di fronte alla nostra professione; realtà in cui purtroppo la rassegnazione e il servilismo la fanno ancora da padroni.

Catapultata in una realtà dove far valere i propri diritti crea una serie di difficoltà. Io “sono una lavoratrice madre e unico genitore affidatario”. Situazione che ha creato disagio, situazione vista come la peggiore delle pesti, perché “quella che arriva da Pisa non copre nemmeno le notti”!!! Ma vabbè!!! Risoluta e tenace per carattere, ho faticato ma in poco tempo sono riuscita a farmi accettare, prima dai miei stessi colleghi e poi dal resto delle figure della mia U.O. e poi di tutto il presidio.

Ho così cercato di trasmettere e sollecitare la voglia di cambiamento, la voglia di unire le forze per creare e condividere un pensiero comune che potesse caratterizzare la nostra professione in una realtà che deve uscire dall'anacronismo in cui si trova. Da subito ho coinvolto i colleghi che vivevano il mio stesso disagio in altre U.O. a far si che la nostra voce fosse ascoltata. Così un giorno su facebook con un collega e amico del Nursind di Pisa, mi convinco che l'unica soluzione per assemblare pensieri e difficoltà comuni sarebbe stata la nascita della segreteria Nursind del MedioCampidano.

Contatto un mio collega e insieme con non poche difficoltà ci siamo buttati in questa impresa. Sappiamo sin da ora che non è, e non sarà facile, ma crediamo in questo progetto, crediamo d'avere tante cose da fare, da dire e da risolvere, l'esperienza certamente arriverà, la buona volontà invece è già fortemente presente.

Un carissimo saluto ad Andrea Bottega, Fabio Belli, Daniele Carbocci e Fabrizio Anedda che ci hanno supportato in molte delle nostre difficoltà.

Al grido di “Aiòòòòò” che in dialetto sardo vuol dire “Andiamo”, finalmente si parte.

Un questionario sulla nostra categoria diffuso da Nursind Roma in occasione della 7^ ed. del SANIT

A Palazzo dei Congressi di Roma, dal 22 al 25 giugno 2010, si è svolta la 7° ed. del Forum Internazionale della Salute.

Nursind era presente con uno stand (foto a lato) e con la delegazione dei colleghi della Segreteria di Roma. Nella sessione curata dalla Federazione IPASVI, il ministro Fazio aveva promesso che entro 6 mesi, il disegno di legge che trasforma i Collegi in Ordini professionali sarebbe divenuto realtà. Promessa per il momento non mantenuta.

Ai numerosi infermieri presenti alla manifestazione, è stato distribuito un questionario conoscitivo sulla realtà infermieristica a cui hanno risposto il 69% donne e 31% uomini, con una media d'età tra i 30 e 50 anni e dei quli il 94,8% è occupato, contro il 5,2% che potrebbero essere le risposte delgi studenti.

L'87% degli occupati è assunto a tempo indeterminato contro il 65,5% a tempo determinato e l'1,3% liberi professionisti.

Alla domanda se i diritti fossero tutelati sui luoghi di lavoro, il 77,9% risponde NO, contro il 18,2% dei si ed il 3,9 di incerti.

Tra i problemi più sentiti dalla categoria, a pari merito al 1° posto a è la questione dei bassi stipendi e quella del difficile rapporto con i superiori (29,9%). Segue la mancanza dei diritti al 15,6%; l'orario di lavoro al 14,3%; la pausa psicofisica al 6,5%.

Per il 42,9% i compiti e le responsabilità sono adeguati alla qualifica, contro il 33,8% che li ritiene "POCO" adeguati ed il 15,6% che risponde "PER NIENTE". Solo il 7,8% scegli la risposta "MOLTO".

Il 50,6% è iscritto ad un sindacato, contro il 49,4% che non lo è.

Il 29,9% risponde si alla domanda se esiste nella tua azienda un rappresentante del Nursind, contro il 59,7% che risponde no e l'8% che non risponde.

Il 49,4% alla domanda "cosa pensi della presenza di Nursind nella tua realtà lavorativa" risponde che bisognerebbe costruire/rafforzare questa realtà per meglio tutelare la categoria. Il 23,4% pensa che è un sindacato che fa delle lotte giuste. Il 10,4% non risponde. Il 6,5% ritiene che sia un sindacato che contesta tutto senza ottenere niente. L'1,3% ritiene che sia un sindacato che accetta tutto quello che gli viene proposto.

Il 59,7% non è a conoscenza delle lotte del Nursind a difesa dell'autonomia infermieristica, contro il 37,7% dei si.

L'89,6% non si è mai rivolto al Nursind per problemi legati al lavoro, contro il 10,4% che lo ha fatto.

Nuova sentenza a favore del riconoscimento del tempo per il cambio divisa

Corte di Cassazione - Sez. Lavoro - Sent. del 10.09.2010, n. 19358

Un gruppo di dipendenti della U. Italia srl., con separati ricorsi poi riuniti, convenivano in giudizio la predetta società per chiedere la corresponsione dell'equivalente di venti minuti di retribuzione giornaliera per 45 settimane, a fronte del cd. "tempo tuta". Secondo i lavoratori, per entrare nel perimetro aziendale dovevano transitare per un tornello apribile mediante tesserino magnetico di riconoscimento, quindi percorrere cento metri ed accedere allo spogliatoio, indossare gli indumenti di lavoro forniti dall'azienda, effettuare una seconda timbratura del tesserino prima di cominciare il lavoro; al termine, dovevano effettuare una terza timbratura, accedere allo spogliatoio per lasciare gli abiti di servizio, passare una quarta volta il tesserino al tornello ed uscire.

Deducevano che il tempo occorrente per le suddette operazioni costituiva una "messa a disposizione" delle proprie energie in favore del datore di lavoro, onde il tempo stesso doveva essere retribuito.

In primo grado i lavoratori si vedevano respingere la loro domanda, mentre la Corte d'Appello gli riconosceva il diritto. La società ricorre in Cassazione, che ha rigettato il ricorso.

La Corte ha osservato che ai fini di valutare se il tempo occorrente per indossare la divisa aziendale debba essere retribuito, occorre fare riferimento alla disciplina contrattuale specifica.

In particolare, laddove sia data facoltà al lavoratore di scegliere il tempo e il luogo dove indossare la divisa stessa, anche presso la propria abitazione, prima di recarsi al lavoro, la relativa attività fa parte degli atti di diligenza preparatoria allo svolgimento dell'attività lavorativa e, in quanto tale non va retribuita, **mentre se tale operazione è diretta dal datore di lavoro, che ne disciplina il tempo e il luogo di esecuzione, rientra nel lavoro effettivo e di conseguenza il tempo necessario alla stessa operazione va essere retribuito.**

Riconoscimento congedo maternità per mancata adozione internazionale

Rispondendo all'interpello N. 39/2010 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, prot. 25/I/0018618, con oggetto: art. 9, D.Lgs. n. 124/2004 – congedo di maternità – adozioni internazionali – fruizione del congedo ai sensi dell'art. 26, comma 3, D.Lgs. n. 151/2001 in caso di interruzione della procedura adottiva, viene precisato che *"...occorre prestare attenzione all'interesse tutelato dalle disposizioni in esame, che consiste nel permettere agli aspiranti genitori adottivi ed al minore da adottare di instaurare un rapporto relazionale ed affettivo propedeutico all'adozione stessa, nell'interesse del bambino e del suo sviluppo psicofisico, in una fase antecedente all'ingresso nel territorio italiano.*

Viene, dunque, riconosciuta una particolare attenzione nei confronti dell'adozione di un bambino straniero, in quanto trattasi di una procedura più articolata rispetto all'adozione nazionale e di cui l'incontro all'estero rappresenta sicuramente la fase più delicata.

In merito va dunque osservato come l'eventuale esito negativo degli incontri – di cui l'ente autorizzato alla gestione della procedura di adozione informa la Commissione per le adozioni internazionali in Italia, relazionando sulle motivazioni per cui "l'abbinamento" effettuato non è stato rispondente agli interessi del minore – non sembra condizionare il riconoscimento del periodo trascorso all'estero come periodo di congedo di maternità.

