

# Infermieri anziani al lavoro... e i giovani disoccupati?



**C'è bisogno di  
passare la mano!**

**Nursind propone al Governo  
un ricambio generazionale!**

# sommario:

## attualità

- 04 - Incontro con il Ministro Lorenzin
- 05 - Nursind: occorre passare la mano
- 06 - La proposta PD sul patto generazionale
- 08 - Le due proposte si possono incontrare
- 09 - Come la pensano gli infermieri? I primi risultati del sondaggio
- 10 - Irricevibile per la categoria infermieristica il blocco del contratto
- 11 - La CGU CISAL ribadisce il proprio NO al blocco delle retribuzioni del pubblico impiego
- 12 - La Corte dei Conti sulla sanità 2012: forti tensioni sul fronte delle garanzie ai livelli di assistenza
- 14 - La Commissione di Inchiesta della Camera denuncia: Italia divisa tra sprechi e malasanità
- 16 - Professioni sanitarie in crisi In cinque anni gli occupati sono diminuiti dall'84 al 68%
- 16 - Cifre INAIL - Sicurezza in ospedale: gli infermieri «sovraccaricati»
- 17 - Assenze per malattia. Trend in discesa nelle aziende sanitarie
- 17 - Sanità: studio italiano, infermieri a rischio mal di schiena
- 18 - Infermieri di corsia più esposti al burnout
- 19 - Il sondaggio sulle aggressioni al personale sanitario
- 22 - Istituito il Coordinamento Nazionale Sanità Privata
- 22 - Sanità privata: accordo detassazione 2013
- 23 - Un "nuovo" medico e un "nuovo" infermiere
- 24 - I pazienti hanno più fiducia nelle infermiere piuttosto che nei medici
- 24 - Prescrizione infermieristica. L'Italia si adegua a direttiva Ue su assistenza transfrontaliera
- 26 - "Sos violenza sulle donne" il codice rosa per il triage nel pronto soccorso
- 26 - Pescara: Nursind incassa una sentenza a favore dei permessi ex. Art. 21
- 27 - Luca Benci ECM: obbligo per il professionista e doveri delle aziende
- 28 - Quella meritocrazia che non ti meriti
- 30 - Sardegna: coordinare o conteggiare i farmaci?
- 31 - La pulizia degli strumenti chirurgici in sala operatoria: aspetti logici e pratici
- 34 - Considerazioni sull'edilizia ospedaliera "moderna"

## dal territorio

- 36 - Arezzo: flash mob organizzato da Nursind causa mancanza piano ferie
- 36 - Asti Nursind a fianco dei Professionisti Infermieri dell'Ospedale Cardinal Massaia
- 36 - Bergamo: il nuovo PG23 stenta a decollare
- 38 - Caltanissetta: anche grazie all'impegno del Nursind, restituiti all'ASP nissena 40 posti letto di riabilitazione
- 38 - Bari - Ospedale Miulli: fallimento scongiurato grazie agli infermieri
- 39 - Cannizzaro: grazie allo stato d'agitazione Nursind, assunti 7 OSS
- 39 - Terremoto Emilia Romagna: Nursind chiede alla Regione di riconoscere l'impegno degli infermieri
- 40 - Firenze: le problematiche infermieristiche negli ospedali provinciali
- 41 - Imperia: l'ASL1 emula Versailles - Torna di moda il titolo di "Delfino"
- 42 - Latina: infermieri senza parcheggio. Nursind scrive al sindaco
- 42 - Lazio Esposto del Nursind alla Corte dei Conti per l'indebita erogazione Posizioni Organizzative
- 42 - Az. USL 2 di Lucca: Nursind denuncia disagi e criticità nell'assistenza
- 44 - Marche: Nursind sulla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale
- 45 - Cresce la Segreteria Provinciale di Messina
- 45 - Milano: la crisi del San Raffaele
- 46 - Foggia: su segnalazione del Nursind, revocato l'ordine di servizio che obbligava gli infermieri ad effettuare il trasporto delle salme
- 46 - FVG: la proposta del Nursind all'assessore alla Sanità
- 47 - Modena: serve l'infermiere di famiglia
- 47 - Nuoro gli infermieri l'asi ci nega pure le ferie
- 48 - Si rinnova la segreteria di Palermo
- 48 - Palermo: sulla nostra pelle
- 48 - Parma: nella rete Nursind un'altra Provincia
- 49 - Pescara: il giudice riconosce il tempo di vestizione e consegna
- 49 - Piemonte: momento critico per la sanità
- 50 - Pisa, Nursind a testa bassa contro l'azienda: tagli e sacrifici, ora basta!
- 50 - Pordenone: Mancano infermieri e quelli senza lavoro se ne vanno all'estero.
- 51 - Reggio Calabria: la denuncia del Nursind sulla situazione del 118
- 52 - Roma Ospedale San Carlo di Nancy: Padre Decaminada e gli infermieri
- 52 - Roma: pazienti intubati in corsia. La denuncia del Nursind
- 53 - Spallanzani: denuncia del Nursind all'Ufficio Provinciale del Lavoro Servizio Ispettivo
- 53 - Salerno: lo stand del 12 maggio
- 54 - Sassari: «Infermieri al collasso nel nuovo carcere di Bancali»
- 54 - Sicilia: Audizione Nursind in Regione - Quale sanità senza infermieri?
- 56 - Teramo: riconoscimento tempo di vestizione e sciopero della fame
- 56 - Varese: petizione Nursind per richiesta tichet
- 57 - Savona: colleghe del PS di Albenga avviano la Segreteria del Nursind

## normative

- 58 - Cassazione: medico reperibile non può rifiutare di recarsi in ospedale per urgenza
- 58 - Corte dei Conti: niente collocamento "a tappeto" degli infermieri in pronta disponibilità
- 58 - Cassazione: licenziabile il pubblico dipendente che lavora nell'azienda di famiglia
- 59 - Consiglio di Stato: no alla remunerazione di ferie non godute
- 59 - Consiglio di Stato: i requisiti per riconoscimento delle mansioni superiori
- 59 - Tribunale del Lavoro: l'Aspettativa per motivi di lavoro non può essere negata
- 59 - Consiglio di Stato: Mobbingsenza persecuzione, nessun risarcimento
- 60 - Corte di Cassazione - Penale: il diritto alla salute prevale su quello dell'obiettore di coscienza
- 60 - Cassazione Penale - Pazienti a rischio di caduta: configurabile il reato di omicidio colposo a carico degli infermieri
- 60 - Corte di Cassazione - Penale: concorso colposo tra infermiera e azienda produttrice
- 61 - Benci: abuso del social network in sanità

## formazione professionale

- 62 - Donazione e trapianto renale: il punto a 47 anni dal primo intervento...
- 63 - Crediti ECM anche tutti in FAD
- 63 - Valutazione delle caratteristiche meccaniche del pugno precordiale in emergenza

## lettere alla redazione

- 65 - Gli infermieri, la sanità laziale e il lavoro che non c'è più
- 65 - Al Sig. Direttore del Careggi di Firenze
- 66 - Il più grande spettacolo del mondo: il circo
- 66 - Il mio primo master
- 66 - Cosa fa un infermiere
- 67 - Un'esperienza con Emergency

## esteri

- 69 - Spagna: importante accordo tra SATSE ed il Ministero della Salute
- 70 - Un video che sta riscuotendo forte successo: "Se Florence oggi potesse vederci"

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

**Infermieristica Mente**  
 NURSIND  
 sindacando

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



La carta usata per questa rivista è realizzata con il 100% di maceri senza uso di cloro, certificata **BLAUE ENGEL RAL-UZ.72.**

# Il collasso del S.S.N.

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind



**“Io dico sempre: siamo stati degli eroi, tutti quanti. Lavorare senza stipendio è dura.”**  
*Gianvito infermiere IDI, intervista al Tg3*

La sanità, dimenticata nella campagna elettorale, nel programma di governo, nel volano delle prospettive di crescita è lasciata allo stesso destino di una nave alla deriva. È questa la sensazione che, come operatori sanitari, abbiamo del nostro futuro e del futuro di un SSN che dovrebbe essere maggiormente rafforzato proprio in questo periodo di crisi sociale.

La sanità privata – specialmente quella religiosa – è sempre più in crisi e ricerca accordi per la cassa integrazione per il personale al fine di scongiurare i licenziamenti. Complice la mancanza di sistemi di controllo esterni, alle sofferenze economiche derivanti dai minori finanziamenti statali si sono aggiunti casi di mala gestione che sono sfociati anche in arresti dei vertici delle strutture (vedi l'IDI di Roma e il San Raffaele di Milano). È questo il banco di prova più complesso per l'azione sindacale: nel privato accreditato molti colleghi devono subire licenziamenti e rivedere gli stipendi.

La sanità pubblica già da tempo raschia il barile con piani di rientro, tagli alle forniture di beni e servizi, blocco del turn over, ristrutturazione della rete ospedaliera con chiusura di interi reparti o ospedali. Per incentivare il personale a lavorare in queste continue riorganizzazioni che determinano spostamenti anche in diverse aree dove sono richieste ulteriori competenze, il governo ha “pensato bene” di prolungare il blocco della contrattazione già in vigore dal 2010 fino a tutto il 2014.

Il finanziamento del fondo sanitario nazionale si riduce, quest'anno, a 106,8 miliardi di euro contro i 107,8 dello scorso anno. Le regioni che mantengono i servizi per i cittadini fanno i conti con i mancati introiti derivanti dall'aumento delle esenzioni per i ticket (la perdita del lavoro ha ridotto i redditi e ha fatto aumentare le esenzioni) e continuano, in linea con le direttive nazionali, ad applicare misure cost-cutting quali il blocco del turn over e l'accorpamento di aziende e di funzioni.

Il paradosso della spendig review che prevede tagli a fronte di un'invarianza dei servizi inizia essere chiaro anche ai cittadini: non è per nulla evidente l'automatismo del “fare lo stesso con meno” e sempre più ci si accorge che il taglio delle risorse (strumentali e umane) sta producendo una proporzionale riduzione degli output e della capacità del sistema di soddisfare i bisogni di salute.

Anche i due rami del Parlamento, su tali difficol-

tà, hanno deciso di avviare due indagini conoscitive riguardanti la sostenibilità del nostro SSN.

Queste sono ancora in corso e allo stato attuale non è dato sapere se l'esito sarà una presa d'atto del rischio di collasso del SSN oppure se il Parlamento riterrà di dover agire con atti e provvedimenti che ne permettano il salvataggio e garantiscano ai cittadini un sistema universalistico delle cure.

Da parte nostra, come più volte ribadito, riteniamo che il momento di crisi possa essere anche un momento gravido di opportunità. È questo il tempo, secondo noi, in cui dovrebbe emergere il valore di quelle risorse interne al sistema che finora non sono state adeguatamente valorizzate. Su queste risorse bisogna investire ora dando loro la possibilità, anche normativa, di crescere al fine di sostenere il sistema pubblico con nuovo slancio.

Ci riferiamo ovviamente alla risorsa infermieristica, che ha un valore strategico in uno scenario totalmente cambiato rispetto agli anni '70. Oggi le prospettive sociali ed epidemiologiche parlano di cronicità e fragilità, di presa in carico assistenziale più che di cure.

L'invito al Parlamento e al Ministro della salute è di ampliare il raggio d'azione, di osare di più, di fornire alle professioni sanitarie non mediche la possibilità di sgravare la Medicina di quanto non necessario alla sua funzione. Per garantire un SSN sostenibile occorre demedicalizzare il sistema, far sì che ad occuparsi del management non siano i clinici, che le prescrizioni ripetibili e di alcuni presidi (pannoloni, sistemi per urostomie ed enterostomie, ecc.) non siano in carico ai medici, che la gestione dei traumi e delle lesioni minori siano prestazioni effettivamente a carico dell'infermiere. La gestione del paziente nel territorio non può essere totalmente a carico del medico il quale, al massimo, visita il paziente cronico una volta la settimana. Servono più infermieri per dare un maggiore (quotidiano e continuativo) e migliore servizio ai cittadini i quali non devono essere lasciati soli a gestire con le loro risorse economiche e umane non professionali (care giver) i familiari non autosufficienti. Solo in questo modo riusciremo a rendere sostenibile il SSN e a evitarne il collasso; diversamente l'universalità del nostro welfare sarà messa in discussione e nemmeno i costi standard riusciranno a contenerne le spese. Questa è la posizione che Nursind porterà già dai prossimi incontri ai tavoli di lavoro presso il ministero della salute.



Il Ministro Lorenzin ha convocato per un confronto i sindacati sulle problematiche del comparto Sanità.

## Nursind: incontro positivo, ma occorre concretizzare!

*Previsti tavoli di confronto entro settembre su libera professione, infermieri di famiglia, precariato, ordinistica, organizzazione del lavoro e governance del SSN*



La delegazione Nursind, composta dal Segretario Nazionale Andrea Bottega e da Daniele Carbocci del Direttivo Nazionale, nel ribadire l'esigenza di partire con il rinnovo contrattuale accoglie con favore la disponibilità di rivedersi già a settembre per trattare i problemi concreti che interessano l'organizzazione del lavoro e la governance del SSN.

Il Nursind, il sindacato rappresentativo degli infermieri, in occasione dell'incontro del 10 agosto 2013 presso il Ministero della Salute con il Ministro Lorenzin, il dott. Leonardi Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN e le sigle sindacali del comparto sanità ha ribadito la necessità di affrontare al più presto i seguenti punti che interessano una parte importante dei professionisti della sanità:

### Rinnovo del Contratto di lavoro:

la richiesta è di sbloccare il contratto già dal prossimo anno ma se ciò non fosse possibile c'è la disponibilità da parte sindacale di iniziare a discutere la parte normativa anche con valenza economica a partire dal 2015 in modo da avere certezza che la proroga del blocco non superi anche il 2014.

**Le professioni sanitarie non mediche** ed in genere le figure del comparto non debbono essere considerate "figlie di dio minore". Per loro si chiede **parità di trattamento in tema di libera professione, di creazione della figura dell'infermiere di famiglia** a garanzia della continuità assistenziale che presiede

l'assistenza territoriale (di particolare utilità per non far cadere tutto il peso assistenziale della cronicità e fragilità sulle famiglie già in difficoltà), **di non essere gli unici a pagare il conto delle riorganizzazioni delle strutture e delle unità operative**. Il momento di crisi che stiamo vivendo deve essere visto anche come un'opportunità per valorizzare le molte risorse presenti nel sistema in primis gli infermieri. Si attende ancora oggi il recepimento attraverso l'accordo stato-regioni del documento elaborato proprio dal Ministero della Salute e attualmente fermo al MEF, sulle competenze avanzate del personale infermieristico.

### Il problema della disoccupazione giovanile degli infermieri:

in Italia i dati OCSE confermano che ci sono troppi medici e pochi infermieri in rapporto al numero di abitanti. Così, a nostro parere, nel SSN **ci sono troppi dirigenti sanitari rispetto al personale sanitario non dirigente**. Urge superare il blocco del turnover ed investire sulla professionalità degli infermieri che possono benissimo **occupare spazi che oggi sono ancora coperti dalla dirigenza medica**, con notevole risparmio economico e valorizzazione del percorso formativo compiuto.

E' stato, inoltre, presentato al Ministro

un il documento sulla **possibilità per gli infermieri di anticipare l'età pensionabile** a fronte di una permanenza a part time degli ultimi anni di lavoro.

Su questi temi – ed altri proposti dalle altre sigle sindacali – il Ministro si è dimostrata aperta a ricevere proposte concrete di risoluzione dei problemi che affliggono il sistema. Attualmente l'impegno principale è rivolto alla soluzione del **problema delle specializzazioni e del precariato**.

Abbiamo con piacere accolto la dichiarazione di non aver pregiudizi sul tema della libera professione infermieristica e sull'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia (di cui abbiamo consegnato un documento) e la volontà di vigilare ed accelerare gli atti normativi sulla valorizzazione della professione (legge sull'ordinistica).

La promessa, a conclusione dell'incontro, è di proseguire la collaborazione con le rappresentanze dei lavoratori per la trattazione di singoli aspetti, già dai primi di settembre, che possano essere utili a migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e valorizzare le competenze acquisite nei percorsi formativi che molto spesso i professionisti si sono pagati di tasca propria.



L'intera categoria è in sofferenza:

## Occorre passare la mano!

*Nursind propone un patto generazionale, basato sul riconoscimento del lavoro usurante della professione, che equipari gli infermieri ai corpi militari dello stato, non penalizzi l'uscita anticipata dal lavoro e garantisca nuova occupazione ai neolaureati!*

*Di seguito, la proposta che Nursind ha avanzato durante l'incontro con il Ministro Lorenzin che si è riservato di valutare, riguardo al «Patto generazionale» tra infermieri anziani e giovani.*

**Alla Cortese attenzione del Presidente Consiglio dei Ministri  
Ministro del Lavoro e Politiche Sociali  
Ministro della Pubblica Amministrazione e Semplificazione  
Ministro dell'Economia e Finanze  
Ministro della Salute  
Gruppi Parlamentari di Camera e Senato**

### **PROPOSTA DI MODIFICA DELLA RIFORMA DELLE PENSIONI PER UN MAGGIORE IMPIEGO DI GIOVANI INFERMIERI NEL MONDO DEL LAVORO**

#### **Premessa**

Dal 30 settembre 1996 è prevista per i pubblici dipendenti la possibilità di poter andare in pensione a part time e di proseguire l'attività lavorativa. Ciò è stabilito dai commi da 185 a 189 dell'art. 1 della legge n. 662/1996.

La trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno in rapporto a tempo parziale è ammessa ad alcune condizioni:

1. Il dipendente interessato deve essere in possesso dei requisiti di età e di anzianità contributiva per accedere al trattamento di pensione;
2. Nella struttura di appartenenza non sussistono situazioni di esubero nella qualifica funzionale posseduta dallo stesso;
3. Le prestazioni a tempo parziale siano fissate in misura non inferiore al 50% dell'orario a tempo pieno;
4. Il rapporto di lavoro divenuto a tempo parziale non può essere trasformato a tempo pieno;
5. La trasformazione è possibile nei limiti dei contingenti massimi di rapporti a tempo parziale previsti da leggi o da contratti collettivi nazionali di lavoro.

La norma è stata introdotta al fine di incentivare l'assunzione di nuovo personale. È chiaro che stanti queste condizioni sono pochi coloro che hanno pensato di avvalersene.

#### **La "staffetta generazionale" per la categoria infermieristica**

Per far fronte al preoccupante problema della disoccupazione giovanile il

Governo ha recentemente proposto la cosiddetta "staffetta generazionale", un progetto basato sull'idea che il lavoro giovanile e quello dei lavoratori all'età della pensione siano in qualche modo sostituiti. Secondo questo principio, quindi, incentivare il part time dei lavoratori anziani per favorire le assunzioni di giovani oppure rendere leggermente più flessibile l'età di uscita dal mercato del lavoro verso la pensione risolverebbe il problema occupazionale dei giovani senza troppo impattare negativamente sugli anziani.

La proposta ha scatenato la reazione di molti economisti oltre ad essere oggetto di discussione tra i politici. A nostro avviso la "staffetta generazionale" potrebbe essere utile in Italia, in un Paese con una crescita al lumicino da quasi un ventennio con tassi di inattività e di disoccupazione alti soprattutto tra i giovani. La staffetta può essere utile anche agli anziani; per molti di loro la fuoriuscita graduale dal mercato del lavoro apre delle possibilità e amplia il ventaglio delle scelte personali. Non si può ignorare che rimanere al lavoro controvoglia, in attesa dei requisiti di pensionamento, si traduce spesso in una produttività bassa o nulla a fronte di alti costi del lavoro per il datore di lavoro privato o pubblico.

Il personale infermieristico in quest'ottica deve essere considerato nella sua peculiarità, una categoria

a sé stante. **È inconcepibile ritenere che un infermiere dopo molti anni di lavoro con turni di notte possa a 60 anni di età espletare le sue mansioni con la stessa capacità professionale e forza fisica del trentenne o quarantenne.** Si ritiene quindi doveroso che il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, nel porre mano alla riforma Fornero, **preveda per questa categoria di lavoratori una uscita agevolata senza alcuna penalizzazione come per il personale appartenente al comparto di sicurezza, difesa e soccorso pubblico (anni 57 e 3 mesi di età e 35 anni di contributi).**

Di prevedere altresì il mantenimento dell'istituto della pensione a part time apportando sostanziali modifiche e sopprimendo in particolare alcune clausole vessatorie a p p e t i b i l e detto pensionamento.

L'istituto tutto, si adat-

del part time, oltre bene all'interno di una categoria composta per l'80% da donne. Questa possibilità a i u t e r e b b e l'occupazione femminile e ne concilierebbe maggiormente i tempi di vita e la compatibilità con i carichi familiari.

Inoltre, si aiuterebbero le Amministrazioni Pubbliche nella gestione di quella parte



**Il testo della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica"**

**185.** Con effetto dalla data del 30 settembre 1996, al fine di incentivare l'assunzione di nuovo personale, ai lavoratori in possesso dei requisiti di età e di contribuzione per l'accesso al pensionamento di anzianità, di cui alla tabella B allegata alla legge 8 agosto 1995, n. 335, dipendenti da imprese, può essere riconosciuto il trattamento di pensione di anzianità e, in deroga al regime di non cumulabilità di cui al comma 189, il passaggio al rapporto di lavoro a tempo parziale in misura non inferiore a 18 ore settimanali. La facoltà di cui al presente comma è concessa, previa autorizzazione dell'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione, ferme restando le decorrenze dei trattamenti previste dall'ordinamento vigente, a condizione che il datore di lavoro assuma nuovo personale per una durata e per un tempo lavorativo non inferiore a quello ridotto ai lavoratori che si avvalgono della predetta facoltà. A questi ultimi l'importo della pensione è ridotto in misura inversamente proporzionale alla riduzione dell'orario normale di lavoro, riduzione comunque non superiore al 50 per cento. La somma della pensione e della retribuzione non può in ogni caso superare l'ammontare della retribuzione spettante al lavoratore che, a parità di altre condizioni, presta la sua opera a tempo pieno.

**186.** L'impresa che si avvale della facoltà di ricorso al lavoro a tempo parziale di cui al comma 185 deve dare comunicazione ai competenti istituti previdenziali e all'ispettorato provinciale del lavoro della stipulazione dei contratti e della loro cessazione.

**187.** Con decreto del Ministro per la funzione pubblica, di concerto con il Ministro del tesoro, sono emanate le necessarie norme regolamentari per la definizione dei criteri e delle modalità applicative di quanto disposto al comma 185 nei confronti del personale delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. In ogni caso nell'ambito delle predette amministrazioni pubbliche si prescinde dall'obbligo di nuove assunzioni di cui al medesimo comma 185.

rilevante (mediamente il 20% della dotazione organica) di personale infermieristico **che per l'usura non può essere più impegnata nell'assistenza diretta** perché oggetto di esono oppure di passaggio a diverse mansioni.

Ricordiamo che l'incentivazione a rapporti di lavoro flessibili e al part time risultano essere tra gli impegni che l'Italia ha preso nei confronti delle istituzioni europee per un cammino verso la crescita.

Infine, come sottolineano i dati OCSE, in Italia ci sono più medici rispetto agli altri paesi industrializzati e meno infermieri. Rideterminare le dotazioni organiche aumentando la figura infermieristica, alla luce anche delle recenti competenze avanzate risultanti dal lavoro svolto dal Ministero della Salute,

riqualificherebbe la spesa per il personale del SSN, darebbe soluzione all'enorme forza lavoro infermieristica disponibile nel mercato e potrebbe compensare la carenza di personale medico che si sta delineando, allineandoci agli altri paesi industrializzati.

Tutto ciò, tra l'altro, produrrebbe un minor costo del personale a carico del bilancio pubblico.

Per quanto sopra descritto si propone, dunque, di agevolare la "staffetta generazionale" per il personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Segretario Nazionale NurSind  
Dr. Andrea Bottega

Roma, 19 lu. 2013



**La proposta del PD per un «patto generazionale»:  
Passare in part time gli ultimi tre  
anni di carriera**

*senza perdere i contributi, ma mantenendo gli attuali requisiti pensionistici*

Pubblichiamo di seguito il testo del Ddl ai sensi dell'art. 121 della Costituzione (disegno di legge promosso da un Consiglio Regionale), presentato il 17 giugno dal Cons. Reg. piemontese N. Boeti (PD) ma ancora non depositato in Parlamento, dove approderà con tutta probabilità in autunno sostenuto anche dalle firme di altri senatori tra cui la Presidente della Federazione IPASVI A. Silvestro.

Nel presentare l'iniziativa, i relatori hanno sostenuto che: "L'invecchiamento della popolazione lavorativa è un fenomeno ormai palesemente ed evidentemente diffuso. Le conseguenze che tale fenomeno produce, impattano in maniera diversa in relazione

alla tipologia della professione osservata e delle prestazioni e funzioni che tale professione garantisce alla collettività. È palese che la numerosità degli infermieri operativi over 60anni (23.351), unita all'innalzamento dell'età media della popolazione infermieristica e alla particolare e delicata tipologia delle funzioni e prestazioni erogata diuturnamente dagli infermieri, pone un problema rilevante sia in termini di 'tenuta del sistema assistenziale' sia per l'efficienza e la qualità del processo diagnostico.

A fronte di quanto sopra evidenziato, anche per effetto delle limitazioni del turnover in molte regioni, spesso nei concorsi pubblici per l'assunzione di infermieri, vi è una

## Il Ddl. del Cons. Reg. N. Boeti, (PD) sul «Patto generazionale»

### Art. 1 (Finalità)

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale nella professione infermieristica e di sostenere l'occupazione giovanile, la presente legge prevede incentivi tesi a favorire il passaggio a contratto a tempo parziale di infermieri con età anagrafica superiore a 55 anni (infermieri senior) e la contestuale assunzione di giovani infermieri (infermieri junior) non occupati.

### Art. 2 (Definizioni)

1. Ai fini della presente legge, sono definiti "infermieri senior" gli infermieri che abbiano superato i 55 anni di età.

2. Ai fini della presente legge, sono definiti "infermieri junior" gli infermieri di età inferiore ai 30 anni disoccupati o inoccupati.

### Art. 3 (Incentivi)

1. Gli incentivi di cui al comma 3 sono riconosciuti, nei limiti delle risorse disponibili, qualora si verifichino le seguenti condizioni:

a) l'"infermiere senior", cui manchino non più di 36 mesi alla maturazione dei requisiti pensionistici, accetti volontariamente una riduzione dell'orario di lavoro non superiore al 50% delle ore lavorate;

b) a fronte di tale riduzione, il datore di lavoro, pubblico o privato, assuma con contratto di lavoro a tempo indeterminato un "infermiere junior" per un numero di ore non minore rispetto a quelle diminuite dall'"infermiere senior"; tale condizione deve permanere sino alla maturazione dei requisiti pensionistici

quantità di partecipanti sproporzionata rispetto ai posti a disposizione.

Gli effetti sono molteplici: la difficoltà dei giovani infermieri a trovare lavoro, la mancata inversione di tendenza rispetto al progressivo invecchiamento della forza professionale in un ambito lavorativo delicato, l'aumento del peso lavorativo in una professione già soggetta al burn out, laddove sarebbe invece necessario, anche a vantaggio della qualità del servizio un graduale e costante ricambio generazionale.

La presente proposta, che riprende alcune azioni sperimentali in atto o in fase di avvio in alcune regioni italiane con un costo contenuto (l'integrazione dei contributi per l'infermiere "senior" vicino alla pensione

dell'"infermiere senior";

c) l'"infermiere senior" svolga una funzione di mentore a favore dell'"infermiere junior";

d) sia previsto, da parte dell'azienda, un percorso di inserimento a favore dell'infermiere junior;"

2. Gli incentivi di cui al comma 3 sono attivati attraverso la sottoscrizione di un "patto intergenerazionale" controfirmato da "infermiere senior", "infermiere junior", azienda e rappresentanze sindacali, previa attestazione dell'INPS circa la sussistenza, per l'"infermiere senior", dei requisiti di cui al comma 1 lettera a).

3. Qualora si verifichino le condizioni di cui ai commi 1 e 2, all'"infermiere senior" è riconosciuta l'integrazione contributiva sino all'importo corrispondente all'orario di lavoro svolto precedentemente alla riduzione, sino alla maturazione dei requisiti pensionistici.

### Art. 4 (Promozione della staffetta generazionale)

1. Le strutture sanitarie pubbliche, pri-

che diminuisce il proprio orario di lavoro per far spazio ad un infermiere "junior" senza conseguenze sull'ammontare dei contributi pensionistici), determina i seguenti benefici:

1. contrasto alla disoccupazione giovanile;

2. ingresso di forza lavoro giovane, motivata e preparata a beneficio degli assistiti e dell'organizzazione sanitaria;

3. percorso di uscita "morbido" dal lavoro per infermieri "senior" con:

- riconoscimento della loro pregressa esperienza,

- valorizzazione delle competenze da loro maturate attraverso lo svolgimento della funzione di mentore".

vate e private convenzionate avviano, in collaborazione con l'INPS, una ricognizione circa la forza lavoro infermieristica con le caratteristiche di cui all'articolo 2, comma 1 ed adottano, di concerto con le rappresentanze sindacali, piani di informazione volti a diffondere tra i potenziali destinatari, la conoscenza dell'opportunità offerta dalla presente legge.



Dott. Nino Boeti

Le due proposte a confronto

|   | Proposta del PD   | Proposta del NurSind   |
|---|---|--|
| Si va in pensione?  | NO  | SI<br>(ma si continua a lavorare in part time)   |
| Come si viene retribuiti?                                       | Come un part time al 50%  | Lo stipendio è garantito per metà dall'INPS e per metà dall'azienda                    |
| Il soggetto ha una perdita economica?                           | SI<br>(poco meno della metà dello stipendio)  | SI<br>(solo per una minima quota relativa al valore della pensione)                    |
| C'è un costo aggiuntivo per lo Stato?                           | NO  | SI<br>(l'anticipo della pensione a partire dai 57 a. )                                 |
| E' obbligatorio continuare a lavorare?                          | SI  | SI   |
| E' obbligatoria l'assunzione di nuovo personale per le aziende? | SI<br>(l'inf. senior deve fare da mentore all'inf. junior)  | SI<br>(la norma deve obbligare le aziende ad assumere 1 inf. ogni 2 pensionati)        |
| Necessita di ratifica del CCNL?                                 | SI<br>(in quanto va a toccare il fondo delle fasce)   | SI<br>(è necessario liberalizzare la quota dei part time oltre il limite del 25 e 35%) |
| Si danneggia il fondo delle fasce?                              | SI<br>(i risparmi sulla quota delle fasce lasciate dai pensionati potrebbero essere utilizzati per pagare i contributi) | NO   |
| Requisiti anagrafici  | Gli ultimi 36 mesi dalla pensione secondo le regole attuali   | 57 anni e 3 mesi   |
| Viene riconosciuta l'usura professionale?                       | NO  | SI   |
| Tipologia di part time richiesto                                | Dal 50 % in su  | Dal 50 % in su   |

## Le due proposte si possono incontrare

*Occorre che si superino vincoli di legge e contrattuali e che venga riconosciuto il lavoro usurante agli infermieri.*

Entrambi le proposte presentano aspetti positivi per i soggetti coinvolti (lo Stato da una parte e gli Infermieri dall'altra) ma dovrebbero potersi integrare al meglio evitando possibili scontri e favorendo la conciliazione.

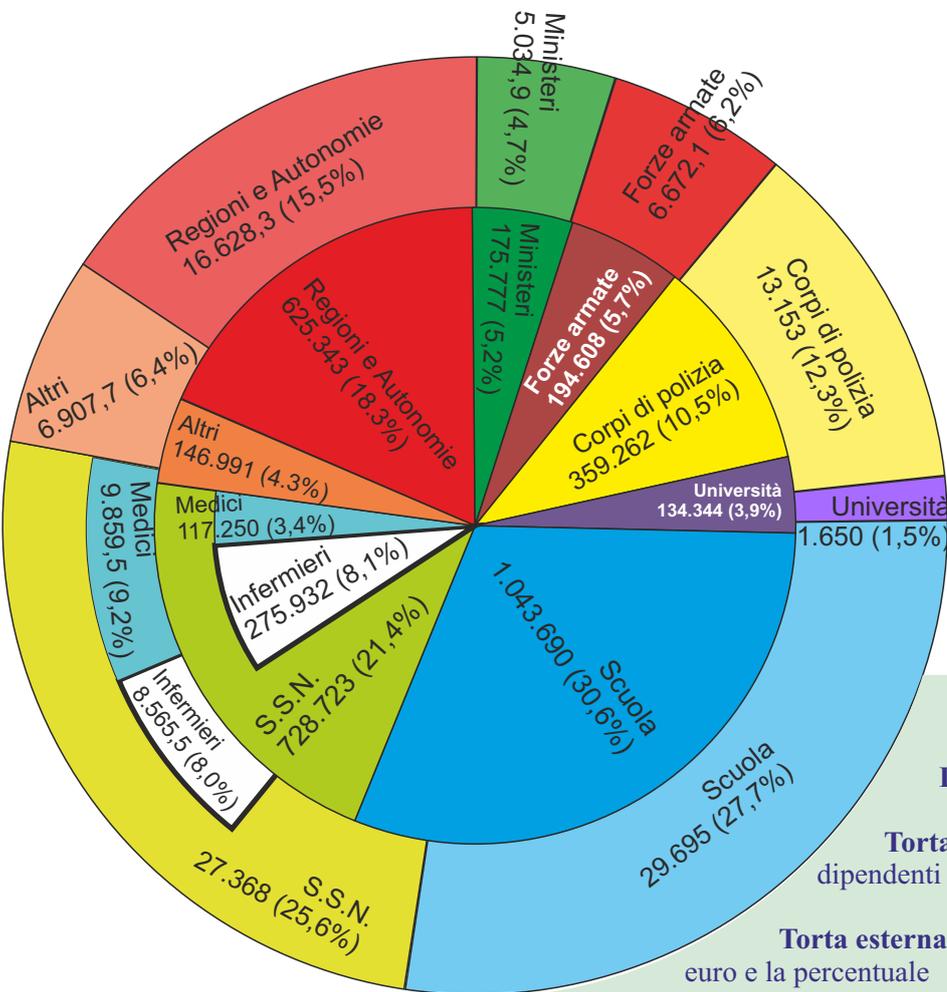
**Il Ddl. di Boeti non riconosce alla nostra professione l'usura**, tematica da sempre a cuore degli infermieri, di cui Nursind se n'è fatto promotore in numerose occasioni ed anche presentando, nel 2004, 20.000 firme al governo in cui si richiede-

va il riconoscimento di professione usurante ed i conseguenti benefici di legge. Questa evidenza è incontrovertibile e sostenuta ormai anche da studi internazionali ed italiani (vedi gli articoli dedicati su questo numero della rivista). Con acuta furbizia è stato fatto loro lo scherzetto di escluderli dal contingente dei lavoratori notturni a cui si concedeva uno sgravio pensionistico fino a tre anni, se avessero dimostrato di fare più di 64 notti l'anno per 10 anni consecutivi. A causa del conteggio

del mese di ferie in cui non fanno le notti, non rientrano nei parametri richiesti.

E' necessario pertanto che sia definito per legge che **gli infermieri siano equiparati**, dal punto di vista del trattamento pensionistico, **ai corpi militari dello Stato a cui è concessa l'uscita anticipata dal servizio con 57 anni di età e 35 anni di contributi**. Questi ultimi constano di 517.414 unità (il 15,2% dei dip. pubbl.) contro i 275.932 infermieri del S.S.N. (l'8,1% dei dip. pubbl.).

Il Ddl. Boeti viene incontro alla loro usura verso la fine della carriera concedendo di passare in part time senza perdere i contributi, ma dimezzando loro lo stipendio per tre anni. **E' francamente chiedere troppo! A nessuno dei dipendenti pubblici viene fatto questo "regalino" a fine carriera. Anzi!** Si rende pertanto necessario trovare una soluzione più realistica, alla quale lo stesso governo aveva già pensato nella finanziaria del 2006: retribuire quasi al 100% il personale che negli ultimi tre anni si rende disponibile a lavorare in part time al 50%, pagandolo per metà con la pensione e per metà con il lavoro. Si tratta comunque di un risparmio anche per le casse dello Stato visto che si continua a sfruttare il lavoro di chi meriterebbe la pensione, ma anche di un vantaggio per favorire l'occupazione, ringiovanire il personale d'assistenza e contribuire a rilanciare l'economia.



**Cosa fanno e quanto costano i 3.408.738 DIPENDENTI PUBBLICI IN ITALIA**

**Torta interna:** il numero e la percentuale dei dipendenti pubblici nei vari comparti.

**Torta esterna:** la spesa per gli stipendi in milioni di euro e la percentuale

Tabella 1.