La permanenza all'estero costituisce peraltro una fase necessaria della procedura di adozione internazionale che, se debitamente certificata, va riconosciuta quale periodo di congedo; una diversa soluzione inoltre, oltre che non giustificata da espresse disposizioni normative, sarebbe di ostacolo al ricorso alle procedure adottive in questione che, già di per sé, sono certamente impegnative, sotto diversi aspetti, per gli aspiranti genitori".

IL DIRETTORE GENERALE
(f.to Paolo Pennesi)

Infortunio viene indennizzato anche quando il tragitto percorso non si rivela il più breve ma il più comodo

La Corte di Cassazione, sezione lavoro, con sentenza 24.9.2010 n. 20221, ha posto fine al contenzioso tra gli eredi di un lavoratore e l'INAIL che si rifiutava di riconoscere l'infortunio in itinere e quindi pagare la rendita vitalizia per inabilità permanente a seguito del decesso avvenuto per infortunio mortale sul lavoro.

Secondo l'INAIL, a cui aveva dato ragione la Corte d'Appello di Lecce, l'indennizzo spettava solo nel caso in cui l'incidente fosse avvenuto lungo la strada più breve di collegamento tra il domicilio ed il luogo di lavoro.

La Corte sostiene che il criterio della "normalità" della percorrenza dell'indicato itinerario tra casa e lavoro, secondo i principi della giurisprudenza ed attualmente codificati nella L. n. 38 del 2000, art. 12, riconoscono la copertura assicurativa qualora il comportamento del lavoratore non sia motivato in base a ragioni del tutto personali, al di fuori dell'attività lavorativa.

Dall'inchiesta emergeva infatti che quella percorsa dall'infortunato, era descritta come più comoda e conveniente per la presenza di una stazione di rifornimento 24/h e di più diretto accesso rispetto al luogo di lavoro.

Medico condannato a restituire l'indennità di esclusività

La sezione giurisdizionale per la Regione siciliana della Corte dei Conti (sentenza n. 2028/2010, pubblicata il 30 settembre) ha condannato a rifondere all'azienda ospedaliera la somma di 44.194,6 euro, pari all'indennità di esclusività percepita tra febbraio 2003 e giugno 2006, un chirurgo vascolare dell'Ospedale civico di Palermo.

Il medico, nel maggio 2002, aveva chiesto di poter svolgere l'intramoenia nella sua disciplina presso uno studio non convenzionato ogni lunedì e mercoledì dalle 15 alle 18. La richiesta, accolta dall'azienda, prevedeva la ripartizione del compenso per il 95% al medico e per il 5% all'azienda.

A settembre 2005 un'ispezione dei Nas nello studio rilevò numerose violazioni: svolgimento di attività non dichiarate (angiologia e dietologia; il martedì e il venerdì dalle 15 alle 18 e il giovedì dalle 9.30 alle 12.30 svolgeva attività privata non dichiarata. Condannato prima a un anno e nove mesi di reclusione per peculato e truffa aggravata ed in seguito anche al risarcimento delle somme dell'indennità di esclusività percepite indebitamente.

Vincita di concorso = diritto all'assunzione?

A concorso pubblico completamente espletato in un'azienda sanitaria è legittimo non procedere all'assunzione del vincitore?

L'art. 63, c. 2, del Dlgs 30/3/2001 n. 165, parla di diritto all'assunzione. A quanto pare la vincita di concorso pubblico non attribuisce un vero e proprio diritto soggettivo all'assunzione.

Va in questa direzione la sentenza 26/8/2004 n. 8097, del Tar Lazio-Roma, sez. II-bis: «I concorrenti risultati vincitori nei pubblici concorsi non vertono in una posizione di diritto soggettivo all'assunzione, ma esclusivamente di interesse legittimo», così pure si è espresso il Tar Veneto (sentenza 1371/2004).

Tali soggetti sono titolari di un interesse legittimo al mantenimento della disponibilità dei posti a concorso, anche a preferenza di un'eventuale successiva manifestazione di volontà di ricorrere al diverso strumento della mobilità.

Vuoi istituire una segreteria del Nursind nella tua azienda?

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

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

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

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

Il valore del Nursind: insieme siamo più forti!

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

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

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

Convenzioni Nazionali

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

riservate agli iscritti

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

T.F.D.C. TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE S.R.L.®
CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE

Willis

cigierre
compagnia generale ristorazione spa

ASSO CRAL ITALIA
sconti di ogni tipo ovunque

Numero Verde 800-91.57.56
EuroPrestiti

E.C.M.
Corsi e Convegni ECM

GIUNTIcard Club
20% di sconto

Il NUOVO SISTEMA di Formazione Continua in Medicina

Inf. Tiziana Traini - Direzione Nazionale NurSind

L'attività educativa che serve a mantenere, sviluppare e incrementare le conoscenze, le competenze e le performance degli operatori della sanità e che viene denominata ECM (Educazione Continua in Medicina) è stata **avviata in Italia nel 2002** in base al **D.Lgs. 502/1992** ed integrata con l'art. 16 bis e segg. del **d.lgs. 229 del 1999** "*...La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle Università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private*".

L'ECM è quindi il processo attraverso il quale il Professionista della Salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e del proprio Sviluppo Professionale.

Poiché nel primo programma ECM l'attenzione era stata posta sui singoli eventi e progetti formativi, accreditati direttamente dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e dalle Regioni, sulla base di criteri comuni condivisi, mettendo però in evidenza la complessità ed i limiti di tale approccio ed indicando quindi l'esigenza di passare piuttosto ad un sistema rivolto al miglioramento della qualità dell'offerta formativa, delle organizzazioni responsabili della programmazione, realizzazione e valutazione dei processi di formazione continua e delle loro relazioni, nella seduta del **1 Agosto 2007**, viene approvato il riordino del sistema della formazione continua, tramite l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Tale accordo stabilisce la nuova organizzazione e le nuove regole "**Per la Governance del Sistema Ecm del triennio 2008-2010**". Dal 1 gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua fino ad oggi competenze del Ministero della salute, sono stati trasferiti all'Agenzia NAzionale per i Servizi sanitari regionali (**AGENAS**).

Tra le novità più importanti contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 1 Agosto 2007, troviamo:

- l'obbligo da parte delle Aziende sanitarie di **redigere Piani di Formazione annuali o triennali** e contestuali Report sulla formazione erogata per un governo consapevole della formazione;

- l'istituzione dei **dossier formativi individuali o di gruppo**, come strumenti di programmazione, di rendicontazione e di valutazione a livello individuale o di equipe o di gruppo professionale, che si dovrà affiancare agli altri strumenti di pianificazione e valutazione aziendali (Piani formativi aziendali e Rapporti formativi annuali).

Il Dossier Formativo viene definito dall'Accordo Stato Regioni dell'agosto 2007, come "*..lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore* (individuale) *o del gruppo di cui fa parte* (equipe o network professionale). *Non è, quindi, un portafoglio delle competenze, ma può essere considerato come un precursore ed è comunque correlato al profilo professionale ed alla posizione organizzativa*."

Il **Dossier Formativo**, rappresenta un'occasione in cui il professionista può monitorare il percorso formativo in relazione agli obiettivi raggiunti, ai crediti acquisiti e definire il proprio piano formativo (Dossier Formativo Individuale). Deve anche far sì che il processo ECM non sia estemporaneo ma sia organizzato e pianificato, contemperando le specificità individuali e professionali con il contesto e gli interessi generali, finalizzati all'assistenza. Queste componenti devono essere integrate nella predisposizione di un DF individuale o di gruppo, su base triennale, la cui coerenza e adeguatezza può essere valutata per gli operatori del SSN (pubblici e convenzionati) nell'ambito dell'azienda in cui lavorano e per i liberi professionisti a livello degli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali" (Dossier Formativo di Gruppo).