### Il costo delle fasce e dei contributi previdenziali

|                       | A<br>valore della fascia | B<br>retribuzione individuale di anzianità | A + B       | C<br>Differenza sulla fascia D0 | D<br>Differenza sulla fascia D0 su part time 50% | E<br>contributi previdenziali annui | F<br>contributi previdenziali annui su part time 50% | D - F<br>Risparmio dopo aver sottratto i contributi al 100% |
|-----------------------|--------------------------|--|-------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|---|
| Infermiere senior D6  | € 26.800,30              | € 1.212,36                                 | € 28.012,66 | € 5.918,78                      | € 2.959,39                                       | € 4.159,88                          | € 2.079,94   | € 879,45  |
| Infermiere senior D5  | € 25.864,43              | € 1.212,36                                 | € 27.076,79 | € 4.982,91                      | € 2.491,46                                       | € 4.020,90                          | € 2.010,45   | € 481,00  |
| Infermiere senior Ds6 | € 29.550,18              | € 1.212,36                                 | € 30.762,54 | € 8.668,66                      | € 4.334,33                                       | € 4.568,24                          | € 2.284,12   | € 2.050,21  |
| Infermiere senior Ds5 | € 28.380,22              | € 1.212,36                                 | € 29.592,58 | € 7.498,70                      | € 3.749,35                                       | € 4.394,50                          | € 2.197,25   | € 1.552,10  |
| Infermiere junior D0  | € 22.093,88              | € -  | € 22.093,88 | € -                             | € -  | € 3.280,94                          | € -  | € -   |

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Requisito indispensabile che la norma dovrà contenere sarà l'**eplicita dichiarazione che ogni due pensionati venga assunto un giovane infermiere**, come indicato nel Ddl. Boeti, ma senza obbligare le aziende a dover rispettare quella complicata soluzione del "mentore" che fossilizzerebbe sia l'organizzazione aziendale che l'apprendimento dei neoassunti.

Occorrerà poi che i sindacati rappre-

sentativi modifichino il CCNL incorporando gli effetti del Ddl. In particolare **si dovrà intervenire sulla norma dei fondi contrattuali (art. 31)** specificando che il valore delle fasce maturate dal dipendente che sceglie il pensionamento anticipato ed il part time, servirà per coprire il costo dei contributi previdenziali fino a coprire il 100% della contribuzione, evitando in questo modo di gravare sul bilancio delle

aziende (vedi la tabella n.2).

**La strada per giungere ad una soluzione è percorribile.** Invitiamo i sindacati, il Governo, il PD e le forze politiche a riflettere su queste argomentazioni. Lo strumento legislativo ideale sarebbe la finanziaria di fine anno, dove poter collocare le nuove disposizioni in materia di "Patto generazionale" tra infermieri.

## Come la pensano gli infermieri?

# I primi risultati del nostro sondaggio

*C'è una forte aspettativa per un'uscita agevolata dal lavoro, anche a costo di rimetterci parte dello stipendio*

In pieno agosto abbiamo sottoposto un sondaggio per conoscere l'orientamento della categoria di fronte alla possibilità di passare in part time gli ultimi 3 anni di carriera. Al momento della chiusura della rivista, il sondaggio è ancora attivo con 1.515 risposte e lo resterà nei prossimi mesi su [www.nursind.it](http://www.nursind.it) consentendo ai ritardatari di dare il loro contributo. I dati che possiamo anticipare sono quindi riferiti a quel campione.

Il sondaggio dal titolo "Patto generazionale tra infermieri senior e junior" poneva questa premessa:

«Negli ultimi anni si assiste ad un'inversione di tendenza del fenomeno dell'emergenza infermieristica. La carenza di personale persiste nelle dotazioni organiche ma a fronte di una ormai dilagante disoccupazione giovanile infermieristica. Ai concorsi pubblici per qualche decina di posti si presentano migliaia di candidati in cerca di occupazione. L'allungamento dell'età pensionabile, specie per le donne, affatica pesantemente gli ultimi anni di lavoro e di assistenza, a fronte dell'aumento dei carichi di lavoro e dello stress conseguente. Un Disegno di Legge da presentare alla Camera prevede un "Patto generazione" tra infermieri senior ed infermieri junior, per dare lavoro ed occupazione ai giovani infermieri e consentire un'uscita graduale dal lavoro agli infermieri prossimi alla pensione. Per questi ultimi il Ddl prevede la possibilità di scegliere di passare al part time negli ultimi tre anni di lavoro, mantenendo il 100% dei contributi previdenziali e quindi senza perdere il valore della pensione. Questo sondaggio ha lo scopo di verificare la concretezza di tale proposta, ed in particolare se vi siano infermieri senior disposti a rinunciare a poco meno della metà dello stipendio passando al part time tre anni prima di andare in pensione. Si ringrazia tutti i colleghi per la fattiva collaborazione.»

La prima domanda era:

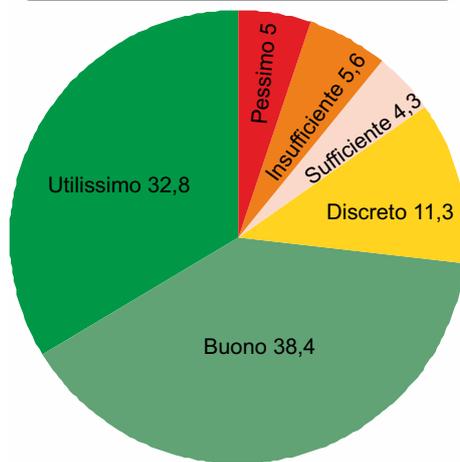
### 1. Ce la fai a sostenere i ritmi attuali di lavoro?

|            |       |
|------------|-------|
| Si         | 26,4% |
| Abbastanza | 31,4% |

|                    |       |
|--------------------|-------|
| Appena sufficiente | 26,9% |
| No                 | 13,1% |

Il dato si acuisce filtrando le risposte degli over 30 anni di lavoro che per il 52,4% non ce la fa o lo sopporta appena, a prescindere dal sesso, ma se lo si chiede ai turnisti si raggiunge il 64% contro il 44,1% dei giornalieri. Gli stessi turnisti volano al 78,2% se lavorano in S.O. contro il 27,3% se invece hanno meno di 10 anni di servizio (in questo caso nessuno ha dichiarato di non farcela più). Cifre drammatiche che dimostrano l'invecchiamento della categoria e la necessità del passar la mano.

11. A prescindere dalla tua scelta personale circa l'opportunità di questo Disegno di Legge, come lo valuti dal punto di vista sociale?



### 2. Saresti disposto a passare in part time al 50% negli ultimi tre anni di servizio prima dell'età pensionabile a patto che il valore della pensione non subisca una perdita?

|              |       |
|--------------|-------|
| Si           | 65,7% |
| Sono incerto | 17,8% |
| No           | 16,3% |

Le risposte alla domanda principale del sondaggio dimostrano che c'è comunque una forte aspettativa ad allentare il carico di lavoro verso fine carriera anche a costo di una riduzione del 50% dello stipendio. Si deve tener conto che il dato sarebbe maggiore tenendo conto che una parte già si ritrova in part time. La richiesta maggiore è sostenuta dai colleghi del nord

con i si al 70,1% che calano al 57% al sud e isole. Non fa differenza se turnisti o giornalieri. Raggiungono però il 70% nel caso delle degenze contro il 57,2 degli ambulatori. Le femmine rispondono sì per il 69,7% contro i maschi al 59,2%.

### 3. Se hai risposto Sì alla precedente domanda, quanto saresti contento di poter usufruire di tale opportunità?

|                |       |
|----------------|-------|
| Molto contento | 49,2% |
| Contento       | 17,6% |
| Così così      | 6,0%  |
| Per niente     | 4,6%  |

Le femmine sarebbero contente per il 71,8% contro i maschi al 61,9%, con un'aspettativa superiore al nord per le femmine che raggiunge il 76% contro il 63,4 del sud. I maschi del sud sarebbero contenti solo per il 53,2%.

### 4. Se hai risposto No alla seconda domanda, è perché:

|  |      |
|--|------|
| Non posso permettermi uno stipendio dimezzato          | 80%  |
| Preferisco finire la carriera nelle condizioni attuali | 4,6% |
| Sopporto ancora bene il carico lavorativo              | 5,5% |
| Altro  | 9,9% |

La motivazione economica è nettamente prevalente sulle altre motivazioni ed il fatto che solo 5,5% dichiara di sopportare ancora bene il proprio carico lavorativo conferma l'usura di gran parte della forza lavoro tra la categoria infermieristica.

### 5. Vista la forte disoccupazione tra i giovani infermieri, saresti disposto a dare un tuo contributo per risolverla?

|              |       |
|--------------|-------|
| Si           | 66%   |
| non so       | 22,9% |
| No           | 9,9%  |
| Non risponde | 1,2%  |

2 infermieri su tre, senza alcuna differenza di genere, sarebbero disposti a fare qualcosa per risolvere il problema della disoccupazione giovanile. E' un dato che ci rassicura e sul quale il sindacato potrà chiamare alla mobilitazione la base infermieristica.

Il Governo ha annunciato la proroga del blocco dei contratti fino al 2015

## Irricevibile per la categoria infermieristica!

*Nursind prevede un autunno caldo per la sanità pubblica*

Pubblichiamo il comunicato stampa della Direzione Nazionale lanciato a seguito della notizia delle intenzioni del governo di prorogare i contratti del pubblico impiego.

Il Nursind, il sindacato rappresentativo degli infermieri, prende atto della volontà del Governo di utilizzare il sistema delle proroghe per la gestione di questo lungo periodo di crisi economica.

**Se tale sistema d'azione fosse adottato anche dai pubblici dipendenti ai principali servizi dello Stato (sanità, scuola, difesa), questi dovrebbero essere bloccati al 2009, anno in cui sono scaduti i contratti, e nessuna riforma potrebbe trovare posto.**

Il servizio sanitario e la riforma Balduzzi dovrebbero restare norme sulla carta ("rinnovata solo la parte normativa ma non la valenza economica" come per i contratti) visto che anche gli stipendi degli infermieri dal 2009 non hanno più avuto un adeguamento.

**Alcuni valori economici di voci salariali non solo**

**incentivo?**

I dipendenti pubblici calano e gli stipendi si bloccano.

"Dall'azione del Ministro Brunetta in poi, i dipendenti pubblici hanno solamente subito inasprimenti dei poteri datoriali, riduzione dei margini di contrattazione e blocchi economici.

**Agli infermieri per contro sono state chieste maggiori competenze, maggiori flessibilità, di aumentare la quantità di prestazioni, di non diminuire la qualità delle stesse e di giustificare le liste di attesa per gli esami, per gli interventi chirurgici, per l'accesso al pronto soccorso, per i tempi di ricovero, per la mancanza di posti letto, per i disagi derivanti dalle riorganizzazioni e dagli accorpamenti di unità operative.**

Come Nursind, ci coordineremo con le altre federazioni sindacali della CGU-CISAL per evidenziare agli organi governativi il disagio insopportabile che i servitori della Nazione continuano a subire.

| Quanto varrebbero oggi gli stipendi secondo la rivalutazione ISTAT |            |            |            |            |                   |            |            |
|--|------------|------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|
|  | 1985       | 1990       | 1995       | 2000       | 2005              | 2010       | 2013       |
| Stipendio  | € 591,84   | € 837,79   | € 998,99   | € 1.363,61 | € 1.702,61        | € 1.736,14 | € 1.743,83 |
| Rivalutazione ISTAT  | € 1.525,17 | € 1.621,13 | € 1.515,22 | € 1.816,32 | <b>€ 2.022,70</b> | € 1.878,35 | € 1.751,72 |
| Perdita mensile  | -€ 218,66  | -€ 122,70  | -€ 228,61  | € 72,49    | <b>€ 278,87</b>   | € 134,52   | € 7,89     |

**hanno ancora una trasposizione del valore in lire ma sono addirittura antecedenti gli anni '90 (sono cioè fermi da più di 20 anni).**

**Cosa si può chiedere a questo personale laureato che da più di 10 anni non ha avuto nemmeno un misero scatto retributivo di 50 euro lorde?**

**Cosa si può dire agli infermieri che tengono aperte le strutture 24 ore al giorno e garantiscono assistenza qualificata ad un valore economico di poco superiore a quello delle badanti?**

**Cosa si può pretendere da questo personale che ha provveduto a spese proprie alla formazione post base senza vedersi riconosciuto nessun nuovo inquadramento o**



| Ricalcolo delle indennità se fossero rivalutate agli indici ISTAT |                     |                 |          |                     |            |                 |
|---|---------------------|-----------------|----------|---------------------|------------|-----------------|
| indennità   | Anno di istituzione | Unità di misura | valore   | rivalutazione ISTAT | differenza | perdita mensile |
| tbc*  | 1953                | giornaliera     | € 0,15   | € 4,87              | € 4,72     | € 122,59        |
| rischio radiologico   | 1988                | mensile         | € 103,29 | € 224,76            | € 121,47   | € 121,47        |
| pronta disponibilità  | 1990                | giornaliera     | € 20,66  | € 39,97             | € 19,31    | € 115,87        |
| notturna  | 1990                | oraria          | € 2,74   | € 4,50              | € 1,76     | € 84,48         |
| T.I. - S.O. - Dialisi   | 1995                | giornaliera     | € 4,13   | € 6,27              | € 2,14     | € 55,60         |
| Mal. Infettive  | 1995                | giornaliera     | € 5,16   | € 7,83              | € 2,67     | € 69,30         |
| Giornalieri su 12 h   | 1990                | giornaliera     | € 2,07   | € 3,50              | € 1,43     | € 37,18         |
| festiva   | 1990                | giornaliera     | € 17,82  | € 29,98             | € 12,16    | € 36,48         |
| turno su 24 h   | 1995                | giornaliera     | € 4,49   | € 6,66              | € 2,17     | € 39,06         |
| prof. Specifica   | 1995                | mensile         | € 764,36 | € 1.159,53          | € 395,17   | € 30,40         |
| CS giornata   | 1995                | mensile         | € 25,82  | € 39,17             | € 13,35    | € 13,35         |
| ADI e Sert  | 2003                | giornaliera     | € 5,16   | € 6,35              | € 1,19     | € 30,94         |

(\*) Soppressa dalla Legge 133 del 6 agosto 2008 Art. 24. Taglia-leggi dell'ex Min. Calderoli

# La CGU CISAL ribadisce il proprio NO al blocco delle retribuzioni del pubblico impiego

Alle Federazioni: **GILDA, UNAMS, NURSIND, CSA della CISAL Università, CSA Regioni Autonomie Locali, FILP Cisl FPC.**

In data 23 maggio 2013 la CGU CISAL ha tenuto, unitamente alle altre confederazioni del pubblico impiego, una audizione presso la I<sup>a</sup> Commissione – Affari Costituzionali del Senato relativa a due schemi di D.P.R. Più precisamente sono stati presi in esame:

- **l'Atto di Governo n. 7** “schema di decreto del Presidente della Repubblica recante regolamento in materia di riorganizzazione della presenza dello Stato sul territorio”

- **l'Atto di Governo n. 9** “schema di decreto del Presidente della Repubblica recante regolamento in materia di **proroga del blocco della contrattazione e degli automatismi stipendiali per i pubblici dipendenti**”.

La CGU CISAL ha espresso parere contrario alla approvazione di entrambi i provvedimenti.

Per quanto concerne l'atto n. 9 di più diretto impatto per le categorie rappresentate ricordiamo che esso prevede:

1. proroga del blocco del trattamento economico individuale sino al 31.12.14
2. proroga della riduzione delle indennità per uffici di diretta collaborazione dei ministri e blocco della soglia massima di trattamento economico complessivo per i titolari di incarichi dirigenziali
3. proroga blocco delle risorse complessive designabili al trattamento accessorio dei pubblici dipendenti sino al 31.12.14;
4. proroga blocco dei meccanismi di progressione stipendiale dei pubblici dipendenti sino al 31.12.14 (è sottratto il personale della magistratura);
5. blocco degli scatti stipendiali del personale della Scuola sino al 31.12.13;
6. blocco della contrattazione integrativa del PI per il 2013-2014 (estesa stavolta a tutte le Amministrazioni riconducibili al conto economico consolidato della PA come individuate dall'ISTAT)
7. revoca e cancellazione degli incrementi contrattuali laddove introdotti nel 2011;
8. preclusione per il 2013-14 degli incrementi della indennità di vacanza contrattuale
9. congelamento agli importi attuali dell'indennità di vacanza contrattuale per il triennio 2015-17
10. estensione al personale convenzionato con SSN del

blocco del trattamento economico individuale.

La CGU CISAL ha evidenziato come il protrarsi del blocco delle retribuzioni del pubblico impiego stia ormai **assumendo un impatto devastante per milioni di famiglie, adducendo effetti recessivi del ciclo macroeconomico, e chiede fermamente la revoca dello stesso.**

Ha evidenziato inoltre come il predetto blocco **metta in difficoltà principalmente i lavoratori a basso reddito, dal momento che lo si è attuato senza nemmeno prevedere forme di “franchigia” per le retribuzioni dei livelli inferiori;** su questa falsariga si è voluto porre un particolare richiamo rispetto alla particolare inopportunità del blocco degli scatti stipendiali per i lavoratori della Scuola.

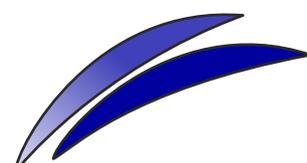
Si è offerta, al contempo, piena disponibilità per l'avvio nell'ambito del Ministero della PA o in sede ARaN, di una commissione preposta alla valutazione delle attuali dinamiche retributive nel pubblico impiego, anche allo scopo di rilevare e correggere forme di favoritismo a vantaggio di specifiche categorie o disparità comunque determinatesi.

Si è ribadito che solo attraverso la ripresa della contrattazione potranno essere affrontati i principali nodi legati al potenziamento dell'efficacia dell'azione amministrativa e del miglioramento dei servizi.

Con l'occasione, inoltre, si è voluto nuovamente portare all'attenzione del legislatore **le “storture” determinate dalla presenza di ampi e rilevanti settori della P.A. ancora soggetti a regime pubblicistico, caratterizzate da ampia presenza di automatismi retributivi o di carriera,** in netto contrasto con i principi e gli obiettivi perseguiti negli ultimi venti anni da tutti i governi succedutisi e con la ratio di fondo che anima l'attuale fase normativa, caratterizzata dalla necessità di conseguire risparmi ed incrementi della meritocrazia nella pubblica amministrazione.

Il Segretario Generale  
**Rino Di Meglio**

[www.cgu-cisal.it](http://www.cgu-cisal.it)



CONFEDERAZIONE  
GENERALE  
UNITARIA

**CGU-CISAL**

**Alcuni esempi della perdita mensile per mancato adeguamento ISTAT delle indennità contrattuali**

|                                       | tbc    | rischio radiologico | pronta disponibilità | notturna | T.I.; Dialisi; S.O. | Mal. Infettive | festiva | turno h 24 | prof. Specifica | giornalieri h. 12 | Totale   |
|---------------------------------------|--------|---------------------|----------------------|----------|---------------------|----------------|---------|------------|-----------------|-------------------|----------|
| Infermiere turnista in Mal. Inf.      | -      | -                   | -                    | 84,48    | -                   | 47,98          | 36,48   | 39,06      | 30,40           | -                 | € 238,40 |
| Infermiere turnista in degenza comune | -      | -                   | -                    | 84,48    | -                   | -              | 36,48   | 39,06      | 30,40           | -                 | € 190,42 |
| infermiere di SO                      | -      | 121,47              | 115,87               | -        | 47,04               | -              | -       | -          | 30,40           | -                 | € 314,78 |
| infermiere di ambulatorio h. 12.      | -      | -                   | -                    | -        | -                   | -              | -       | -          | 30,40           | 37,18             | € 67,58  |
| infermiere turnista di pneumologia    | 113,16 | -                   | -                    | 84,48    | -                   | -              | 36,48   | 39,06      | 30,40           | -                 | € 303,58 |
| Infermiere turnista di T.I.           | -      | -                   | -                    | 84,48    | 38,49               | -              | 36,48   | 39,06      | 30,40           | -                 | € 228,91 |

Dalla relazione annuale della Corte dei Conti:

## Forti tensioni cominciano a manifestarsi sul fronte delle garanzie ai livelli di assistenza

Riportiamo alcuni stralci della relazione del Presidente di Sezione Rita Arrigoni, utili per capire il panorama e le strategie in cui ci muoviamo quotidianamente nell'azione sindacale nelle rispettive aziende.

"La legislatura che si apre vede una situazione economica e finanziaria del sistema sanitario migliore del passato. Anche il 2012 ha confermato i progressi già evidenziati negli ultimi esercizi nel contenimento e nel riassorbimento dei disavanzi gestionali.

La spesa ha segnato una riduzione dello 0,7 per cento rispetto all'anno precedente. Resta ferma al 15,5 per cento la sua incidenza sulla spesa complessiva al netto degli interessi mentre si riduce di un decimo di punto il peso in **quota Pil (7,1 per cento)**.

Il settore si trova tuttavia di fronte a scelte impegnative. **Forti sono infatti le tensioni che cominciano a manifestarsi sul fronte di una adeguata garanzia ai livelli di assistenza**, mentre sono da chiarire le dimensioni di persistenti squilibri finanziari resi del resto evidenti dal recente provvedimento d'urgenza in tema di pagamenti dei debiti pregressi a favore dei fornitori di beni e servizi. Un provvedimento che ha riguardato tutto il comparto delle Amministrazioni pubbliche, originato dall'esigenza di assicurare immediato sostegno al sistema delle imprese, ha assunto tuttavia un carattere di sanatoria rispetto a comportamenti amministrativi la cui devianza non trova riscontro in altri Paesi europei. Negli ultimi anni, i tempi di pagamento hanno superato in Italia, mediamente, i 180 giorni, a fronte dei 65 giorni della media europea.

In un contesto caratterizzato dal blocco della contrattazione collettiva e della crescita dei trattamenti individuali, la diminuzione di personale trova significativo riscontro nella riduzione della spesa.

Il costo del lavoro dipendente diminuisce dell'1,7%, confermato dalla spesa per retribuzioni lorde del personale, che diminuisce dell'1,2%. Contribuiscono alla dimi-

nuzione di spesa i valori forniti dal SSN (-1,4%).

### Contrattazione integrativa: verifica del rispetto dei limiti di crescita dei fondi

Per il SSN i dati evidenziano per il personale non dirigente, il 17% per cento delle istituzioni esaminate segnala incrementi nel valore dei diversi fondi sommati tra loro, con uno scostamento percentuale dai valori teorici dello 0,7%, percentuale che si attesta all'1,1% se si considerano anche le mancate riduzioni.

mento del 37,5% e, nel contempo, da una decisa flessione dei lavoratori socialmente utili (-63,1%).

### Riduzione del personale

Il personale del comparto sanità (717.670 unità complessive), assorbito per il 93% dal personale delle aziende sanitarie e concentrato nelle strutture con un numero di dipendenti compreso tra 1.000 e 5.000, accentua la riduzione registrata nel precedente anno (-1,5%), in relazione alle misure di contenimento della spesa, previste



Per la dirigenza amministrativa la percentuale di enti con fondi in crescita ovvero non ridotti come da disposizioni normative è del 43 per cento.

Per la dirigenza medica, infine, il valore dei fondi risulta superiore del 2,4% alle teoriche risultanze connesse con l'applicazione della normativa.

Quanto sopra, per effetto della crescita evidenziata nel 18% degli enti interessati ovvero per mancate o irregolari riduzioni.

Anche in tal caso appare significativo distinguere tra le annualità antecedenti il 2009 e il triennio successivo. Il periodo 31.12.2001-31.12.2008 è caratterizzato dall'andamento in forte crescita del personale a tempo determinato, con un incre-

dalla legge finanziaria per il 2007 (art. 1, comma 565) e confermate dal Patto per la salute per il periodo 2010-2012 e dalla legge finanziaria per il 2010 (legge n. 191 del 2009), **nonché all'ulteriore impegno alla riduzione della consistenza di personale in connessione con i processi di riorganizzazione**, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera.

Coerente con tali politiche si presenta la riduzione della dirigenza esterna (direttori generali e direttori sanitari, amministrativi e dei servizi sociali) che si contrae, nel triennio considerato, del 10,2%. Il 2011 segna una maggior riduzione, rispetto agli anni considerati, della dirigenza medica (-

| CATEGORIA              | RETRIBUZIONI 2011 |                 |                     |   | VARIAZIONI 2011 SU 2010 |                 |                     |
|------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|---|-------------------------|-----------------|---------------------|
|                        | Voci stipendiali  | Voci accessorie | Totale retribuzioni | % voci stipendiali su retribuzione totale | Voci stipendiali        | Voci accessorie | Totale retribuzioni |
| Dirigenti medici (1)   | € 48.817,00       | € 38.104,00     | € 86.921,00         | 56,2%                                     | -0,5%                   | 1,4%            | 0,1%                |
| Dirigenti non medici   | € 45.726,00       | € 20.151,00     | € 65.877,00         | 69,4%                                     | -0,1%                   | 4,5%            | 1,3%                |
| Personale del Comparto | € 25.461,00       | € 4.760,00      | € 30.220,00         | 84,3%                                     | 0,3%                    | 1,2%            | 0,5%                |

(1) Inclusa l'indennità di esclusività del valore di 12.791 €

1,5%) e del personale non dirigente (-0,7%) che mostra una maggiore dinamicità nell'ambito del personale tecnico e amministrativo rispetto al personale infermieristico, sostanzialmente stabile nel triennio.

Contribuiscono, inoltre, all'equilibrio numerico del comparto anche gli effetti delle politiche di stabilizzazione avviate (oltre 2.500) che, tuttavia, non hanno evitato un significativo ricorso al personale a tempo determinato (4% del complesso del personale), indice di una sofferenza nel garantire la continuità nell'erogazione dei servizi.

### Il turnover e le progressioni del personale

Di particolare interesse si presenta la lettura di tali dati distinguendo, da un lato, tra personale dirigente e non dirigente e considerando, dall'altro, gli effetti dei passaggi verticali che comunque concorrono alla programmazione delle assunzioni.

Sotto il primo profilo, nettamente superiori si presentano, in tutti i comparti, gli indici di sostituzione del personale dirigente che, dopo la forte riduzione registrata nel precedente periodo, segna un rallentamento nel 2011. Tali indici per il servizio sanitario nazionale si attestano al 73,4% per i medici, e al 72,1% per i dirigenti non medici.

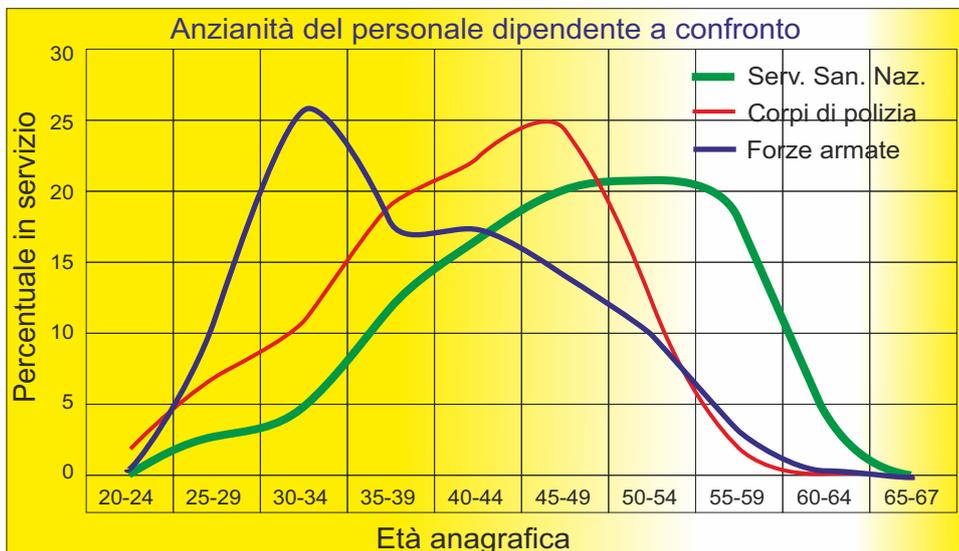
Quanto al secondo profilo, rilevante appare - nell'ambito del personale assunto - il ricorso al personale interno alle amministrazioni come può desumersi dal rapporto tra il numero di passaggi verticali ed il personale complessivamente assunto (sia interno che esterno), rilevati dal conto annuale sia nell'ambito del personale dirigenziale che in quello non dirigenziale.

**Nettamente inferiore risulta invece il ricorso a personale interno per incarico dirigenziale nell'ambito del SSN** (appena lo 0,4% in relazione naturalmente alla specifica professionalità del personale medico e non medico).

### Progressioni economiche

Rilevante appare il dato del SSN, che evidenzia un significativo addensamento del personale nell'area D (oltre il 60%), a fronte di un progressivo svuotamento delle aree inferiori. Riguardo, invece, ai profili professionali si osserva un leggero incremento del peso dei profili del ruolo sanitario a fronte di una leggera contrazione nei ruoli amministrativo e tecnico.

Passando ad esaminare l'incidenza dei passaggi verticali nell'ambito delle assunzioni complessive del personale non dirigente va preliminarmente ricordato che il sistema di classificazione del personale contrattualizzato, delineato nelle sue linee essenziali nei rinnovi contrattuali relativi al quadriennio 1998-2001, è stato completamente rivisitato nel d.lgs. n. 150 del 2009 che, nel ridisegnare la ripartizione di competenze tra legge e contratto collettivo, è intervenuto con decisione nella materia del reclutamento e della carriera dei dipenden-



ti delle pubbliche amministrazioni.

Le progressioni "di carriera", intese come passaggi tra differenti aree di inquadramento (che praticamente sostituiscono le vecchie progressioni verticali) sono state disciplinate in particolare dall'art. 24 del d.lgs. n. 150 del 2009 che ne ha condizionato l'ammissibilità all'esperimento di concorsi pubblici aperti all'esterno, nell'ambito dei quali il 50% dei posti può essere riservato al personale interno inquadrato nell'area inferiore, comunque in possesso del necessario titolo di studio.

Trattandosi di una disposizione ritenuta immediatamente applicabile dall'1 gennaio 2010, in quanto "norma di diretta attuazione dell'art. 97 della Costituzione" e "principio generale dell'ordinamento", il ricorso a tale fattispecie, cui si era largamente fruito nei passati esercizi, si è fortemente ridotto nel 2010 e soprattutto nel 2011 ove riveste rilievo, peraltro contenuto, nell'ambito del SSN.

Ne consegue una minore incidenza del ricorso al personale interno nell'ambito di quello complessivamente assunto.

Di scarso rilievo risulta nel 2011 anche il ricorso alle progressioni orizzontali che devono essere ora assegnate con la stessa logica della retribuzione di risultato, e quindi secondo principi di selettività e sulla base di competenze culturali e professionali e dei risultati rilevati dal sistema di valutazione (art. 23 del d.lgs. n. 150 del 2009).

Tale dato va tuttavia letto anche alla luce delle misure di contenimento della spesa per il personale disposte con il decreto-legge n. 78 del 2010 (art. 9, comma 21), in base alle quali, per il personale alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, le progressioni di carriera comunque denominate disposte nel triennio 2011-2013 **hanno effetto per i predetti anni a fini esclusivamente giuridici.**

Risulta infatti a fronte di un andamento

costante nel decennio (ove mediamente il 7-8% del personale conseguiva una qualifica superiore nell'ambito dello stesso comparto), i dati del conto annuale registrano un picco nel 2010, determinato dall'accelerazione della stipula degli accordi integrativi e degli inquadramenti del personale nelle posizioni economiche superiori.

Quanto agli enti del servizio sanitario nazionale, accanto alle misure per il contenimento della spesa, contenute nella legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 565), si aggiungono gli impegni previsti nel nuovo Patto per la salute per il periodo 2010-2012 e nella legge n. 191 del 2009 con i quali le Regioni e le Province autonome si fanno carico di ridurre ulteriormente la spesa per



il personale degli enti del SSN, compreso quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie, anche attraverso la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica e ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa nonché la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente nelle aree della dirigenza e del personale del comparto.»

## La Commissione di Inchiesta della Camera denuncia: Italia divisa tra sprechi e malasanità

All'esame della Commissione parlamentare di inchiesta, le cause dei disavanzi sanitari regionali e 570 casi di presunta malasanità arrrivati, tra aprile 2009 e dicembre 2012, relativi a errori in campo sanitario che, in 400 casi, avrebbero portato alla morte del paziente. Le denunce per episodi di malasanità, infatti, spesso derivano da disservizi, carenze, strutture inadeguate, inefficiente servizio di eliambulanza, lunghe attese al pronto soccorso, difficoltà di trasferimenti del paziente da un ospedale ad un altro, casi di infezioni ospedaliere.

La Relazione, mette a fuoco le problematiche di alcuni regioni in particolare descrive un'Italia sanitaria ancora divisa, tra incongruenze nel rapporto tra i vari profili professionali, come quella relativa al rapporto tra posti letto e personale medico, in cui spesso la prima cifra è superata, paradossalmente, dalla seconda; una spesa sanitaria ancora troppo elevata con particolare incidenza del costo del personale e debiti verso i fornitori che producono interessi moratori che incidono negativamente sui risultati d'esercizio.

Altri errori sanitari mostrano un'Italia

divisa, in cui regioni dove si spende di più per la sanità sono anche quelle in cui la stessa è di peggior qualità. Troviamo zone dotate di un servizio sanitario di alta qualità, quasi tutte al Nord, e zone al Sud, in cui il diritto alla tutela della salute non viene minimamente rispettato. Ancora una volta è lecito manifestare il timore che le riduzioni di bilancio e la riorganizzazione dei servizi provochino in queste Regioni una diminuzione dell'offerta di cure, e un possibile ulteriore scadimento della qualità delle medesime, fenomeno che rischia di creare un circolo vizioso, e che deve essere assolutamente evitato, attraverso politiche di riduzione degli sprechi e di aumento dell'efficienza ancora più incisive nelle regioni a rischio.

Questa enorme disuguaglianza pesa anche economicamente, in quanto favorisce la migrazione sanitaria o mobilità passiva: i viaggi della speranza per andarsi a curare altrove acuiscono il divario, arricchendo maggiormente regioni già ricche a discapito di quelle povere, che devono anche pagare la cura fuori sede. Con questo tasso altissimo di mobilità passiva, tra l'altro in continua crescita, le Regioni del

Nord continuano ad arricchirsi a spese delle regioni più povere.

Emerge chiaramente lo scarto regionale tra nord e sud, che parla di un Paese diviso da una sanità ancora disomogenea. Un'Italia federale non può essere un Paese che vede garantito il diritto alla tutela della salute in modo diverso da Regione a Regione. Di fronte alle sfide che il federalismo ci prospetta, il primo, imprescindibile, punto da cui partire è la necessità di garantire ad ogni cittadino italiano pari accesso alle cure.

L'Italia dunque, è un paese che non riesce a garantire a tutti i cittadini pari accesso alle cure e che in prospettiva sembra sempre più in difficoltà nell'adempimento di tale compito.

Tra i punti nevralgici del Sistema Sanitario Nazionale la rete di emergenza-urgenza. Di quelli presenti nell'archivio della Commissione, ben 34 casi fanno riferimento ad episodi relativi al pronto soccorso e al 118. Persone visitate al pronto soccorso e poi mandate con leggerezza a casa, ma decedute poco dopo, pazienti morti dopo aver atteso per ore di esser visitati, ambulanze prive di defibrillatori.

## In libreria

### Le Procedure Disciplinari delle Professioni Sanitarie



Mauro Di Fresco

Maggioli editore  
Pagg. 369  
euro 38  
ISBN 978-88-387-8176-6

Per la prima volta abbiamo un testo che ci riguarda e che mai nessuno ha scritto finora.

La giurisprudenza ha voluto spiegare la relazione umana e contrattuale che lega l'operatore al paziente e viceversa, coniando un nuovo termine: contatto sociale.

Le professioni sanitarie consistono in attività delicate, che purtroppo, ora più frequentemente, incidono nella sfera personale del paziente e soprattutto nei suoi interessi primari, come è appunto la salute.

L'attrito che ne può derivare, aldilà delle capacità di gestione

del professionista, finisce spesso nel contenzioso che dapprima viene affrontato dalla stessa azienda sanitaria alla quale interessa primariamente la soddisfazione dell'utente.

Per questo motivo, il professionista si trova ad affrontare delle accuse di negligenza, di imperizia o di imprudenza che si sviluppano in molti modi ma che potrebbero incidere anche definitivamente sul suo futuro professionale.

Lo stress, il senso di abbandono e di disarmo che investe l'operatore innocente durante le fasi disciplinari, sono perlopiù prodotti dal timore di veder macchiata la propria reputazione con effetti deleteri sull'autostima e sull'eterostima.

L'ignoranza del diritto disciplinare è un catalizzatore della paura che impedisce al lavoratore di difendersi pienamente dalle accuse perché paralizza ogni possibilità di reazione.

Quest'opera che la Maggioli Editore ha voluto inserire nella collana L'infermiere e la sua professione, considerato che non esiste una procedura speciale per soli infermieri, è rivolta, invece, a tutte le professioni sanitarie ed è stata realizzata per offrire a tutti i professionisti della sanità pubblica e privata, universitaria pubblica e privata, un utile strumento di conoscenza e, quindi, di difesa; per comprendere pienamente le regole del sistema così da poterlo gestire in maniera produttiva e, comunque, nel senso della verità e della giustizia.

La conoscenza del diritto nei quattro ambiti della sanità impedirà una strumentalizzazione della procedura disciplinare affinché non diventi un momento di ritorsione e di punizione per fatti estranei alle accuse.

Auspico che il lettore possa ritenere questo libro un'importate alleato nello sviluppo della propria carriera.

Anche per questa categoria di presunti casi di malasanità, il Sud Italia è penalizzato.

Alto, inoltre, il livello delle spese per il personale, specie nelle regioni sottoposte a piano di rientro. A tal proposito, rilevante è la differenza nel numero di dipendenti medici ogni 10 posti letto effettivi secondo l'area geografica: tale numero, aumenta in maniera spropositata andando da nord a sud, in maniera tale che **la Sicilia evidenzia un numero di medici ogni 10 posti letto, che è il doppio di quelli utilizzati nel Friuli Venezia Giulia o nelle Marche.**

Eccessivo rispetto alla popolazione interessata, il numero di punti nascita con quantità di parti effettuati molto marginale e, spesso, non dotati dei necessari standard di professionalità e dell'adeguato supporto tecnologico, e una forte disomogeneità tra i diversi territori in riferimento ad alcuni parametri indicativi, come la percentuale di cesarei.

Sono gli aspetti principali emersi dall'indagine sui punti nascita italiani, prima indagine condotta dal Parlamento in merito a **"come si nasce in Italia"**. Infatti, soprattutto nel Mezzogiorno, si registra un numero molto elevato di punti nascita dove vengono effettuati pochissimi parti e il personale non dispone, spesso, dei necessari standard di professionalità, né dell'adeguato supporto tecnologico.

Altrettanto indicativa la percentuale di taglio cesareo, nettamente elevata, che costituisce una distorsione del sistema, incidendo sulle spese regionali senza offrire, di contro, alcuna garanzia. Rilevante è notare come il maggior numero di segnalazioni di eventi avversi è relativo al parto: **una segnalazione su 5 riguarda episodi verificatisi prima durante o dopo questo delicatissimo momento**, che come già denunciato, non sempre è gestito nel modo migliore.

Altro capitolo di spesa è la medicina difensiva e l'organizzazione del sistema assicurativo delle aziende sanitarie, che pesa in modo rilevante sul nostro Sistema Sanitario Nazionale. Negli ultimi anni si è assistito al notevole acuirsi dell'attenzione

agli errori e agli incidenti che possono verificarsi nell'erogazione dei trattamenti sanitari. Tale fenomeno è dovuto in parte al rilievo dato agli eventi dalla letteratura scientifica e dai mass media, ma deriva soprattutto dal manifestarsi, anche in Italia, di un nuovo indirizzamento culturale e giurisprudenziale diretto ad incrementare esponenzialmente il risarcimento del danno biologico ed esistenziale.

Ciò ha sviluppato **la tendenza alla "medicina difensiva"**, ossia la tendenza dei medici a modificare il loro comportamento professionale a causa del timore di procedimenti giudiziari per malpractice, paura del contenzioso medico-legale e timore di ricevere una richiesta di risarcimento o una **pubblicità negativa da parte dei mass media**. I medici infatti cercano di autotutelarsi, dato che il sistema assicurativo spesso preclude loro la possibilità di stipulare polizze. Infatti, al fine di sollevarsi dalla rivendicazione di una possibile responsabilità, l'operatore tenderà a seguire pedissequamente protocolli e linee-guida, prescrivendo esami diagnostici o ricoveri quando siano astrattamente previsti per quel dubbio diagnostico o per quella patologia, e non quando siano realmente necessari. **Il rilevante costo della medicina difensiva a carico del SSN, stimato in oltre 10 miliardi di euro, sembra quindi destinato ad aumentare**, mentre sarà sicuramente negativo, l'impatto della disposizione sull'appropriatezza delle cure.

Tutto questo a discapito dell'investimento in cura delle malattie croniche. Secondo i dati ISTAT più recenti (2011) quasi un italiano su tre è affetto da una malattia cronica (diabete, ipertensione, osteoporosi, artrosi-artrite, malattie del cuore, malattie allergiche, disturbi nervosi). Ma, se lo sviluppo della medicina ha allungato la vita dei malati cronici, ciò tuttavia non si traduce necessariamente in un miglioramento del loro stato di salute. E' preoccupante che, sebbene il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 registri i relativi cambiamenti della domanda di salute, la

situazione attuale sembra assai lontana, anche in prospettiva, dal garantire risposte adeguate: **attualmente, infatti, le risorse destinate all'assistenza a lungo termine sono inferiori all'1% del PIL, e nel 2030 non supereranno comunque l'1%.**

L'indagine indica chiaramente la necessità urgente di completare in tutte le Regioni e presso tutte le strutture il SIMES - Sistema per il monitoraggio degli errori in sanità e degli eventi sentinella, che avrebbe dovuto essere perfezionato entro il 2011 ma che è ancora in massima parte incompiuto. Assieme a una corretta gestione del rischio clinico, questo Sistema può dotare le strutture di strumenti adeguati a ridurre il numero e l'incidenza degli incidenti e degli errori, riducendo quindi le sofferenze non necessarie e le morti evitabili.

Durante tutto il suo mandato la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, si è dedicata allo studio e alla disamina degli eventi avversi che le sono stati sottoposti e che ha rilevato attraverso gli strumenti di informazione.

Gran parte dei problemi assistenziali sono dovuti a una scarsa circolazione delle informazioni, da attribuire a procedure inadeguate di trattamento; un'altra rilevante quota deriva da fattori legati all'organizzazione e al management.

Ma anche quando l'evento può essere attribuito al singolo operatore, esso tradisce comunque l'assenza di procedure definite a prova di errore, o la mancanza di supervisione e controllo, dimostrando la difficoltà di riconoscere gli **errori attivi** - comportamenti errati degli operatori o un mal funzionamento di strumentazioni - dagli **errori latenti** - insufficienze organizzative del sistema che hanno reso possibile un errore attivo. Questo significa che solo un approccio generale al miglioramento della qualità delle strutture e delle loro procedure può generare la riduzione degli errori, ed è questa la strada che va perseguita con energia.

Insieme per **PROTEGGERE** la professione

**Willis + Nursind = ~~60~~ 52 €**

e lavorare tutti più sereni

Polizza professionale Willis/IPASVI offerta agli iscritti Nursind scontata di 8 €

**Copre il professionista in ogni ambito e NON SOLO quando è in servizio.**

Oltre alla colpa grave fino a 2 mln. offre la tutela legale penale fino a 5.000 €

Per le modalità di adesione [www.nursind.it](http://www.nursind.it)

Professioni sanitarie in crisi:

## dal 2008 gli occupati sono diminuiti dall'84 al 68%

Finita l'epoca in cui la corsia non conosceva crisi. Per infermieri, ostetriche o assistenti sanitari l'occupazione non è più quel solido baluardo di qualche anno fa. Basti pensare come testimoniano i **dati dell'ultimo rapporto Almalaurea** rielaborati da Angelo Mastrillo, segretario della Conferenza corsi di laurea delle professioni sanitarie ed esperto dell'Osservatorio per la formazione universitaria delle professioni sanitarie, che negli ultimi cinque anni la percentuale degli occupati del settore è scesa complessivamente dall'84% del 2007 al 68% del 2011.

Per carità, le professioni sanitarie si mantengono ancora tra i primi posti dell'occupazione, ma stanno via via perdendo punti significativi. E la riduzione, seppure in percentuali diverse, riguarda tutte e quattro le aree in cui sono suddivisi i 21 profili delle professioni sanitarie: dal 2007 a perdere di più in termini di occupati

è stata l'area della prevenzione scesa dal 73,6 al 44,9% con una perdita che sfiora il 30%, ma le cose non sono andate troppo bene neanche per i profili di area tecnica crollati dall'81,2 al 53,1%.

Seppure in misura inferiore (-22%), questo crollo riguarda anche l'area infermieristica-Ostetrica, con riduzione complessiva del 22,2%.

Analizzando, poi, in dettaglio i vari profili sulla media degli ultimi cinque anni, l'unico a non aver perso occupati è il podologo, cresciuto dall'80, all'83%, seguito dal dietista e dal logopedista che ne hanno perso entrambi solo nella misura del 2% (dal 67 al 65% e dall'88 all'86%). Con valori inferiori seguono infermiere pediatrico (-37%) da 92 a 55%, tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria (-32%) da 65 a 33%, mentre su valore leggermente inferiore (-25%) si trovano i tecnici della prevenzione da 74 a 51%,

**Ma perché questa inversione di tendenza?**

Per Mastrilli il problema va identificato negli esuberanti dovuti dalla sovrastima delle regioni e dalla conseguente eccessiva offerta formativa delle università, con sostanziali differenze rispetto al turnover e alle proposte della categorie interessate.

Si tratta di un esubero che è esattamente uguale a quello dello scorso anno, e che si verifica nuovamente nonostante il ministero della salute da qualche anno stia cercando di sensibilizzare le regioni verso criteri omogenei e realmente proporzionati alle esigenze locali e a quelle nazionali.

E per cercare di limitare questo esubero l'Osservatorio MIUR delle professioni sanitarie chiede di ridurre il fabbisogno nazionale specie per alcuni profili sotto i 1.000 posti per tecnici di radiologia, di laboratorio e ostetrica e sotto 750 per tecnico della prevenzione.

Cifre INAIL - Sicurezza in ospedale:

## gli infermieri «sovraccaricati»

Luoghi di cura frequentati ogni anno da oltre 10 milioni di pazienti, ma gli ospedali sono anche ambienti di lavoro per circa 400mila operatori del settore. Nel 2010 sono stati più di 15mila gli infortuni del personale sanitario denunciati all'Inail, l'Istituto nazionale infortuni sul lavoro.

Coinvolti più spesso in incidenti sono gli infermieri (quasi una denuncia su due), seguiti dai portantini e dai medici. Un aiuto per individuare i pericoli cui sono esposti personale, malati e visitatori negli ospedali italiani arriva dalla nuova edizione della guida "La sicurezza in ospedale", curata dalla struttura di consulenza tecnica dell'Inail (Contarp).

«Gli ospedali sono luoghi di lavoro particolari e i rischi che si corrono sono molteplici - afferma l'ingegner Clara Resconi, coordinatrice dell'iniziativa -. Sono ambienti affollati e frequentati da pazienti spesso non autonomi, ma possono essere anche edifici vulnerabili dal punto di vista strutturale, impiantistico e in situazioni di emergenza, come in caso di incendio».

Nei 10 fascicoli della guida Inail si affrontano tutti i rischi presenti negli ospedali, da quelli di carattere generale (come le barriere architettoniche), ai pericoli che si presentano in situazioni estreme (come in caso di terremoto), a quelli più specifici: legati a radiazioni, apparecchiature elettromedicali, chemioterapici e antiblastici, rifiuti speciali.

«Le check list per valutare i rischi - riviste secondo il Testo Unico sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, e le nuove norme relative ad apparecchiature elettromedicali, impianti elettrici e antincendio - sono uno strumento utile per verificare l'adempimento di leggi e di buone prassi - sottolinea Clara Resconi -. Se gli ospedali sono sicuri lo sono per tutti; in caso contrario, vanno adottate le misure necessarie per risolvere i problemi. Per esempio: letti regolabili in altezza, appostiti sollevatori per spostare i pazienti, sedie a rotelle in numero sufficiente».

Proprio la "movimentazione" dei pazienti e dei carichi è, secondo i dati dell'Inail, una delle principali cause di malattie professionali: nel 2010, infatti, quasi la metà delle patologie rilevate - su un totale di 542 - ha riguardato problemi legati ai dischi intervertebrali.

**Strutture vecchie che non consentono l'utilizzo dei sollevatori e la carenza di personale, costringono gli infermieri a movimentare i pazienti da soli, mettendo a grave rischio la schiena!**



## Assenze per malattia: trend in discesa nelle aziende sanitarie

Trend in discesa delle assenze per malattia, e non solo, nella pubblica amministrazione. Rispetto allo stesso mese del 2011, a ottobre le assenze per malattia dei dipendenti pubblici sono diminuite del 2,3%. Si sono al tempo stesso evidenziate riduzioni sia degli eventi di assenza per malattia superiori a 10 giorni (-12,2%) sia delle assenze per altri motivi (-6,00%). **Scendono quelle superiori a 10 giorni nelle Asl (-18,1%), mentre le assenze per altri motivi calano del 10,8% nelle Aziende Ospedaliere.**

La rilevazione, realizzata dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione, è stata fatta in collaborazione

con l'Istat che ha curato, oltre al campionamento, anche l'elaborazione e la produzione delle stime. Si tratta di stime riferite al complesso delle amministrazioni pubbliche ad esclusione dei comparti scuola, università, pubblica sicurezza e vigili del fuoco.

Per ottobre 2012, sull'universo di 8.623 amministrazioni pubbliche, hanno comunicato i dati sulle assenze 5.217 amministrazioni, attraverso il sistema "perla pa" accessibile dall'indirizzo [www.perlapa.gov.it](http://www.perlapa.gov.it).

Le Amministrazioni che hanno registrato la maggior percentuale di diminuzione di assenze per malattia sono Regioni e

Province Autonome (-15,7%) e altre PA Centrali (-7,5%), per quanto riguarda le assenze superiori a 10 giorni si rilevano riduzioni significative per le amministrazioni afferenti ad altre PA Centrali (-21,9%). Invece le assenze per altri motivi diminuiscono significativamente negli Enti di Previdenza (-17,8%).

Geograficamente, il Sud e le Isole registrano le diminuzioni più rilevanti sia per le assenze per malattia (-6,1%), che per le assenze per malattia superiori a 10 giorni (-18,1%). Per le assenze per altri motivi si rilevano diminuzioni in tutte le aree, le più significative al Nord-Est (-8,6%).

## Sanita' - Uno studio italiano conferma: infermieri a rischio mal di schiena

Spostare carichi pesanti ha un forte impatto su molti lavoratori, in particolare gli operatori sanitari sono sottoposti ad un elevato rischio di lombosciatalgia. **Uno studio tutto italiano, pubblicato dal gruppo di Teodorico Casale del Dipartimento di Anatomia, Istologia, Medicina Legale e Ortopedia dell'Unità di Medicina del Lavoro della Sapienza**, e pubblicato su 'Prevention & Research', 'fotografando' l'incidenza della lombalgia negli infermieri, scoprendo che questi professionisti incappano più di altri in varie tipologie di mal di schiena.

È stato valutato un campione di 217 operatori, 94 maschi (50 più esposti e 44 non esposti) e 123 femmine (61 più esposte e 62 non esposte). I due gruppi erano paragonabili per età, anzianità lavorativa, indice di massa corporea e attività sportiva svolta. Si è poi proceduto a confrontare gli infermieri che hanno presentato almeno un episodio di lombalgia acuta negli ultimi 12 mesi con una popolazione di controllo rappresentata da soggetti con bassa esposizione professionale.

**Il confronto ha dimostrato che gli infermieri hanno una prevalenza del 9,5% di mal di schiena, contro il 2,2% del gruppo di controllo.**

Sotto accusa la movimentazione dei pazienti, **soprattutto in casa di cura o nei reparti di lungodegenza**, in cui il malato non è in grado di collaborare: espone gli operatori a rischio di lesioni che coinvolgono in maniera specifica il rachide lombosacrale.

Dal momento che non risulta possibile eliminare il rischio collegato a questa attività, scrivono i ricercatori, è fondamentale agire per ridurlo, grazie ad una serie di ini-

ziative quali **"l'introduzione di procedure corrette e di ausili, l'adeguamento delle strutture, la sorveglianza sanitaria e la formazione degli addetti"**.

Le affezioni cronico-degenerative della colonna vertebrale sono di frequente riscontro presso le più disparate collettività lavorative.

Già negli anni '70 Magora ed altri, hanno dimostrato che gli infermieri professionali si collocavano ai primi posti per prevalenza di lombalgia rispetto ad altre categorie professionali.



Nel 2006 il Texas è stato il primo degli Stati Uniti che ha regolamentato l'uso di attrezzature di sollevamento meccaniche negli ospedali e case di cura per ridurre il rischio da mmc, ritenendo tali rischi inaccettabili sia per i pazienti che per gli infermieri.

**Numerosi studi hanno evidenziato una maggior prevalenza della lombalgia tra gli infermieri, precedendo addirittura gli addetti all'industria pesante.**

I rischi per la salute più diffusi tra gli infermieri sono: lavoro notturno, mal di schiena, lesione da taglio, fattori psicologici, stress e mobbing senza sottovalutare poi l'esposizione agli agenti chimici, agli agenti fisici che possono perturbare e interfe-

rire con l'omeostasi organica, producendo effetti sulla salute.

Altri studi ritengono che il carico di lavoro oneroso da parte di questi lavoratori determini una somatizzazione che predispone a disturbi muscolo-scheletrici, inoltre su un campione di 971 infermieri si è giunti alla conclusione che sia i fattori psicologici che quelli culturali hanno un ruolo importante nello sviluppo del mal di schiena.

Gli operatori sanitari esposti a moderato rischio sembrano incorrere in un maggior prevalenza di lombalgia acuta rispetto alla popolazione generale. La percentuale infatti della lombosciatalgia negli infermieri rispetto ad altri lavoratori è di circa il 30% mentre i disturbi dell'articolazione scapolo-omerale sono del 5%.

**Risulta che gli infermieri presentano maggiori richieste di pensione di invalidità per mal di schiena di lunga durata, disturbi agli arti superiori e patologie infiammatorie di natura reumatica.**

Dai dati OMS risulta che il mal di schiena occupazionale è passato dal 23° nel 1990 al 21° posto nel 2010; ciò rende obbligatorio una maggiore attenzione per le future strategie preventive.

I nostri risultati inducono a ritenere che la lombalgia possa essere meritevole d'attenzione negli infermieri. Tutto ciò al fine di ridurre un possibile aumento dei rischi per la salute e la sicurezza non solo del lavoratore, ma anche di terze parti, generalmente associato a conseguenze medicolegali non sufficientemente indagate e non adeguatamente riconosciute.

da  
<http://www.preventionandresearch.com/>

Contrariamente a quanto si pensava:

## infermieri di corsia più esposti a rischio burnout

Burla F<sup>1</sup>, Murgano A<sup>2</sup>, Bruschini M<sup>1</sup>, Cinti ME<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Chirurgiche, "Sapienza" Università di Roma

**Introduzione:** Il disagio per il Burnout colpisce particolarmente gli operatori delle cosiddette "helping professions", professioni che richiedono particolari competenze ed una sicura propensione al rapporto umano ed empatico, in cui subentra, inoltre, anche una forte dose di carico emotivo.

Il confronto alla base di questo studio riguarda la sfera infermieristica, in particolare i due grandi gruppi in cui si divide l'assistenza: infermieri di degenza e infermieri operanti nel settore dell'area critica.

**Obiettivi:** L'obiettivo del presente studio è quello di stimare il livello di Burnout con le sue componenti e i fattori di stress lavoro correlato, negli infermieri di area critica; in un secondo momento confrontare la condizione degli infermieri dell'area criti-

ca rispetto a quella degli infermieri di reparto (area chirurgica, medica e pediatrica), analizzata in un precedente studio.

**Metodi:** Il campione è costituito da 100 casi-infermieri scelti tra DEA (Dipartimento di Emergenza ed Accettazione), rianimazione, terapia intensiva; 100 controlli-infermieri scelti tra i reparti chirurgici, medici e pediatrici, estratti da un totale di 155 per appaiamento rispetto all'età, al sesso, agli anni di lavoro totali e all'impegno lavorativo.

Ai due gruppi sono stati somministrati dei questionari volti a valutare le variabili sul livello del Burnout, sulle sue componenti e sui fattori di stress lavoro correlato.

**Risultati:** I risultati hanno messo in evi-



denza che la percentuale di presenza del Burnout negli infermieri di area critica è dello 0%, mentre per i colleghi di reparto risulta essere del 12%. Il dato rilevante è emerso dai risultati ottenuti dal questionario MBI: infatti, a parità di realizzazione personale (PP), gli infermieri dell'area critica hanno una percentuale di esaurimento emotivo (EE) maggiore rispetto ai colleghi di reparto; tuttavia, la componente di depersonalizzazione (DP) è nettamente inferiore negli infermieri di area critica rispetto ai colleghi di reparto. E' proprio questo fattore di identificazione con il ruolo e con il paziente che sembra preservare questa categoria dal Burnout.

**Discussione:** Gli infermieri di area critica rappresentano apparentemente uno dei settori ospedalieri a più alto rischio di Burnout, in quanto qui si concentrano molti dei fattori scatenanti quali il sovraccarico di lavoro, i problemi organizzativi, i conflitti etici ed emotivi, aggravati dall'imprevedibilità delle situazioni che devono essere affrontate quotidianamente. In realtà, non bisogna sottovalutare la chiave della soddisfazione personale e dell'identificazione con il proprio ruolo: questi infermieri si sentono gratificati e nonostante il peso della responsabilità, sanno di avere in mano il controllo e ciò non li fa sentire degli emarginati sociali.

**Conclusioni:** Il risultato di questo studio, che stravolge tutte le nostre aspettative, deve far riflettere le istituzioni: quest'ultime dovrebbero occuparsi oltre della messa in atto di un piano finalizzato a ridurre i fattori di stress lavoro correlato, anche di dare il giusto valore professionale alla figura dell'infermiere, da troppo tempo sottovalutata. Abbiamo constatato, infatti, dai dati emersi dal nostro studio che è proprio il fattore di depersonalizzazione a portare l'operatore sanitario ad assumere un atteggiamento di ostilità e cinismo, fino a sfociare in vera e propria malattia.

da

<http://www.preventionandresearch.com/>



In pesante aumento il fenomeno delle aggressioni ai sanitari:

## L'aggressione non è la soluzione

Le aggressioni agli infermieri danneggiano tutti i cittadini.  
Un sondaggio del Centro Studi del Nursind ne evidenzia il fenomeno

Inf. **Tiziana Traini** - Inf. **Salvatore Vaccaro**, Direzione Nazionale NurSind

La necessità di puntare i riflettori su un fenomeno ormai dilagante quale la violenza sul posto di lavoro è riconosciuta unanimemente stringente per quanto riguarda gli operatori sanitari. Per tale motivo il sindacato infermieristico italiano Nursind e lo spagnolo SATSE hanno deciso di intraprendere una campagna di sensibilizzazione nei confronti dei cittadini per far comprendere che "l'aggressione non è la soluzione" dei problemi sistemici della sanità, problemi accentuati in questo periodo di crisi per i continui tagli alle strutture e il sottofinanziamento del SSN.

Anche la letteratura internazionale rende evidente le preoccupanti dimensioni del fenomeno, che rimane comunque tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli infermieri (Anderson, 2002a; Ferns, 2006; Lewis et al., 2007).

Che gli infermieri fossero in prima linea nel pronto soccorso si sapeva ma che uno studio americano dell'Emergency Nurses Association (ENA) dimostrasse che più della metà degli infermieri dei dipartimenti di emergenza sono vittime di violenza, ci deve far riflettere.

In generale, secondo una ricerca spagnola pubblicata sull'International Journal of Occupational and Environmental Health, gli eventi di violenza avvengono più frequentemente nelle seguenti aree: servizi di emergenza-urgenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, luoghi di attesa, servizi di geriatria, servizi di continuità assistenziale.

In questi settori, ma in modo particolare nei servizi di emergenza-urgenza e nelle strutture psichiatriche, le aggressioni fisiche, nell'anno 2009, hanno raggiunto rispettivamente il 48 per cento e il 27 per cento degli operatori; gli insulti sono risultati invece praticamente ubiquitari, avendo coinvolto rispettivamente l'82 e il 64 per cento degli operatori, e percentuali più o meno simili si trovano per le minacce.

Queste ultime sono risultate molto elevate anche nei reparti chirurgici. **Gli infermieri, essendo più a contatto con i pazienti, sono i più esposti alla violenza fisica;** le minacce sembrano essere invece più facilmente dirette ai responsabili dei servizi, a chi prende le decisioni, probabilmente anche con l'intento di influenzarli.

È interessante notare che **circa l'85 per cento delle aggressioni è perpetrato dagli stessi pazienti;** un quarto di essi, circa, risulta essere affetto da disturbi psichici e circa il 6 per cento è sotto l'influsso di dro-

ghe.

Il rischio più elevato lo corrono gli operatori degli ospedali di maggiori dimensioni, mentre il fenomeno della violenza sembra essere meno marcato nei servizi di dimensioni più limitate e di collocazione rurale, probabilmente in conseguenza del diverso tipo di rapporto che s'instaura tra gli operatori e gli utenti dei servizi.



L'incremento degli atti di violenza è principalmente dovuto a:

- ☞ l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- ☞ la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- ☞ la gestione e/o distribuzione di farmaci che hanno notevole valore economico nel mercato illegale dei farmaci (metadone, stupefacenti, ecc.)
- ☞ l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
- ☞ le lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- ☞ il ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- ☞ la presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o

continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme.

☞ la mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;

☞ la scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

**"Aggredire un infermiere pregiudica tutti"**: l'iniziativa del SATSE, sindacato infermieristico spagnolo. Dal 20 marzo 2013, il sindacato infermieristico spagnolo SATSE, ha intrapreso una campagna "permanente" contro le aggressioni e ha affermato **che i professionisti infermieri devono essere considerati dei pubblici ufficiali.** SATSE denuncia che più aumentano i tagli ai servizi e più è probabile che accadano eventi come le aggressioni all'interno dei servizi sanitari.

Il sindacato spagnolo respinge ogni tipo di aggressione nei confronti dei professionisti della salute, poiché l'aggressione stessa minaccia l'integrità fisica e/o mentale della persona lesa e influenza negativamente il funzionamento del sistema sanitario nel suo complesso. Quando un professionista viene aggredito, indirettamente vengono attaccati anche gli altri cittadini curati da lui perché viene ad infrangersi il rapporto di fiducia che deve necessariamente instaurarsi nella relazione assistenziale infermiere cittadino. (<http://www.satse.es/>)

### La situazione in Italia.

In Italia, l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, in uno Studio per la predisposizione di linee guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nelle strutture di Pronto Soccorso, tra i rischi principali (da agenti fisici, chimici, biologici, correlati a sforzi muscolari e posture incongrue) prende in considerazione anche i "rischi relativi ad aspetti di natura psico-organizzativa" (ISPESL, 2007) e il Ministero della Salute (2008) tra gli eventi sentinella prevede espressamente gli atti di "violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e che ha determinato un grave danno".

A seguito della particolare rilevanza che il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario continua ad avere è stata emanata, nel novembre 2007, **un'apposita Raccomandazione da parte del Ministero della Salute** ("Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari") che intende incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio per la sicurezza

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NURSIND

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

za del personale e l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e attenuarne le conseguenze negative, dall'aggressione verbale alla violenza fisica fino all'omicidio.

In Italia, attraverso un esplicito rimando all'interno dell'art. 28 del D.Lgs 81/08, ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica, incoraggiando il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi, facilitando il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari.

“L'aggressione non è la soluzione”: l'iniziativa del sindacato Nursind in Italia.

In tale cornice si colloca l'iniziativa nazionale del sindacato infermieristico NurSind che, in occasione del 12 maggio - festa internazionale dell'infermiere -, lancia l'allarme sulle continue aggressioni che anche la recente cronaca nazionale e le esperienze quotidiane dei colleghi raccontano come momenti drammatici per i professionisti coinvolti.

L'iniziativa che vede l'affissione negli spazi pubblici e all'interno delle strutture sanitarie di un manifesto dal titolo “l'aggressione non è la soluzione” prende avvio dalle crescenti difficoltà del personale sanitario ad erogare assistenza di qualità in un regime di tagli del personale e spending review sui materiali e strumenti a disposizione e dai dati di un apposito questionario somministrato on line dal 6 al 26 Aprile 2013. Ecco i dati salienti.

## Il campione

Sono stati invitati a rispondere diversi operatori sanitari, principalmente infermieri, attraverso l'invio di una mail rivolta a 10.000 iscritti, mail di persone registrate al sito [www.nursind.it](http://www.nursind.it) e inviti rivolti in diversi gruppi infermieristici presenti nei social network (Facebook). Il questionario era composto da vari item (ad alcuni era possibile rispondere con una sola opzione mentre altri con più opzioni) riconducibili alla tematica delle aggressioni nei luoghi di lavoro ed hanno risposto 1.567 professionisti sanitari composti prevalentemente da:

|                 |         |
|-----------------|---------|
| infermieri      | (88,5%) |
| medici          | (1,9%)  |
| ostetriche      | (1%)    |
| altro personale | (2,8%)  |

Riguardo all'età il campione è composto da personale compreso tra:

|                   |         |
|-------------------|---------|
| 20-30 anni di età | (12,9%) |
| 30-40 anni di età | (32,7%) |
| 40-50 anni di età | (49,1%) |
| oltre 50          | (5,3%)  |

L'anzianità professionale degli interessati varia tra:

|            |         |
|------------|---------|
| 0-10 anni  | (24,1%) |
| 10-20 anni | (35,8%) |
| 20-30 anni | (39,3%) |
| oltre i 30 | (0,8%)  |

Dal punto di vista geografico gli intervistati lavorano:

|            |         |
|------------|---------|
| Nord Est   | (35,2%) |
| Nord Ovest | (16,8%) |
| Centro     | (37,1%) |
| Sud        | (5,6%)  |
| Isole      | (5,1%)  |

244 intervistati non ha indicato la zona geografica.

Anche se il campione non può essere perfettamente omogeneo dal punto di vista geografico, la collocazione anagrafica e l'anzianità di servizio si avvicinano alla reale composizione della forza lavoro delle strutture sanitarie, anche se la particolarità del questionario seleziona in partenza gli operatori che hanno maggiore dimestichezza e possibilità di usare i mezzi informatici.

La quantità di risposte, inoltre, può essere ritenuta congrua per raffrontare i nostri dati - che non hanno pretesa scientifica ma che mirano ad indagare dal punto di vista dell'operatore sanitario un fenomeno comune - con quanto riportato dalla letteratura internazionale e nelle indagini nazionali più ristrette a singoli settori (pronto soccorso, area critica, psichiatria o a singoli ospedali).

## Il fenomeno delle aggressioni.

Il 79,7% ritiene che il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario sia in aumento o forte aumento mentre solo il 2,6% ritiene che il fenomeno sia in regressione o esaurimento.

Più della metà (54,8%) del campione ha subito nella sua carriera professionale un'aggressione, mentre il 33% è stato testimone di almeno un episodio di aggressione o ne ha sentito parlare da colleghi (22,4%). Solo il 14,2% non è mai stato minacciato o aggredito.

Gli episodi si sono verificati in diversi anni. Nei primi 4 mesi del 2013 già 335 intervistati (21,4%) affermano di aver ricevuto un'aggressione.

|                 |       |       |
|-----------------|-------|-------|
| 2013            | 21,4% | (335) |
| 2012            | 32,4% | (507) |
| 2011            | 31,3% | (491) |
| 2010            | 22,8% | (358) |
| 2009            | 18,1% | (284) |
| anni precedenti | 40,7% | (637) |

## Tipologie di aggressioni

Le aggressioni sono state:

|                         |       |       |
|-------------------------|-------|-------|
| solo fisiche            | 7,1%  | (112) |
| verbali                 | 41,2% | (645) |
| sia fisiche che verbali | 42,0% | (658) |

In particolare la violenza fisica è avvenuta attraverso:

|          |       |       |
|----------|-------|-------|
| Calci    | 11,3% | (177) |
| Pugni    | 13,3% | (208) |
| Schiaffi | 9,3%  | (146) |
| Spintoni | 18,5% | (290) |

|                     |       |       |
|---------------------|-------|-------|
| Oggetti contundenti | 9,4%  | (148) |
| Armi                | 1,6%  | (25)  |
| Altro               | 13,7% | (215) |

In 406 casi (25,9%) sono intervenute le forze dell'ordine anche se solo in 229 casi il campione dichiara che la polizia è giunta in tempo per evitare il peggio. È vero anche che nel 54,8% dei casi (859) i danni fisici non hanno avuto bisogno di prognosi mentre nel 7,7% (118) l'aggressione ha prodotto conseguenze di astensione dal lavoro superiore ai 3 giorni.

È interessante notare che, secondo gli intervistati, il 51,3% (804) dichiara che non esiste in azienda una modalità di segnalazione dell'evento presente solo nel 31,0% (486) dei casi.

## Luoghi e persone legate alle aggressioni

Ma chi è che aggredisce il personale sanitario? Secondo il campione, quasi in egual misura:

|                |          |
|----------------|----------|
| pazienti       | (39,3%)  |
| parenti        | (35,1%)  |
| entrambi       | (18,58%) |
| utente casuale | (7,1%)   |

principalmente di nazionalità italiana (62,3%) con alterazioni di carattere psichico o alcolico:

|                   |       |       |
|-------------------|-------|-------|
| Italiano          | 62,3% | (977) |
| Straniero         | 18,0% | (282) |
| Ubriaco           | 12,1% | (189) |
| Alterato psichico | 23%   | (360) |
| Zingaro           | 5,4%  | (84)  |

Anche nei luoghi si conferma quanto riportato in letteratura a livello internazionale: strutture pubbliche (76,2%) e area critica e degenze sono i luoghi in cui avvengono principalmente le aggressioni. Alcuni non hanno mancato di evidenziare che episodi di aggressione si sono verificati nel territorio in risposta al primo soccorso.

|                   |       |       |
|-------------------|-------|-------|
| Pronto Soccorso   | 26,9% | (422) |
| Terapia intensiva | 4,8%  | (75)  |
| Degenza           | 36,4% | (571) |
| Ambulatorio       | 11,4% | (179) |
| Casa di Riposo    | 2,9%  | (45)  |

È interessante notare che solo nel 27,5% dei casi è stato interessato un solo operatore, nei restanti casi (ha risposto il 71,6% del campione) è stato coinvolto più personale.

Infine, il motivo dell'aggressione era collegato al servizio nel 71,8% (1.125) dei casi.

## Le iniziative per garantire la sicurezza

L'ultima parte del questionario ha interrogato gli operatori in merito alle iniziative per la sicurezza nei luoghi di lavoro. La maggioranza di chi ha risposto (83,2%) ha indicato che non sono stati presi provvedimenti per garantire la sicurezza degli operatori (66,4% pari a 1.041 risposte) e nel caso siano stati presi provvedimenti a tutela del personale per evitare il ripetersi di aggressioni, nel 48,2% dei casi non sono stati ritenuti sufficienti come deterrente (756 risposte). Infatti, nel 32,9% dei casi

(516) nonostante i provvedimenti presi si sono verificati altri episodi di aggressione.

Nel dettaglio sono stati indicati alcuni esempi di provvedimenti presi.

ronda di vigilantes:

7,2% (113)

presenza di almeno un maschio in turno:

4,7% (74)

Istituzione del posto di polizia

3,3% (51)

protezione con vetro anti sfondamento

2% (32)

chiusura del servizio oltre una certa ora

1,5% (24)

aumento del personale presente

1,5% (23)

dispositivo di allarme automatico

0,8% (13)

dotazione di strumenti di difesa

1% (15)

corsi di autodifesa

0,8% (12)

altro

13,7% (214)

A completamento del questionario si è lasciata una domanda aperta, dove si è chiesto di segnalare alcuni suggerimenti circa il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario. Anche se molti operatori suggeriscono di intensificare la sorveglianza con un posto fisso di Polizia presso il Pronto Soccorso o un servizio di vigilanza in divisa che giri per i reparti oppure accentuando la sicurezza degli ambienti attraverso l'utilizzo della videosorveglianza e della chiusura dei reparti (i 2/3 delle risposte segnalano queste azioni), altri si soffermano su aspetti sistemici per la comprensione del verificarsi delle aggressioni. Mentre chi lavora nei reparti di psichiatria, espone problemi inerenti le continue aggressioni fisiche chi lavora in altri reparti o servizi evidenziano la difficoltà nel far comprendere ai cittadini e ai parenti la mancanza di colpe personali in caso di lunghi tempi d'attesa (le "esasperanti file e attese in pronto soccorso") o di richiamo a regole della struttura (per es. orari di vista).

Le aggressioni verbali sono riportate come frequenti episodi in caso di gestione delle liste d'attesa, di ritardi nelle prestazioni, di richiesta di rispetto degli orari di vista, di regole di funzionamento nei reparti di degenza, di mancanza di corretta informazione circa i ruoli e le responsabilità del personale (la divisa unica potrebbe aiutare il cittadino a identificare correttamente le varie figure).

Nel 47,9% dei casi (751 risposte) l'infermiere non ha cambiato atteggiamento nei confronti dell'utenza dopo avere ricevuto un'aggressione. Alcune delle risposte aperte hanno evidenziato la difficoltà da parte del personale stesso di gestire delle relazioni particolari (per esempio con gli etilisti o i tossicodipendenti) e di entrare in empatia con il paziente. Per tali motivi diversi suggerimenti sono rivolti alla maggiore informazione e formazione.

Maggiore informazione da rivolgere

all'utenza sulle regole delle strutture sanitarie e sul ruolo e competenze delle varie figure (gli infermieri lamentano la mancata comprensione da parte dell'utenza del loro ruolo e il continuo rivolgersi a questo professionista per ogni tipologia di richiesta; all'infermiere è chiesto di rispondere a tutte le inefficienze del sistema anche a quelle che non sono di sua pertinenza professionale) ma anche maggior educazione civica in generale da attuare nelle scuole e nelle famiglie.

Si ricorda che dal punto di vista mediatico negli ultimi anni la visione di chi svolge un servizio pubblico non è stata adeguatamente tenuta in considerazione (cronaca di episodi di malasanità e campagna contro i dipendenti pubblici "fannulloni" che "autorizzano il pubblico a trattare male gli infermieri e la situazione socio economica del momento accresce lo scontento generale") e che l'utenza è divenuta sempre più esigente in termini di quantità e qualità delle prestazioni da erogare. Dall'altra parte si evidenzia come gli organici siano sempre più inadeguati a dare risposte alle esigenze dei cittadini in tempi e modi consoni e il peso della maggiore responsabilità professionale è in continuo aumento.

La maggiore formazione per gli opera-



tori nella gestione dei conflitti, sui corretti comportamenti da tenere in casi di relazione difficile e di aggressività che inizia verbalmente per arrivare poi a quella fisica (saper porsi in ascolto e non reagire alle provocazioni verbali), su corsi di autodifesa, di autocontrollo e di comunicazione strategica sono richieste che più volte appaiono nei suggerimenti.

### Conclusioni

Pur evidenziando tutti i limiti del questionario ai fini di un'analisi scientifica delle aggressioni in ambito sanitario, riteniamo che attraverso questa indagine sia

possibile rilevare degli spunti interessanti per avere in tempi rapidi una fotografia attuale del fenomeno come vissuto dai professionisti sanitari. In particolare molte riflessioni utili sono giunte attraverso la risposta aperta ed hanno permesso di rendere ancora più pregnanti i dati numerici delle risposte chiuse.