In data **5 novembre 2009** è stato siglato l'Accordo Stato–Regioni concernente "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina", (recepito con **D.P.C.M. 26 Luglio 2010**) nel quale viene stabilito quanto segue:

"*La quantità di crediti ECM che ogni professionista della sanità deve acquisire per il periodo **2008-2010 è di 150 crediti ECM** sulla base di 50 (minimo 25, massimo 75) ogni anno. Per questo triennio possono essere considerati, nel calcolo dei 150 crediti, anche 60 crediti già acquisiti negli anni precedenti*."

Viene pertanto ritenuto indispensabile far progredire il sistema ECM per migliorare la fruibilità e per meglio garantire la qualità e l'efficacia della formazione, considerando al riguardo **l'accreditamento dei Provider** quale passaggio fondamentale della riforma, permettendo l'assegnazione diretta, da parte degli stessi, dei crediti formativi e considerata la proposta pervenuta dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, concernente l'approvazione del documento recante "Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina" di cui: accreditamento dei provider ECM; obiettivi formativi; formazione a distanza; valutazione della qualità del sistema formativo sanitario; attività formative realizzate all'estero; liberi professionisti.

Il sistema dei requisiti per l'accreditamento e dei relativi standard, costituisce la base comune minima condivisa a livello nazionale e regionale.

Accreditamento Provider

Il Provider svolge attività di formazione esclusivamente finalizzata al miglioramento dell'assistenza sanitaria e non influenzata da interessi commerciali. L'accreditamento di un Provider ECM è il riconoscimento da parte di un'istituzione pubblica (Commissione Nazionale per la Formazione Continua o Regioni o Province Autonome direttamente o attraverso organismi da questi individuati) che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti. I crediti formativi attestati ai professionisti della Sanità da un Provider accreditato a livello regionale, hanno valore nazionale.

La commissione nazionale per la Formazione Continua e le Regioni e Province Autonome, tuttavia, possono anche individuare requisiti e standard più restrittivi al fine di elevare la qualità dell'offerta formativa.

Le iniziative finalizzate all'accreditamento come Provider Ecm, da parte delle aziende e degli enti del SSN possono essere attuate nei limiti delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili nell'ambito della legislazione vigente **e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.**

Ente Accreditante

Gli Enti accreditanti ECM sono la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, le Regioni e le Province autonome, eventualmente attraverso organismi da queste appositamente deputati. L'Ente accreditante ha anche la responsabilità del controllo dei Provider che ha accreditato nonché della verifica delle attività ECM che questi svolgono nel territorio di

COPIA

competenza. A questo fine dovranno essere effettuate ogni anno **visite di verifica ad almeno il 10% dei Provider accreditati** da ogni Ente. L'Ente accreditante che riscontri violazioni, in funzione della loro gravità, può disporre sanzioni al Provider, a partire da un'ammonizione fino alla revoca in via temporanea o definitiva dell'accreditamento

Comitato Di Garanzia

Istituito per l'indipendenza della formazione continua dal sistema delle sponsorizzazioni. Premesso che il sistema di formazione continua, per gli obiettivi che si pone, è da considerare "settore strategico" in quanto è teso a migliorare l'efficacia e l'efficienza del Sistema Sanitario Nazionale in favore della salute dei cittadini, e che deve salvaguardare, in tal senso, la concreta indipendenza dei contenuti formativi dagli interessi commerciali presenti nell'area sanitaria, la Commissione nazionale per la formazione continua ha istituito un Comitato di Garanzia.

Crediti ECM

I crediti ECM sono indicatori della quantità di formazione/apprendimento effettuato dagli operatori sanitari in occasione di attività ECM. I crediti ECM vengono assegnati dal Provider ad ogni programma educazionale che realizza secondo criteri uniformi indicati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua sulla base del tempo, della tipologia formativa e delle caratteristiche del programma Obiettivi Formativi.

Gli obiettivi formativi, nazionali e regionali, sono lo strumento utilizzato per orientare i programmi di formazione continua rivolti agli operatori della sanità al fine di definire le adeguate priorità nell'interesse del SSN. All'interno del piano formativo di ciascun professionista assumono rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

- Obiettivi Formativi **Tecnico-Professionali**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività:

- Obiettivi Formativi **Di Processo**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie;

- Obiettivi Formativi **Di Sistema**, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari.

Gli Organi della commissione del nuovo sistema della formazione continua sono:

1. Il **Comitato Di Garanzia** per l'indipendenza della formazione continua dal sistema di sponsorizzazione
2. Il **Comitato Tecnico Delle Regioni**: assicura la partecipazione di tutte le regioni e province autonome attraverso componenti designati dalla Commissione salute;
3. **L'Osservatorio Nazionale**: composto da esperti di provata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei singoli professionisti, delle attività e delle organizzazioni sanitarie, designati dalla Conferenza Stato Regioni (5 componenti) e dal Comitato di Presidenza della Commissione Nazionale (6 componenti);
4. Il **COGEAPS** (www.cogeaps.it) ha il ruolo di gestore della Anagrafe Nazionale dei crediti formativi;
5, La **Consulta Nazionale Della Formazione Permanente**: organo tecnico di consulenza composto da rappresentanti di Società Scientifiche, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di Provider, Associazioni di Tutela.

La Nuova ECM viene vista ridefinita quindi come uno Strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La prima novità consiste nel fatto che è stato prodotto in sinergia con le Regioni, delineando l'accreditamento nazionale e regionale dei provider (i fornitori di formazione). L'altro elemento importantissimo , sono le garanzie di qualità e indipendenza della formazione.

E' realistica la "SANZIONE" per i professionisti che non adempiono gli obblighi formativi?

L'orientamento è quello di bandire ogni forma di coercizione e sanzione, fermo restando l'obbligo dell'ECM, e preferire il premio rivolgendosi a professionisti maturi che capiscono il dovere etico, deontologico e professionale di dedicare almeno una settimana all'anno al proprio sviluppo professionale. La sanzione può semplicemente essere la valorizzazione di chi si forma costantemente e ne dà evidenza al cittadino e chi non lo fa. In prospettiva si può pensare, a sistema rodato, alla ricertificazione del titolo abilitante all'esercizio professionale quale elemento premiante e discriminante.

Formazione ECM e Codice Deontologico dell'Infermiere

L'articolo 11 del Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 recita: "*L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca ad attività di formazione. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati*".

L'articolo 15 del Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 dice: "*L'Infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza*".

Nell'intento di garantire un'adeguata offerta formativa per l'anno 2011 e di agevolare il transito dal sistema Accreditamento Eventi al sistema Accreditamento Provider, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha deciso di consentire l'inserimento degli eventi e dei PFA nel sistema Accreditamento Eventi per il primo semestre 2011.

Conflitto di Interesse

Il Provider può accreditare eventi e programmi ECM solo se in grado di garantire che l'informazione e l'attività educazionale sia obiettiva e non influenzata da interessi diretti o indiretti che ne possono pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti basata quindi sotto il profilo scientifico sulle evidenze delle prove di efficacia ed in ogni altro campo sostenuta dalle più moderne conoscenze derivate da fonti autorevoli e terze.

Per l'ecm, si intende evitare, in particolare che:

- il ruolo di accreditatore/valutatore siano attribuiti al medesimo soggetto;
- chiunque possa influenzare i contenuti di un evento formativo non dichiari, rendendo palesi, eventuali conflitti di interesse;
- coloro che attivamente sostengono un'attività formativa e siano portatori di interessi commerciali, possono orientare la formazione per le proprie finalità;
- la partecipazione all'evento educazionale sia condizionata da interessi estranei alla formazione ed all'aggiornamento.

ECM

La prevenzione delle Infezioni delle vie urinarie correlate alle attività assistenziali è una cosa seria?

Inf. Luciano Urbani* - Inf. Giuliano Bon**

La letteratura riportante le evidenze scientifiche sulla prevenzione delle infezioni correlate al catetere vescicale ha origini "remote"; la buona pratica del cateterismo da parte degli infermieri è vincolata anche dall'utilizzo di dispositivi che vengono acquistati e messi a disposizione dalle Strutture Sanitarie Aziendali preposte, dalle disposizioni ministeriali contenute nei nomenclatori tariffari per gli assistiti a domicilio.