Abbiamo dunque rilevato che le aggressioni fisiche e verbali sono in costante aumento e tale fenomeno richiede di essere adeguatamente tematizzato sia presso la popolazione che presso le aziende sanitarie a tutela della salute degli operatori e dei servizi resi.

Gli infermieri ne sono coinvolti principalmente perché sono l'interfaccia della struttura con l'utenza. A questa professione, poco riconosciuta nel ruolo da parte dei cittadini, è chiesto di rispondere delle inefficienze del sistema e tali situazioni generano spesso fenomeni di aggressione al personale.

I luoghi più interessati sono quelli dove l'utenza ha un accesso diretto come i Pronto Soccorso o i reparti di degenza durante gli orari di visita o durante le consulenze esterne.

Le richieste da parte dei sanitari sono rivolte all'intensificazione degli strumenti di vigilanza (presenza della polizia/vigilantes, sistemi di chiusura dei reparti e di videosorveglianza) ma anche alla maggior informazione dei cittadini sul ruolo e le funzioni degli infermieri e maggiore formazione del personale per rispondere adeguatamente alle situazioni ritenute pericolose.

Se quindi si vuole stimolare le aziende e gli RLS (rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) ad attuare quanto previsto dalla Raccomandazione del Ministero della salute del novembre 2007, con questa campagna di sensibilizzazione si vuole ribadire che l'aggressione agli infermieri non è la soluzione dei mali che affliggono la sanità italiana (lunghe liste d'attesa, intasamento dei Pronto Soccorso, difficoltà di comprendere le diverse figure sanitarie, i loro ruoli e responsabilità, ...) né tantomeno la soluzione per la gestione dei singoli casi (pazienti affetti da malattie psichiche, dipendenze da alcool o droga, rispetto dei regolamenti della struttura, ...).

Aggredire un infermiere significa mettere in difficoltà tutto il sistema e la garanzia della qualità dell'assistenza: gli organici già ridotti all'osso difficilmente possono reggere ulteriori assenze e l'impatto sulla motivazione lavorativa incide negativamente sulla relazione tra infermiere ed assistito.

E' possibile visionare i grafici completi del questionario su:

[http://www.nursind.it/aggressioni\\_al\\_personale\\_sanitario.html](http://www.nursind.it/aggressioni_al_personale_sanitario.html)

## Nursind Sanità privata: istituto il Coordinamento Nazionale

Già da tempo all'interno del Nursind si sentiva l'esigenza di un punto di riferimento per tutti coloro che lavorano nel settore privato.

Questa la premessa che il 21 febbraio scorso ha dato vita al **Coordinamento Nazionale della Sanità Privata**, ciò che mancava al Nursind per rappresentare coloro che hanno regole e problematiche diverse dal settore pubblico.

Per coadiuvare l'attività di questo nuovo coordinamento è stata anche sottoscritta l'adesione alla confederazione CISAL (confederazione italiana sindacati autonomi lavoratori) che il 2 agosto ha firmato il protocollo di intesa in materia di rappresentanza e rappresentatività per la stipula dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Dall'inizio dei lavori sono già stati fatti dei passi importanti nell'attività di questo coordinamento che ha fatto registrare una crescita significativa nelle iscrizioni fino a superare le duemila unità.

Tante le trattative alle quali Nursind ha preso parte, riuscendo a siglare importanti accordi locali e regionali, come l'Accordo Collettivo Regionale sulla detassazione siglato il giorno 26 luglio con AIOP Liguria, un risultato ottenuto anche grazie all'impegno dei colleghi della segreteria di Genova.

Nursind Sanità Privata va così via via espandendosi su tutto il territorio nazionale con la costituzione di nuove segreterie aziendali accanto alle tante già attive: le ultime a Palermo, Benevento, Caltanissetta,



L'Aquila, Salerno e, caso esemplare, Napoli, dove ha fatto registrare oltre 60 iscrizioni in pochi giorni!

Come detto all'inizio gli infermieri della sanità privata vivono problematiche ben diverse dai colleghi del pubblico e in molte realtà fanno fatica a vedersi riconosciuti i più elementari diritti contrattuali (orario di lavoro, retribuzione, indennità ferie, diritto allo studio, mensa, ecc.).

Alcune vertenze si sono chiuse (vedi l'articolo sul Miulli di Bari e sull'IDI di Roma più avanti nella rivista), altre sono in corso, come quella presso la clinica San Gaudenzio a Novara per la mancata retribuzione delle indennità di malattia, o come

Nella pagina a fianco, l'Accordo Regionale sottoscritto con l'AIOP Liguria e le sigle rappresentative tra cui il Nursind, valido per IL 2013 sulla detassazione della produttività per i lavoratori con contratto AIOP.

A portare i colori del Nursind, il Responsabile Sanità Privata del Coordinamento Regionale NURSIND Liguria, Inf. **Marcello Minichini**.

il caso della casa di cura Malzoni ad Avellino per la mancata erogazione del servizio mensa e dell'indennità prevista per la sala operatoria e terapia intensiva.

Un appuntamento molto importante poi ci aspetta a settembre per difendere i lavoratori della Nephrocare Campania coinvolti nella procedura di mobilità aperta dall'azienda sulla base di un presunto esubero di 31 unità.

Entrare con maggiore forza nella contrattazione nazionale resta l'obiettivo principale di Nursind Sanità Privata che continuerà nel frattempo con la propria attività forte del supporto confederale della CISAL e del coordinamento con le segreterie già esistenti sul territorio nazionale al fine di dare una sempre più completa rappresentanza anche a questo significativo comparto della sanità.

La responsabile sanità privata  
Inf. **Romina Iannuzzi**

## Sanità privata: le regole per la detassazione 2013

Il 13 maggio u.s. è stato firmato l'Accordo tra AIOP e le Confederazioni firmatarie di CCNL riguardante le modalità di attuazione delle misure sperimentali per l'incremento della produttività del lavoro (detassazione), di cui al Dpcm 22/1/2013, già previste in passato e reintrodotte con molte novità per il 2013.

Il Dpcm 22/1/2013, entrato in vigore il 13 aprile 2013, dispone che l'agevolazione sia finanziata con 950 milioni di euro per l'anno 2013, 400 milioni per l'anno 2014 e 200 milioni per il 2015 (quindi sarà un'agevolazione con limite economico). Nel limite di queste risorse, è possibile riprendere la "detassazione" per tutto l'anno 2013 e tale detassazione trova applicazione entro il limite di importo complessivo di **2.500 euro lordi per i dipendenti che nell'anno 2012 non hanno superato**

il reddito di 40.000 euro al lordo delle somme assoggettate nel medesimo anno 2012 all'imposta sostitutiva.

L'erogazione di tali somme deve avvenire "in esecuzione di contratti collettivi di lavoro sottoscritti a livello aziendale o territoriale (...) ai sensi della normativa di legge e degli accordi interconfederali vigenti, da associazioni dei lavoratori comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, ovvero dalle loro rappresentanze sindacali operanti in azienda". Resta ferma la possibilità, per le aziende prive di rappresentanze sindacali in ambito aziendale, di sottoscrivere contratti con una o più associazioni dei lavoratori a livello territoriale.

Secondo le precisazioni fornite dall'Agenzia delle Entrate, gli accordi decentrati in materia di detassazione (che

devono essere depositati presso le competenti DTL entro 30 giorni dalla data della stipula) non possono avere effetto retroattivo e, pertanto, esplicano i propri effetti solamente per le somme erogate successivamente alla sottoscrizione.

Si precisa inoltre che, come chiarito dalla circolare ministeriale n.15 del 3/4/2013, per gli accordi territoriali/aziendali già sottoscritti alla data di entrata in vigore del Dpcm, il termine di 30 giorni per il deposito decorre dalla data di sottoscrizione.

Il verbale dovrà allegare un'autodichiarazione di conformità dell'accordo e, entro il 30/11/2013, il Governo, unitamente alle parti sociali, analizzerà il monitoraggio dei contratti depositati per verificarne l'applicazione e la effettiva idoneità.

## ACCORDO COLLETTIVO REGIONALE VERBALE

Il giorno 26 luglio 2013, alle ore 09,30 presso ICLAS – Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità, ubicato in Rapallo (GE), via Cabrana n. 21, per la sottoscrizione di un accordo regionale, si sono incontrati:

- per i Datori di lavoro:  
A.I.O.P. Liguria, nella persona del Presidente Regionale Ettore Sansavini
- per le associazioni sindacali dei lavoratori:  
Sindacato CGIL FP Liguria, nella persona della Segretaria ità Antonella Bombarda;  
Sindacato CISL FP Liguria, nella persona del Segretario Gabriele Bertocchi;  
Sindacato UGL Liguria nella persona del Segretario Giorgio Strano;  
Sindacato NURSIND Liguria nella persona del Vice Segretario Marcello Minichini;  
Sindacato UIL FPL Liguria nella persona del Segretario Paolo Badalini;

## Un "nuovo" medico e un "nuovo" infermiere

*Inf. Danilo Massai - Presidente IPASVI di Firenze*

Il dibattito sulle competenze delle professioni sanitarie rischia di offuscare la necessità di riprogrammare, prima di tutto, i nuovi professionisti. Partiamo dai medici. È necessario ridisegnare la professione in una prospettiva che permetta di rileggere l'epidemiologia sociale e clinica, che sia in grado di identificare i campi propri della medicina e quelli cui essa deve dare un suo contributo e di ridefinire i confini dei luoghi specifici (e non) della medicina stessa. Il "nuovo medico" è determinante per un vero processo di riposizionamento delle altre (troppo numerose) professioni.

È irrimandabile quindi capire di quali attitudini, capacità e competenze sono portatori i medici. Dove acquisiscono la scienza e l'arte della medicina, qual è il processo per l'accreditamento professionale con standard basati sui risultati e come si valorizza il medico in quanto capitale umano.

Bisogna ristrutturare i paradigmi della responsabilità e delle carriere, spostandoli dall'area gestionale all'area professionale clinica. Rivedere le piattaforme contrattuali orientandole verso il merito certificato e le retribuzioni dei paesi europei ad uguale valore del Servizio Sanitario.

Il medico deve fare ricerca, promuovere una nuova cultura nello stile di vita dei cittadini, acquisire capacità per gestire comunità multiprofessionali, far proprie, in ambito formativo, attitudini pedagogiche, essere responsabile delle risorse tecniche e strumentali a disposizione.

Una magistratura interna deve orientare ad una medicina libera che tuteli il suo esercente e garantisca ai cittadini professionisti di certificata competenza e abilità.

Solo con questo approccio, per le altre

professioni, la strada sarà meno ostacolata. Altrimenti rischiamo di incorrere in una battaglia quotidiana fra professioni, dove ciascuno, per sopravvivere, va a caccia di poteri esterni.

Per quanto riguarda gli infermieri, è indubbia la necessità di affermare la professione come Scienza e Arte.

A tal proposito dobbiamo rivedere il percorso formativo. Al posto di un tre più due e un master di secondo livello, ci vuole un percorso di cinque anni più due di specializzazione da svolgersi in aree ad alta complessità scientifica e relazionale. Per sviluppare la capacità di lavorare in équipe multidisciplinari, dobbiamo integrare gli ultimi anni del corso di Scienze Infermieristiche con quelli di Medicina.

Ci vuole un Dipartimento di Scienze Infermieristiche dove il nuovo infermiere possa apprendere la professione e imparare ad esercitarla con graduale responsabilità e certificate capacità e competenze. Una formazione che offra anche la possibilità di sperimentare l'attitudine al lavoro di gruppo e l'assunzione delle responsabilità nei confronti della comunità professionale e della popolazione.

Bisogna stabilire il numero e la qualità dei docenti (anche attingendo da altri paesi) e definire le competenze dei professori delle varie discipline, per non ripetere, in minis, lezioni di medicina.

Le sedi di apprendimento clinico/assistenziale devono essere accreditate di tutor ad elevata capacità pedagogica e professionale e bisogna investire nelle simulazioni per il lavoro multiprofessionale e interdisciplinare. Anche per gli infermieri è necessario rivedere la piattaforma

contrattuale. Riconoscere il merito e una retribuzione economica adeguata alle responsabilità, ma anche puntare sui risultati nel lavoro di équipe, per rendere visibile quello che è l'apporto della scienza infermieristica al livello di salute dei cittadini.

E' chiedere troppo? Nei momenti di crisi, la società si scrolla di dosso polveri antiche e impegna energie per programmi innovativi a lungo termine, liberandosi di apparati costosi, qualunque sia nella formazione e pressapochismi per nuovi scenari in area salute dove tutto si deve velocemente innovare.

Fermo restando il rispetto della dignità della persona, il diritto ai servizi, alle cure e all'assistenza in risposta alle necessità (senza analisi preventiva del conto corrente e dello status sociale), ricordo anche che gli infermieri già si pagano tutta la formazione, anche quella che nessuno riconoscerà mai, pertanto non sarà un problema economico a frenare il nuovo infermiere ma interessi dentro e fuori questa professione non ancora riconosciuta come valore sociale imprescindibile per la comunità.

Per il nuovo Ministro è un'occasione per farsi portatrice di un'innovazione che guardi lontano. Senza rispondere ai richiami dei soliti apparati e personaggi ormai esauriti e costosi.

Il lavoro dei due tavoli tecnici, infermieri e tecnici di radiologia medica, è un documento utile ma necessita di un innovativo pensiero globale sulle professioni. In rapporto a come vogliamo tutelare la salute degli italiani e di quanti vivono nel nostro paese.

*Da <http://www.quotidianosanita.it/>*

## Uno studio in Canada conferma: i pazienti hanno più fiducia nelle infermiere piuttosto che nei medici

Uno studio condotto in Canada e pubblicato sugli *Annals of Family Medicine* indica come i pazienti, soprattutto se anziani, preferiscano le infermiere ai medici. I ricercatori dell'Università di Alberta hanno infatti scoperto che, se ad esempio occorreva convincere i pazienti a sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, affidandoli a infermieri specializzati si ottenevano risultati migliori di quelli che poteva raggiungere un medico (in Italia l'unico autorizzato ad effettuarle). Anche con l'aiuto di campagne per incentivare la vaccinazione, aiuti economici per l'acquisto dei vaccini in farmacia, una maggior preparazione dei medici di famiglia e altre iniziative sociosanitarie collaterali, il fattore vincente alla fine era sempre la possibilità di ricevere il vaccino da un'infermiera.

### Aderenza alla terapia

Facendo una revisione di 77 studi, i ricercatori canadesi hanno verificato che in qualsiasi malattia l'aderenza al trattamento dei pazienti è direttamente proporzionale al contatto umano col personale sanitario. «Se il medico di base potesse essere affiancato da infermieri che poi seguono i pazienti accertandosi dell'aderenza alla terapia – ha detto a proposito della difficile gestione del paziente depresso l'ex-presidente della SIP (Società Italiana di Psichiatria) Professor Eugenio Aguglia all'ultimo congresso nazionale Nutrire la mente - avremo già fatto un grande passo avanti in questa malattia». «Difficilmente il medico di famiglia può spendere mezz'ora con un paziente depresso – gli fa eco il Presidente Professor Claudio Mencacci - Egli ha le conoscenze per affrontare la depressione, ma deve essere messo nelle condizioni di farlo ad esempio potendo contare sul supporto logistico di infermieri, psicologi, assistenti sociali».

### I medici credono ai farmaci

Ma cosa sanno trasmettere in più gli

infermieri ai pazienti? Secondo uno studio pubblicato su *BMC Family Practice* dalle università svedesi di Gothenburg e di Västerås non la fiducia nei farmaci verso i quali i medici avrebbero un atteggiamento più positivo degli infermieri che risultano più sensibili agli effetti collaterali che ai benefici che ne derivano. In Svezia gli infermieri hanno coi farmaci un rapporto più diretto perché, diversamente che da noi, quelli specializzati possono prescrive-



re piccole terapie come quelle dermatologiche, contraccettive e per i disturbi dell'apparato digerente.

### Gli infermieri credono ai pazienti

Nella loro attività prescrittiva sono risultati attenti non solo alle necessità fisiche dei pazienti, ma anche a quelle emotive, in un'ottica che considera i pazienti nella loro globalità e consente una maggior partecipazione personale in cui l'infermiere diventa il tramite del dialogo con l'intero staff assistenziale. D'altro canto il medico, per poter gestire le priorità cliniche e prendere le giuste decisioni, deve mantenersi emotivamente neutro.

### I pazienti ricambiano la fiducia

Ma forse proprio questo distacco è il motivo per cui solo il 70% degli americani considera i medici onesti ed etici, riservan-

do invece più fiducia alle loro infermiere (85%). A dimostrarlo è un'indagine pubblicata on line a novembre dall'Institute of Public Opinion del New Jersey, la più importante agenzia pubblica di sondaggi degli Stati Uniti, nota con la sigla GALLUP, indagine dalla quale risulta anche come a metà strada fra medici e infermieri si pongano i farmacisti, ai quali viene accordata una fiducia del 75%. Gli autori del sondaggio si sono chiesti se c'è ancora spazio per avere fiducia nei medici perché probabilmente internet e la mobile technology l'hanno roscchiata, facendo crescere la preparazione dei pazienti. Già due anni fa il Censis diceva che in Italia il 22% dei pazienti laureati verifica su internet le informazioni del proprio medico e poi l'8,9 arriva a contestarlo.

### Italiani come gli americani

Secondo un'altra indagine di Altroconsumo la crisi del rapporto medico/paziente l'anno scorso ha raggiunto anche da noi livelli simili a quelli USA: il 70% dei pazienti non si fida dei medici e salva soltanto il medico di famiglia del quale ha poca fiducia solo l'8% dei 2.265 intervistati. Come già scritto dal Corriere, il rapporto empatico col paziente sembra l'arma vincente e lo ha dimostrato anche un recente studio pubblicato su *Patient Education and Counseling* dalla Michigan State University che ha evidenziato con la risonanza magnetica funzionale come i pazienti che si fidano del loro medico abbiano una ridotta risposta cerebrale al dolore. Probabilmente la risonanza evidenzerebbe allo stesso modo anche gli effetti della carica umana che le infermiere sanno trasmettere a tutti i pazienti: «Scrivere una ricetta è facile - diceva Franz Kafka - parlare con chi soffre è molto più difficile».

Cesare Peccarisi

## Prescrizione infermieristica:

### L'Italia si adegui alla direttiva UE sull'assistenza transfrontaliera

La libera circolazione delle persone, dei capitali, delle merci e dei servizi ha rappresentato il principale obiettivo del lungo processo di edificazione dell'Europa unita, dalla istituzione della comunità Economica Europea con il Trattato di Roma nel lontano 1957, fino al Trattato di Maastricht

che nel 1993 ha posto le premesse per l'attuazione di un 'mercato interno' tra gli Stati che compongono la Comunità, da allora definitivamente nominata Unione Europea.

Fra questi due momenti si collocano le numerose tappe attraverso le quali si è via

via realizzata la libera circolazione delle persone, dapprima nei confronti dei lavoratori subordinati, successivamente, a partire dal 1975, anche di quelli autonomi, in particolare dei professionisti.

Le professioni sanitarie sono state, tra le professioni intellettuali, le prime per le

quali gli organi della Comunità hanno adottato misure per l'attuazione della libera circolazione. Nel caso dei professionisti, il presupposto indispensabile ai fini della libera circolazione - come precisa l'art. 57 del Trattato istitutivo - è il reciproco riconoscimento dei titoli di formazione universitaria e di abilitazione all'esercizio dell'attività professionale, che richiede, a sua volta, l'armonizzazione da parte degli Stati membri, delle rispettive legislazioni in materia di percorsi formativi, per quanto concerne contenuti didattici, durata dei corsi, insegnamenti teorici, tirocini pratici e così via.

Il diritto comunitario ha cercato, nel corso del tempo, di assicurare il diritto di stabilimento e la libera prestazione di servizi garantendo il riconoscimento dei diplomi abilitanti, dal punto di vista tecnico giuridico, secondo modalità diverse: mentre inizialmente si sono adottate direttive di tipo settoriale (medici, infermieri, dentisti, veterinari, farmacisti, etc.), alla fine degli anni ottanta si è passati ad un sistema generale basato sulla mutua fiducia (direttiva 89/48/CEE in seguito integrata dalla direttiva 92/51/CEE), e con la recente direttiva 98/5/CE, relativa al diritto di stabilimento per gli avvocati, il principio chiave si è ulteriormente evoluto preoccupandosi di garantire "trasparenza" in vista di una sostanziale "tutela del consumatore". Il riconoscimento professionale avviene secondo procedure previste dalle direttive comunitarie e dalle norme nazionali di attuazione delle stesse.

In Italia l'attuazione della direttiva 2001/19/CE (che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico) si ottiene il 14 ottobre del 2003, data in cui viene pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto legislativo 8 luglio 2003, 277 (Supplemento Ordinario n.161 alla Gazzetta Ufficiale n. 239 del 14 ottobre 2003).

Il dato preoccupante è che dal 2003 ad oggi non c'è mai stato un aggiornamento delle tabelle di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie e dei titoli universitari. Si potrebbe sottolineare innanzitutto che oggi non è assolutamente corretto parlare di "infermieri professionali", ma volendo tralasciare questo dato, sarebbe necessario ribadire che l'attuale percorso formativo italiano per diventare infermieri e per proseguire gli studi - una volta conseguito il titolo che abilita all'esercizio professionale - si sviluppa secondo le disposizioni del decreto del ministero dell'Università del 3 novembre 1999 n. 509 e successivamente modificato dal DM 22 ottobre 2004 n. 270, il tutto in linea con le nuove direttive europee.

In tutta Europa è stato ridisegnato il percorso accademico degli infermieri; in Italia l'attuale percorso di laurea in Infermieristi-

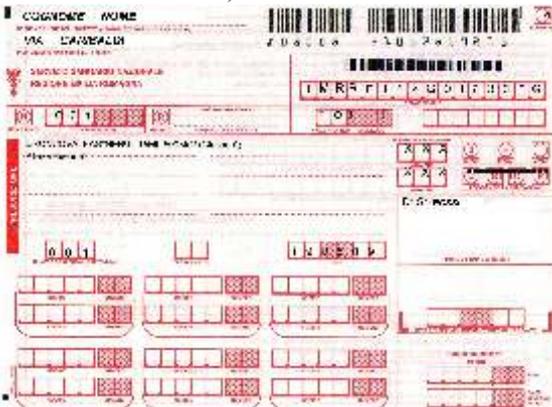
ca (L) è stato ridefinito con DM 19 febbraio 2009; per il percorso di laurea magistrale (LM) - (ex Laurea specialistica in Scienze infermieristiche LS) è stato emanato il DM 8 gennaio 2009).

E allora perché non modificare il Decreto legislativo 277/2003 tenendo conto dei nuovi percorsi accademici?

Quali sono i titoli universitari comunitari che consentono l'accesso alle funzioni specialistiche e dirigenziali degli infermieri?

Dove stanno le nuove tabelle che consentono agli infermieri comunitari di poter circolare liberamente e di poter vedere garantito il riconoscimento professionale e specialistico conseguito nel proprio Paese?

Il problema diventa ancora più rilevante se si tiene conto che, in numerosi Paesi dell'U.E., la professione infermieristica ha già portato a termine il processo di valorizzazione del proprio profilo, con funzioni specialistiche ed avanzate che in Italia risultano ancora attualmente sconosciute (si pensi ai percorsi accademici che seguono i "Nurse practitioner prescriber" inglesi e gli "Enfermeros prescriptores" spagnoli, ma gli esempi di percorso accademico infermieristico europeo potrebbero essere innumerevoli).



E mentre in Italia l'Ordine dei medici, forte dei propri indiscussi percorsi accademici, condivisi a livello comunitario, continua a contrastare l'evoluzione dell'infermieristica italiana, gli Infermieri italiani, stanchi di essere marionettati e gestiti da altre professioni, iniziano a domandarsi quando il Ministero della Salute e la Federazione Nazionale IPASVI vorranno farsi portavoce del diritto di libera circolazione e di riconoscimento professionale e specialistico degli infermieri!

Tenuto conto che la direttiva 2001/19/CE sottolinea l'importanza del concetto di "formazione regolamentata" e stabilisce che gli Stati membri debbono tener conto dei titoli accademici conseguiti dai professionisti, nonché l'esperienza professionale acquisita dagli esercenti in uno Stato membro, considerata di rilevanza comunitaria, urge la modifica del Decreto legislativo 277 del 2003.

In questo marasma normativo che, di fatto preclude alla professione infermieristica italiana l'autonomia professionale, il

**Parlamento italiano ha tempo entro il 25 ottobre 2013 per adeguarsi alla DIRETTIVA 2011/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO che disciplina il diritto all'assistenza transfrontaliera.**

Un punto fondamentale della Direttiva europea riguarda le prescrizioni farmacologiche che dovranno essere riconosciute in tutti i paesi dell'UE; questo per assicurare che l'assistenza sanitaria possa proseguire adeguatamente quando il paziente rientra nel proprio paese. Il dato significativo, che evidentemente forse più di qualcuno in Italia sta trascurando o peggio ignorando, che il farmacista in Italia non potrà rifiutarsi di consegnare ai clienti i farmaci e dispositivi medici prescritti dagli "infermieri prescrittori" esercenti nel resto d'Europa.

A norma dell'articolo 11, paragrafo 2, lettera a), della direttiva 2011/24/UE, la Commissione è tenuta ad adottare un elenco non esauriente dei dati che devono essere presenti in queste ricette. L'elenco permetterà al farmacista di verificare l'autenticità della ricetta e se questa è stata rilasciata da un membro di una professione del settore sanitario regolamentata legalmente abilitato.

In base alla Direttiva di Esecuzione 2012/52/UE della Commissione, l'identificazione del professionista prescrivente deve contenere: Cognomi, Nomi (scritti per esteso, vale a dire non solo le iniziali), Qualifica professionale, Dati di contatto diretto (indirizzo di posta elettronica e telefono o fax, questi ultimi entrambi con il prefisso internazionale), Indirizzo professionale (deve contenere il nome dello Stato membro in questione), Firma (forma scritta o digitale in base al mezzo scelto per l'emissione della ricetta).

In diversi Paesi Europei esistono già gli Infermieri prescrittori, abilitati alla prescrizione di ricette mediche (dove per "ricette mediche" non si intende "ricette del medico" ma ricette "volte alla identificazione dei prodotti medicinali o dei dispositivi medici" prescritte da un professionista sanitario avente una qualifica professionale abilitata).

L'Italia, così come gli altri Stati europei, deve porre in atto le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alle succitate Direttive Europee: il tutto entro il 25 ottobre 2013.

Oggi più che mai, se l'infermieristica italiana vuole essere credibile quale "scienza", se vuole davvero affermarsi nel mondo accademico e contribuire al miglioramento dei servizi sanitari nazionali ed internazionali, non può permettersi di essere da meno rispetto all'infermieristica europea.

Da <http://www.quotidianosanita.it/>

**Emiliano Boi**

Dottore in Infermieristica.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE



IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

SOS violenza sulle donne

## il codice rosa per il triage nel pronto soccorso

Inf. **Sonia Pecorilli** - ASL di Latina

Ecco finalmente una concreta iniziativa contro la violenza sulle donne: per le vittime di violenza il codice è rosa.

Non è notizia di oggi purtroppo il dilagare degli episodi di violenza perpetrati nei confronti delle donne, soprattutto all'interno delle mura domestiche. Si tratta, al contrario di un problema atavico, collegato ad una concezione fortemente patriarcale del rapporto tra i sessi, ove il singolo uomo confonde la relazione amorosa con il possesso ed il predominio.

Le donne, trasgredendo al ruolo ideale di donna imposto dalla tradizione, e prendendo coscienza della propria libertà di decidere cosa fare della propria vita, si sottraggono al potere ed al controllo del proprio partner, padre, compagno, amante.

Quindi per la loro autodeterminazione vengono punite con la morte, o qualsiasi altro tipo di violenza. Tutte le società patriarcali hanno usato e continuano ad usare il femminicidio come forma di punizione e controllo sociale sulle donne.

Il termine femminicidio non nasce per caso, ne perché mediaticamente d'impatto, dietro questa parola c'è una storia lunga vent'anni, una storia in cui le protagoniste sono le donne, donne messicane attiviste, femministe, accademiche, giornaliste che denunciarono la violazione dei diritti umani delle donne nel loro paese. Il loro esempio ha contagiato altri Paesi in tutto il

mondo così da rendere possibile una maggiore conoscenza del fenomeno e introducendo nuove leggi e il reato di femminicidio nei codici penali.

Codificando il femminicidio come un reato, si è arrivati a sensibilizzare le istituzioni attivando un'azione di carattere culturale e un'adeguata protezione delle donne che scelgono di uscire da tutte le forme di violenza, dalla tratta alla violenza domestica.



Nasce così per le vittime di violenza, un percorso rosa, che garantisce la massima tutela, e un codice rosa che si aggiunge ai normali codici di triage del pronto soccorso (rosso, giallo, verde, azzurro e bianco) e consente l'immediata attivazione di una apposita task force composta da magistrati, medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, oss. Dunque personale sanitario in prima linea per combattere questa piaga denominata femminicidio, che suona cacofonico, ma rende bene l'idea.

In alcune Asl italiane è stato avviato il percorso rosa che assicura assistenza protetta, privacy e incolumità fisica e psichica a chi ha subito violenza, mentre il codice rosa determina l'immediata attivazione della task force, che agisce da un lato contro gli autori del reato e dall'altro a sostegno della vittima. Questo modello è già attivo presso alcuni pronto soccorso italiani:

- ☞ PS di Livorno
- ☞ PS di Grosseto
- ☞ PS di Lucca
- ☞ PS di Torino ASL To2
- ☞ Policlinico Umberto I.

Una risposta importante al fenomeno della violenza sulle fasce più deboli della popolazione: donne, ma anche minori, anziani, vittime di discriminazioni razziali, religiose, omofobiche. Il Dipartimento delle Pari Opportunità ha attivato già dal 2006 il 1522 un numero di pubblica utilità riservato alle vittime di ogni forma di violenza, si tratta di un servizio di accoglienza telefonico attivo 24 ore su 24, disponibile in 6 lingue differenti, e dal 2010 è previsto per i casi di violenza che rivestono caratteri di emergenza, una specifica procedura tecnico-operativa in coordinamento con le Forze dell'Ordine.

**1522 un numero da non dimenticare.**

## Pescara - Nursind incassa una sentenza a favore dei permessi ex. Art. 21

### Non è potere discrezionale dell'azienda

decidere se l'argomento del corso di formazione rientri o meno nella sfera professionale e quindi concedere il permesso per aggiornamento facoltativo



A causa di permessi per formazione negati a una dirigente Sindacale, Nursind ha trascinato l'azienda in tribunale conseguendo un'altra vittoria del sindacato e del diritto alla formazione per gli infermieri italiani.

La tenacia di una dirigente sindacale è stata premiata dal Giudice del Lavoro di Pescara. Ecco in breve i fatti. Alla suddetta sindacalista che lavora presso l'ASL di Pescara veniva negato il diritto di beneficiare del permesso retribuito per aggiornamento professionale facoltativo ex art. 21 CCNL del 1995, per la partecipazione ad un corso di formazione sul Counseling

della durata di due giorni, confutandoli d'ufficio in due giorni di ferie.

La motivazione data dall'azienda di tale provvedimento è stata che il Counseling non rientrerebbe nelle attività proprie del professionista infermiere, a differenza di quanto viene scritto sulla sentenza n.887 che cita testualmente: "il Counseling, quale concetto che si pone a livello intermedio tra la consulenza e la relazione di aiuto, bene costituisce un'attività di supporto agli operatori sanitari, atteso che quella sanitaria sostanza in concreto una professione di aiuto alla persona".

Il fatto appare ancora più strano in quanto la stessa ASL inseriva tale disciplina nel piano di formazione obbligatoria del 2012. Nella sentenza si legge ancora: "in particolare, la mera lettura del primo comma dell'art. 21 del CCNL del 1995 non fregia la ASL del potere di sindacare oltre la

validità del corso di aggiornamento... inoltre, la disposizione citata palesa da sola idoneità ad inquadrare la natura della posizione giuridica vantata dall'istante in sede di richiesta di permesso retribuito per formazione facoltativa, atteso che, in presenza dei presupposti meglio individuati in narrativa in riferimento alla qualità del corso da frequentare, non è dato rinvenire un potere discrezionale dell'Amministrazione...".



In conclusione, il Giudice del Lavoro accoglie il ricorso fatto dalla ricorrente, difesa dall'Avv. Ciofani, e dichiara il diritto della stessa di usufruire dei suddetti per-

messi retribuiti e condanna la Asl alle spese del giudizio.

Questa sentenza a riprova che il sindacato di categoria sa bene quali sono i diritti dei propri iscritti e di conseguenza anche

come farli rispettare, tutto ciò ci rende molto più forti. Con l'auspicio che quest'altra vittoria contribuisca al lungo processo di riconoscimento dell'Infermiere come PROFESSIONISTA

in quanto tale.

Inf. **Antonio Argentini**  
Segretario Provinciale NurSind Pescara

Il commento alla sentenza

## ECM: obbligo per il professionista e doveri delle aziende

In epoca di spending review e di tagli pesanti alle strutture del Servizio sanitario nazionale, tra le tante vittime della "razionalizzazione", rientra senza dubbio la formazione dei professionisti. Le norme contrattuali che impongono al datore di lavoro sanitario di destinare fino all'1% del monte salari alla formazione ha avuto un taglio del 50% del fondo – che però non era sufficientemente determinato, essendo, elastico – dedicato.

Con queste scarse risorse, le aziende non riescono più ad assicurare e a fare assolvere l'obbligo fondamentale di aggiornamento per il personale dipendente che deriva, in primo luogo, da un preciso disposto legislativo. Ricordiamo infatti che la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, ancora 35 anni or sono, indicava tra gli "obiettivi" dell'istituendo Servizio "la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario

diritto a giorni di permesso retribuiti ex art. 21 CCNL 2001. I giorni di permesso – fino a un numero massimo di otto l'anno – vengono concessi per corsi di aggiornamento "comunque connessi all'attività di servizio".

Il percorso ad ostacoli per il professionista dipendente che intende perseguire a proprie spese l'obbligo ECM e a supplire alle carenze formative predisposte dalle aziende si evidenzia anche nella concessione di tali permessi, in cui il potere discrezionale delle aziende viene talvolta usato arbitrariamente per la negazione del permesso.

Su questo punto è intervenuta una recentissima sentenza del Tribunale di Pescara – sentenza 26 giugno 2013, n. 887 – in funzione di giudice del lavoro, la quale ha fatto soccombere le ragioni dell'azienda sanitaria che aveva negato due giorni di permesso a un'infermiera che aveva chiesto la partecipazione a un corso di Counseling,

professione di aiuto alla persona", ma la stessa azienda lo aveva inserito tra le attività di aggiornamento obbligatorio per il personale dipendente.

Il Tribunale di Pescara, contrastando la decisione dell'azienda che aveva trasformato d'ufficio, in ferie, i due giorni di permesso retribuito, specifica che "mal si comprende la censura dell'Azienda volta a negare cittadinanza alla possibilità di aggiornarsi in materia di Counseling alla ricorrente, la quale, nella sua qualità di infermiera professionale, si palesa figura predisposta a spendere i concetti della disciplina in parola nell'ambito della sua offerta formativa con le persone malate e bisognose di aiuto".

Sul secondo punto – concernente la sindacabilità sugli organizzatori del corso stesso – si incentrano le decisioni di diritto più interessanti in quanto l'azienda, statuisce il Tribunale di Pescara, non ha il "potere di sindacare oltre alla validità del corso di aggiornamento (che se è accreditato ECM la validità la assume in re ipsa) e "pertanto le valutazioni sugli organizzatori dell'evento si rivelano irrilevanti" e di conseguenza in relazione all'esistenza dei presupposti – attinenza in senso lato rispetto alla professione e accreditamento ECM – "non è dato rinvenire un potere discrezionale dell'Amministrazione" in merito alla negazione del permesso.

Una sentenza dunque che pone un elemento di chiarezza sulla concessione dei giorni di permesso retribuiti che non possono essere negati in presenza dei presupposti ricordati.

Rimane la fallacità del sistema che da un lato pone nelle sue impronte genetiche – la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale – l'obiettivo di formazione del proprio personale e dall'altro nega le risorse per il fondamentale aggiornamento – obbligatorio e facoltativo – necessario per il perseguimento di tale obiettivo.

L'innesto dell'Educazione continua in medicina si è svolto senza le dovute chiarezze in merito agli obblighi datoriali, introducendo da un lato un obbligo che sembra essere tutto a carico del dipendente, dall'altro non disponendo a oltre dieci anni di distanza dal suo avvio alcuna conseguenza neanche di carattere premiante per chi ottempera agli obblighi previsti.

Dott. **Luca Benci**  
Giurista esperto in diritto sanitario



nazionale".

Accanto all'aggiornamento obbligatorio ECM – il cui mancato soddisfacimento costituirebbe (norma esistente, ma non ancora applicabile, in attesa del riordino degli ordini professionali) "illecito disciplinare" – convive da sempre l'aggiornamento "facoltativo" a cui il datore di lavoro non è obbligato a contribuire economicamente - e di conseguenza da soddisfarsi prevalentemente in "autonomia economica" (a spese del dipendente...) – per il cui soddisfacimento il dipendente ha

con più motivazioni relative alla non attinenza rispetto all'attività esercitata e alla qualità degli organizzatori.

Sul primo punto – proprio nel caso di specie – vi è stato un evidente autogol aziendale in quanto non solo ha dovuto farsi spiegare da un giudice che il Counseling è attinente all'attività infermieristica in quanto è un "concetto che si pone a livello intermedio tra la consulenza e la relazione di aiuto, ben costituisce un'attività di supporto agli operatori sanitari, atteso che quella sanitaria sostanzia in concreto una

# Quella meritocrazia che non ti meriti

Inf. Enrico Virtuoso, Inf. Maria Marchese, Inf. Anna Alcamo - Palermo

Vi ricordate del Decreto Brunetta? Semplicemente non è più oggetto del dibattito sindacale negli ultimi tempi, dopo essere stato fonte di dubbi e di contestazioni feroci; ma il D.lgs. 150/09, meglio conosciuto come Decreto Brunetta, non è sparito e non è stato abrogato, è ancora una legge dello Stato ed è ancora vigente.

Ecco che cosa abbiamo rilevato nello studio dal titolo: "L'accoglienza imperfetta". La Qualità della Comunicazione e della Relazione in Sanità, cosa è, a cosa serve. Come valutarla, valorizzarla, perché premiarla" portato a termine alla fine del 2012.

La MERITOCRAZIA tanto invocata dagli esperti economici come fattore decisivo per una Qualità globale, quindi come fattore di contenimento dei costi e di sostenibilità di Sistema della Pubblica Amministrazione italiana, è una questione di suo assai complicata; per cominciare bisognerebbe stabilire che cosa costituisca un MERITO agli occhi dell'Amministrazione e/o dei valutatori (Direttori dell'Unità Operativa e altri Direttori di struttura).

Il merito infatti non è un concetto assoluto, ma inevitabilmente relativo agli obiettivi che ci si propone di realizzare e se tra questi non è prevista la Qualità della Comunicazione, della Relazione d'aiuto e la conseguente Compliance, la valutazione del Professionista diventa inevitabilmente superficiale ed incompleta; come suggeriva, attraverso l'espedito letterario Michael Yuong, il Merito non è un copertino buono per tutte le pentole.

**Meritocrazia è un sistema di valori che promuove l'eccellenza indipendentemente dalla provenienza di un individuo**

Il concetto infatti si può prestare facilmente a mistificazioni, soprattutto nelle Pubbliche Amministrazioni, dato che anche il nepotismo, l'opportunismo politico, il clientelismo, il servilismo, oppure l'obbedienza, la flessibilità, l'accettazione della precarietà, sono altrettanti criteri di merito e sono di gran lunga i più valutati. Solo Equità e Giustizia possono garantire un sistema di valorizzazione del merito efficiente ed utile alla Collettività e mettere tutti i Lavoratori concorrenti nelle stesse condizioni di partenza.

Di solito che accade? Tutti sono valutati genericamente e generosamente come BRAVINI! Per usare una parafrasi sportiva, sarebbe come se in una gara di corsa, allo scopo di dare a tutti la stessa possibilità di vincere, gli atleti più forti venissero fatti

partire più indietro rispetto agli atleti meno dotati; di conseguenza tutti saranno più o meno sulla stessa linea in arrivo e avranno più o meno gli stessi tempi; saranno alla fine tutti "BRAVI" con buona pace per lo spettacolo, per la lealtà sportiva, per gli anni di duro allenamento dedicati allo Sport e per il MERITO.

Nello Sport invero possono verificarsi episodi di doping che però avvengono di nascosto e cercando di dissimulare l'accaduto, nessuno si sognerebbe di truccare così pacchianamente le carte sotto gli occhi di Spettatori paganti.



Una prova di questo può essere offerta dagli scriventi nella loro esperienza diretta: la differenza tra i "migliori" ed i "peggiori" dei Lavoratori dell'U. O. risulta essere inferiore al punto decimale; addirittura per una ASP la valutazione minima (per regolamento aziendale) non deve essere inferiore a 60/80.

Qualunque sia il metodo di misurazione usato è fondamentale che la valutazione debba essere più o meno corrispondente alla Realtà.

Il D. lgs 150/09, meglio conosciuto come Decreto Brunetta, tenta di valorizzare il merito e il conseguente premio a costo "zero" attribuendo il 50% delle risorse premiali (oltre che le fasce di anzianità e la possibilità di carriera) a non meno del 20% e non a più del 30% dei lavoratori di ciascuna categoria (la fascia di merito alta in Sicilia è il 25%).

Altra criticità, l'idea di MERITO è di solito associata all'idea di PRODUTTIVITÀ (potrebbe starci in fabbrica).

Questo fatto ha innescato in Sanità una corsa da parte dei Direttori delle Unità Operative alla moltiplicazione degli interventi e dei ricoveri ospedalieri (pur di riempire i Reparti) sia in Degenza Ordinaria che in Day Hospital/Day Surgery (appena mitigata dal controllo dei centri di costo attraverso l'introduzione del sistema dei DRG) contribuendo non poco all'aumento dei costi e mettendo a rischio la stessa sostenibilità del Sistema, contribuendo a causare



poi anche l'aumento del debito e i tagli alla Sanità di cui si è parlato, il tutto a discapito delle Cure e della Qualità delle Cure.

La Meritocrazia dovrebbe trovare nella valutazione annuale delle performance individuali e nell'erogazione del PREMIO il momento culminante dell'intero processo. Anche qui gli Autori rilevano non poche incongruenze, frutto delle loro personali esperienze come Pubblici dipendenti: erogazione a pioggia delle somme destinate alla Meritocrazia, vale a dire premiare Tutti e dare a Tutti lo stesso piccolo premio.

Somme insufficienti destinate al MERITO e mancanza di investimenti in questo senso, nessuno degli Infermieri delle Unità Operative osservate nello studio ha guadagnato un solo centesimo in più rispetto agli anni precedenti per le attività incentivanti.

Il PREMIO consiste nell'elargizione solo di una modesta somma di denaro e non anche di altre gratificazioni non economiche pur previste dal Decreto Brunetta.

In sostanza, se è vero come dice un assioma della Comunicazione (Scuola di Palo Alto) che non si può non comunicare e che ogni Comunicazione ha dei contenuti, il messaggio che ogni Amministrazione Pubblica trasmette ai propri Lavoratori è: "Chi ve lo fa fare?". Messaggio questo che è l'esatto contrario di quanto viene annunciato dal Management e dai Decisori Politici alla Pubblica Opinione nei Consessi e davanti ai Media nazionali e locali circa un potenziamento della Qualità nella Pubblica



Amministrazione.

Questo dato di fatto rappresenta il massimo fattore di demotivazione tra i Lavoratori della Salute, incentivando disincentivazione. Disincentivazione e frustrazione

sono invece la regola nelle Amministrazioni Pubbliche. E se poi molti dei Lavoratori rispondono affermativamente, allo stimolo comunicativo aziendale, il feedback sarà consequenziale e sarà lo stesso messaggio che questi lavoratori invieranno alla Comunità degli Utenti perpetuando quella che gli scriventi definiscono **“l'accoglienza imperfetta”**, poiché in realtà si è costruito un Sistema in cui non è possibile premiare chi lavora bene, non è possibile punire chi lavora male e non è possibile rilevarlo.

Ad ogni Utente intervistato durante lo studio è stato chiesto, fra l'altro, se tra gli Operatori presenti nell'U.O. vi siano stati alcuni che sono stati particolarmente importanti per loro nell'esperienza di ricovero, di identificarli e di valutarli secondo uno scaling da 1 a 10; successivamente è stato chiesto di valutare sia il restante gruppo di Medici sia il restante gruppo di Infermieri secondo una scaling da 1 a 10.

Pur nelle differenze evidenti tra le strutture prese in esame, si possono notare non pochi punti in comune: come sostenuto tra le ipotesi di questo lavoro, la ricerca della compliance trova il suo epilogo nel riconoscimento dell'Operatore da parte del Paziente, il quale non ha avuto difficoltà alcuna a citare gli Operatori che sono stati importanti per lui nell'esperienza di degenza e a valutarne l'operato, infatti il 63% ha



affermato vale circa 1,5 punti decimali in termini di gradimento del cliente e cioè la differenza che interviene tra la massima valutazione dei citati e la media tra la massima valutazione dell'intero gruppo dei Medici e dell'intero gruppo degli Infermieri; in altri termini, se la media dei Medici e degli Infermieri dell'U.O. è di 8,25 (più che buono), senza l'apporto dei citati sarebbe di appena 6,75 (quasi discreto).

Costoro possono ben essere definiti come la colonna portante del microsistema U.O. coloro cioè che definiscono la qualità dell'assistenza non solo nella loro micro-

sero “quasi fannulloni” (riduzione del premio di produttività, niente fascia di anzianità e nessuna possibilità di carriera per i prossimi cinque anni), oppure una quantità di non meritevoli verrebbe premiata senza averne alcun merito.

A proposito, per una U.O., gli scriventi hanno potuto visionare sia la mappatura delle competenze del Personale infermieristico che la valutazione annuale degli stessi Operatori e confrontarli con i dati ottenuti dal presente studio. A ben vedere non sempre il possesso delle competenze, specialmente delle competenze d'impatto con il pubblico, equivale a volerle mettere in campo nel lavoro quotidiano, mentre la valutazione annuale del personale avendo criteri di valutazione diverso da quelli del presente studio, sopravvaluta molti lavoratori e sottovaluta molti altri (molti tra i “meritevoli” della valutazione individuale non vengono citati dagli Utenti intervistati).

Infine, perché le Aziende Sanitarie dovrebbero investire risorse per premiare i dipendenti che si adoperano per ottenere COMPLIANCE nei confronti degli Utenti e nei confronti con gli altri Operatori? Perché conviene!

Una cattiva compliance è alla base di ogni fallimento diagnostico-terapeutico-assistenziale, soprattutto nel percorso di prevenzione e delle complicanze delle patologie croniche e degenerative, ed è alla base di ogni fallimento organizzativo e gestionale del Management. I fallimenti costano e rendono il Sistema insostenibile soprattutto in tempi di crisi. Colmare il gap del Sistema nella Comunicazione, nella Relazione e nella Gestione delle Risorse Umane rilevato comporta un miglioramento del 20 – 30% in termini di efficacia e di efficienza, e corrisponde ad un proporzionale ritorno economico di almeno 200.000.000 – 300.000.000 di Euro per ogni Miliardo investito in Sanità, in tempi nei quali tanto non può essere fatto per le difficoltà finanziarie.

Ricordiamocelo quando andremo a discutere di produttività e di risorse incentivanti.



valutato la performance dei citati con un sonoro 9,6 – 9,8 su dieci (eccellente).

A parere degli scriventi è possibile discernere nei dati un certo potere di trascinarsi nei confronti dei colleghi dell'intera Unità operativa, trascinarsi che induce gli intervistati ad attribuire ai restanti Operatori una valutazione maggiore rispetto al reale valore delle performance. In verità i Customer satisfaction delle Aziende Sanitarie di cui fanno parte i Reparti oggetto di studio, rilevano questa differenza di valutazione tra i Clienti, ma non riescono a spiegarsi il perché, sembra anzi (accorpare nell'analisi dei dati i “sufficiente” ai “buono”) che il fatto sia del tutto irrilevante e non dipenda invece dalla Qualità della Comunicazione e delle Relazioni d'aiuto e professionale attuata dai diversi Operatori.

Si spiegherà meglio: quanto appena

struttura, ma insieme agli altri colleghi nella medesima situazione, condizionano la qualità negli Ospedali e nell'intero Sistema Sanitario Regionale e/o Nazionale. Eppure costoro che rappresentano almeno il 35% del Personale, non guadagnano e non hanno mai guadagnato un solo centesimo più degli altri.

Questo rappresenta un ulteriore elemento di iniquità ed ingiustizia, tanto che se è iniquo ed ingiusto il sistema di elargizione “a pioggia” delle risorse premiali, è altrettanto (o forse di più) iniquo ed ingiusto il sistema previsto dal decreto Brunetta perché, come nel caso degli Infermieri nelle Unità operative prese in esame, una parte dei “meritevoli”, secondo l'opinione della Comunità degli Utenti, non solo non verrebbe premiata per il lavoro svolto in maniera “eccellente”, ma verrebbe addirittura sanzionata pesantemente come fos-

Sardegna - Un regolamento fa discutere i Coordinatori

## Coordinare o conteggiare i farmaci?

*Il Nursind scrive all'Ass. alla Salute della Regione Sardegna: il regolamento dell'ASL 8 di Cagliari per la gestione dei farmaci è uno "scaricabarile" delle responsabilità sui coordinatori infermieristici.*

Il Nursind, il sindacato rappresentativo degli infermieri, scrive all'assessorato chiedendo la sospensione e modifica del regolamento aziendale dell'ASL 8 di Cagliari sulla gestione dei farmaci. A seguito della delibera n. 15/2012 della Corte dei Conti sezione di controllo per la Sardegna che riporta gli esiti dell'"Indagine di controllo sulla gestione delle procedure d'acquisto, inventariazione, conservazione e distribuzione dei farmaci alle diverse strutture (complesse o semplici) nel Presidio Ospedaliero "Binaghi" dell'ASL n. 8 di Cagliari Esercizi 2009/2010", l'ASL 8 di Cagliari ha emanato un regolamento interno a firma della Direzione Amministrativa che inquadra i coordinatori infermieristici nella figura dei "consegnatari per debito di vigilanza" dei beni (farmaci e presidi) consegnati ai reparti.

Il 25 giugno 2013 presso l'Istituto Oncologico di Cagliari il Nursind, avvalendosi di esperti del diritto sanitario e di confronti con altre realtà italiane, si è confrontato con più di cento coordinatori infermieristici della provincia concordando sull'impossibilità di applicare quanto indicato nel documento per carenze strutturali (completa informatizzazione del percorso del farmaco) e per la gravosità del carico di lavoro derivante dalla movimentazione dei beni attraverso il registro di "carico e scarico" che, di fatto, impedisce al coordinatore di svolgere il suo mandato professionale.

"Questo regolamento – afferma Andrea Bottega Segretario nazionale Nursind – scarica sui coordinatori la responsabilità della rendicontazione chiesta dalla Corte dei Conti alla ASL 8 senza minimamente entrare nel vero problema della gestione della spesa farmacologica: l'appropriatezza prescrittiva. È singolare – continua il segretario – che un regolamento avente per contenuto una materia prettamente sanitaria e professionale (la lettera è stata inviata anche all'ordine dei medici e dei farmacisti) sia stato emanato dalla direzione amministrativa, segno che l'interesse principale era quello di tutelarsi da eventuali responsabilità contabili."

"Come sindacato di categoria non possiamo esimerci dal rilevare le incongruenze anche giuridiche di tale regolamento e tutelare i ruoli dei coordinatori e degli infermieri che hanno altre funzioni principalmente di carattere sanitario e sono la condizione di possibilità dell'erogazione delle cure di tutto il sistema sanitario regionale.

Attribuire gravosi compiti amministrativo-contabili ai coordinatori significa mettere in crisi il sistema minandolo alla base della sua organizzazione. Chi si occuperà allora di gestire il personale dei vari reparti? Chi ne appronterà la turnistica? Chi gestirà le dimissioni e i ricoveri garantendo il posto letto? Chi coordinerà e programmerà le sedute operatorie garantendo la presenza e la preparazione dei pazienti?

Chi gestirà i problemi dell'utenza? Chi garantirà uno standard qualitativo dei servizi e di sicurezza nell'assistenza? Forse la direzione amministrativa?"

"Abbiamo chiesto l'intervento dell'Assessore – conclude Andrea Bottega – perché il problema riguarda tutte le aziende sanitarie della Regione e non è giusto che a colmare le lacune di un sistema di rendicontazione siano chiamati i ruoli sanitari il cui mandato è in primis erogare assistenza ai bisogni di salute dei cittadini."

Se non sarà accolto l'invito di modifica del regolamento, il Nursind continuerà con altre forme di lotta sindacale la tutela dei coordinatori e della categoria infermieristica.

Oltre al convegno di Cagliari, che si ripeterà a Sassari il 28 sett.'13, Nursind inizierà una campagna di raccolta firme in tutta la Sardegna.



**NURSIND**  
Segreteria Nazionale



**La gestione dei farmaci nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali**  
La responsabilità di coordinatori e infermieri

**28 settembre 2013**

**Hotel Vittorio Emanuele**  
Corso Vittorio Emanuele II n.100 - Sassari

evento n. 12511 - 13000844 - Crediti ECM assegnati **3 (tre)**

Iscrizioni su <http://www.pegasolavoro.it/corsi/corsi-ecm/>



## La pulizia degli strumenti chirurgici in sala operatoria

Prof. Mauro Di Fresco



Alle lezioni universitarie del corso in Infermieristica si tende, frequentemente, a subliminare le capacità tecniche del personale ausiliario (di supporto) per accrescere il novero delle competenze infermieristiche, spesso, anche consapevolmente, a danno della professionalità e dell'intellettualità dell'infermiere (art. 2229 C.C.).

Non intendo dilungarmi su questo aspetto che attiene perlopiù alla materia del demansionamento strategico né sull'esegesi legislativa e giurisprudenziale delle competenze ausiliarie perché enterei in una polemica che vede come maggiori responsabili gli insegnanti delle università e chi, per conto loro, ha deciso che nella didattica debba permanere la vecchia storia dell'infermiera della guerra di Crimea sacrificando utili informazioni di diritto sanitario (probabilmente pensando che all'infermiere non debbano interessare i diritti dei pazienti e la tutela del lavoro).

Riprendendo il discorso chiave della presente trattazione, giova ricordare che il

### SALA OPERATORIA



principio sotteso gli artt. 2103, co. 1 e 2 C.C. e 52, D.Lgs. 30.03.2001 n. 165 non è meramente formale ma sostanziale perché impedisce al datore di lavoro di sfruttare vergognosamente il professionista.

In pratica, in assenza di tale tutela, il medico alla fine della seduta operatoria potrebbe essere adibito alla pulizia della sala e non si potrebbe rifiutare di lavare il pavimento senza rischiare di essere licenziato per insubordinazione.

Un assetto organizzativo del genere indurrebbe l'amministrazione ospedaliera ad assumere esclusivamente medici ed infermieri così da impegnarli in ogni altra "faccenda" durante i tempi di inattività professionale (lavaggio pavimenti, trasporto materiali, centralino, ecc.) razionalizzando al massimo la spesa retributiva.

Il diritto impedisce lo sfruttamento obbligando il datore ad adibire il lavoratore alle mansioni per le quali è stato assunto e a variare il profilo o la qualifica di assunzione solo verso l'alto cioè verso le mansioni c.d. superiori, più gratificanti e migliorative, vietando, nel contempo, quelle inferiori.

Questa premessa è indispensabile per dimostrare che, in spregio alle leggi e ai principi appena enunciati, l'infermiere anziché crescere funzionalmente verso l'alto è degenerato progressivamente verso il basso, radicandosi, nella pratica, una serie di attività igienico-domestico-alberghiere (mansioni della casalinga) che erano state, invece, assegnate al personale ausiliario (agente socio-sanitario > specializzato > O.T.A. > O.S.S.).

La maggior parte del personale ausiliario, grazie alla complicità di alcune organizzazioni sindacali, è fuggito dall'assistenza ai malati agli uffici amministrativi (ovviamente in beffa agli infermieri e nel silenzio dei Collegi IPASVI), e il vuoto organico così formatosi ha catalizzato la necessità impellente e cogente di garantire i bisogni primari dei pazienti, per cui l'infermiere, a differenza dei colleghi europei e non solo, ha dovuto far fronte a tali necessità praticando le mansioni della casalinga, tanto che questo nuovo profilo si è strutturato profondamente e oggi costituisce non solo parte dei processi di nursing, con tanto di testi universitari che spiegano come si insaponano e si sciacquano i capelli di una persona o come si tagliano le unghie (come se le unghie di un paziente ricoverato fossero particolari rispetto alle unghie di un altro paziente non ricoverato o di una persona sana), ma, soprattutto, costituisce il parametro di riferimento per pianificare l'organico assistenziale di un servizio dove la figura dell'O.S.S. rimane, di fat-

to, una forma di retribuzione dell'impiegato amministrativo e nelle corse una teorizzazione metafisica.

**Il fatto che una determinata attività venga svolta dalla casalinga, che non si è laureata in scienze infermieristiche, ci fa pensare che creare un alone di sacralità professionale su pratiche esecutive semplici, non è altro che uno stratagemma utile per costringere psicologicamente e poi pragmaticamente l'infermiere a svolgere qualsiasi lavoro, in poche parole a trasformare l'attività altamente professionale dell'infermiere in semplice forza operaia, senza che se ne accorga.**

Al riguardo basterebbe chiedersi per quale motivo per svolgere la professione di infermiere sia indispensabile possedere un titolo abilitante se poi alcune attività sono identiche a quelle svolte da tutte le casalinghe del mondo; tra l'altro senza che queste vengano a subire una denuncia e la relativa condanna per abusivismo della professione infermieristica!

E', come vedete, logico, senza bisogno

### CASA



IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NURSIND

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

# MASTERS UNIVERSITARI

Anno Accademico 2013-2014



**PEGASO**

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

**NURSIND**  
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE

## Perfeziona la tua carriera **Lavoro+Famiglia+Studio**

Con noi si può!



Inf. Le...

ografia

al Sistema

Oltre all'area sanitaria,

le convenzioni

si estendono anche

all'area sportiva, didattica,

esclusiva, promozionale,

della sanità e delle altre attività

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

**Per gli iscritti NurSind da 700 €**

Convenzioni speciali anche per i Corsi di Laurea

info ed iscrizioni su [www.nursind.it](http://www.nursind.it)

di produrre leggi e sentenze, che tutte quelle attività che vengono svolte dalle casalinghe non appartengano esclusivamente all'infermiere solo perché l'oggetto della prestazione lavorativa è sanitario.

## LAVASTRUMENTI



Lo schema mentale che inculcano agli studenti infermieri, fa apparire diverso e, quindi, delicato tutto ciò che è comune, per il semplice fatto che appartiene alla sanità. Così è comune sciacquare una forchetta ma, se la forchetta l'ha usata un paziente, allora, diventa diversa e, quindi, delicata, e non sarà possibile far sciacquare la forchetta da chiunque perché chissà cosa potrebbe succedere, chissà quali danni potrebbero prodursi; ergo la forchetta è meglio che la sciacqui un infermiere che non è importante come un dottore ma è certamente più preparato di un portantino (è una via di mez-

zo).

La sottrazione di numerose attività ausiliarie da parte dell'infermiere, sulla scorta di questo schema mentale, non ha fatto altro che peggiorare la qualità dell'assistenza ai danni del paziente e la qualità professionale dell'infermiere che, incapace di migliorare, si è ormai arroccato sulla esecuzione meccanica dell'ovvietà.

In questo contesto si inserisce l'annoso problema della pulizia degli strumenti chirurgici in sala operatoria. **Chi ha interesse a relegare in basso l'infermiere perché garantisca forza operaia disponibile per ogni evenienza, vuole farci credere che insaponare una pinza chirurgica sia diverso dall'insaponare una pinza per le ciglia.** Vogliono farci credere che per sciacquare una pinza chirurgica ci sia bisogno di un infermiere perché solo l'infermiere può gettare l'acqua sulla pinza e strofinarla come nessun altro potrà mai fare.

E' come se esistesse un monopolio esclusivamente infermieristico sul materiale sanitario (e ciò spiegherebbe anche alcuni atteggiamenti di controllo, talvolta morbosi, sull'armamentario in dotazione al servizio, con tanto di legittimazione del potere con il semplice possesso delle chiavi degli armadi, del tipo: "ho le chiavi, quindi comando").

Ma se analizziamo dettagliatamente le fasi di pulizia degli strumenti chirurgici, che non sono altro che leghe metalliche aventi una determinata forma (e solo questo le distingue dalle posate), scopriremo che non vi sono così tante differenze come alcuni sostengono nelle due pratiche che pongo a confronto e che l'infermiere deve e può liberarsi dalla morsa di un demansionamento illogico e deleterio.

Anche evitando di utilizzare la normativa legislativa e contrattuale in tema di mansioni ausiliarie (D.P.C.M. 24 settembre 1981; D.P.R. n. 384/1990; allegato A, Accordo Conferenza Stato-Regioni 22 febbraio 2001), la logica ci permette di com-

## LAVASTOVIGLIE



prendere che non vi è alcuna differenza nel pulire uno strumento chirurgico rispetto alla forchetta; sono ambedue operazioni semplici perché la pulizia delle posate è pratica quotidiana di ogni persona, anche delle fasce subculturali. Difatti anche la tecnologia non ha rilevato particolari differenze: la lavastoviglie è identica alla comune lavastoviglie. Per migliorare l'assistenza e rispettare la dignità professionale dei lavoratori basterebbe usare appropriatamente gli ordini di servizio evitando di usare più la bocca del cervello.

## Bergamo e il nuovo «Papa Giovanni XXIII°: considerazioni sull'edilizia ospedaliera «moderna»

Inf. **Donato Carrara** - Segr. prov. Nursind Bergamo

Il nuovo Papa Giovanni 23° di Bergamo in cui lavoro da 36 anni come infermiere è entrato in funzione dal 15 dicembre scorso, a seguito di una discutibile scelta di effettuare un trasloco "forzato" ed accelerato entro fine dicembre 2012 a lavori in corso ed ancora incompiuti e che hanno sollevato problematiche e relative polemiche ancora calde.

Si è detto che il PG23° è il più grande ospedale d'Europa! Pur ammettendo con toni trionfalistici tale definizione, che bisogno c'era per una città come Bergamo di avere il più grande ospedale d'Europa? La provincia di BG ha un bacino d'utenza da servire di 1.098.740 abitanti piazzandosi al 9° posto per numero di abitanti in Italia. Pur considerando questo numero riferito

alla Città e non alla provincia, si piazzerebbe al 16° posto tra le città europee per numero di abitanti.

Quindi, stante questi dati evidenti, perché si è voluto costruire il più grande ospedale d'Europa proprio a Bergamo? Questa



è la prima domanda a cui i politici dovrebbero rispondere.

Necessariamente, se doveva essere il più grande d'Europa, occorreva prevedere di spenderci un bel po' di soldi, anche per non fare brutta figura... Ma Bergamo aveva ed ha così tanti soldi da spendere per competere a livello europeo per avere la struttura ospedaliera più grande? Altra domanda a cui i politici dovrebbero dare una risposta...

La grandezza tanto decantata si riferisce alla struttura nel suo complesso, all'area occupata, tenuta per secoli priva di abitazioni proprio perché considerata paludosa. Quindi la politica non ha avuto problemi a realizzare il suo progetto megalomane trattandosi di un'area non commer-



ciale e libera da insediamenti urbani.

La maestosità dell'opera esterna, creata artificialmente distanziando le torri tra di loro, ha finito per essere la causa principale di molte delle problematiche riscontrate dagli operatori e dagli stessi utenti, allungando a dismisura i percorsi di comunicazione che non potevano a questo punto che essere dei veri e propri "budelli" informi, irrazionali, dispersivi.

Il risultato per chi si trova a vivere questi spazi è quello di farti sentire un "deficiente", uno che non sa orientarsi, comunque una piccola e povera formichina che prima o poi troverà la strada giusta... Ed ecco ottenuto lo scopo di chi aveva commissionato l'opera: farla apparire gigantesca!

Ma c'era il problema dell'impatto ambientale: si doveva evitare di confliggere con la meraviglia dello scenario dei colli e delle mura. L'architetto si è dunque sforzato di nascondere la nell'ambiente, evitando l'impatto di palazzoni che emergono d'un tratto dalla campagna. Ecco quindi correre in aiuto il concetto di piastra centrale, che si erge gradualmente a "scivolo" verso il panorama e che raccoglie le 7 torri. In effetti si tratta di 7 cubi, per torre si intende un edificio che si sviluppa di molto verso l'altezza rispetto alla sua base. Di fatto questi 7 cubi non si integrano minimamente nell'ambiente, anzi, sia per forma che per materiali utilizzati, stonano!

La scelta del quadrato buco all'interno, aveva la logica di evitare i lunghi percorsi al personale per raggiungere le camere di degenza, queste ultime, giustamente, situate all'esterno delle facciate in modo da far godere il panorama a chi vi soggiorna ed anche di far penetrare la luce naturale. La scelta di inserire gli scuri all'interno dei doppi vetri non ha tenuto conto della necessità che a volte i pazienti hanno di stare al buio anche in pieno giorno. Di fatto tali scuri non scuriscono e addirittura non evitano i bagliori diretti negli occhi a chi è costretto ad una posizione allettata. Già si vedono tendine improvvisate con i pattoni appiccicati con il cerotto...



Le zone operative sono quindi state raggruppate verso l'interno del cubo, costringendo gli operatori (che vi stazioneranno per tutta una vita...) a lavorare sotto i riflettori dei neon anche in pieno giorno e per 24 ore in quanto la scarsa luce riflessa all'interno del vuoto al centro del cubo, non è sufficiente ad illuminare i locali, nonostante le numerose finestre.

A proposito delle numerose finestre: se era già previsto che non dovessero aprirsi, perché si sono comunque spesi soldi inutili a far piazzare vere e proprie finestre incernierate e con l'apertura? Non sarebbero costate meno in manodopera ed in costruzione semplici vetrate fisse?

Ma torniamo alla logistica dei percorsi del personale d'assistenza nei quadrilateri che costituiscono la degenza. La Direzione si è spesa a più non posso a decantare la rivoluzione del sistema modulare assistenziale. Moduli dapprima di 10, poi di 12 e adesso di 15 pazienti! Se si voleva passare da un'assistenza per compiti ad un'assistenza per presa in carico, anche qui ci troviamo di fronte ad una frana!

Come può un infermiere prendersi in carico 15 pazienti nell'arco di 6 - 8 - 10 ore? Ed a tutti garantire un'assistenza globale? Forse è proprio qui che casca l'asino. La strutturazione per moduli, l'aggregazione delle specialità, l'uniformità dei reparti, è più interessante dal punto di vista di economicità del sistema che non di umanizzazione delle cure.

Consente cioè maggiore flessibilità attraverso l'apertura o chiusura di moduli a secondo delle necessità assistenziali e quindi un risparmio del personale dedicato. Ma qui si aprono problematiche non indifferenti che confliggono sia con le normative contrattuali che con l'etica professionale.

Il prendersi carico della globalità del paziente significa anche avere la possibilità di conoscerlo direttamente, seguirlo nel suo percorso clinico e pianificarli l'assistenza a misura. Quindi comporta che l'equipe che lo segue sia sempre la stessa e non muti durante la degenza. Ciò non avviene. I moduli passano da tre a due dal giorno alla notte. I moduli tornano ad essere considerati numerici anziché qualitativi nella misura in cui si riassegnano i pazienti da un turno all'altro ad altre equipe assistenziali e quindi logorando quel poco di relazioni umane costruite in precedenza.

In Europa, laddove si è passati all'assistenza modulare, i pazienti presi in carico dal singolo infermiere sono 8, e restano tali a prescindere dalle necessità di "risparmio". Se si voleva costruire davvero un ospedale europeo, questo era il modello.

Quindi, anche la struttura a cubo poteva essere ripensata. 4 camere di degenza per

modulo con al centro la postazione infermieristica. In pochi passi l'infermiere raggiunge gli 8 pazienti. La struttura poteva quindi adeguarsi a questo modello, con celle da 4 camere. Il disegno dell'intera opera si sarebbe completamente trasformato, adeguandosi anche meglio anche all'ambiente.

Una nota a parte riguarda la totale assenza di una progettazione ecologica: una struttura pubblica e moderna, sia pure progettata 8 anni fa, non poteva ignorare questi importanti parametri. Un casermone di cemento armato che diventerà un forno d'estate e che costerà ai contribuenti bergamaschi un patrimonio di bollette (solo quella del riscaldamento si dice costi 14.000 euro al giorno!!!).

Totale assenza di pannelli solari, fotovoltaico e progettazione ecologica. Le camere sono prive di insonorizzazione. Tra operatori occorre bisbigliare per non viola-



re involontariamente la privacy. Il rumore di una pernacchia viene avvertito in tutto il corridoio. Il suono del campanello di chiamata di un paziente viene avvertito da tutti i 48 pazienti del piano, cosa che di notte risulta piuttosto insopportabile per chi fa già fatica a prendere sonno.

I bagni sono ciechi. La volumetria delle camere è stata contenuta rispetto alla maestosità dell'opera. La sensazione per chi arriva dall'esterno e raggiunge la camera di degenza è proprio quella di stupore nel constatare di ritrovarsi in una camera d'albergo piuttosto che in una camera di ospedale. Tanta strada, enormi spazi per poi finire in un buco, quello per cui avrebbe dovuto essere concepita la struttura.

Che peccato! Avremmo davvero avuto l'opportunità di costruire un ospedale del futuro che tenesse conto in primis dell'esperienza acquisita negli anni in cui i Riuniti sono diventati un ospedale ad alta specializzazione e di rilevanza nazionale, invece si è voluto appiattare, standardizzare e non considerare proprio le singole caratteristiche di cui abbisognano le varie componenti.

Ora sarà ben difficile ricorrere ai ripari. L'impronta della struttura e le altezze dei locali non lo consentiranno.

Arezzo:

## flash mob del Nursind causa mancanza piano ferie

Gli infermieri cadono a terra dalla fatica: organizzato un particolare flash mob davanti l'ospedale

L'iniziativa è stata organizzata per protestare contro l'azienda che non ha presentato ai sindacati un piano su come intende gestire il periodo estivo NurSind, il sindacato delle professioni infermieristiche, per domani alle ore 10 ha organizzato un flash mob davanti all'ospedale di Bibbiena (Arezzo) durante il quale gli infermieri della Usl 8 protesteranno gettandosi a terra simultaneamente, a simboleggiare il loro essere esausti.

L'iniziativa è stata organizzata per protestare contro l'azienda che, a tutt'oggi, si legge in un comunicato, nonostante le ferie sarebbero dovute decorrere dal Primo giugno, non ha presentato ai sindacati un piano su come intende gestire il periodo estivo né ha comunicato chi e quanti saranno i rinforzi.



Asti

## Nursind a fianco dei Professionisti Infermieri dell'Ospedale Cardinal Massaia

La scrivente O.S. Nursind in riferimento alla comunicazione relativa alla riduzione dei posti letto nella SOC di Medicina B prodotta dalla Direzione Generale ASLAT e pubblicata agli uffici di stampa territoriale per informare la cittadinanza, intende sottolineare e informare l'utenza che la carenza del personale all'interno dell'Azienda **non è limitata a un posto vacante di Dirigente Medico**. In verità **tutto il comparto sanitario soffre già da almeno due anni di una grave carenza di personale**, situazione aggravata dalle varie delibere regionali con tagli alla spesa e al personale, in particolare la recente DGR n° 7-5838 del 31/05/2013 che prevede il blocco totale delle assunzioni per gli anni 2013-2014 e 2015. Nello specifico già solo nelle SOC Medicina A e Medicina B si conta una carenza di 9 unità infermieristiche arrivando ad avere 45 infermieri invece di 54 come previsto dal DRG 157-3107.

La situazione appena narrata è comunque analoga a tutte le Strutture Operative dell'Azienda tanto che il fabbisogno di personale infermieristico e ostetrico in tutti i reparti e servizi dell'ASLAT risulta soddisfatto appena all'80% circa. Pertanto, ulteriori assenze metterebbero a rischio la chiusura di altri posti letto e anche le sedute operatorie sarebbero ridotte con gravi ripercussioni sulle liste d'attesa, cosicché la cittadinanza si vedrebbe costretta a spostarsi in altri ospedali per vedere soddi-

sfatti i propri bisogni assistenziali.

A conti fatti, **tra infermieri e ostetriche mancano circa 50 unità** in tutta l'Azienda tra aspettative, gravidanze, pensionamenti e mobilità; la quasi totalità del personale infermieristico ha raggiunto mediamente un totale di circa 150 ore di lavoro straordinario e, vista la dotazione organica, sarà impossibile recuperarle e/o richiederne il pagamento. Oltre al personale infermieristico, anche il personale di supporto OSS è decimato ai minimi termini.

Pertanto, NurSind ritiene importante sottolineare che la chiusura dei posti letto non è da ascrivere soltanto alla mancanza per quanto grave di un solo medico ma alla continua riduzione del personale addetto all'assistenza.

Appare quindi lecito pensare che, se anche l'Azienda ASLAT riuscisse ad ottenere una deroga per assumere l'unità di dirigente medico mancante, **rimarrebbe comunque impossibile riattivare i 12 posti letto** vista la grave carenza del personale infermieristico che si perpetua da ormai due anni nonostante le ripetute segnalazioni eseguite da codesta O.S..

Qualora questo non avvenga, NurSind si vedrà costretta a denunciare questa gravissima situazione presso le sedi competenti, situazione che vede esposti ormai da troppo tempo professionisti infermieri, ostetrici e cittadini a gravi rischi per la salute e il benessere individuale.

Asti, 2 luglio 2013

Segreteria Provinciale NurSind Asti

Bergamo:

## Il nuovo Pg23 stenta a decollare

Si è abbandonato un ospedale perfettamente funzionante, i vecchi Riuniti, che producevano 3200 ricoveri al mese, per transitare al nuovo Papa Giovanni dove, nonostante gli sforzi degli operatori e a 45 giorni dal trasloco, nel mese di gennaio si registra il 36% di ricoveri in meno rispetto al 2012, ben 1140 pazienti che non hanno potuto trovare assistenza nella nuova megastruttura. Un dato di fatto incontrovertibile a cui dovranno rispondere i sostenitori del "trasloco a tutti i costi entro dicembre 2012"!