Obiettivo

L'intervento si propone di mettere in luce le incongruenze e le difficoltà che si possono giornalmente verificare tra il teorico (EBN, linee guida) ed il quotidiano nell'assistenza a domicilio e in alcune strutture ospedaliere.

Attraverso un semplice presidio quale una sacca per drenaggio urine si possono in realtà mettere in chiaro alcuni punti che ancora non sono decifrabili per tutti i colleghi.

Materiali e metodi

Rassegna di letteratura e Riferimenti normativi

L'origine della prevenzione delle Infezioni delle vie urinarie risale al 1981 con "*Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections*"[1] del CDC di Atlanta per proseguire con il documento del 1996 a cura del "*Ministero della Sanità Comitato Nazionale per la valutazione della qualità dell'assistenza Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU) nei pazienti cateterizzati: uso di catetere e assistenza infermieristica*".[8]

E' nel 2001 che avviene una svolta storica ovvero la prima vera linea guida rispondente alla realtà presentata dal Ministero della Salute Inglese: "*Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short-term indwelling urethral catheters in acute care*".[11]

Nel 2003 l'Istituto Superiore di sanità presenta il "*Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali*".[13]

Nel 2006 l'associazione Europea di Infermieri di Urologia presenta il "*Good practices in Health care: urethral catheterisation. Section 2, male – female and paediatric intermittent catheterisation*".[14]

Nel 2007 l'Anipio presenta il "*Documento d'indirizzo per la prevenzione delle Infezioni delle Vie Urinarie correlate al cateterismo vescicale nell'adulto: cosa fare e cosa non fare nella pratica assistenziale*".[16]

E finalmente nel 2009 Il CDC di Atlanta propone la revisione della sua linea guida del 1981 ormai superata con: "*Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*".[17]

Per quanto riguarda l'assistenza per il paziente con catetere a domicilio Il Ministero della Salute, attraverso il "*Nomenclatore Tariffario*" DM 332 del 27/8/1999 pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale del 27/9/1999 ("*Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe*")[18], garantisce il diritto a ottenere i presidi necessari per la sua situazione di invalidità.

Dal nuovo Codice Deontologico

dell'Infermiere, 2009:

"*La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona* …(Art 3). *L'infermiere ….. si impegna a tutelare la salute con attività di prevenzione,*….(Art. 6) …. *si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere* (Art. 9). ….*fonda il proprio operato su conoscenze validate* ….. *attraverso*…..*la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca* …..(Art.11) *Concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito* …… *per la gestione del rischio clinico* (Art. 29). …..*di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali* …..(Art. 48). ….*segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza* …..(Art. 51)".

Risultati

Ora tutti questi documenti si rivolgono agli operatori sanitari perché venga attuata **una scrupolosa azione di prevenzione delle infezioni delle vie urinarie** mettendo in atto comportamenti corretti (lavaggio delle mani, uso di presidi sterili e corretta asepsi, formazione di tutto il personale per garantire una gestione del catetere adeguata, ecc.).

Nel corso degli anni queste norme vengono assunte nei presidi ospedalieri, anche se con diversi tempi di attuazione nel territorio nazionale.

Il problema è che il "Nomenclatore" stabilisce che ai pazienti portatori di catetere vescicale a domicilio vengano erogati **i cateteri sterili** e le **sacche** per la raccolta delle urine **non sterili**, per cui il paziente a domicilio ha diritto ai cateteri sterili ma non alle sacche raccogli urine sterili.

Quindi il problema sembra ristretto all'area del domicilio e per estensione ai Servizi Distrettuali delle Asl che provvedono al cambio catetere ai pazienti deambulanti.

Invece provate a chiedere quali sacche usano nei vari ospedali in Italia e sentirete in via ufficiosa rispondere che non sono sterili.

Ma si può effettuare **una semplice verifica nelle delibere per l'approvvigionamento di Aziende Sanitarie** e si possono rilevare che assieme a sacche per urine sterili **acquistano sacche per urine non sterili in quantità rilevanti**.

Da ciò si deduce che questa normativa ministeriale non garantisce un autentico sistema di prevenzione.

Qual è la responsabilità professionale e deontologica dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale e alla sua gestione corretta?

Ma la situazione risulta molto più preoccupante rispetto al Codice Penale come riferisce Luca Benci, giurista esperto di diritto delle professioni sanitarie, nel "*Documento d'indirizzo per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al cateterismo vescicale nell'adulto: cosa fare e non fare nella pratica assistenziale*" – ANIPIO Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere 2007:

" …*Ricordiamo infatti che può esserci responsabilità giuridica ai sensi dell'art. 40 del codice penale quando l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione*", ovvero

"***non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo***".

Vengono in mente i comportamenti contrari alla buona pratica professionale legati alla mancata antisepsi, alla non corretta gestione del presidio, all'utilizzo di presidi impropri (per dimensioni, per materiale), alla mancata corretta gestione del catetere a permanenza ecc.

Gli esempi appena riportati sono appunto esemplificativi e non tassativi e indicano sia comportamenti indicanti un fare (commissivi appunto), sia comportanti un "non fare" (delle omissioni appunto)". Luca Benci La responsabilità dell'infermiere nel cateterismo vescicale, Documento ANIPIO 2007.[16]

Conclusioni e Discussione

Tale situazione perdura ormai da decenni mettendo in grave disagio etico il professionista infermiere che è tenuto per deontologia e per legge ad operare in asepsi e con presidi sterili per evitare le infezioni ed è costretto ad applicare le sacche fornite dal Ministero non sterili.

E comunque, in caso di contenzioso giuridico, sapendo già che risponde del rischio clinico l'operatore che attua la procedura, è quanto mai opportuna una indicazione della Federazione rispetto a questa problematica.

Per cui, convinti della necessità di chiarire se il cittadino-utente sia da considerare di serie A in ospedale e di serie B a domicilio e della urgenza di uscire da questa situazione imbarazzante per la deontologia e di rilevante responsabilità penale della professione infermieristica, **facciamo appello a tutti i Colleghi e alle Associazioni Professionali Infermieristiche**, affinché aderiscano a questa iniziativa per sensibilizzare la Federazione IPASVI ad agire per risolvere il problema.

Ringraziamo per l'attenzione accordataci e inviamo un caloroso saluto alla Professione Infermieristica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Atlanta - U.S. Department of Health and Human Services "Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections" 1981
2. Cortecchia V., Finzi G.,Taddia P., Bandini A. - "La prevenzione delle infezioni ospedaliere associate a cateterismo vescicale" Bologna 1988
3. Fausto de Lalla "Le infezioni delle vie urinarie" Ed. Medico- Scientifiche - EDIMES - Pavia 1992
4. Moro M. Luisa Infezioni ospedaliere. Prevenzione e controllo. Centro Scientifico Editore, Torino 1993
5. Ballantine Carter H. "Strumentazione ed endoscopia: Cateterismo uretrale" da Urologia di Campbell. Ed. Verduci, Roma 1993
6. Luciano Urbani "Sorveglianza urologica 1992-93: monitoraggio infezioni urinarie su pazienti con catetere vescicale" relazione al Corso AISTOM su "Incontinenza urinaria e fecale" Osp.Villa Salus (Mestre-VE)Maggio 1994
7. Luciano Urbani "Esperienze per una gestione qualificata del catetere vescicale a domicilio" – Atti Corso Azienda ULSS di Mestre e atti II° Congresso Nazionale AIURO –Torino ottobre 1996 Novembre 1995
8. Ministero della Sanità, Comitato Nazionale per Verifica della Qualità dell'assistenza "Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie nei pazienti con catetere: un progetto nazionale" Gennaio 1996
9. Brugnolaro G., Petrova N., Vianello F., Zampieron F." Indagine sulle tecniche di lubrificazione nel cateterismo vescicale maschile" atti V° Congresso Nazionale AIURO, Palermo Ottobre 1999
10. Luciano Urbani "Valvola cateterica ovvero come migliorare la qualità di vita alle persone con catetere vescicale"- pubblicazione RUSH e atti V° CongressoNazionale AIURO, Palermo Giugno 1999
11. Department of Health Ministero della Salute Inglese "Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short-term indwelling urethral catheters in acute care" 2001
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S.Atlanta - Department of Health and Human Services Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force 2002
13. Istituto Superiore di Sanità Rapporti ISTISAN 03/40 ISSN 11123-3117 Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicale 2003
14. European Association of Urology Nurses Good practices in Health care: urethral catheterisation. Section 2, male – female and paediatric intermittent catheterisation. Marzo 2006
15. Luciano Urbani "Gestione del catetere vescicale" Dossier InFad – anno 2, n. 22, luglio 2007 Editore Zadig - Milano
16. Anipio "Documento d'indirizzo per la prevenzione delle Infezioni delle Vie Urinarie correlate al cateterismo vescicale nell'adulto: Cosa fare e cosa non fare nella pratica assistenziale" Torino 5 ottobre 2007
17. Atlanta Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee "Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections" 2009
18. Ministero della Sanità "Nomenclatore Tariffario" DM 332 del 27/8/1999 - Gazzetta Ufficiale del 27/9/1999 ("Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe")