Amministratori e Direttori si sono sprecati per assicurare la cittadinanza rispetto ai problemi segnalati nella nuova struttura, definendoli "semplici magagne" facilmente risolvibili. **Se avessero seguito i dettami legislativi ed interpellato il Consiglio dei Sanitari**, l'organo consultivo a disposizione del Direttore Generale e previsto dall'art. 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 nonché dalla legge regionale 30 gennaio 1998, N. 2 che prevede sia convocato almeno 1 volta al mese, **probabilmente si sarebbe presa una decisione più saggia**. Così non è stato voluto. Il Consiglio dei Sanitari, in due anni, è stato convocato solo due volte, vanificandone di fatto l'importante funzione di "consigliare" chi deve prendere decisioni importanti; il trasloco lo era.





Riguardo alle dichiarazioni dell'architetto Aymerich Zublena, progettista del PG23°, i professionisti sanitari certo non sanno come si costruisce un edificio, ma la sanno lunga su quali caratteristiche debba avere un ospedale, visto che i Riuniti li hanno vissuti e riformulati man mano che il tempo ne dettava le necessità, fino a farli diventare una struttura riconosciuta ad alta specializzazione. Senza dubbio all'architetto interessava di più "l'impatto ambientale" e la vista di Città Alta.

Anche sulle scelte estetiche fatte ci sarebbe da ridire, di cui il suo ultimo desiderio di dipingere di rosso i cornicioni delle torri ci pare una squisita tenerezza.

Costruire una struttura modulare fatta di 7 torri tutte uguali e di una piastra che le aggregasse a suon di interminabili corridoi lungo i quali sbriciolare il cuore tecnologico e critico, senza dubbio è costato meno sia in energie mentali che in progettazione che in realizzazione. Un copia e incolla di spazi ripetuti all'ossessione che mal si addice ad un architetto di fama mondiale. Come può conciliare la standardizzazione con la specializzazione?

Sono concetti esattamente contrari, l'uno preclude l'altro. Infatti la maggior parte dei problemi che ritardano il funzionamento attuale sono proprio dovuti a questa mancata attenzione ed alla necessità di correre ai ripari ad opera ormai conclusa, con i limiti di non poter più intervenire su spazi e strutture già predisposte.

Macchinari complessi e ovviamente voluminosi di cui non si sono preventivamente calcolati gli spazi, ambienti difficili da adattare alle peculiari necessità, spazi enormi mal concepiti, corridoi dispersivi e faticosi da percorrere. Sembra proprio che l'architetto ci abbia voluto fare un dispetto nell'allungare sproporzionatamente tutte le distanze. L'ospedale dev'essere in primo luogo concepito per la massima efficienza. Gli spostamenti devono essere i più ridotti perché i tempi fanno la differenza e possono salvare una vita. Le lunghe distanze inoltre gravano ed affaticano inutilmente il personale. Le finestre devono servire anche per areare e non solo per illuminare e, nonostante i grandi spazi a disposizione, nella maggior parte dei locali si è costretti a lavorare con la luce artificiale. Da Zublena non si pretende che conoscesse il rapporto sull'aumento del rischio dei tumori al seno per le lavoratrici che soggiornano costantemente alla luce dei neon, ma dai suoi collaboratori sanitari sì. Così come l'importanza della luce naturale per i pazienti di terapia intensiva.

Cosa dire poi ad un architetto che, ignorando le competenze e le conoscenze degli operatori per evitare le cadute in ospedale, consiglia le infermiere di usare le lenzuola (i salviettoni non sono in dotazione) per arginare l'acqua che fuoriesce dalle docce? Di non preoccuparsi che tanto passeranno i medici poi a raccogliergle? O di stare attente a non consumarne troppe perché l'azienda le potrebbe punire per cattivo utilizzo? A parte l'umorismo, non ci sembra vi siano state disposizioni precise da parte della Direzione Sanitaria in merito, nonostante sull'argomento "si sia discusso ore e ore". Vogliamo sperare che almeno sulla pendenza dell'acqua verso lo scarico non vi fossero dubbi, ma anche questo per lo più non si è verificato. Il mix dell'acqua sul linoleum è un pericolo notevole e non solo per i pazienti!

La battuta sulla non igienicità dei bidet poteva risparmiarsela. Di questo passo, per motivi "igienici" allora si potrebbero abolire anche i WC e i lavabi, visto che anche questi vanno igienizzati. I sanitari che lo consigliavano avrebbero dovuto informarlo che il bidet è la cosa più desiderata dai pazienti che si alzano per la

prima volta dal letto dove hanno soggiornato per giorni e che i pazienti operati non possono fare la doccia se non dopo la rimozione dei punti di sutura e quindi ad otto giorni dall'intervento. Ma, forse, ha preferito non dire che se si installavano i bidet, poi non si riusciva ad entrare con la carrozzina nei bagni.

E sulla tenuta impermeabile della struttura non si capisce perché l'azienda abbia poi deciso, autonomamente, di fare ulteriori lavori per assicurarsi da possibili allagamenti ed infiltrazioni derivanti da eventi atmosferici eccezionali. Non erano stati previsti? Forse non si fidava delle assicurazioni dei progettisti e dei geotecnici specializzati? Forse ha consultato tecnici ancora più esperti? Vogliamo dare per scontato che l'opera "non andrà certo a fondo", come assicura Zublena, "le colonne vibrocomprese assicurano una perfetta stabilità dell'edificio". Chissà perché allora in laboratorio i biologi lamentano di non riuscire ad osservare al microscopio a causa di vibrazioni. Ed è ancora da capire la causa degli scricchiolii provenienti dai soffitti che si avvertono soprattutto nelle ore notturne.

Ci ricorderemo delle parole dell'architetto P. Trovesi, collaboratore di Zublena: "Non si può pensare che per progettare il nuovo ospedale di Bergamo si siano seduti attorno a un tavolo quattro stupidi che non avevano di meglio da fare. Si sapeva benissimo che lì c'era l'acqua e lì è stato fatto tutto quello che c'era da fare per contenere e risolvere il problema. Il Comune ha speso fior di milioni per le opere idrauliche necessarie, non scherziamo."

Ai "visitatori" non sfugge certo l'eccezionalità dell'hospital street, costosissima da riscaldare e da rinfrescare, ma almeno li distoglie dai cattivi pensieri della malattia ed **offre ai bergamaschi un ennesimo "centro commerciale"** di tutto rispetto.



Probabilmente l'architetto li ha confusi per "turisti" venuti a contemplare la sua "vera opera d'architettura" anziché cittadini bisognosi di soddisfare al più presto un bisogno di salute?

Operatori e cittadini non se la prenderanno certo con l'architetto a cui è stata affidata l'opera. I veri "architetti" sono altri, personaggi di tutto rispetto, politici ed amministratori che sono i veri responsabili ed a loro rivolgiamo e rivolgeremo le nostre attenzioni.

Nell'attesa che gli impianti robotizzati entrino in funzione, l'ospedale è supportato da un esercito di lavoratori precari. Ben per loro che per un certo periodo avranno uno stipendio, ma quanto costa all'azienda questa spesa imprevista? L'unico impianto funzionante al momento è la distribuzione centralizzata delle divise. Peccato che a volte si blocchi proprio nel momento del bisogno.

La logistica dell'accesso ai parcheggi va rivista perché crea code interminabili e ritardi di inizio servizio non preventivabili dai dipendenti. Ma la vera patata bollente sarà la verifica delle dotazioni organiche in funzione dei nuovi carichi di lavoro, dell'assistenza a moduli, dei nuovi servizi e degli spazi dilatati. I cittadini se ne stanno già rendendo conto nei vari accessi, dal CUPS al PS al centro prelievi.

Il questionario diffuso ai dipendenti sul gradimento della nuova struttura ha ben evidenziato le molteplici criticità ancora da affrontare e risolvere. Solo in seguito si potrà sperare in un giudizio sufficiente sulla struttura.

Il Segretario Provinciale  
Inf. **Donato Carrara**

Caltanissetta:

## anche grazie all'impegno del Nursind, restituiti all'ASP nissena 40 posti letto di riabilitazione

MUSSOMELI – Non ha mollato e alla fine il Nursind ha vinto la sua battaglia contro lo “scippo”, come lo ha definito, dei 40 posti letto di riabilitazione all'ASP nissena.

Dopo la risposta, poco soddisfacente, dell'Assessorato Regionale alla Salute lo scorso mese di aprile, il Sindacato delle Professioni Infermieristiche si è rivolto alla VI<sup>o</sup> Commissione Sanità presieduta dall'onorevole Di Giacomo per chiedere un'audizione urgente. Al termine dell'incontro, Osvaldo Barba, segretario provinciale, ha commentato: “Siamo davvero soddisfatti dall'esito dell'incontro poiché finalmente è stato riconosciuto pubblicamente dalla VI Commissione Sanità presieduta nell'occasione dall'onorevole Fontana il disagio arrecato all'ASP di Caltanissetta e a tutta la comunità nissena con la sottrazione dei 40 posti letto di riabilitazione avutasi con il decreto Russo del 23 ottobre 2012.



Fondamentale la presenza dei vertici dell'ASP di Caltanissetta con il Commissario Straordinario Prof. Virgilio, il Direttore Sanitario dott. Vancheri e componente dello staff dirigenziale dott. Gervaso che hanno ribadito e confermato che i posti letto di riabilitazione sottratti all'ASP abbassano ancor di più i livelli assistenziali tutt'ora intorno allo 0,2%rispetto a quelli previsti dal recente decreto di riordino della rete ospedaliera che si attesta allo 0,7%. L'impegno della commissione è stato quello di restituire, con apposito decreto, quanto sottratto alla provincia di Caltanissetta.

Nell'occasione il Nursind di Caltanissetta ha chiesto e fatto mettere a verbale notizie sul futuro dell'elisoccorso di Caltanissetta, ribadendo con l'occasione che il servizio permanga h 24 per non penalizzare ulteriormente la disagiata comunità nissena.”

Naturalmente adesso si attende la pubblicazione del decreto in Gazzetta Ufficiale, anche perché, come ribadito in precedenti occasioni dallo stesso Barba, “la filosofia sindacale Nursind a livello nazionale non prevede e non ammette accontentarsi di pezzi di carta straccia senza alcun valore legale. Preferiamo aspettare piuttosto che essere illusi da promesse da marinaio.”

## Bari - Ospedale Miulli: fallimento scongiurato grazie agli infermieri

L'ospedale Miulli, un Ente Ecclesiastico, centro d'eccellenza del SSR pugliese in molte discipline medico chirurgiche. Queste caratteristiche, unite ad una politica sanitaria che ha chiuso molti ospedali del circondario, hanno portato una crescita di utenti che afferiscono alla struttura, generando col tempo un deficit



economico importante.

La causa del debito dipende dal differente rimborso degli ospedali, in base alla loro natura giuridica: struttura pubblica o privata accreditata. In un ospedale pubblico infatti, il debito maturato annualmente, viene ripianato dalla Regione, mentre gli enti privati accreditati devono attenersi ad un tetto di spesa che viene concesso loro in base alla programmazione finanziaria annuale (DIEF). Ed ecco il cuore del problema.

Considerando l'enorme numero di ricoveri, il tetto di spesa dell'ospedale viene raggiunto già a metà anno, e se a questo si aggiunge che non è possibile per l'ente mandare via i pazienti che si ricoverano sia in regime ordinario che d'urgenza, per ovvi motivi di natura deontologica e soprattutto penale, si deduce che l'ente continua a lavorare per metà anno, attingendo a risorse proprie sapendo di non ottenere il rimborso dovuto.

Questa situazione, ha portato l'ente a presentare un ricorso al TAR nei confronti della Regione che, dopo sei sentenze positive, viene perso al Consiglio di Stato, e consegna ai lavoratori una massa debitoria di circa 150 M/€. Da questo momento, si prende confidenza con un termine nuovo nel campo della normativa fallimentare: **CONCORDATO PREVENTIVO IN CONTINUITA' ASSISTENZIALE**.

Quindi per evitare il fallimento, si procede ad una serie d'incontri per la discussione del piano di rientro previsto. Contestualmente alla dichiarazione dello stato di crisi viene sospeso immediatamente ed in maniera arbitraria, il pagamento di alcune voci stipendiali, come lo straordinario (anche quello in reperibilità), i buoni pasto, e la produttività, per tutto il personale.

Le assemblee sindacali, e le manifestazioni pubbliche di protesta, hanno attirato l'attenzione della politica regionale, che è intervenuta aiutando i lavoratori, evitando i 120 licenziamenti previsti. La fase finale di tutto ciò, è stata la stipula di un accordo (dopo 12 ore di trattativa), che ha permesso il salvataggio dell'Ospedale Miulli grazie all'aiuto dei lavoratori stessi, che hanno rinunciato ai buoni pasto, prestando all'ente metà della incentivazione, e un sacrificio di 54 ore di lavoro all'anno che chiaramente pesano soprattutto alla categoria infermieristica, già fortemente provata dai salti di riposo per coperture di malattie, che si vanno ad aggiungere a carenze d'organico presenti in ogni reparto.

Concludendo, la firma dell'accordo è stato un momento importante sotto molti aspetti, sia sindacali che personali, visto





l'enorme impegno extra lavorativo che ha richiesto, mettendomi in seria difficoltà familiare e lavorativa, dato che il tutto si è svolto dopo un "normale" turno di lavoro in sala operatoria.

Il segretario provinciale  
Inf. Nicola Azzizzi

**Cannizzaro (CT):**

## grazie allo stato d'agitazione del Nursind assunti 7 OSS

In seguito allo stato d'agitazione proclamato dal Nursind, si è svolto il 26/4/13 in Prefettura a Catania il tentativo obbligatorio di conciliazione tra i vertici del Cannizzaro e i rappresentanti del Nursind alla presenza del Dirigente di staff della Prefettura Dr. Massimo Signorelli.

I rappresentanti del "Nursind" hanno evidenziato pesanti criticità nel Dipartimento di medicina e chirurgia d'urgenza (MCAU), sottolineando, in particolare, l'inadeguata dotazione organica, a suo tempo assegnata dall'Assessorato Regionale alla salute, rispetto al numero effettivo di posti letto esistenti. Ciò, oltre a causare situazioni di elevato stress per il personale si ripercuote negativamente sui servizi da assicurare ai pazienti ricoverati. Per tali motivi, i medesimi hanno proclamato lo stato di agitazione e chiedono al rappresentante del citato nosocomio notizie sui tempi previsti per l'adozione di opportuni provvedimenti risolutivi delle problematiche esposte.

Il Dott. Giuffrida, Direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera "Cannizzaro" di Catania, nel condividere le preoccupazioni manifestate fa presente che l'Azienda ha già richiesto al competente Assessorato Regionale un potenziamento dell'organico da assegnare al Dipartimento menzionato sottolineando che, nelle more, sono state intraprese intense iniziative, di presumibile prossima definizione, conducenti ad un auspicato incremento di personale infermieristico.

Dopo ampia ed articolata discussione tra le parti intervenute all'odierno incontro, durante il quale il Dott. Giuffrida ha illustrato le diverse iniziative poste in essere dall'azienda dirette ad attuare processi riorganizzativi più efficienti che prevedono la tempestiva assegnazione di n. 7 unità di operatori socio sanitari transitati da



accordo S.E.D.S., unitamente alle iniziative già indirizzate al competente Assessorato Regionale al fine di conseguire un adeguamento della dotazione organica del Dipartimento di medicina e chirurgia d'urgenza e accettazione, i rappresentanti dell'Organizzazione sindacale "Nursind" si dichiarano soddisfatti in funzione delle positive iniziative dell'Azienda e dichiarano la sospensione dello stato di agitazione significando, che la manifestazione programmata per il prossimo 23 maggio si configurerà come un momento informativo per la categoria

professionale interessata senza alcuna influenza sulla regolare funzionalità dei servizi.

**Terremoto Emilia Romagna:**

## Nursind chiede alla Regione di riconoscere l'impegno degli infermieri

Con una PEC indirizzata al Governatore Vasco Errani, Nursind Modena ricorda del contributo dato dagli infermieri nella gestione del terremoto durante il sisma e nel post terremoto. «L'attività di tale figura professionale impegnata nelle aziende sanitarie del modenese e delle province limitrofe al "cratere" e' stata lodevole. In virtù di queste prerogative e con la consapevolezza che gli amministratori regionali siano al corrente su quanto fatto e su quanto ancora dovranno fare questi colleghi per ristabilire un po di normalità, Nursind pone le seguenti domande:

- quali e quanti sono stati alla data attuale i finanziamenti statali o da canale istituzionale pervenuti alle aziende sanitarie e quale è stata la loro destinazione o meglio quale la ripartizione prevista?

- In questo punto e' stato considerato il personale infermieristico coinvolto sia come lavoratore che come cittadino?

- Il 12 giugno 2013 il Senato ha approvato, in sede di conversione, le modifiche al D.L. 43 del 26 aprile 2013 è stato approvato un importante emendamento, che prevede l'istituzione dell'art. 6-sexies. Tale articolo si occupa del personale operante negli enti locali colpiti dai sismi del maggio 2012 con importanti risposte circa l'assunzione di personale, lavoro straordinario (vengono stanziati le risorse necessarie per riconoscere il pagamento sino ad un massimo di 30 ore mensili sino al 31/12/2014 per ogni lavoratore che le abbia lavorate "per l'espletamento delle attività conseguenti allo stato di emergenza").

Come altre OOSS registriamo che manca purtroppo il riconoscimento del lavoro straordinario per quanto attiene i lavoratori titolari di posizioni organizzative. E' vero che il contratto non prevede che a queste figure venga riconosciuto il pagamento delle ore straordinarie, ma è altrettanto vero che quanto accaduto ha comportato un impegno ed un carico di lavoro del tutto eccezionali, non certo riconosciuti dal CCNL. Applicare a questi lavoratori quanto previsto dal contratto "ordinario" per una situazione "straordinaria" è per questi lavoratori una palese ingiustizia, che andrà assolutamente rimediata con ulteriori provvedimenti.

Con nostro rammarico evidenziamo che quanto riconosciuto con l'emendamento, che prevede l'istituzione dell'art. 6-sexies evidenziato in precedenza in positivo e in negativo, si tratta di un risultato che premia gli enti locali ma non le aziende sanitarie locali, perchè permette solo agli enti locali colpiti di assumere personale del tutto necessario nel lungo e faticoso percorso di ricostruzione e ritorno alla normalità; e permette ai lavoratori di vedersi riconoscere lo sforzo fatto sino ad ora.

Tutto ciò esclude gli Infermieri, la Sanità e tutti i professionisti del Comparto. Ora il testo passerà alla Camera dove sarà esaminato tra pochi giorni. Per questo chiediamo di intervenire a favore di tutti i dipendenti delle aziende sanitarie della bassa modenese per il riconoscimento in egual misura e alla pari degli enti locali, senza esclusione di nessuno.»

Firenze:

## le problematiche infermieristiche negli ospedali provinciali

"Giungono preoccupanti notizie in merito alla paventata diminuzione di personale infermieristico in servizio presso il pronto soccorso del CTO, già in forte carenza di personale. Risalgono ai primi di febbraio 2013 le nostre richieste di reintegro della dotazione organica. Per tutta risposta ora giungono voci di un'ulteriore riduzione del personale infermieristico che, se confermata, ci porterà inevitabilmente a prendere importanti decisioni di lotta. Questo a difesa della professione già impegnata su turni massacranti, centinaia di ore in esubero e decine di giorni di ferie del 2012 da usufruire; ma soprattutto a difesa dei cittadini sui quali ricadranno scelte inconcepibili come queste. Interventi e tempi di attesa si allungheranno, soprattutto nella fascia notturna, così come le consulenze su tutta Careggi, sostenute sempre dagli stessi infermieri del Pronto Soccorso.

Quando si affrontano temi come quello della sanità, specie in questo periodo storico estremamente difficile, sia per la mancanza di risorse economiche, sia per le mutate condizioni sociali, politiche e culturali, ci rendiamo conto sempre più spesso di quanto siano distanti le "idee" del "mondo dirigente" che ha l'onere di far funzionare il sistema sanitario regionale e locale, dai dati incontrovertibili di una allarmante difficoltà nell'erogare un livello assistenziale minimo soddisfacente. La dicotomia tra idee anche politiche di rinnovamento, o per meglio dire di tagli e razionalizzazione delle risorse, sempre più spesso colpisce laddove dovrebbe invece tutelare l'assistenza. Senza questo centrale obiettivo crolla tutto. La crescente sofferenza che oggi vive una parte maggioritaria del mondo professionale infermieristico, sembra lasciare indifferenti coloro che hanno la responsabilità di garantire i livelli minimi assistenziali. Ma cosa sono i "livelli assistenziali"?

Dovrebbero rappresentare una garanzia, costituzionalmente

protetta, per tutta la collettività nel ricevere la giusta assistenza, ai vari livelli e non proclami lasciati all'interpretazione fantasiosa di qualcuno che pensa solo che sia sufficiente associare un "numero" al personale infermieristico. **E per piacere non ci vengano più a parlare di modello per "complessità assistenziale"**. Su tutte le aziende della provincia assistiamo invece ad un importante abbassamento di qualità dei livelli assistenziali e **un aumento dei carichi di lavoro** che il personale infermieristico per primo deve sopportare. Nelle fasce notturne su quasi tutti i reparti di degenza, soprattutto dell'area medica e chirurgica, non esistono turni coperti da personale di supporto che possa soddisfare l'assistenza di base e/o alberghiera. Questo non solo è previsto dalla legge ( D.Lgs. n.532 del 26/11/1999) ma la sua assenza va a gravare sul personale infermieristico distogliendolo dalle proprie primarie attività, incidendo di fatto, sull'erogazione dei servizi al cittadino.

**Gli infermieri chiedono rispetto.** Lo chiedono per la collettività che ogni giorno, ogni ora, riceve le nostre cure, spesso le prime della nostra vita e le ultime prima di lasciarla. Ma soprattutto chiedono di essere messi nelle condizioni di portare avanti il proprio mandato professionale. Ci chiediamo allora come sia possibile farlo a Careggi, nell' Azienda Ospedaliera Universitaria, in questi giorni al centro di scontri anche aspri sulle modifiche dell'orario di lavoro; ci chiediamo come sia possibile una tale cecità nel pensare che pianificare debito orario e ferie, possa essere la panacea di un'imperdonabile disorganizzazione e mancata pianificazione. Ma come è possibile portare il personale infermieristico e non solo, ad avere una media pro-capite di oltre cento ore da recuperare e addirittura una media di circa dieci giorni di ferie residue del 2012 con punte anche di oltre venti giorni? Questo significa che gli infermieri hanno svolto e stanno tuttora svolgendo turni massacranti, anche di oltre dodici ore, spesso saltando riposi e senza usufruire delle ferie di cui hanno diritto. Turni fatti da soli, specie nelle degenze, come detto, senza personale di supporto.

**Bisogna finirla con l'ipocrita credenza che l'infermiere onnisciente e onnipresente, possa e debba "fare tutto";**

# Convenzioni Nazionali

Consulta il sito [www.nursind.it](http://www.nursind.it) per conoscerne i vantaggi, le condizioni e le ultime novità!



riservate  
agli  
iscritti



sconti di ogni tipo ovunque



Corsi e Convegni ECM



IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND



dall'assistenza alberghiera a quella di base, per passare magari anche dalle pulizie, da facchini e portantini. Passi, se tale visione permane ancora nell'immaginario collettivo, ma è inaccettabile nel mondo dirigenziale del sistema sanitario. Ma è oltremodo riprovevole quand'anche offensiva quando è sostenuta da certe "dirigenze" infermieristiche. Forse sarà giunta l'ora di fare denunce per demansionamento o richieste alla Direzione provinciale del lavoro, di verifica del rispetto della normativa sugli orari di lavoro? Su questo punto auspichiamo e promuoveremo davvero un controllo a tappeto da parte delle Istituzioni preposte.

Stessa identica cosa, per certi aspetti anche peggio, nell'Azienda Sanitaria di Firenze (AUSL10), dove qui la fantasia si esprime ai massimi livelli inserendo la **pronta disponibilità** anche per quei settori in cui di norma non è prevista dai CCNL (reparti di degenza, servizi territoriali, ecc) **con l'unico scopo di sopprimere**, con tale strumento, **alla carenza infermieristica**. Si prevedono addirittura fino a dieci giorni di reperibilità per ogni infermiere! Questo vuol dire che al personale conviene restare in ospedale e risparmiarsi un viaggio a casa. In queste condizioni chi ci rimette non è solo l'infermiere e l'ostetrica (senza dubbio) ma, anche, ripetiamo, il Cittadino.



In questi giorni inoltre è esplosa la notizia dell'imminente **chiusura dell'ospedale Santa Verdiana di Castelfiorentino** (Ausl1 di Empoli) perché non in regola con i parametri richiesti sulla stabilità in materia antisismica. Comprendiamo il disagio degli utenti e siamo vicini ai lavoratori con i quali chiediamo chiarezza sulla situazione reale, soprattutto dopo la lettera/denuncia del primo cittadino di Castelfiorentino, non messo al corrente, sembra, dall'Azienda, circa la relativa documentazione tecnica. Cosa questa inverosimile. Su questo tema è già aperto un tavolo di confronto con l'Azienda e monitoreremo eventuali ulteriori decisioni da parte Aziendale.

Parlando all'inizio del Sistema Sanitario Regionale e dei suoi futuri cambiamenti, non possiamo non constatare come, ancora una volta, si parli di progetti fondamentali quasi in modo "privato", sottotraccia. E' il caso del **riordino del sistema di emergenza**

**urgenza**, del quale non è dato sapere praticamente niente, sia per la centrale unica, ora vista a Firenze, poi a Pistoia, quasi fosse un gioco di potere al quale sottostare; anche se il problema non è certo il dove ma il come. Come si affronta il collegamento con il territorio; quali gli standard. Come si pensa di gestire le competenze professionali e umane; quali i rapporti con il mondo del volontariato.

Come si pensa di gestire il problema della patente e della responsabilità della guida dell'auto medica? Quale trasparenza e quali parametri sull'accesso al servizio di elisoccorso per il personale sanitario? Parametri che vanno sicuramente rivisti. Infine il grande malato: il territorio. Con quale coraggio si pensa di ridurre posti letto e servizi senza investire sull'assistenza territoriale? Continuiamo ad essere l'unico paese in cui l'infermiere di famiglia e di continuità sembra un optional, restando così all'ultimo posto nel rapporto infermieri/abitanti. In questa condizione come si pensa di assistere sufficientemente i malati cronici a domicilio? Come si pensa di supportare la fragilità; con quali strumenti fare prevenzione primaria?

Pur sapendo che gli infermieri saranno comunque sempre al fianco dei cittadini, non possiamo più sopportare l'assenza e la cecità delle istituzioni e di tutta la classe dirigenziale sulla "questione infermieristica" a tutela della dignità professionale e del Diritto alla Salute di ogni cittadino".

Inf. **Giampaolo Giannoni**  
Segretario Provinciale Nursind Firenze

**Imperia:**

## L'ASL 1 emula Versailles: torna di moda il titolo di "Delfino"

Ad Imperia i Coordinatori vengono scelti dai Direttori delle U.O. Il titolo onorifico dei Signori del Delfinato, regione francese che da tale titolo prende il nome sembra tornato "imperiosamente" in auge. Sarà forse per la vicinanza geografica con la terra del Re Sole che ad Imperia hanno deciso di far scegliere i coordinatori dai Direttori delle Unità Operative della ASL 1 Imperiese. Come dire: "Se indovini cosa porto in mano te ne do un grappolo". Il Nursind non ci sta e corre ai ripari contestando apertamente la delibera 118 inerente la selezione di Coordinatori Infermieristici con una missiva inviata ai vertici aziendali: «Oggetto: delibera n° 118 inerente selezione per l'attribuzione di incarichi di coordinamento del personale sanitario.

Gentilissimi Signori certo della Vostra sensibilità in materia mi rivolgo a Voi in quanto sono profondamente costernato nel rilevare che quanto riportato nella Delibera n°118 del 20 febbraio 2013 a mio parere sia fortemente lesivo nei confronti della professionalità degli Infermieri. Per anni abbiamo lottato per dimostrare la differenziazione sia nei compiti, sia nelle responsabilità dalla classe medica, ciò ci è stato riconosciuto sia con l'abolizione del mansionario, sia gerarchicamente con l'istituzione dei coordinatori infermieristici e con un Responsabile delle professioni sanitarie non mediche a cui fare riferimento.

Ora, seguendo sempre ciò che è scritto nella delibera, i prossimi Coordinatori Infermieristici verranno valutati da una Commissione cui fanno parte i Dirigenti Medici delle U.O. interessate. In questo modo rimettiamo gli Infermieri sotto il comando dei Medici sminuendo così le capacità organizzative e lavorative di una classe di Professionisti che da tempo ormai si sono distinti per le loro mansioni e prerogative diverse dai colleghi Medici con i quali collaborano per la salute del malato.

Presumo che questa sia stata una svista al momento della stesura di tale delibera e che quindi sia facilmente sanabile dal punto di vista tecnico sostituendo la parte Medica delle commissioni con altrettanti quotati rappresentanti della professione Infermieristica.»

Inf. **Mauro Ferrero**  
Segretario Provinciale Nursind Imperia

Latina:

## infermieri senza parcheggio. Nursind scrive al sindaco

Riservare una parte del parcheggio adiacente all'ospedale al posteggio delle auto degli operatori sanitari in servizio. La proposta arriva dal segretario provinciale del Nursind Giovanni Santucci che scrive al sindaco Di Giorgi investendolo di una problematica che riguarda i lavoratori del Santa Maria Goretti. I posti, già insufficienti, sono stati ulteriormente ridotti per adeguarsi alla legge che prevede l'individuazione di punti di raccolta del personale in caso di evacuazione per terremoti e altri eventi gravi. Inoltre, scrive Santucci, "parte del parcheggio è chiuso ed è usato come deposito/carico e scarico dei rifiuti ospedalieri, parte dei posti riservato ai malati dializzati e parte è occupata dai mezzi del 118, soprattutto da personale dipendente delle ditte esterne".

"La situazione - prosegue il responsabile del Nursind - è talmente grave che spesso il personale sanitario chiamato in reperibilità per le urgenze una volta all'interno dell'area del S.M. Goretti si trova impossibilitato a parcheggiare con delle perdite di tempo a discapito del cittadino utente. Se nel periodo estivo la problematica appare meno evidente per il ricorso ai motocicli, nel periodo invernale con le piogge le difficoltà aumentano". Per questo motivo il Nursind chiede a Di Giorgi di riservare una parte dei parcheggi comunali che si trovano vicino al Goretti al personale dipendente della Asl "così come avviene per le forze dell'ordine".



Lazio

## Esposto del Nursind alla Corte dei Conti per l'indebita erogazione di Posizioni Organizzative

Il sindacato Nursind in seguito a numerose segnalazioni e dopo un'attenta verifica ha presentato alla Corte dei Conti, presso la Procura Generale del Lazio, un esposto denunciando le violazioni di legge poste in essere dall'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini in ordine al conferimento e relativa erogazione delle indennità economiche scaturenti dall'assegnazione delle Posizioni Organizzative.

Risulterebbe, infatti, che alcune decine di dipendenti dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini percepisca o abbiano percepito indennità per tali conferimenti d'incarichi sebbene questi siano stati assegnati in palese violazione di legge, attingendo per il pagamento di queste

somme dal Fondo Nazionale istituito dall'art. 31 del CCNL del 19.04.2004.

Le indennità corrisposte hanno un valore minimo annuo di € 3.098,74 e un massimo di € 9.296,22 corrisposte su 13 mensilità. Nella ricostruzione tramite i nostri studi legali delle svariate "distrazioni" nell'assegnare tali benefici economici, hanno posto in evidenza con quanta leggerezza alcuni dipendenti continuassero a percepire tali maggiorazioni pur non avendo più le responsabilità

per cui era stata loro assegnata.

Il Nursind più volte ha informato la Direzione che tale gestione era contro ogni principio di liceità, ma in modo quasi disturbato ci veniva detto che gli uffici preposti si muovevano secondo quanto sancito dai Contratti. Fortemente convinti, che aver taciuto, su quello che a nostro



punto di vista sarebbe stata l'ennesima gestione dei fondi pubblici in modo poco trasparente e oneroso, ci avrebbe visto complici di quest'amministrazione. La Corte dei Conti avrà il compito di accertare le eventuali violazioni e danni erariali che questo tipo di condotta ha causato alla Pubblica Amministrazione.

**L'esposto alla Corte dei Conti ha prodotto dei risultati: nella delegazione trattante del 31/07/2013 è stato comunicato dal direttore amm. F D'Alba che le P.O. prorogate illegittimamente saranno annullate.**

Roma 19 marzo '13

Inf. Luca Cimino

Coordinatore Regionale Nursind

Az. USL 2 di Lucca:

## Nursind denuncia disagi e criticità nell'assistenza

Ecco il testo integrale del documento del sindacato delle professioni infermieristiche Nursind che vuole far conoscere alla cittadinanza le criticità presenti in seguito alle recenti riorganizzazioni che la Asl 2 ha ultimato in questo periodo:

«Alla scrivente Organizzazione Sindacale preme mettere a conoscenza tutta la cittadinanza delle criticità presenti in seguito alle recenti riorganizzazioni che l'Azienda Us1 2 ha provveduto ad ultimare in questo periodo.

Per quanto riguarda la **medicina multispecialistica**, in particolare modo la sezione ubicata al 4° piano del padiglione C del nostro ospedale, siamo perplessi che tale struttura possa essere utilizzata per assistere 14 pazienti. La condizione in cui si trovano tutti i degenti (sia uomini che donne), costretti ad utilizzare solamente due bagni sprovvisti di alcuni sanitari quali il bidet ed il disagio con cui debbono operare gli operatori dell'assistenza, dovrebbero quantomeno far ripensare alla collocazione di tale settore. Consapevoli dei limiti strutturali del padiglione C, chiediamo all'Azienda, se impossibilitata a trovare ulteriori spazi, di ridurre il numero dei posti letto ad 8, in modo da garantire ai malati un adeguato confort di permanenza e contemporaneamente di consentire al personale infermieristico e di supporto (operatori socio sanitari) di garantire l'erogazione di un'adeguata assistenza a tutte le persone durante il loro periodo di degenza.

Una ulteriore difficoltà è costituita dalla disorganizzazione gestionale che vede il **mancato rispetto dei piani di lavoro multi professionali**, in cui sono specificati anche gli orari di visita per le persone ricoverate da parte dei vari medici. In tale disorganizza-



Il vecchio ospedale di Lucca

zione gli infermieri sono costretti ad eseguire la visita medica secondo la disponibilità dei vari specialisti (e non programmata in fasce orarie prestabilite) con conseguente disagio assistenziale.

Un altro punto previsto dalla nuova riorganizzazione Aziendale è costituito dal prossimo **trasferimento del reparto di "Sub intensiva pneumologia"** (dal padiglione centrale alla palazzina del padiglione C). In merito a ciò siamo a richiedere che nei luoghi scelti sia presente una "monitorizzazione centralizzata" con videocamere in modo da potere costantemente tenere sotto controllo i vari pazienti presenti; inoltre, siamo a richiedere che la dotazione organica, trattandosi di un reparto di alta intensità di cura (sub-intensiva) con supporto ventilatorio con più di 4 posti letto, preveda la presenza a turno di due infermieri al fine di tutelare gli assistiti.

Attualmente le criticità presenti, che si perpetuano da mesi in molti settori del Presidio Ospedaliero, inerenti al personale addetto all'assistenza si sono "acutizzate" e richiedono un intervento immediato non più procrastinabile a date estemporanee o da definire da parte della Direzione Aziendale. A conferma di quanto espresso si sottolinea che **le assenze degli operatori sanitari in seguito a gravi malattie e gravidanze non sono più "tamponate"** ne da incarichi a tempo determinato ne da incarichi di persona-



Il nuovo ospedale di Lucca

le mediante agenzie interinali. L'assenza numerica del personale infermieristico è sempre più consistente in molti settori ospedalieri come nel reparto di **Pediatria, di Ortopedia, di Medicina Multi-specialistica, Pronto Soccorso e Rianimazione.**

Proprio in quest'ultimo reparto, la U.O. di Rianimazione (ad alta intensità di cura), dove "temporaneamente" è stato spostato un infermiere per assegnarlo ad altra unità operativa in cui la dotazione organica non prevedeva una copertura assistenziale sulle 24 ore, il personale infermieristico è costretto a svolgere mansioni improprie in seguito all'assenza di un operatore socio sanitario e all'impossibilità di attivare-utilizzare gli addetti della cooperativa per la sanificazione ambientale e degli strumenti.

Tutto il processo riorganizzativo Aziendale doveva includere **l'introduzione di operatori socio sanitari** che andavano a sostituire e completare la carenza del personale infermieristico, ma anche questa figura di supporto risulta essere quasi inesistente in tutti i settori ospedalieri andando ad incidere negativamente sia sui servizi offerti alla collettività che a tutto l'operato infermieristico, costretto a svolgere mansioni improprie che richiedono tempo sottratto purtroppo alle loro attività assistenziali. Per sopperire alla carenza di personale di supporto la Direzione Aziendale aveva pensato bene di emanare una disposizione che prevedeva l'attività di sanificazione da parte dell'infermiere, ma grazie al nostro intervento tale disposizione è stata modificata in base alla normativa vigente che prevede che l'infermiere svolga esclusivamente l'attività di controllo della sanificazione che dovrebbe invece essere eseguita da personale dedicato (OSS). NurSind chiede che l'Azienda agisca nel rispetto della normativa e dei profili profes-

sionali.