** Infermiere con pluriennale esperienza in Urologia di Venezia e Mestre - luciano.urbani@inferweb.net 3355815615*

*** Infermiere Coordinatore Ortopedia di Gorizia - giuliano.bon1@virgilio.it 3470570542*

nursind in diretta

Uno scorcio del secondo appuntamento annuale del Consiglio Nazionale Nursind, tenutosi a Roma il 6 e 7 novembre 2010, a cui partecipano delegazioni di tutte le Segreterie Provinciali e dove si affrontano le tematiche sindacali della categoria e dell'organizzazione.

Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei reparti psichiatrici

Il futuro della Psichiatria ha "le porte aperte"

L'esperienza del Servizio Psichiatrico diagnosi e cura di Trento

Inf. Maurizio Davì*

È ormai largamente accettata l'idea che la genesi di quadri gravi di disabilità psichica o di disordini dello sviluppo psicomentale sia di tipo multifattoriale e che gli interventi in ambito psichiatrico debbano quindi essere multidisciplinari e di diverso tipo: riabilitativo, psicoterapeutico, medico-farmacologico, assistenziale ed anche educativo.

L'applicazione della Legge 180 nel lontano 1978 che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici, ha certamente, cambiato la visione della Psichiatria. La concezione di "malattia psichiatrica" da inguaribile e puramente clinica, si è evoluta verso una concezione "riabilitativa" che valorizza le risorse della persona.

Attualmente nella maggior parte dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura non vi sono strategie di coinvolgimento degli utenti alla cura, il trattamento in queste strutture infatti **si basa quasi esclusivamente sulla terapia farmacologica**. Quest'ultima pur essendo efficace negli episodi psicopatologici acuti, è poco utile nell'aiutare i pazienti ad acquistare maggiore consapevolezza dei problemi connessi con l'insorgenza della crisi e non aiutano a migliorare le capacità di interazione con l'ambiente e a sviluppare una progettualità post dimissione.

Da diversi anni, in alcuni SPDC si sta cercando di superare i limiti di pratiche basate esclusivamente sull'accudimento, sulla custodia e sull'uso del farmaco al fine di promuovere la responsabilità personale in un ottica di "cogestione" della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che "**nessuno è privo di risorse**".

A questo proposito già da diversi anni nell'SPDC di Trento si stanno utilizzando pratiche utili a supportare gli utenti verso processi di cambiamento e di sviluppo positivo. Alcune di queste pratiche sono: la Terapia cognitivo-comportamentale (basata sul modello stress-vulnerabilità-coping), il "progetto UFE" (basato sui principi dell'Empowerment) la pratica del tenere le porte aperte.

Attraverso l'esperienza del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Trento ci si propone di esplorare alcune delle strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei reparti psichiatrici a porte aperte.

SPDC A PORTE APERTE

Sul territorio nazionale, i reparti psichiatrici con le "porte aperte" (**non chiusi a chiave**) che non fanno uso di metodi di contenzione sono ancora una minoranza. I reparti psichiatrici che utilizzano metodi di lavoro tradizionali (porte chiuse e utilizzo di mezzi di contenzione fisica) sono ancora l'80%. In altri paesi europei i servizi ospedalieri per pazienti psichiatrici acuti che hanno le porte aperte sono più diffusi, come risulta da studi condotti in Inghilterra (e in particolare a Londra) dove tale misura viene presa dal 75% delle strutture.

Alcuni studi che hanno messo a confronto strutture con porte aperte e chiuse, hanno evidenziato un maggior gradimento delle persone ricoverate negli SPDC a porte aperte. In uno studio effettuato da Van Der Merwe M. et al, le porte chiuse sono state associate con un aumento dell'aggressività dei pazienti, diminuzione della soddisfazione, aumento della severità dei sintomi, aumento degli episodi di fuga . In uno studio effettuato a Trento che andava ad esaminare per mezzo di un questionario (*tratto da Journal of Clinical Nursing e tradotto in italiano da dr. A. Salvi - CSM Trento*), la percezione degli utenti ricoverati in SPDC riguardo vantaggi/svantaggi di un reparto con porte aperte, è emerso che **con le porte chiuse aumenterebbero il senso di frustrazione, paura, demotivazione, oppressione, depressione**.

Lavorare con le porte aperte significa più umanità e un clima più disteso, meno situazioni pericolose ed agiti aggressivi, meno situazioni di rottura. Questo a vantaggio di tutti quei criteri (auto-responsabilizzazione, non violenza, auto-determinazione, co-gestione e conoscenza della propria malattia, partecipazione al progetto terapeutico, conoscenza di sé, condivisione delle esperienze) indispensabili per ottenere una maggior collaborazione degli utenti al processo di cura e creare i presupposti per uno sviluppo positivo dell'individuo che sia in grado di affrontare gli avvenimenti dolorosi che possono aver condotto al ricovero e risorgere quindi dalle situazioni traumatiche.

La porta chiusa è certamente oltre ad una barriera fisica, **un messaggio di barriera relazionale e terapeutica che rinforza stereotipi di pericolosità**. Viceversa riuscire a tenere la porta aperta attraverso un sensato sistema di alleanze, con responsabilità, attraverso una scelta di tutti gli operatori, rappresenta un riconoscimento dei diritti del cittadino-utente ed un indicatore di buona professionalità.

IL PROGETTO PORTE APERTE A TRENTO

Il progetto porte aperte del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) di Trento è nato nel 2007 in coerenza con le pratiche e la cultura dell'empowerment e del "Fareassieme" già da anni presenti all'interno del servizio. All'interno dell'SPDC si è formato un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da rappresentanti di tutto il Servizio (medici e operatori del reparto, medici e operatori delle equipe territoriali, pazienti, famigliari e cittadini coinvolti). Dopo aver effettuato una attenta revisione della letteratura si è cercato un confronto reale con le esperienze italiane no restraint, recandosi in visita in alcuni degli SPDC che lavorano già con le porte aperte. Il confronto tra i membri dell'equipe è stato ulteriormente stimolato da uno studio effettuato a Trento che andava ad indagare i "bisogni formativi del personale nei reparti psichiatrici a porte aperte" e dalla distribuzione (anche a utenti e familiari) di un questionario sui "vantaggi/svantaggi riguardo l'apertura delle porte del reparto psichiatrico".

I risultati discussi in una riunione generale all'interno del servizio hanno esplicitato questioni spinose in tema di sicurezza, responsabilità, coinvolgimento relazionale, di potere all'interno della relazione di cura, queste tematiche sono state successivamente affrontate nell'ambito di un incontro specifico con il supporto della Medicina Legale e della Magistratura.

Al fine di favorire la realizzazione di questo progetto, il lavoro del gruppo è stato successivamente supportato oltre che dall'intera Unità Operativa anche dell'Azienda Sanitaria attraverso la realizzazione di cambiamenti organizzativi (creazione di un "gruppo crisi") e l'avviamento di lavori di ristrutturazione del reparto che termineranno nel 2011.