Tutte queste riorganizzazioni e trasferimenti sono state fatte (e che in parte sono ancora in atto) con la collaborazione e partecipazione attiva del personale infermieristico e OSS, che negli ultimi mesi è stato sottoposto a maggiori carichi di lavoro e a nuove metodologie assistenziali. Gli operatori hanno vissuto in prima persona tutte le criticità che ne sono derivate con la speranza di superare questa fase transitoria che avrebbe avuto termine con l'assunzione di nuovo personale sanitario. Purtroppo questa criticità sembra debba perpetuarsi ancora per molto, troppo tempo, come mostrano i dati inerenti al "Piano Assunzioni per l'anno 2013" presentati la scorsa settimana dalla Dirigenza Aziendale.

Con la presentazione del **piano assunzioni del 2013** l'Azienda ha veramente disilluso tutte le aspettative, invece di potenziare il personale addetto all'assistenza, il piano prevede una diminuzione di ben 10 unità infermieristiche con la programmazione di assunzione di soli 6 OSS. Tale piano ha dell'incredibile; infatti si parla di aperture di nuovi reparti come la "medicina d'urgenza" con 12 posti letto, prevedendo l'assunzione di 6 medici, ma contemporaneamente non si prevede l'assunzione di personale infermieristico. La domanda sorge spontanea ed è legittima anche per rispondere al fabbisogno assistenziale della nostra collettività: chi deve fare l'assistenza? Forse la Dirigenza Aziendale pensa di poter togliere ulteriori risorse dai reparti già in condizioni critiche?

Negli ultimi giorni abbiamo assistito anche alla **chiusura del servizio di continuità pediatrica** che era svolto nei giorni prefestivi e festivi dai pediatri di libera scelta e da personale di supporto, contribuendo ad aggravare le attività assistenziali svolte dal personale della Pediatria, non prevedendo nessun incremento della dotazione organica.

Il piano "Assunzioni 2013" in relazione al processo riorganizzativo della nostra azienda Lucchese (abbattimento di reparti specialisti convogliati in singole strutture polispecialistiche mediche e chirurgiche) prevede **un incremento del 5% del personale Dirigenziale** (medico ecc.); se in virtù di tale parametro **anche il personale assistenziale fosse aumentato del 5%** avremmo raggiunto un incremento della dotazione organica che ci consentirebbe l'erogazione di una adeguata assistenza.

Anche confrontando i dati sul rapporto infermiere/medico la nostra azienda al 31/12/2013 si trova nel rapporto di 2,23 infermieri per medico, quando la media regionale è di ben 2,6 infermieri per medico, che equivale alla mancanza di ben 174 infermieri. Chiediamo quindi una rivisitazione del piano assunzioni che preveda l'inserimento di personale infermieristico ed OSS, altrimenti non crediamo sia più possibile erogare una adeguata assistenza a e per tutte le persone bisognose della nostra collettività.



Il Gabibbo all'IDI



Il Gabibbo all'IDI

Marche:

## Nursind interviene sulla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale

Lettera inviata alla Giunta e a tutte le forze politiche presenti in Regione.

«Il NURSIND, il Sindacato professionale degli Infermieri, sta seguendo con grande attenzione e preoccupazione l'evolversi dell'azione riorganizzativa del Sistema Sanitario della Regione Marche. Gli argomenti di maggiore rilevanza sono 2 e in particolare riguardano:

### Argomento n. 1 - le riorganizzazioni e le razionalizzazioni

- Si prende atto della riorganizzazione del Servizio Salute, con una redistribuzione di ruoli e responsabilità (con la speranza che la decisione possa favorire nuovi sistemi di collaborazione, integrazione e condivisione di progetti ed obiettivi)

- si prende atto anche della costituzione di un gruppo di lavoro formato da 4 Direttori Generali (Aziende Ospedaliere, ASUR, INRCA) con la responsabilità del progetto di riorganizzazione del Sistema Sanitario della Regione Marche;

- Tenuto conto che le riorganizzazioni riguarderanno prevalentemente il "ripensamento" del sistema sanitario marchigiano, nel rispetto sia delle indicazioni normative (Decreto Monti e Decreto Balduzzi), sia della compatibilità economica, e si auspica anche una forte attenzione ai bisogni di salute delle persone, si ritiene opportuno proporre l'integrazione del gruppo di lavoro con altri professionisti, tra cui una rappresentanza di Infermieri Dirigenti e dei Dirigenti delle altre aree professionali, proprio per la valenza di questi nei progetti e nei processi di razionalizzazione e le parallele necessità di revisione dei modelli organizzativi e dei sistemi di

cura e assistenza (non certamente per una questione di lobby ma semplicemente per specificità, caratterizzazione e saperi specifici);

- Le normative al proposito sono molto chiare e si ricorda che sono passati ben 13 anni dalla pubblicazione della LR 13, con applicazione solo parziale (e minimale) della stessa, con danni significativamente rilevanti, sia al funzionamento del sistema, sia allo sviluppo di carriera dei professionisti;

### Argomento n. 2 - la necessità di rigore e di uniformità di comportamenti

Si riscontrano comportamenti diversi nel caso di situazioni analoghe o simili.

In particolare si evidenzia il fatto che il Direttore Generale ASUR ha provveduto a non rinnovare due contratti di Dirigente medico in scadenza (in posizione di precariato da circa 14 anni) e, parallelamente, ha rinnovato un contratto 15 septies per 5 anni all'infermiere Rocchi Renato - Macerata (forse per i "brillanti" risultati nella gestione del concorso per infermieri dell'AV3).

Relativamente alle situazioni presentate si pongono tre tipi di problemi:

1. la necessità di anteporre la fase programmatica alla fase di razionalizzazione (nella Regione Marche si sta facendo l'esatto contrario: prima si taglia e poi si riorganizza);

2. la necessità di garantire la correttezza e il rigore dell'azione programmatica;

3. la necessità della correttezza e del rigore metodologico e giuridico dell'azione amministrativa e dei relativi atti (nel rispetto delle norme vigenti che, nel caso specifico, non prevedono il rinnovo dei contratti 15 septies).

L'invio della presente nota alle forze politiche è finalizzata a sensibilizzare le stesse forze sulla particolare delicatezza della situazione e a rendere ancora più evidente l'individualismo, l'autoreferenzialità (e a volte anche l'arroganza) dei Direttori Gene-

## 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](mailto: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](http://www.nursind.it), se la tua provincia non è ancora contemplata tra quelle colorate in verde, hai la possibilità di essere protagonista della nascita del Nursind nella tua realtà.

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

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

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



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

rali che continuano a non capire (o a far finta di non capire) che il sistema sanitario ha delle caratterizzazioni multi-professionali e multi-disciplinari sempre più forti, al momento non considerate, se non per alcune situazioni, forse di comodo. Parallelamente si conferma e si ribadisce l'assoluta disponibilità del NURSIND a collaborare in maniera attiva e propositiva allo sviluppo del progetto regionale, con il coinvolgimento diretto dei dirigenti delle professioni sanitarie. Al proposito si chiede un incontro urgente con l'Assessore alla Salute della Regione Marche e con il gruppo dei Direttori Generali attivato presso l'Istituzione Regione, per un sereno confronto riguardante le problematiche presentate.

L'invio alla Procura della Repubblica e alla Corte dei Conti è riferito esclusivamente al punto 2, al fine di verificare la correttezza degli Atti e l'assenza di responsabilità individuali.

Il Coordinatore Regionale Nursind Marche  
**Dott. Giuseppe Conti**

**Messina:**

## Cresce la Segreteria Provinciale

Con una nota di grande soddisfazione il Segretario Provinciale di Messina comunica l'istituzione di 2 nuove segreterie Aziendali e 1 di Presidio. **Stefania Billè** rappresenterà Nursind al Policlinico Universitario; **Francesco Ruggeri** terrà alta la bandiera del Nursind agli Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte e **Antonello Celi** sarà il rappresentante presso il presidio del P.O. di Milazzo. Confidiamo nei loro buoni propositi, augurandoci sempre una crescita esponenziale!

Segretario Provinciale NurSind Messina  
**Dr. Ivan Alonge**

**Milano:**

## la crisi del San Raffaele

Dal luglio 2011 il San Raffaele è al centro di indagini giudiziarie e burrasche burocratiche per evitare il fallimento o scalate finanziarie; la magistratura interviene per evitare il crack ed il gruppo San Donato (Il gruppo ospedaliero San Donato, di cui Giuseppe Rotelli è il presidente, già adesso, rappresenta il 26,7% dei ricoveri delle aziende di diritto privato accreditate dal Sistema sanitario regionale. In pratica il gruppo, prima ancora dell'acquisizione del San Raffaele, rappresenta oltre un quarto dei ricoveri della sanità



privata regionale. Il fatturato del gruppo ammonta a 814 milioni di euro e può contare sull'8% dei posti letto di tutta la regione Lombardia) nel gennaio 2012 riesce ad accaparrarsi un gioiello da mille ed una notte - l'eccellenza della sanità lombarda - con circa un quarto del suo valore; di fatto si trasferiscono alla Velca S.p.a. le attività sanitarie e di ricerca della vecchia Fondazione.

Dal maggio 2012 il gruppo Rotelli si impegna con il tribunale e con le O.O.S.S. del San Raffaele a mantenere i posti di lavoro (la paura dei lavoratori dell'ospedale è fondata, conoscendo il modo di operare del Gruppo); la minaccia aziendale inizia quando, a luglio del 2012, l'azienda, dichiara lo stato di forte crisi economica, lancia dei comunicati stampa che fanno tremare tutti i lavoratori del comparto. I dati approssimativi rilasciati dal Gruppo San Donato non convincono pienamente, e vengono richieste ulteriori infor-

mazioni da una parte delle RSU (inizialmente compatte), informazioni MAI rilasciate dall'amministrazione dell'Ospedale. Si va avanti tra tira e molla di richieste delle RSU e silenzi dell'Amministrazione fino al 29 gennaio 2013, quando, tramite votazione del comparto, si richiede cosa fare dell'ipotesi di accordo firmata precedentemente dalle RSU (dove si chiedeva il passaggio al contratto AIOP, di sanità privata al posto dell'attuale "ibrido" tra CCNL ed uno simile alla sanità pubblica rinunciando, a detta

dell'amministrazione, al 7% medio di stipendio), circa il 55% del personale votante ha dichiarato esplicitamente che voleva restare al vecchio contratto rischiando che avvenissero i licenziamenti dei presunti esuberanti elencati dall'amministrazione (la stessa che fino all'anno precedente li ha assunti). L'effetto IMMEDIATO che si è avuto è stata la cancellazione di TUTTI gli accordi sindacali attualmente vigenti nell'Ospedale, decurtazione degli stipendi fino a 350,00 € per gli infermieri (sono stati limati molto meno gli incentivi per altre categorie che detenevano salari più corposi) ed hanno ridotto al minimo le indennità, infatti sono state lasciate solamente quelle relative al CCNL in vigore).



Ancora oggi il motivo della richiesta da parte dell'Azienda di passare al contratto AIOP non è molto chiaro e si può solo supporre; sta di fatto che sensibilizzando anche la cittadinanza e le istituzioni (di cui solo una parte si è attivata e non certo i primi cittadini dei rispettivi comuni coinvolti) le discussioni vertevano sulle stesse posizioni, dove però stavolta, partecipava un forte intermediario: la Regione Lombardia! E dopo giorni è stata raggiunta una nuova, e la migliore possibile, ipotesi di accordo

fatta votare al personale ed avallata che prevede:

- la riassunzione delle persone già licenziate,
- lo smaltimento delle ferie residue (esistono casi di persone che superano i 100 giorni di ferie),
- la decurtazione delle indennità nello stipendio (riferito all'ottobre 2012) del 15% per gli infermieri,
- la rimozione dei "privilegi" di alcune situazioni del personale del comparto fino al livellamento della categoria di appartenenza

Al momento sembra ci sia stata la svolta decisiva, alle assemblee del 14 e 15 maggio 2013 i lavoratori presenti (e sono stati veramente tanti) hanno deciso quasi all'unanimità per il sì; questo dimostra la volontà del personale di far funzionare le cose nel modo giusto, inoltre non dimentichiamoci che in tutto questo periodo di confusione, quando ancora non c'era la certezza di uno stipendio alla fine del mese, ognuno ha lavorato allo stesso modo e con la stessa professionalità che ha contraddistinto il San Raffaele negli anni migliori.

Adesso l'amministrazione ha l'obbligo di mantenere la trasparenza nei confronti dei lavoratori (secondo quanto siglato in Regione) proprio perché quest'accordo sarà valido fino a quando esisterà lo stato di crisi; nel caso cambiasse la situazione si dovranno organizzare nuovi incontri per rivedere le situazioni economiche ed il rilancio dell'Ospedale.

**Nella sequenza, alcune immagini dell'intervento della polizia al San Raffaele di Milano**



Foggia:

## su segnalazione del Nursind, revocato l'ordine di servizio che obbligava gli infermieri ad effettuare il trasporto delle salme

La segnalazione inviata alla Direzione contestava "l'istruzione operativa" del direttore Amministrativo prot. 0033573 del 28/3/13, che cita testualmente "si consegnano le chiavi dell'obitorio per permettere al personale dell'U.O. il trasporto della salma". Nursind ha precisato che al momento dei decessi il personale presente nelle U.O. è spesso composto da solo personale infermieristico in turnazione nelle 24 ore e tale impiego del personale infermieristico è da considerarsi improprio dal punto di vista organizzativo e demansionante contrattualmente in quanto non rientrante nei propri compiti e in quanto per raggiungere la "sala dedicata" è costretto ad assentarsi dall'Unità Operativa tralasciando il suo mandato principale che è quello di dare assistenza infermieristica ai degenti.

La segnalazione richiamando le norme:

- l'art. 52, comma 1, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 «Disciplina delle mansioni»;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 «mansioni e profilo»;
- l'inquadramento contrattuale del personale infermieristico;
- la declaratoria della categoria D ed il rinvio al DM 739/94 e alla legge 42/99;

deduceva che in nessun modo può farsi rientrare tra le attribuzioni dell'infermiere il trasporto della salma, ricordando che esistendo figure ausiliarie appositamente istituite per compiere attività manuali e tecniche di supporto, una efficiente organizzazione non può adibire a mansioni manuali professionisti che vengono retribuiti per compiere attività di livello superiore né tanto meno non garantire al cittadino/utente una assistenza sanitaria completa ed efficiente.



Infatti per compiere tali mansioni la legislazione ha previsto una figura diversa dall'infermiere, quella dell'Operatore Socio-Sanitario che ha tra le sue competenze esplicite "collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento" secondo quanto stabilito dall'Allegato B dell'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, n. 1161.

La segnalazione concludeva nel ritenere l'attuale organizzazione stabilita dal protocollo citato non idonea al dettato legislativo, chiedendo che si ponesse rimedio al più presto anche al fine di evitare un inutile contenzioso.

Il Segretario Prov.le Nursind Foggia  
**Dott. Giampietro Giuseppe**

FVG:

## la proposta del Nursind all'assessore alla Sanità

Alla cortese attenzione:

dott. Luca Ciriani

**Proposta NurSind: Miglioramento della qualità assistenziale infermieristica.**

Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale ed in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si sta assistendo ad una significativa evoluzione delle componenti organizzativo-assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare all'aumento dell'età media della popolazione con fragilità e malattie cronic-degenerative, cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica.



La nuova sede Nursind a Udine

Ciò ha reso necessario ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza, perseguendo processi basati sulla continuità, data dai percorsi assistenziali tendendo, da un lato, a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e, dall'altro, ponendo le basi per la personalizzazione dell'assistenza. Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende peculiare il rinnovamento del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere. La ridefinizione degli ambiti di attività con ottica multi professionale, ed il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo - laurea triennale, laurea magistrale, master di primo e secondo livello percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze - costituisce l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche.

Il Ministero della Salute e le Regioni, su invito della Commissione Salute, hanno attivato un tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali delle professioni sanitarie: il documento relativo all' "evoluzione della professione infermieristica" ridefinisce le competenze e responsabilità professionali degli infermieri seguenti aree professionali:

- area cure primarie (cronicità, sanità pubblica, comunità e fragilità);
- area critica e dell'emergenza urgenza;
- area chirurgica;
- area pediatrica;
- area salute mentale e dipendenze.

Il contesto storico in cui si cala la proposta di riforma del profilo professionale dell'infermiere è quello dell'aumento dell'età pensionabile (media 65 anni), il blocco del rinnovo contrattuale sino al 31/12/2014, il blocco delle assunzioni e/o il mantenimento della dotazione organica al 31/12/2010, sottolineato nelle "Linee per la gestione del SSR 2013" nonché delle indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2013 trasmesse con nota prot. n. 20288 del 28.11.2012 dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali.

La sfida che si presenta nell'immediato futuro del Sistema Sanitario (sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso) potrà essere affrontata apportando le seguenti proposte:

- Aumentare lo standard di qualità assistenziale, ampliando le

piante organiche infermieristiche e del personale di supporto, facendo deroga all'art. 9 L. 122/2010, supportato dal bilancio positivo o di pareggio delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere della Regione nel 2012.

- Favorire meccanismi di valorizzazione professionale capaci di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale/organizzativo con la creazione di un'indennità infermieristica attraverso il fondo delle Risorse Aggiuntive Regionali.

In quest'ottica si riuscirà ad avere un sistema di flessibile dinamicità, escludendo ingessature organizzative e un miglioramento della qualità assistenziale per il cittadino.

Inf. **Gianluca Altavilla**  
Segretario Regionale NurSind F.V.G.

Modena:

## Nursind: "Serve l'infermiere di famiglia"

Potenziare l'ospedale e introdurre in modo sempre più capillare la figura dell'infermiere di famiglia, al fine di ridurre code e tempi d'attesa al Pronto Soccorso. Questa la proposta di NurSind per l'ospedale Santa Maria Bianca, «Sono ormai all'ordine del giorno le lunghe attese nei vari Pronto Soccorso della provincia – spiega il segretario amministrativo del NurSind Alberto Scigliuzzo – di pazienti trasferiti da Mirandola a Pavullo per mancanza di posti letto, di interventi rimandati a causa di sale operatorie chiuse.

Dopo le scosse di maggio è stato accelerato il processo di applicazione del Pal, sono stati tagliati del 50% i posti letto del mirandolese, senza incrementare in alcun modo i servizi territoriali». Basti pensare che l'ospedale di Mirandola rappresentava il punto di riferimento per 90mila abitanti.

«Entrando nei dettagli, - prosegue Scigliuzzo - il Santa Maria Bianca era dotato di 200 posti letto, di cui 17 per Day Hospital e Day Surgery, suddivisi tra le unità operative afferenti all'area Medica, all'area critica, all'area emergenza-urgenza, all'area chirurgica e materno infantile. Attualmente, invece, l'ospedale risulta composto da un totale di 89 posti letto, che si traducono in un posto letto ogni mille abitanti.

Questo non è un sistema sanitario sostenibile, se si tiene conto del fatto che anche il Ramazzini di Carpi non è funzionale al 100%, quindi, bisogna assolutamente potenziare i distretti ed affrontare in modo incisivo la maggiore criticità: la lungodegenza».

Secondo il NurSind, inoltre, bisogna garantire continuità assistenziale ai pazienti al termine di un ricovero ospedaliero. «Bisognerebbe iniziare a prendere in considerazione una nuova figura professionale: l'infermiere di famiglia – prosegue il segretario – tale figura, convenzionata con il servizio sanitario nazionale, può arrivare a gestire anche 1500 pazienti a testa».



Nuoro:

## L'Asl ci nega pure le ferie

La goccia che ha fatto traboccare il vaso è stata una circolare interna con un messaggio che suonava più o meno così: «Si ricorda che le ferie del 2012 devono essere ultimate entro il 30 giugno, pena decadenza delle stesse, e che nel periodo estivo si devono concedere 15 giorni di ferie». Gli infermieri dell'ospedale San Francesco, che da mesi devono tirare la carretta in corsia con circa 40 colleghi e 90 operatori socio-assistenziali in meno di quelli che servirebbero, e che contano una media ciascuno di 15 giorni di ferie arretrate del 2012 e turni di lavoro sfiancanti, all'inizio pensavano anche di aver letto male. Ma poi hanno dovuto concludere che purtroppo per loro, quella circolare, sapeva tanto di «ennesima presa in giro» di una lunga serie, come scrive il sindacato Nursind.

E la rabbia o lo sconforto che da tempo serpeggiano nei corridoi dell'ospedale, sono esplosi più forti che mai. Li racconta, uno ad uno, la segreteria provinciale del sindacato Nursind, guidata da Mauro Pintore, che da tempo denuncia la sconcertante situazione degli infermieri nell'Asl, e in particolare all'interno dell'ospedale San Francesco.

Già nei mesi scorsi, infatti, il sindacato, tramite lettere, segnalazioni, e prese di posizione piuttosto decise, aveva chiesto all'azienda sanitaria di intervenire. E di spiegare perché si ostinasse a non dare risposte, e soprattutto a coprire le profonde carenze nel settore infermieristico. Ma sinora, di risposte e soluzioni, il sindacato non ne ha visto nemmeno mezza, tanto che nel frattempo la situazione ha raggiunto i livelli di guardia. «È vergognoso che l'azienda non abbia risposto – dice, infatti, il Nursind – a fronte di problemi come la drammatica carenza di personale infermieristico e Oss in tutti i servizi del San Francesco, che non consente agli operatori di offrire livelli adeguati di assistenza, che espone i lavoratori a un aumento insopportabile dei carichi di lavoro, con un alto rischio per la loro salute».

Ma il problema più grosso, adesso, a quanto pare sono proprio le ferie. Perché in teoria, ricorda il Nursind, esiste «una circolare indirizzata a tutti i direttori dove si ricorda che le ferie del 2012 devono essere ultimate entro il 30 giugno, pena decadenza». Ma questo invito deciso, in realtà, spiega il sindacato, si scontra con la cronica carenza di infermieri. E per questo si arriva al paradosso: l'Asl da un lato dice «siete obbligati a prendere le ferie», ma poi, quando gli infermieri presentano le loro richieste, l'azienda le boccia in modo sistematico. «Tra il dire e il fare – spiega infatti il Nursind – c'è di mezzo una situazione drammatica. Se un infermiere chiede un giorno di ferie gli viene negato per esigenze di servizio determinato dalla carenza di personale. E pensare che la maggior parte del personale sanitario ha una media di 15 giorni di ferie 2012 e tutte le ferie 2013 ancora da usufruire, senza contare le centinaia di ore di straordinario fatte». Il Nursind, stavolta, non attenderà molto tempo, per avere una risposta dall'Asl. E oltre a lanciare un appello agli altri sindacati per difendere, uniti, i diritti dei lavoratori, chiede all'azienda sanitaria di colmare le carenze di infermieri, di dare le ferie dovute, e di «ridefinire tutta l'organizzazione e la programmazione della vita lavorativa aziendale». Altrimenti, annuncia il Nursind, il sindacato è pronto a rivolgersi alla Procura perché siano finalmente riconosciuti i diritti degli infermieri ma anche quelli dei pazienti.

**Non solo infermieri.** A quanto pare, i problemi, all'ospedale San Francesco, si cominciano a registrare anche in un altro settore piuttosto delicato: quello dell'Ostetricia. Stando a quanto segnalato dal sindacato Nursind, infatti, l'ospedale nuorese **non dispone più di un numero di ostetriche sufficiente** per garantire un'assistenza continua, e a tutte le ore, nei casi di parti cesarei. E la questione, per ovvie ragioni, non è da poco. Le mamme che hanno la sventura di partorire nel momento nel quale manca l'ostetrica specializzata di turno oppure non si riesce a mettere una pezza attingendo da altri settori, non si sa bene a quale santo dovranno votarsi. La situazione, insomma, al San Francesco, in particolare, è piuttosto incandescente anche su fronti diversi da quello degli infermieri. Quest'ultimo, tuttavia, sta scatenando profondi malumori pure tra gli stessi dirigenti del servizio infermieristico, che ogni giorno raccolgono le segnalazioni e le proteste.

Nursind Modena ha donato al Distretto di Vignola alcune attrezzature utili per l'assistenza domiciliare dei pazienti (borse termiche, saturimetri, aspiratori).

Palermo:

## si rinnova la segreteria provinciale

Cambio al vertice alla Segreteria Provinciale di Palermo, Enrico Virtuoso è il nuovo Segretario Provinciale affiancato da me che continuo a mantenere il ruolo di Segretario Amministrativo Provinciale e riferimento Aziendale degli O. R. Villa Sofia Cervello. Il Direttivo Provinciale si arricchisce di tre nuovi colleghi, Agata Cocco e Giuseppe Manna referenti per l'Ismett e Giuseppe Grisafi referente per l'ASP, mentre Tony La Rosa continua ad essere il riferimento della Clinica privata Villa Serena. Un caloroso ringraziamento va a l'ex segretario Giuseppe Mancuso a cui vanno riconosciuti oltre al merito di avere dato vita a Nursind Palermo, l'introduzione del social network facebook nel sindacato ampliando notevolmente la rete di contatti.



E' proprio grazie a facebook che diversi colleghi hanno conosciuto Nursind e sono nate diverse nuove segreterie provinciali. Un forte in bocca al Lupo a Enrico che ha anche il ruolo di Vice Coordinatore Regionale. Con Agata Cocco e Giuseppe Manna non possiamo che congratularci per la performance in numero di deleghe che sono riusciti a raccogliere nel giro di pochissimo tempo fra gli Infermieri del prestigioso Istituto in cui lavorano. Nursind Palermo ha un grande potenziale di crescita, considerato che gli Infermieri iscritti all'Ipasvi di Palermo sono circa 5.000 ancora troppo pochi sono gli Infermieri che hanno aderito al Sindacato che rappresenta la categoria, mancano in particolare referenti aziendali all'ARNAS ed al Policlinico Universitario, colgo l'occasione per lanciare un appello a chi volesse impegnarsi in queste realtà non esiti a contattare la Segreteria Provinciale.

Inf. Gregorio Drago

## Palermo - Al Villa Sofia-Cervello SULLA NOSTRA PELLE

Un vecchio titolo, che sono costretto a rispolverare per una situazione che non solo si ripete contro qualunque forma di buon senso ma addirittura peggiora. La carenza di personale Infermieristico nella Azienda Ospedaliera Villa-Sofia Cervello di Palermo ha raggiunto livelli talmente insopportabili che vanno oltre le umane capacità degli Infermieri di sopportare i disagi cui sono sottoposti. Il problema della carenza di Infermieri, in realtà mai risolto, è all'apice in questo periodo estivo. Come nella tempesta perfetta dell'omonimo film la coincidenza di più fattori rischiano di provocare un collasso totale.

La Corte Dei Conti qualche mese fa comunica che l'Azienda **spende troppo per i contratti a tempo determinato**. Il Commissario Straordinario decide di conseguenza di rinnovarne solo alcuni, lasciando sguarnite le corsie nel periodo più critico dell'anno quello cioè in cui il personale spera di potere usufruire delle ferie estive.

La situazione già critica in tempo "di pace" diventa drammatica. "Risolveremo le carenze con gli esuberanti che si formeranno grazie agli accorpamenti". Così il Commissario Straordinario si pro-

nuncia nell'incontro con i sindacati il 13 giugno scorso in merito alla richiesta di chiarimenti su Rilievi Della Corte Dei Conti. Intanto i coordinatori cominciano a fare salti mortali chiedendo al personale raddoppi, rientri, straordinari e recuperi per i debiti orari (generatisi grazie al precedente regolamento dell'orario di lavoro che concedeva solo 20 minuti per le consegne). Impossibile mantenere livelli di assistenza adeguati. Gli Infermieri inventano un nuovo modello assistenziale: "l'assistenza podistica". Si basa sulla velocità: **correre, correre** per riuscire non a fare tutto quello che è necessario a garantire un buon livello di assistenza ma l'indispensabile **per evitare denunce**.

Tale modello assistenziale è la naturale evoluzione di quello inventato dai Vertici degli O. R. Villa Sofia Cervello che si basa invece sui Rilievi Della Corte Dei Conti. Ma quale Map, Primary Nursing, Intensità Cure... tutto superato. Il modello assistenziale adottato dalla nostra azienda è quello basato sui Rilievi della Corte Dei Conti. Non ci sono studi, corsi o statistiche, sui rischi che comporta l'inadeguato rapporto numerico pazienti/Infermieri che tengano. Intanto fioccano le lettere di richiesta di Personale che in alcuni casi vengono reiterate più volte senza alcun riscontro. Emblematica è la situazione del **Pronto Soccorso del Cervello** dove le 7 postazioni infermieristiche vengono coperte da 5 Infermieri (grazie al modello assistenziale podistico). Durante il periodo estivo le richieste di prestazioni in P.S. aumentano: aumenta il lavoro mentre diminuisce il personale!?!.

Qualche reparto non c'è la fa proprio, la **Pneumologia 2** riduce i posti letto. I pazienti Pneumologici rimangono in P.S. dove l'**OBI** diventa la succursale della Pneumologia e della **Geriatría** (quest'ultima già a marzo scorso aveva lanciato l'allarme carenza Infermieri). **L'Oncologia Medica** è stata attivata con un numero di Infermieri assolutamente insufficiente, costretti a lavorare anche 10 ore al giorno in locali inadeguati con un carico di lavoro che continua ad aumentare. **L'ematologia 1** per garantire le ferie agli Infermieri dovrebbe lasciarne in turno solo uno... E così via più o meno un po' dovunque.

Intanto la stampa locale ci informa dell'apertura del **nuovo Pronto Soccorso odontoiatrico** (anche la domenica) e del **nuovo ambulatorio dedicato ai transessuali**. Possiamo quindi stare tranquilli in caso di mal di denti o se decidiamo di cambiare sesso, un po' meno se abbiamo la sfortuna di ricorrere al Pronto Soccorso generale o la fortuna di diventare vecchi e abbiamo bisogno della geriatría, o della pneumologia.

Una piccola luce in fondo al tunnel: il 28 giugno l'assessore L. Borsellino annuncia lo sblocco della mobilità. Fra invio di telegrammi e preavvisi passeranno almeno altri due mesi, nel frattempo sarà finita l'estate e le ferie.

Ottima la gestione degli O.R. Villa Sofia Cervello dal punto di vista economico dall'accorpamento ad oggi. I vertici succedutisi in questi anni sono riusciti a risanare i bilanci... appunto, sulla nostra pelle.

Inf. Gregorio Drago  
Nursind Palermo

Parma:

## nella rete Nursind, un'altra Provincia

*Auguri a Gianfranco che, grazie al suo impegno ha fatto cadere un'altra barriera che impediva lo sviluppo del sindacalismo infermieristico in un provincia che continuava a dimostrarsi ostile. Forza Gianfranco, hai l'appoggio di tutti noi!*

Cari colleghi/e tutti/e, ho 43 anni, Infermiere presso la Neurologia dell'Ospedale Maggiore Universitario di Parma. Ho frequentato la Scuola per Inf. Prof. al Policlinico Pulitanò di Reggio Calabria dal 92 al 95 anno in cui ho conseguito il Diploma; dallo stesso anno mi sono trasferito in Piemonte e precisamente in Valle di

Susa. Da lì è iniziata la mia carriera lavorativa, dapprima lavorando alle Molinette di Torino per poi passare all'Ospedale Evangelico Valdese e via dicendo. Nel 1998 ho iniziato ad interessarmi al sindacato e nello specifico con RDB, i rappresentanti Sindacali di Base, dopo qualche anno assieme ad una carissima collega abbiamo iniziato e portato avanti una grande campagna sindacale fino ad arrivare ad essere eletti entrambe come RSU al Presidio Ospedaliero di Susa, qui abbiamo letteralmente sterminato i sindacati confederali ed abbiamo lavorato tanto ed ottenuto molto.



Da quasi un anno mi trovo assieme alla famiglia in provincia di Parma, non perchè mi piaccia il prosciutto ma per problemi di salute del mio primo figlio gravemente disabile e che stò facendo curare in un centro della provincia. Ho chiesto ed ottenuto una mobilità sul Maggiore di Parma dove lavoro dal 15 luglio, precedentemente in una Medicina attualmente in Neurologia.

Sono sincero, seguo da molto tempo il sito Nursind, l'ho sempre trovato molto interessante, al punto tale da decidere di contattare Andrea Bottega e chiedere un incontro. Mi sono incontrato con Donato Carrara ed Alberto Scigliuzzo, rispettivamente Segretario di Bergamo il primo e Modena il secondo per porre alcune fra le tantissime problematiche che il Maggiore di Parma si porta dietro da tempo. Ho creduto e credo sia molto importante che anche in questa realtà la presenza attiva di un Sindacato delle Professioni Infermieristiche sia importante quanto indispensabile ed è per questo che mi sono candidato e sono stato nominato Segretario Provinciale a Parma.

Devo dire, dopo anni di attività Sindacale e dopo un lungo riposo, sento forte dentro di me il desiderio di impegnarmi per quelli che sono i nostri diritti e che molto frequentemente vengono negati nelle varie realtà lavorative. Quella di Parma a mio modo di vedere è forse la realtà peggiore di tutta la mia esperienza lavorativa, in parte mi spaventa, in parte mi stimola, ma sono certo che, con il contributo di voi tutti, riusciremo ad ottenere quello che altri sindacati da tempo non ritengono sia importante per il lavoratore.

Mi sono dilungato troppo, ma, credo e spero di aver fatto una infarinatura completa del Segretario Nursind Parma.

Grazie a tutti voi, grazie ad Andrea Bottega, Donato Carrara, Alberto Scigliuzzo.

Inf. **Gianfranco Lucà**  
cell. 3471058737  
parma@nursind.it

**Pescara:**

## il giudice riconosce il tempo spogliatoio e consegna

La Asl di Pescara dovrà riconoscere a 131 infermieri il diritto a vedere retribuito il tempo necessario alla vestizione, prima di andare a lavoro, e alla svestizione, una volta terminato il turno, nonché il tempo necessario alle consegne, **per un totale di venti minuti**.



Lo ha previsto una sentenza del Tribunale di Pescara in seguito a un ricorso presentato dal sindacato Nursind, rappresentato a livello provinciale da Antonio Argentini.

L'avvocato che ha portato avanti il ricorso accolto dal tribunale è Carmine Ciofani. Tra l'altro è prevista anche la corresponsione delle somme relative agli ulti-

mi cinque anni. Il ricorso risale allo scorso anno ma già in precedenza Argentini aveva presentato un ricorso analogo relativo alla sua persona. Anche in quel caso il tribunale aveva riconosciuto i suoi diritti e la Corte d'Appello aveva confermato la sentenza di primo grado ma ora il caso è in attesa di pronunciamento da parte della Cassazione. Ora il tribunale di Pescara, in base al ricorso, ha stabilito che il termine di vestizione e svestizione degli infermieri è di in 20 minuti complessivi da conteggiarsi nei limiti della prescrizione quinquennale decorrente a ritroso dalla notifica del ricorso (luglio 2012) dei professionisti infermieri.

«La sentenza è tra le prime in campo nazionale», dice il segretario provinciale del sindacato Nursind Antonio Argentini, «e presenta spunti innovativi soprattutto in ordine al riconoscimento del tempo per le consegne e fine turno. Un'affermazione», conclude, «dei professionisti infermieri, del sindacato Nursind e dello studio legale patrocinante».

**Piemonte:**

## momento critico per la Sanità

La Regione Piemonte, sta attraversando un momento economico decisamente difficile in tutti i settori, ma in particolar modo la Sanità, sta vivendo una situazione drammatica. A Luglio 2013, è stato approvato il Piano di rientro del deficit sanitario, ma moltissime sono le criticità che preoccupano i cittadini e che in particolare modo, colpiscono la categoria professionale infermieristica.

Il colpo di grazia (sperando possa essere l'ultimo) per gli infermieri e non solo, è stato messo a segno con la Delibera n°7-5838 del 31/05/13. Tale provvedimento, prevede il blocco delle assunzioni del personale sanitario per gli anni 2013-2014-2015. L'ennesima dimostrazione, che non si è capito, che risparmiare su risorse umane, non conduce da nessuna parte. Anzi, Nursind sostiene da sempre, che solo investendo sul personale e soprattutto sugli Infermieri (rappresentiamo il 50% del Comparto) si potrebbe risparmiare concretamente.

Esistono punti cruciali come il potenziamento delle cure domiciliari (il Piemonte è stata la prima Regione ad attivare i Master in Infermiere di famiglia, ma solo sulla carta) e la prevenzione, che grazie alle competenze degli infermieri, potrebbero portare a risultati qualitativi per i cittadini ed economici per le casse Regionali, non indifferenti. Invece si prosegue sulla strada dei tagli irrazionali ed indiscriminati sul personale infermieristico, come se non fossero stati già pesanti, i provvedimenti normativi nazionali degli ultimi anni.

In alcune realtà della Provincia di Torino - commenta il Segretario Provinciale Summa Giuseppe - il personale è ridotto già all'osso, e con questa ulteriore "stangata", la situazione non può che precipitare.

Per tale motivo, abbiamo chiesto alla Regione, il ritiro di tale Delibera ed assieme al Coordinamento Regionale Ipasvi Piemonte, si sono cercati di affrontare attraverso un documento scritto, i problemi che affliggono la Sanità Piemontese ed in particolar modo la figura professionale dell'infermiere.

Punti di condivisione comuni sono stati:

- il tasso di disoccupazione degli infermieri neo-laureati ed i contratti atipici;
- il rapporto regionale infermieri/popolazione ancora sotto la media OCSE;
- il potenziamento delle cure domiciliari, vista l'elevata percentuale di popolazione anziana con patologie croniche

Come Sindacato Infermieristico rappresentativo, ci auspichiamo che la Regione possa riflettere su alcuni punti, e che agli infermieri piemontesi possa essere presto ridata la dignità e la serenità professionale meritata.

Per quanto tempo ancora, il senso di responsabilità del personale, potrà sopperire a queste decisioni prese da chi la Sanità non la fa "sul campo"?