La creazione di un unico gruppo crisi ("Area Criticità") ha permesso di: favorire una stretta comunicazione tra reparto ospedaliero - Centro Salute Mentale - Day Hospital-Centro Diurno; valutare quotidianamente il livello di complessità dell'SPDC (riunioni quotidiane integrate tra SPDC e CSM, rotazione del personale, supporto diurno di operatori del CSM in caso di utenti in Trattamento Sanitario Obbligatorio); favorire l'utilizzo di strumenti per il miglioramento continuo della qualita' (Hot Situation per il monitoraggio delle situazioni critiche, scheda di valutazione del clima di reparto, programmi personalizzati integrati nella "Scheda rosa", scala monitoraggio dell'aggressivitá manifesta, la scala di monitoraggio HoNOS).

Le modifiche strutturali sono state avviate invece al fine di: creare maggiori

spazi con la possibilità di svolgere attività ricreative per/con gli utenti (palestra, gruppi mutuo aiuto, ping pong, calcetto…), favorire delle strategie per evitare allontanamenti non autorizzati, avere una maggior visibilità sulla porta d'ingresso (spostamento dell'ambulatorio infermieristico con posizionamento di una vetrata).

Il progetto di apertura delle porte effettuato dall'equipe di Trento in questi anni può considerarsi apripista di un percorso riproducibile ovunque. Presupposti fondamentali per realizzare al meglio il progetto porte aperte in SPDC sono: in primis la volontà di attuare tale politica, una chiara direttiva dipartimentale, che enunci gli obiettivi da perseguire e che dia alle strutture le necessarie risorse ambientali e umane; un Dipartimento di Salute Mentale con fluidi collegamenti tra le varie strutture che lo compongono; una equipe unica fra ospedale e territorio (Area criticità); degli SPDC con un numero di posti letto ridotto (10-12 al massimo); dei Centri di Salute Mentale aperti 24 ore su 24 e 7 giorni su 7; delle residenze esterne con un numero ridotto di utenti e in grado di affrontare le crisi dei pazienti con il supporto del servizio territoriale; una pertinente dotazione di personale territoriale (per essere in grado di supportare il reparto in caso di bisogno); un redditizio rapporto con i medici di base e un buona collaborazione con il Centro Salute Mentale .

L'Ospedale S. Chiara di Trento

LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (TCC)

Nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura tradizionalmente si attuano delle pratiche che tengono poco conto delle strategie a medio-lungo termine che dovrebbero caratterizzare l'assistenza dei pazienti gravi. La finalità dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo in SPDC è quella di stimolare processi di cambiamento e di sviluppo positivo nei pazienti cercando di favorire processi di responsabilizzazione. La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) è un approccio orientato al problema e alla gestione di persone con disturbi mentali o psicologici che si basa sul modello stress-vulnerabilità-coping.

Ciascuno ha una propria particolare vulnerabilità allo sviluppo di una condizione di stress, intesa come reazione psicobiologica a eventi e a situazioni di vita definite fattori stressanti (stressor). Le strategie di coping rappresentano l'insieme di pensieri e comportamenti (con le emozioni collegate) con i quali le persone affrontano i fattori stressanti per cercare di ridurre l'impatto negativo sulla mente e sul corpo.

Secondo questo modello, si otterranno esiti migliori sia riducendo la vulnerabilità allo stress (ad esempio mediante i farmaci), sia portando i pazienti a scegliere e a mettere in atto strategie di coping più efficaci. L'obiettivo di tutti gli incontri è quello di permettere una condivisione tra il gruppo degli operatori e il gruppo dei pazienti al fine di rendere partecipe il paziente delle decisioni che riguardano la sua cura partendo dall'esperienza della crisi che ha determinato il ricovero.

Nell'SPDC di Trento la Terapia cognitivo comportamentale basata sul modello stress-vulnerabilità-coping è stata avviata nel 2004, con lo scopo appunto di sviluppare una partecipazione attiva ed informata dei pazienti, partendo dal presupposto che l'utente è il primo esperto della sua malattia.

Questa viene effettuata in gruppo ogni mattina (minimo 4 utenti) e viene condotta da due operatori formati tra infermieri, EP, TERP, medici. Alcuni dei moduli proposti sono: "Cosa è successo prima del ricovero", "Stress-vulnerabilità", "Psicofarmaci" e "Segni precoci di crisi".

In uno studio effettuato, vengono riportate le valutazioni di efficacia della TCC in pazienti psicotici acuti durante il ricovero in SPDC. Il disegno era di tipo pre-post. I risultati hanno evidenziato una diminuzione dei TSO e dei revolving door di 1/3; una riduzione di più del 50% degli episodi di aggressività; la completa scomparsa delle contenzioni fisiche e degli allontanamenti non autorizzati dal reparto. Il clima del reparto è nettamente migliorato e l'opinione dei pazienti sull'utilità dell'intervento di gruppo è stata molto favorevole .

IL PROGETTO "UFE"

Il progetto "UFE" è il risultato più visibile della filosofia del "Fareassieme" di Trento basato sui principi dell' "Empowerment". Gli UFE sono tutti quegli utenti e familiari che per storia personale hanno acquisito un sapere esperienziale che li mette in condizione di poter fornire in modo strutturato e continuativo delle prestazioni, riconosciute in diverse aree di attività del Servizio di Salute Mentale di Trento. L'impiego degli UFE (attualmente una cinquantina) è previsto in più ambiti del Servizio, essi promuovono la qualità delle prestazioni favorendo la condivisione, il protagonismo attivo e la centralità dell'utente nel precorso di cura. Essi già da alcuni anni si stanno diffondendo in altri servizi italiani e in alcune realtà estere (Pechino, Berlino, Svezia). Anche all'interno del Servizio Psichiatrico diagnosi e Cura gli "UFE" si affiancano agli operatori nelle situazioni di criticità, dando vicinanza, supporto e opportunità di dialogo. L'orario di lavoro degli UFE in SPDC è dalle 9 alle 16. Negli incontri di gruppo previsti durante la mattinata in SPDC gli UFE collaborano a creare un clima di accettazione e collaborazione, sembra che l'esempio fornito da altri utenti, "dai pari" con cui il paziente può identificarsi lo aiuti a sentirsi più responsabile della cura del suo disturbo e ad accettare di collaborare con i professionisti di salute mentale.

Altre attività che vengono svolte in SPDC al fine di migliorare il clima di reparto sono il gruppo Shiatzu, la ginnastica dolce, il Cineforum, il gruppo cucito (Border-Bag) e quello delle acconciature. Nel giugno 2007 grazie alla filosofia e alla pratica del Servizio, il Centro di Salute Mentale di Trento ha ottenuto anche un riconoscimento nazionale. E' stato infatti riconosciuto come "unico esempio di buona pratica" per lo sviluppo concreto di un concetto di "amministrazione condivisa" e di partecipazione civica.

*Centro Salute Mentale di Trento
mauriziodavi1981@gmail.com

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Metodo Feldenkrais

Un' esperienza professionale

Inf. Maria Luisa Baudi *

Desidero raccontarvi una storia riferita alla mia attività professionale.

Giulia è una ragazzina di dieci anni che presenta delle difficoltà di apprendimento ed a scuola, nonostante la sua età, sta seguendo un programma di seconda elementare. Si sono accorti delle sue difficoltà quando aveva tre anni ed è sempre stata seguita e stimolata con amore e attenzione dalla sua famiglia.

Io lavoro solo con il movimento, quindi ho osservato attentamente come Giulia si muoveva, com'era organizzata e come utilizzava il suo corpo. Nei suoi movimenti sembrava rallentata, camminava, ma la sua camminata non era sciolta e disinvolta come dovrebbe essere in una ragazza della sua età. Quando si alzava dal lettino (un lettino più basso della seduta classica di una sedia, quindi proporzionato alla sua altezza) notavo che doveva spingersi con le mani, trovare l'equilibrio sulle gambe, le ginocchia erano intraruotate e si toccavano per sostenersi nella salita.

Le ho proposto delle lezioni e la scelta di queste non è stata casuale: è stato necessario osservare esattamente le difficoltà di Giulia. Per esempio, necessitava di una maggiore libertà e movimento nelle anche, nel bacino, migliorare l'equilibrio, ammorbidire il torace…

Fino ad ora ci siamo viste nove volte e durante le lezioni si lavora sempre su una diversa funzione della mobilità.

Giulia, ora, si alza dal lettino in modo scattante, sicura sulle sue gambe, cammina con passo più sicuro e disinvolto, salta. Il saltare è una cosa che faceva pochissimo ed in modo molto goffo. Ora si siede a terra con le gambe incrociate e con le gambe ad elica (entrambe le ginocchia da una parte ed i piedi dall'altra), anche questa posizione, prima, non riusciva ad assumerla e mantenerla perché riferiva dolore alle gambe ed al dorso. Inizia ad inarcarsi ed ha desiderio di fare il ponte, sua madre, con grande stupore, mi dice che Giulia non ha mai fatto nulla di simile in tutta la sua vita. Quando i fratelli si avvicinavano fisicamente a lei per giocare, si allontanava per paura, mentre ora è lei che inizia e non ha timore del contatto fisico, non ha paura di poter cadere.

Quando impariamo dei nuovi movimenti, non solo le possibilità motorie si sviluppano, ma c'è una reale crescita del sistema nervoso ed un accrescimento delle altre nostre possibilità di esseri umani. Anche per Giulia, il miglioramento non è stato solamente a livello motorio, ma anche in altri ambiti.

La mamma mi dice che ora Giulia parla di se stessa dicendo "io" e non più in terza persona, si è arricchito il suo vocabolario, è migliorata la sua capacità di concentrarsi su un qualcosa e di prestare attenzione. Ora, di fronte ad una attività sconosciuta o che non è in grado di compiere, dice che può provarci e che ce la deve fare, a differenza di prima che si chiudeva in se stessa e dimostrava paura per i nuovi avvenimenti. Ora, si mette in discussione ed interviene appropriatamente nei discorsi delle altre persone.

In due mesi abbiamo visto tanti cambiamenti in Giulia, ma è un percorso appena iniziato…

Sono Luisa Baudi, infermiera, ho lavorato dieci anni in ospedale e otto in casa di riposo, ma fondamentalmente ho sempre avuto una grande passione e attrazione verso il movimento, una passione che mi ha portato a scegliere di frequentare la formazione con il Metodo Feldenkrais® ed ora lavoro come insegnante di questo interessante metodo.

E' molto difficile sintetizzare in poche parole l'essenza di questo metodo, viene classificato tra le ginnastiche dolci, ma è molto di più di una semplice ginnastica.

Il Metodo Feldenkrais® è un metodo che aiuta ad imparare a conoscere e ad utilizzare pienamente le proprie risorse attraverso il movimento. L'obiettivo del metodo è migliorare la consapevolezza e la sensibilità, espandere il repertorio del movimento corporeo, ridurre il dispendio di energie migliorando l'efficacia delle proprie azioni. Attraverso il movimento, stimola e riorganizza il sistema nervoso, portando non solo benessere fisico, ma anche un contributo positivo ai processi emotivi e di pensiero, si diventa artefici del proprio benessere e consapevoli del percorso intrapreso, rendendo duraturi nel tempo i benefici ottenuti.

Il Metodo Feldenkrais® viene insegnato con due modalità: lezioni di gruppo e lezioni individuali.

Nelle lezioni di gruppo, denominate Conoscersi Attraverso il Movimento®, l'insegnante Feldenkrais propone delle sequenze di movimento guidate dalla sua voce. Nel corso della lezione esse evolvono gradualmente per complessità ed escursione, pur rimanendo nell'ambito di un'attività confortevole e non faticosa.

Durante la lezione individuale, denominata Integrazione Funzionale®, l'insegnante utilizza una tecnica manuale non invasiva per rendere l'allievo consapevole della propria organizzazione funzionale e suggerire nuovi modi per renderla più efficiente. Il contatto manuale è rispettoso e gentile, mai orientato a forzare bensì a creare un ambiente favorevole all'apprendimento. In questo caso l'allievo è normalmente disteso su un apposito lettino basso.

Vi racconto altre storie.

Claudia è giunta da me, inviata dal suo medico, perché accusava un dolore lombare e cervicale. Il suo dolore era dovuto alle protrusioni discali ed aveva assunto antidolorifici, in seguito non avevano avuto più effetto ed era passata agli antinfiammatori. La sua schiena era molto contratta, ovviamente, e si muoveva senza differenziazioni, come se avesse ingoiato un manico di scopa, per intenderci.

Anche con lei ho iniziato a lavorare individualmente, ed ogni lezione che riceveva riferiva di sentire un gran sollievo. Quando si è in presenza di dolore è molto utile questo metodo che ha un approccio delicato, ha movimenti piccoli e gentili, stimola la consapevolezza, supera i blocchi, corregge le cattive abitudini e aiuta a crearne altre, positive.

Claudia in poco tempo ha potuto sospendere la terapia farmacologica. Si è

anche trovata in situazioni di difficoltà dove hanno iniziato ad insorgere i vecchi dolori, ma fortunatamente l'organismo ha imparato delle cose, il dolore non ha preso il sopravvento e si è ristabilito un equilibrio di benessere.

Ora ha iniziato a frequentare le lezioni di gruppo ed anche lei ha intrapreso un nuovo cammino. Lavoro con entrambe le modalità, quindi incontro persone che hanno la necessità di lavorare individualmente e persone che possono partecipare ad incontri di gruppo.

Elena con un problema alla gamba sinistra, l'articolazione del ginocchio non le permette alcun movimento. Dopo aver frequentato le lezioni di gruppo le commenta nel seguente modo:

- ho "scoperto" delle parti del mio corpo, interne ed esterne, che mi sono risultate più vere… c'erano, ma non lo sapevo, e spesso ho potuto acquisirne una consapevolezza più profonda, una percezione più "intima" e cosciente! Inoltre, ho potuto "appropriarmi" ed accettare in maniera più diretta ed attenta la fisicità di una parte di me – la mia gamba sinistra – che normalmente lasciavo un po' in disparte. Anche a livello tattile è più attiva … insomma, un'esperienza che mi ha portato ad una più profonda coscienza di me forse non solo a livello fisico…

Come ho detto prima, questa non è una semplice ginnastica, è limitante chiamarla ginnastica e, come diceva Moshe Feldenkrais, "…quello che mi interessa ottenere non è la flessibilità del corpo, ma quella della mente". Nell'esperienza di Elena si comprende bene come il suo atteggiamento nei confronti della gamba sinistra sia cambiato.

A volte mi dico che sarebbe stato bello iniziare molto prima il mio percorso formativo con il Feldenkrais, ma, nello stesso tempo, sono convinta che durante l'esercizio della professione infermieristica ho avuto la possibilità di percorrere delle strade, fare delle esperienze, di vedere, di ascoltare, di stare a contatto con le persone, di arricchirmi e questi eventi mi hanno reso più profonda ed in grado di lavorare meglio in un altro ambito, quello proprio del Feldenkrais.

Credo di riassumere la mia esperienza in questo modo: hai mai provato ad avere un mobile antico da restaurare tra le mani? Un gran bel mobile?

Hai due possibilità: decidere di dare una ennesima mano di colore, come è già stato fatto, oppure sverniciarlo e fare un lavoro più approfondito.

Un percorso Feldenkrais lo associo allo sverniciare un bel mobile: durante il lavoro, durante le lezioni, mano a mano possono emergere tante cose. I vari strati di colore producono ciascuno ricordi, sensazioni ed emozioni diverse. A volte vi sono delle incrostazioni difficili da "raschiare" e possono emergere anche dei dolori di cui si ha una memoria. Ma il risultato finale è sempre un qualcosa di comunque nuovo, antico ma rinnovato, molto positivo e, a volte, stupefacente!

*Infermiera insegnante Metodo Feldenkrais®

lettere alla redazione

Ringraziamo quanti ci hanno scritto. Siamo lieti di ospitare lettere, fotografie e contributi dalle corsie. Per scrivere alla redazione: infermieristicamente@nursind.it

Chi è l'infermiere

Lo sport ci insegna che per raggiungere traguardi importanti ci vuole:

1) Impegno
2) Sacrificio
3) Disciplina
4) Volontà
5) Agonismo
6) Professionalità
7) Passione
8) Tenacia

un credo, una convinzione che è il carburante per arrivare al traguardo.

Qual'è la differenza tra "assolvere" ed "eseguire", tra "mansioni" e "compiti", qual'è la differenza tra "sapere" ed "essere consapevole" tra "conoscere ciò che si fa" ed avere "coscienza di ciò che si è".

Ogni giorno gli Infermieri, nelle corsie, si assumono responsabilità gravose, racchiuse in gesti ripetitivi, dalla somministrazione della terapia, ai prelievi ematici, alla rilevazione dei parametri vitali. Gesti quotidiani, sorrisi, a volte solo sguardi, affrontano l'affanno del vivere e del morire che tutti i giorni è sotto i loro occhi.

Questi sono i professionisti, gli Infermieri, senza nome, fantasmi che si aggirano tra i letti, che nessuno si ricorda di valorizzare, gratificare, e soprattutto nessuno vuole ascoltare la loro voce che tuttavia è diventata incontenibile e forte, non riescono più a tenere basso il volume delle loro grida per l'affermazione della loro importanza nella catena sanitaria.

Chi è l'Infermiere? Vorremmo farvelo conoscere se ci date ascolto.

Infermiera dr. G.A. **Esmeralda Iannolo**

I.N.A.I.L. Reggio Calabria

Nel nostro paese, il lavoro degli infermieri…

Sono un infermiere con trent'anni di servizio e mi chiedo perche:

1) siamo cosi sottopagati (ne mancano 70 mila)?

2) quando si parla di lavoro notturno e di Natale, Pasqua, 1° maggio ecc, si ricordano solo le forze dell'ordine e i medici di pronto soccorso?

3) dobbiamo sempre coprire i turni, malgrado la penuria?

4) non ci viene riconosciuta la scolarità?

5) non si dice che entro il 2018 l'80 per cento degli infermieri andrà in pensione, creando una situazione insostenibile?

6) non si dice che l'Italia ha in Europa la più alta percentuale di medici e la più bassa percentuale di infermieri?

7) nelle emergenze (alluvioni, terremoti, ecc.) si ringraziano i volontari e le forze dell'ordine e mai gli infermieri?

Siamo forse i paria di questa società?

Inf. **Andrea Cavallero**

andreacavallero99@gmail.com

Spagna: una TV infermieristica con 6 canali tematici

Madrid, 3 novembre 2010. La comunità infermieristica spagnola annuncia la nascita di una InternetTv Infermieristica on demand, composta da ben 6 canali tematici quali: Attualità; Educazione sanitaria; Diritti e doveri; Sviluppo professionale; Video formazione; Cooperazione internazionale.
L'obiettivo è dare visibilità al valore sociale della professione infermieristica rivolgendosi direttamente ai cittadini oltre che agli stessi professionisti, mettendo al centro il problema salute in primo luogo.

Gli infermieri si rivolgono direttamente al pubblico diffondendo consigli e suggerimenti riguardanti l'assistenza sanitaria facendo conoscere al pubblico le grandi potenzialità della professione.
Il progetto è stato reso possibile grazie al sindacato infermieristico SATSE e la sua fondazione per lo sviluppo internazionale FUDEN.

www.enfermeriatv.es

USA: in aumento le aggressioni al personale sanitario

In un rapporto datato il giugno scorso della Joint Commission, l'organismo federale che accredita gli ospedali, si denuncia un pericoloso aumento dei casi di aggressioni al personale sanitario durante il servizio ma anche minaccie e aggressioni all'esterno. I dati contenuti nel database che tiene monitorato gli eventi sentinella si riferiscono al periodo 2007/2009.

Il settore sanitario, registra il più alto numero di casi di violenza subita sul posto di lavoro, ben il 45% dei due milioni di casi accaduti dal 1993.

Nel 2009, un rapporto dell'Emergency Nurses Association, riferisce che più della metà degli operatori sanitari dell'emergenza ha subito aggressioni di vario tipo tra cui, sputi in faccia, calci, spinte, pugni ed altro, ad opera non solo di ubriachi ma anche di disorientati, anziane signore nel post operatorio che graffiano o mordono al cambio di medicazione. Oltre agli insulti fisici poi vi sono anche quelli verbali e le minaccie di ritorsioni fuori dai luoghi di lavoro sostenute non solo da pazienti ma anche dai familiari.

Il fenomeno sta indubbiamente assumendo proporzioni più che preoccupanti e non solo in America. Stesse denuncie provengono anche dal sindacato infermieristico spagnolo, dall'Inghilterra, dalla Svezia, ecc.

In Italia le notizie di questo tipo sono all'ordine del giorno della cronaca locale ed a volte anche nazionale. La presenza h24 di forze di polizia potrebbe costituire un deterrente oltre che una sicurezza per il personale esposto.

Un corso di autodifesa organizzato dal SATSE spagnolo

NurSind

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche
Sede Legale: via Squartini, 3 - 56121 Ospedaletto - Pisa - Fax 050 3160049
www.nursind.it - nazionale@nursind.it

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o .....

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

Residente in via ..... N° .....

Città ....Prov. (.....) CAP _ _ _ _ _

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

Email: .....

Codice Fiscale .....

Qualifica .... Matricola .....

In servizio presso .....

si iscrive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AGRIGENTO	339 1548499	FORLI'	347 0379908	PESCARA	320 3134105
ALESSANDRIA	348 7730047	FROSINONE	340 8708765	PIACENZA	328 5744839
ANCONA	339 2221513	GENOVA	320 1561052	PISA	320 0826435
AREZZO	328 0479421	GORIZIA	339 3500525	PORDENONE	347 1174975
ASCOLI PICENO	347 6459027	LATINA	347 8465074	RAGUSA	393 9912052
ASTI	329 3342209	LECCE	347 3423464	REGGIO EMILIA	328 8219012
AVELLINO	333 1152288	LECCO	349 6441234	REGGIO CALABRIA	329 9283470
BARI	348 8231774	LIVORNO	320 0825291	RIMINI	338 2368798
BERGAMO	348 7368056	LUCCA	328 0596018	ROMA	333 4674814
BENEVENTO	347 0938303	L'AQUILA	333 4125508	ROVIGO	347 7672006
BOLOGNA	349 4657858	MACERATA	333 9697131	SALERNO	333 8429231
BRESCIA	328 8043717	MASSA-CARRARA	349 8455285	SASSARI	338 4386893
BRINDISI	333 1093968	MATERA	338 1489380	SIENA	338 8165127
CAGLIARI	349 4319227	MEDIO CAMPIDANO	347 1644078	SIRACUSA	380 4512768
CALTANISSETTA	380 4100516	MILANO	331 5643203	TERAMO	347 8841155
CAMPOBASSO	347 0733738	MODENA	340 3149340	TORINO	347 8122482
CARBONIA	329 1107560	MONZA	339 1935053	TRAPANI	347 4530823
CATANIA	328 3364828	NAPOLI	338 6268353	TREVISO	340 3402872
CATANZARO	320 4370271	NOVARA	347 3883671	TRIESTE	328 4614838
CHIETI	338 2561933	NUORO	339 6805023	UDINE	339 2397838
COSENZA	339 8124656	ORISTANO	338 4464589	VARESE	349 8474608
ENNA	333 6106527	PALERMO	338 9041690	VENEZIA	339 2754384
FERMO	348 3394773	PADOVA	346 0106154	VERCELLI	329 1110123
FIRENZE	389 9994148	PERUGIA	347 3912860	VERONA	329 9559578
FOGGIA	320 8811330	PESARO-URBINO	340 3774179	VICENZA	320 0650894

DIPENDE ANCHE DA TE!

NurSind e gli Infermieri:

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

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

www.nursind.it
nazionale@nursind.it