Pisa:

## Il Nursind a testa bassa contro l'azienda: «Tagli indiscriminati e sacrifici: ora basta»

**INFERMIERI** «ormai giunti al limite della sopportazione fisica e psicologica» e operatori socio-sanitari impiegati in altre mansioni tanto da diventare «introvabili in corsia». La denuncia — con tanto di mappa delle cliniche in maggiore sofferenza — è di Daniele Carbocci, segretario provinciale del sindacato Nursind. «La situazione è critica—spiega— in numerosi reparti dell'Aoup.L'azienda viola quotidianamente la normativa sull'orario di lavoro in moltissimi reparti dove gli infermieri assenti per gravidanza o malattia o che sono andati in pensione, non sono reintegrati e quindi gli infermieri «superstiti» vengono letteralmente spremuti, costretti a lavorare in pochi, caricati di ore di straordinario e costretti a saltare i riposi, richiamati continuamente in servizio». Queste le cliniche e i reparti dove le carenze di personale si fanno più sentire.

**MEDICINA GENERALE** — L'unità operativa 5 è stata inserita nel Dea «per funzionare da 'scarico' per le esigenze di ricovero del Pronto Soccorso. Questa modifica organizzativa — dice Carbocci — ha fatto sì che la complessità dei pazienti che vi vengono ricoverati è enormemente aumentata e non è più quella di una medicina generale perché vi vengono ricoverati pazienti con gravi insufficienze respiratorie da seguire e monitorizzare con strumenti di parametrizzazione adeguati di cui la unità operativa è in gran parte sprovvista, senza contare l'altissima percentuale di pazienti non autosufficienti (quasi l'80% dei ricoveri) che necessitano di assistenza costante.

Il paradosso è che l'unità operativa è sede di una sperimentazione, il visual hospital, che fa aumentare l'efficienza del turn over dei pazienti per aumentare la disponibilità dei posti letto, ma è proprio questo altissimo turn over dei posti letto che obbliga il personale infermieristico a svolgere le operazioni di ammissione e dimissione fino a 7 volte il giorno di pazienti che giungono stremati dal Pronto Soccorso da ore di attesa in barella e che hanno bisogno di ulteriori esami e terapie urgenti». Il tutto con le stesse unità di personale 'tagliate' ulteriormente da congedi per maternità e per legge 104 (diritto a 3 giorni per assistere familiari disabili) e da malattie.

**PSICHIATRIA.** Qui la situazione, secondo Carbocci, «è paradossale»: «Con l'apertura del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, affidato organizzativamente all'Usl 5, l'Aoup ha decretato il ridimensionamento delle unità operative psichiatriche aziendali. In particolare la Psichiatria 1 (professoressa. Dell'Osso) ha visto ridursi i posti letto da 25 a 18 e quindi immediatamente la direzione infermieristica ha provveduto alla rimodulazione della dotazione organica di infermieri togliendone 5. Il problema è che in realtà la quantità di pazienti ricoverati è rimasta la stessa perché la direzione dell'Unità operativa non ha diminuito i ricoveri e la direzione sanitaria non ha fatto rispettare la direttiva emanata di riduzione dei posti letto. Quindi adesso ci troviamo di fronte al paradosso che i 3 infermieri in turno invece dei 4 che operavano precedentemente devono far fronte alle esigenze assistenziali e alle problematiche di



25 pazienti invece di 18.

**LE ALTRE CLINICHE**—Problemi di carenza di personale si registrano, secondo il Nursind, in Neuroriabilitazione/Neurologia, Medicina 4, Cardiologia sia ospedaliera che universitaria, Chirurgia Toracica, Rianimazione 2, Rianimazione Cardiochirurgica e al Centro ustioni. Criticità anche alla radiologia del Dea e al blocco operatorio dell'edificio 30 «dove mancano sia infermieri di sala operatoria che infermieri di anestesia».

**GLI OSS**—Dei 450 operatori sociosanitari che l'azienda ha in organico, «buona parte — afferma Carbocci — sono addetti a servizi 'sedentari' invece che utilizzati, come prevede il loro profilo professionale, nelle corsie ad assistere i malati. Molti di essi sono stati cooptati dall'azienda nei centri di prenotazione al posto del personale amministrativo, altri ancora sono negli ambulatori, altri ai servizi di smistamento posta e altri ancora nelle portinerie».

**LE ACCUSE** — «In questa situazione l'azienda chiede di diminuire gli incentivi economici mensili al personale. Nella situazione che stiamo vivendo riteniamo assolutamente inaccettabile che si pensi di togliere anche un solo euro dalle buste paga del personale sanitario e se ciò avvenisse non potremmo fare altro che richiedere agli infermieri di non dare più la loro disponibilità a sopperire alle carenze organizzative e di personale dell'Azienda».

Pordenone:

## mancano infermieri e quelli senza lavoro se ne vanno all'estero.

Il paradosso della sanità alle prese con i tagli imposti dalle asperità di bilancio è che da un lato negli ospedali della provincia di Pordenone mancano almeno 60 infermieri e dall'altro alcuni professionisti del settore hanno preso la strada dell'estero perché qui non trovano lavoro.

Un paradosso che a settembre rischia di acuire i disagi quando i tagli ai posti letto, con l'accorpamento dei reparti per le ferie estive, saranno cancellati e si tornerà al regime ordinario.

Per settembre è atteso un unico concorso per l'assunzione di 3 infermieri - troppo pochi rispetto alle reali esigenze - mentre l'avviso per contratti a tempo determinato nell'area vasta pordenonese non risolverà la questione.

La mappa del disagio, descritta dal Nursind, il sindacato degli infermieri, si dispiega in particolare nei reparti delle mediche, delle chirurgie e della medicina specialista al Santa Maria degli Angeli di Pordenone; nelle medicine di San Vito al Tagliamento; al pronto soccorso di Spilimbergo dove mancano 4 infermieri a causa di una maternità, una mobilità e 2 congedi. Inutile stupirsi, quindi, se le liste d'attesa sono lunghe anche non in concomitanza con specifiche emergenze.

«Attualmente - spiega Gianluca Altavilla, segretario regionale del Nursind - i 2 mila 400 infermieri che lavorano in provincia di Pordenone mediamente fanno almeno 10/15 ore di straordinario al mese. Il problema non è solo legato al disagio personale, ma anche al fatto che occupandosi della salute delle persone quando aumentano le ore lavorate crescono i rischi per i pazienti. L'assessore





Maria Sandra Telesca e la presidente Debora Serracchiani, alla quale chiediamo di tenere fede agli impegni assunti in campagna elettorale, si dovranno far carico delle schiene "spezzate" degli infermieri che finiscono in malattia aggravando la carenza di personale».

Nelle aziende del Friuli occidentale le maternità non vengono sostituite, così come le malattie e i congedi. «Inutile assumere medici e cardiocirurghi - continua Altavilla - quando non ci sono infermieri e assistenti per operare».

Il personale disponibile ci sarebbe, ma senza concorsi resta alla porta e sono molti quelli che prendono la strada dell'estero. «Vanno soprattutto in Germania - commenta Altavilla - dove la richiesta c'è e le condizioni lavorative e retributive sono migliori, mentre i nostri organici rimangono fermi al 2010 nonostante la domanda di salute aumenti».

che, occupandosi della salute delle persone, quando aumentano le ore lavorate crescono i rischi per i pazienti di commettere errori.

Reggio Calabria:

## la denuncia del Nursind sulla situazione del 118



Il Nursind lancia un accorato appello in favore di alcuni operatori sanitari impegnati in un'attività di primaria rilevanza sociale. Sembra quasi un paradosso, il servizio istituito per prestare un soccorso immediato a chi versa in una condizione di emergenza sanitaria necessita a sua volta di aiuto. In effetti è proprio così! È passato quasi un anno dall'ultimo appello diretto alle autorità competenti per risolvere le problematiche che, ormai atavicamente, intralciano il servizio 118.

Non occorre spendere molte parole per rammentare l'importanza del servizio diretto a garantire una pronta soluzione per i casi di emergenza sanitaria. Tale attività, infatti, è rivolta alla difesa del bene "salute", riconosciuto e tutelato dall'art. 32 della carta costituzionale. I pochi provvedimenti adottati dopo l'ultimo appello, non sono riusciti a garantire al servizio quel grado di efficienza imposto dalla legge. Esso è sorretto solo dal lavoro infaticabile ed encomiabile degli addetti, i quali, ciascuno in base alle proprie competenze, non si risparmiano e moltiplicano gli sforzi per assicurare il regolare espletamento delle attività.

Ecco, in sintesi le principali carenze della struttura:

1) le ambulanze sono sprovviste di un telefono mobile e non hanno a disposizione un numero breve per le comunicazioni di servizio. Pertanto, le chiamate vengono smistate ai numeri personali degli addetti ai lavori.

2) Il numero delle ambulanze in dotazione è insufficiente rispetto al territorio ed all'utenza da assistere, in quanto le stesse non vengono utilizzate solo per finalità istituzionali. Gli autoveicoli, infatti, dovrebbero servire a coprire le richieste di intervento d'urgenza dei cittadini, tuttavia vengono utilizzati anche per i trasferimenti dei pazienti da e verso altre strutture (ad es. il servizio navetta tra il presidio di Gioia Tauro e quello di Palmi), al fine di sottoporre i trasportati ad indagini strumentali non garantite nel plesso ospedaliero di provenienza. Il tutto con pregiudizio dei pazienti e degli operatori sanitari addetti al servizio. L'obbligo di garantire un servizio non in linea con le finalità istituzionali della struttura operativa, penalizza i destinatari naturali, ovvero gli utenti in situazione di emergenza, cagionando una serie di reazioni a catena per la rabbia, a volte legittima, dei cittadini. Nascono così le denunce all'Autorità di Pubblica Sicurezza per i ritardi negli interventi d'urgenza e le aggressioni verbali o fisiche nei confronti dei sanitari della Centrale Operativa 118. Quest'ultimi sono, come facilmente intuibile, solo i destinatari finali ed incolpevoli delle rimostranze. Non sono loro i responsabili delle problematiche che affliggono il 118.

3) Gli strumenti informatici sono mal funzionanti ed obsoleti, i programmi utilizzati non sono poi aggiornati con gravissimo pregiudizio per la rapidità degli interventi.

Il quadro appena descritto delinea una situazione di estrema difficoltà ambientale e logistica in cui sono chiamati a prestare servizio gli operatori sanitari. Si richiede, pertanto, l'intervento immediato delle Istituzioni competenti affinché vengano adottate quelle soluzioni che garantiscano una maggiore efficienza delle attività svolte. Le esigenze da tutelare sono, da un lato, la tutela della salute dei pazienti-cittadini e, dall'altro lato, il diritto degli addetti ai lavori di operare avvalendosi di strumenti tecnici adeguati alla rilevanza degli interessi da difendere e con la serenità e la dignità che merita chi è da sempre garante e promotore della salute.

Segretario Provinciale Nursind Reggio Calabria  
Inf. dr. Angelo Passarello

## Dopo la sollecitazione del Nursind, assunti sei infermieri al

### Santa Maria degli Angeli



Boccata d'ossigeno per il personale infermieristico della Destra Tagliamento. La Regione, attraverso l'assessore Maria Sandra Telesca, ha autorizzato l'assunzione di 6 infermieri per far fronte alla carenza cronica di personale tramite mobilità esterna altri a breve tramite agenzia interinale. A renderlo noto Gianluca Altavilla, responsabile regionale del Nursind, il sindacato degli infermieri che, nei giorni scorsi,

aveva denunciato la grave situazione che si vive nel Friuli occidentale dove mancano almeno 60 dipendenti nei reparti rispetto alla pianta organica. Carenze che coinvolgono, in particolare, i reparti delle mediche, delle chirurgie e della medicina specialista al Santa Maria degli Angeli di Pordenone; nelle medicine di San Vito al Tagliamento; al pronto soccorso di Spilimbergo dove mancano 4 infermieri a causa di una maternità, una mobilità e 2 congedi. Inutile stupirsi, quindi, se le liste d'attesa sono lunghe anche non in concomitanza con specifiche emergenze.

I 1 mila 400 infermieri che lavorano in provincia di Pordenone mediamente fanno almeno 10/15 ore di straordinario al mese. Il problema non è solo legato al disagio personale, ma anche al fatto

Roma:

## pazienti intubati in corsia. La denuncia del Nursind

La denuncia, inviata all'Uff. Prov. del Lavoro, ai NAS e alla Regione Lazio, circostanza il grave rischio e pericolo d'incolumità dei pazienti e sicurezza per gli infermieri. «Nel reparto di CHIRURGIA d'urgenza del Osp. Sandro Pertini di Roma, sono presenti pazienti intubati che per le gravi condizioni sono attaccati ad un respiratore e necessitano per tanto di un'assistenza intensiva e per la loro tutela è necessario che vengano trasferiti in un'unità operativa che in primis gestisca e curi tali pazienti e cioè la RIANIMAZIONE. Uno dei due pazienti è presente nella chirurgia in oggetto è intubato da più di sei giorni. Si denuncia il rischio a cui vengono sottoposti i pazienti e coloro che erogano assistenza nell'unità operativa in oggetto, visto le gravi condizioni in cui si trovano i pazienti stessi. La Direzione Sanitaria pur essendo a conoscenza del problema non mette in atto provvedimenti a tutela del paziente e del professionista sanitario. Questo Sindacato chiede un Vs. prezioso intervento nella speranza che, questa pratica incivile possa essere estirpata in modo definitivo.

Roma, 30/01/2013  
Segreteria Aziendale Nursind

## Roma Ospedale San Carlo di Nancy: Padre Decaminada e gli Infermieri

E' noto che nei momenti difficili, sia perché necessità fa virtù, sia perché fortemente motivati dalla ricerca di soluzioni avvengono i più significativi passaggi che in un modo o nell'altro segnano la storia. E' quello che è successo al San Carlo di Nancy di Roma, ove da quasi due anni ormai (Giu 2011), i dipendenti di una delle strutture sanitarie del Lazio, che in Italia vantava fama per essere considerata buona sanità, insieme all'Istituto Dermopatico dell'Immacolata (stessa proprietà), vengono dapprima mensilmente remunerati in ritardo, poi, a tutt'oggi, non remunerati del corrispettivo del proprio lavoro. Lavoro al quale, la maggioranza dei dipendenti si è ancora più attaccato non accettando lo scempio fatto da alcuni Frati della Congregazione Figli Immacolata Concezione, probabilmente per inseguire i propri interessi o per scellerata gestione, o forse per tutti e due i motivi, ma di certo non motivati dall'aver a cuore le famiglie dei loro 1400 dipendenti che per loro, hanno dato molto e nemmeno per l'aver avuto a cuore i numerosi pazienti e cittadini che nelle loro strutture sanitarie identificavano un punto di riferimento di eccellente professionalità, in grado di rispondere alle patologie polispecialistiche più complesse, in grado di accogliere circa 27 mila accessi di Pronto Soccorso e operare per circa 22 mila interventi chirurgici l'anno.

Tanto per ricordare, l'evento che in particolare diede origine alla nostra lotta e resistenza al sistema marcio e malato (sarà deformazione professionale, voler a tutti i costi curare) della Gestione dell'indagato Padre Franco Decaminada, al quale l'Infermiere, si opponeva chiedendo motivazioni pertinenti e conteggi esaurienti a giustificazione del suo dire, durante le sue più popolari comunicazioni che avvenivano in Chiesa, di fronte all'Altare e sotto il Crocifisso, ove esprimeva dispiacere per l'impossibilità ad erogare gli emolumenti e pertanto chiedeva 'comprensione'. Nello stesso luogo prescelto per le comunicazioni quel Presidente, in medesime situazioni oratorie, dichiarava con soddisfazione di aver acquisito con l'ospedale San Carlo di Nancy 'una Ferrari', peccato che lo stesso Infermiere gli fece notare, che non era dotato di mani capaci a condurla!

Seppur tante erano le persone e tante le figure professionali presenti molti avrebbero probabilmente saputo fare o dire di meglio; ma solo quell'Infermiere parlò perché già stanco di subire

paternali da chi oggi è indagato insieme ad altre persone per associazione a delinquere; colui che i giornali oggi, chiamano il 'Don Verzè romano' o con altri epiteti, forse, mai, per la giustizia italiana e per la protezione religiosa pagherà, diversamente da chi oggi già paga i danni fatti da loro sciagurati, e che forse sarà chiamato a pagare di più per far fronte ad una situazione insanabile creata da coloro che sono la vergogna dell'Italia.

Quell'Infermiere non ci stava ieri e non ci sta oggi, le sue difficoltà erano gravi allora e nel tempo sono peggiorate a causa degli insoluti stipendi e perché soprattutto la sua dignità era stata calpestate, la dignità di padre che vuol onorare col proprio lavoro la crescita dei suoi figli che devono essere il futuro più bello di questo Paese.

Intanto l'indignazione cresce, anche le caste, vengono intaccate dal sistema fallimentare della CFIC (proprietà), le ribellioni hanno seguito e si spostano dalle aule sindacali, alla Fontana, simbolo del San Carlo di Nancy, ai Presidi di quartiere, al blocco della Via Aurelia sulle mura vaticane, ai cortei di quartiere e ai flash mob, alla solidarietà dei cittadini che con donazioni di denari e alimenti, aiutano i professionisti e lavoratori che da tanti anni si dedicano alle loro cure, alle fiaccolate fino a p.zza San Pietro e dintorni, fino alla Cei, insieme ai colleghi dell'IDI; i giornali (dic 11), i telegiornali parlano di noi, (...il pensiero non si spegne è un fuoco acceso... 'Jamás' 1982...), la tensione cresce, cresce la coscienza popolare, e con questa anche il credo Sindacale, seppur con questo cresce anche l'improvvisazione del lavoratore sindacalizzato, che non si è mosso perché si è sentito improvvisamente sindacalista come può sembrare, ma perché mosso dal senso più vero della giustizia che tanto reclama; **chiede che a pagare per una volta non sia l'anello più debole della catena** attraverso licenziamenti collettivi e ammortizzatori sociali, ma coloro che hanno inficiato nel disonorare contratti di lavoro e reputazione, e chi complice ha partecipato alla mattanza perché mosso da interessi personali e oligarchici, sfilando la Professione e la Costituzione Italiana.

Ma questa nuova coscienza sindacale sarà un bene comune, un valore da trasmettere alle future generazioni, un credo rinnovato, magari nella forma e nell'identità di un Sindacato di nuova e più evoluta concezione, di categoria, che pretende rispetto per quella che rappresenta la fetta più ampia del tessuto sanitario: l'Infermiere.

Questo non vuole essere un atto di protagonismo, non vogliamo prendere il posto di nessun altro Professionista o lavoratore, ma non temiamo confronti, neppure con gli altri Sindacati preesistenti che invece ci evitano, non accettano intersindacali, tavoli congiunti e lotte unitarie, caratterizzati da quell'arroganza assoluta di chi ha già perso, quantomeno una occasione per dimostrarsi più tolleranti e democratici sicuramente meno utopici e ipocriti, ma vogliamo rivendicare il nostro ruolo, vogliamo che ci vengano riconosciuti i diritti per i quali anche gli infermieri oggi si laureano e coordinano, un ruolo che in primis la Società ci riconosce con la Sua solidarietà.

Il malessere socioeconomico, la frustrazione, la 'schiavitù' in



cui versano a tutt'oggi i dipendenti di queste strutture lasciano intravedere altri connotati, che inducono a riflessione, al non essere ottusi, al guardare un pochino più in là del proprio naso, affinché le proprie credenze politiche e religiose possano non essere strumentalizzate da gestori inopportuni e istituzionalizzati, così in questo stressante e raccapricciante scenario, prima all'IDI-Irccs (ott 2011), poi al San Carlo di Nancy (feb 2013), nascono le Segreterie Aziendali del Sindacato delle Professioni Infermieristiche, Sindacato unico di questa categoria in Italia, autonomo, indipendente, apolitico, che raggruppa sotto la stessa bandiera, professionisti con personali idee politiche, partitocratiche, religiose, che assolutamente non emergono, perché la bandiera è appunto una bandiera professionale del Professionista Infermiere, e di coloro che si ribellano alle egemonie sindacali e politiche, alle finte democrazie, alle 'apologie dei Presidenti che non vanno mai in prigione' (... 'Jamas' 1982...), fatto da coloro che si oppongono al 'sistema' che fa ricchi i padroni e i suoi giullari e saltimbando di corte, perché consci di quello che vale l'Infermiere, di quello che fa e potrà fare nel futuro, una categoria fatta di quelli che credono nella meritocrazia e non nelle 'visibilità', né nel poter mediatico e politico di un 'logo' di un Gruppo Sanitario o nelle 'parentopoli' annidatesi in questo, quelli che ovunque saranno sempre Infermieri e che come tali vogliono essere riconosciuti, apprezzati, gratificati, quelli che assistono il malato sin dalle cure igieniche a quanto di più specialistico, coloro ai quali è riconosciuta la rilevazione dei parametri vitali dell'essere umano, quelli che oggi si laureano, quelli che vivono di 1400€ euro mensili (quando retribuiti e non sopraffatti da impostori e tiranni), quelli la cui dignità non chiede 'superminimi' per svolgere il proprio dovere, quelli che credono che questa professione vada tutelata, preservata, migliorata, quelli che credono serva un Sindacato forte del proprio sapere e del proprio saper fare, non quello di un Professionista che si riconosce nel sindacato più forte perché la strada così sarà meno ardua, più facile, prebattuta, fai tu il tuo Sindacato, perché il senso che tu hai di giustizia già ti offre i caratteri generali, ora fai in maniera che chi ti difende conosca già le tue problematiche lavorative quotidiane e i tuoi diritti professionali, seguici, alza la testa, guarda oltre... amplia le tue vedute, aggiornati, conosci, informati... perché quel viso di cui ignori l'identità, sul prossimo giornalino della nostra categoria... stai sicuro/a che è un tuo collega!

Inf. **Andrea Caruso**  
Segretario aziendale Nursind  
Ospedale San Carlo di Nancy Roma  
sancarlomancy.nursind@gmail.com

## Roma - Spallanzani: denuncia del Nursind all'Ufficio Provinciale del Lavoro Servizio Ispettivo

Oggetto: richiesta intervento urgente ex. art. 6 D.Lgs. 23.04.2004 n. 124.

Con la presente questa O.S. chiede al sensi della normativa in oggetto, l'intervento immediato degli ispettori del lavoro presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" in Via Portuense n. 292 cap 00149 Roma, in quanto sono giunte numerose denunce per violazione del D.Lgs. n. 66/2003.

Precisamente, il personale infermieristico, viene obbligato a svolgere attività lavorativa continuativa oltre le 13 ore, a non poter smontare dopo il turno di notte (10 ore), ma di essere obbligati a proseguire il servizio per ore. Pertanto le ore straordinarie eseguite per comando vengono solo in minimissima parte messe in pagamento e non recuperate con giorni di recupero, accumulando così anche centinaia di ore in più a lavoratore. Gli infermieri lamentano anche violazioni contrattuali e normative per via della carenza



d'organico sanitario giornaliera.

Si chiede di acquisire i tabulati dei turni e i fogli di presenza del personale infermieristico e ausiliario di Supporto relativi agli ultimi 12 mesi per acclarare quanto qui si denuncia, indicando, fin d'ora, la scrivente O.S. che detiene copia dei documenti utili alle indagini qui richieste.

Il sindacato, in caso di violazioni di ordine penale, ai sensi dell'art. 8 D.Lgs. n. 124/2004 si costituirà parte civile.

Sicuro di un celere riscontro, si inviano distinti saluti.

Roma, 23 Gennaio 2013  
I Rappresentanti Aziendali Nursind Spallanzani  
Inf. **Adriano De Iuliis** - Inf. **Eugenio Celli**

## Salerno: lo stand del 12 maggio Infermieri gratis a Lungomare

Controlli su glicemia e pressione e nuovi appelli alla Regione. Centinaia i salernitani che durante il passeggio al Lungomare hanno sostato dinanzi allo stand allestito in piazza Cavour dal Nursind e dall'Ipasvi, in occasione della "Giornata internazionale dell'infermiere". Per la ricorrenza, che cade in un periodo particolarmente delicato per la sanità del nostro territorio, gli infermieri hanno effettuato gratuitamente controlli per la glicemia e la pressione arteriosa a tutti gli interessati, di cui solo il 10 per cento è risultato con valori che meritano ulteriori accertamenti. "E' l'occasione per ricordare che la nostra professione non è più ausiliaria, per cui è dotata di una sua autonomia nel campo dell'assistenza - ha spiegato il segretario provinciale del Nursind, Pasquale Picariello - Ci appelliamo ancora una volta alla Regione affinché ci consenta di prestare un servizio rispondente alle esigenze dell'utenza".



Sassari:

## infermieri al collasso nel nuovo carcere di Bancali

«Figli di una sanità minore?». È quanto si chiede la segreteria territoriale del Nursind a proposito dell'assistenza prestata dagli infermieri nel nuovo carcere di Bancali. Il sindacato delle professioni infermieristiche in una nota rileva come l'Asl l'abbia affidata «a un manipolo di infermieri quasi abbandonati a se stessi ad affrontare le immaginabili difficoltà che la peculiarità ambientale comporta».

Secondo il Nursind «il trasferimento nella nuova struttura di Bancali non ha portato alcun miglioramento organizzativo e integrazioni al risicato numero di operatori. Privi di una figura di coordinamento, la turnistica è autogestita e il referente aziendale sembra impotente di fronte alle necessità del personale, costretto a turni prolungati e giunto a metà estate con tutte le ferie da fare rispetto ad un contratto in scadenza a settembre che non si sa se e per quanto verrà rinnovato». Il sindacato afferma che «la precarietà degli addetti è uno degli aspetti non risolti nel recente passaggio dall'amministrazione penitenziaria all'Asl. Sollecitiamo pertanto un intervento del direttore Generale per ridare dignità al lavoro ingrato degli infermieri della sanità carceraria che finora non hanno trovato ascolto e tantomeno risposte alle loro istanze da parte del Servizio Infermieristico competente».

Sicilia:

## Audizione Nursind in Regione - Quale Sanità Senza Infermieri?

On. Presidente, On. componenti della commissione,

Vi ringraziamo per la possibilità dataci oggi di poterVi esprimere il disagio degli oltre 1.000 infermieri nostri iscritti nella provincia di Catania e, più in generale quello di tutti gli infermieri siciliani.

In forza di questa ampia rappresentanza di una categoria che è un pilastro fondamentale del nostro Servizio Sanitario Regionale, auspichiamo che la discussione sul Piano Sanitario della nostra Regione si possa avvalere anche del contributo degli infermieri. Sentire la voce di chi è costantemente a diretto contatto con l'utenza e, se ne prende cura 24 ore su 24, può essere l'occasione per cogliere dei suggerimenti che aiutano una pianificazione dei servizi economicamente sostenibile nonché garanzia di qualità dell'assistenza.

La spending review, che si abatterà obbligatoriamente sui nostri ospedali, potrebbe portare al collasso definitivo del sistema sanitario della nostra regione, se non troviamo soluzioni condivise che possano bene integrare ospedale e territorio.

Abbiamo richiesto quest'audizione per poter esplicitare le gravissime problematiche che affliggono il personale infermieristico della provincia di Catania, e più in generale gli infermieri siciliani, ed ottenere un intervento da parte della politica regionale, per pro-

muovere azioni risolutive in grado di dare equilibrio e qualità all'assistenza sanitaria siciliana e in special modo all'assistenza infermieristica.

I sistemi regionali che producono maggiormente salute nel nostro paese, e dove il grado di soddisfazione del cittadino è più ampio, sono quelli che a parità di risorse, possiedono un maggior numero di infermieri e personale di supporto e un minor numero di medici rispetto alla nostra Regione.

Oggi, dopo la rideterminazione delle dotazioni organiche l'assistenza infermieristica è minata dall'esigua disponibilità delle risorse umane e, ad aggravare la situazione, l'irrisoria presenza di operatori di supporto all'assistenza (personale ausiliario, operatori tecnici dell'assistenza, operatori socio sanitari) fa aumentare in maniera esponenziale il carico di lavoro che ogni unità infermieristica deve sopportare.

La Sicilia spende ogni anno per la mobilità sanitaria oltre 200.000.000 di euro, e siamo convinti che un recupero di queste somme sia possibile grazie a una buona programmazione e a un utilizzo più razionale delle risorse umane che spesso, e lo diciamo con forza, vengono utilizzate impropriamente, depauperando il già esiguo organico esistente.

Invertire quest'emorragia di capitali è possibile grazie alla progettazione di nuove forme di coinvolgimento del personale, che non deve più essere relegato a mansioni non più della professione infermieristica; consideriamo possibile l'ottimizzazione di funzionamento delle strutture, senza variazioni dei tetti di spesa, ma per far questo, è indispensabile abbandonare vecchie logiche di gestione dando equilibrio a una riforma che integri ospedale e territorio».

Per analizzare al meglio le problematiche infermieristiche bisogna partire da uno scenario più ampio che è quello nazionale.

Abbiamo esplicitato nell'audizione svoltasi il 20 giugno 2012, la notevole discrepanza nella nostra regione tra numero di medici e numero di infermieri e, se oggi ci ritroviamo ancora qui a relazionare a voi onorevoli componenti della commissione, è perché non abbiamo trovato, nelle precedenti amministrazioni delle aziende sanitarie Catanesi, la volontà di collaborare al miglioramento delle condizioni di lavoro, riportando le difficoltà di dare risposte sugli organici a responsabilità di carattere Regionale.

Esprimiamo ancora una volta la nostra profonda preoccupazione in quanto in molte Unità Operative si Lavora Costantemente sotto stress e al di sotto dei livelli minimi di personale, così come pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 4-luglio-2003 Parte I n. 30 allegato B.

Dai dati della ragioneria generale dello stato, si può facilmente evincere che, la dislocazione delle risorse destinate al personale in Sicilia, è pesantemente sbilanciata a favore della Dirigenza Medica, non permettendo così di poter rimpolpare gli organici infermie-



L'On. Digiacomo,  
Pres. Commissione



Il Consiglio Nazionale Nursind svolto a Venezia il 18 e 19 maggio 2013

ristici per mancanza di risorse.

La mancanza di personale di supporto completa un quadro assistenziale che ha determinato il decadimento reale della qualità, e un aumento sensibile degli eventi sentinella, dovuto all'eccessivo carico di lavoro che si ripercuote sul personale infermieristico.

Queste carenze raggiungono l'acme nelle terapie intensive e nelle degenze ad alta complessità assistenziale.

Esistono a tutt'oggi in molte unità operative, continue violazioni del decreto 66/2003 sull'orario di lavoro, con personale "costretto" sistematicamente a saltare i riposi o a superare addirittura le 13 ore di lavoro consecutive vedendosi, inoltre, lo straordinario programmato da turno, con ovvio calo del livello di attenzione.

I Direttori delle unità operative, come abbiamo più volte denunciato utilizzano, con il tacito assenso da parte delle direzioni strategiche, un numero di posti letto superiore rispetto a quelli assegnati in dotazione, il che è facilmente verificabile da un'analisi del movimento pazienti delle UU.OO. e dall'indice di occupazione dei posti letto superiore al 100%.

Vorremmo in questa sede segnalare alcuni dei casi più gravi di carenza infermieristica:

Un capitolo a parte quello dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, dove l'assenza praticamente totale di personale di supporto, e la progressiva decadenza dell'Ex-Azienda Gravina di Caltagirone ne costituiscono l'emblema della "pseudo ristrutturazione".

Dopo la consegna di tutti i nuovi reparti "Distrutturati", dell'intera ala del nosocomio composta da 5 piani, si è evidenziato che nei servizi igienici di quasi tutte le camere di degenza, le sedie a rotelle non riescono a entrarvi per l'apertura della porta che risulta essere più stretta, e cosa ancor più paradossale, è la totale assenza di servizi igienici per disabili, ormai previsti per legge.

Altra anomalia, sono i locali assegnati all' SPDC del Presidio Gravina di Caltagirone, attualmente ubicata al 1° piano, nonostante sia noto che spesso i pazienti psichiatrici, sono a rischio di "defenestramento". Cautelativamente, sono state poste delle grate di ferro alle finestre, che rendono però queste pseudo camere di degenza, ambienti non propriamente dignitosi per chi viene ricoverato.

Comunque, dopo un'attenta verifica, emerge inconfutabilmente che detti locali non erano stati progettati per reparti di degenza, ma ad uso presumibilmente ambulatoriale, dato che mancano perfino i campanelli di chiamata, requisito di minima per un U.O.

E' risaputo, che tali gravi anomalie non sono certamente attribuibili all'attuale Commissario Straordinaria ASP CT 3, in quanto realizzate precedentemente, e con la presente segnalazione si chiede un autorevole intervento della spett.le Commissione, finalizzato al ripristino della legalità, per restituire onorabilità al malato psichiatrico.

Gli infermieri di fatto, a causa della mancanza di personale di supporto soprattutto OSS, sono costretti sovente ad abbandonare il reparto per effettuare trasporti da e verso le sale operatorie, portare gli esami di laboratorio e ritiro referti, accompagnare i pazienti a effettuare gli esami. Ogni qualvolta che non si dispone di personale specifico per effettuare una mansione essa ricade quasi sempre sugli infermieri in quanto categoria ovviamente sempre presente nei reparti.

Spesso il personale infermieristico viene utilizzato nei front office per le prenotazioni degli esami specialistici e funzioni di segreteria; non siamo espressamente contrari all'utilizzo non proprio assistenziale degli infermieri, ma è indubbio che le risorse umane già limitate vengono sottratte all'assistenza e chi ne subisce le conseguenze è il paziente.

La riduzione dei costi è condivisibile quando si razionalizzano gli sprechi e le scelte sono eque, valorizzando le risorse già presenti nel sistema, non quando si razionano le forze e il personale di assi-



Manifestazione all'IDI di Roma

tenza. Non si può non tener conto delle ripercussioni in termini di salute, infezioni ospedaliere, rientri in ospedale, errori, prolungamento dei giorni di degenza e sicurezza dei lavoratori. Questi aspetti possono essere migliorati e superati grazie ad un adeguato numero di infermieri e ad una loro valorizzazione all'interno del sistema. Siamo certi che ciò produrrà un risparmio più ampio del costo che la Regione dovrà sostenere.

Le circa 1200 di assunzioni effettuate recentemente presso la S.I.S.E. S.P.A. tra il 2005 e il 2006 giudicate illegittime recentemente dalla corte dei conti, potevano strategicamente essere strutturate all'interno degli ospedali, invece si è preferito creare esuberi e incrementare lo sperpero che da anni caratterizza il sistema 118 che ancora oggi grava sulle spalle del cittadino, dei pazienti, e degli infermieri che lavorano privi di personale di supporto all'assistenza.

La richiesta di questa O.S. che ribadiamo in questa sede è quella di:

una regolamentazione per la redistribuzione dell'organico presente all'interno Strutture Sanitarie, per razionalizzare al meglio le risorse umane esistenti attraverso un tavolo tecnico congiunto tra Organismi Regionali, Sindacato Infermieristico e Ordini degli Infermieri Siciliani, essendo previsto anche dall'Accordo Stato-Regioni, la formazione avanzata degli infermieri.

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

l'inserimento del personale Operatore Socio Sanitario (OSS) nelle degenze a media e alta complessità assistenziale, per dare respiro ai tanti professionisti che oggi con sacrificio continuano a garantire l'assistenza in seppur difficilissime condizioni.

La creazione, attraverso la riorganizzazione (anche attraverso l'utilizzo degli eventuali esuberi) delle risorse, di equipe multidisciplinari per l'assistenza domiciliare con conseguente abbattimento dei ricoveri e il contenimento del fenomeno dei "rientri in ospedale".

Una sanità sovrabbondante di medici come quella siciliana non necessariamente significa buona sanità; è necessario fare scelte nell'esclusivo interesse del cittadino e non di alcune o altre categorie anche se meglio rappresentate politicamente.

Siamo convinti che le nostre proposte possano produrre economie di bilancio piuttosto che ulteriori spese, ma occorre la volontà di fare scelte condivise. Diversamente, continueremo a far sopravvivere un sistema sanitario in agonia e prossimo al collasso, incapace di dare risposte in termini di salute al cittadino, o peggio ancora, esacerbare maggiormente quello che i giornali amano chiamare malasanità.

Il Segretario Provinciale NurSind Catania  
Direzione Nazionale Nursind  
Inf. Salvatore Vaccaro

**Teramo:**

## riconoscimento tempo di vestizione e sciopero della fame

Nursind dimostra di aver superato brillantemente la fase di attivazione ed assestamento nel tessuto lavorativo e sociale teramano! Infatti vanta due importanti momenti della sua vita, delle sue scelte, dei risultati raggiunti. L'iniziativa nel marzo 2012 di combattere presso la Asl, al fine di ottenere il riconoscimento dell'orario aggiuntivo di "vestizione/svestizione" per le professioni sanitarie obbligate ad indossare la divisa di lavoro.

Abbiamo visto silenziosamente inserito tale riconoscimento nella nuova stesura del Regolamento Aziendale a fine anno 2012 e siamo perciò ben felici ed orgogliosi di annunciare, ad iscritti e non, la conquista di un sacrosanto diritto! Il personale sanitario che da sempre, ogni giorno, è arrivato coscienziosamente in anticipo sull'ora di inizio turno per prepararsi, indossando la divisa ed essere pronto a dare il cambio turno al collega in tempo utile (senza alcun riconoscimento), lo vede invece riconosciuto dal 1 gennaio 2013 come normale orario di lavoro, nella misura di **un quarto d'ora ad inizio ed un quarto d'ora a fine turno!** Finalmente!



I colleghi di Teramo durante lo sciopero della fame

Ma Nursind non è solo battaglia sindacale, non è solo tutela della professione, ma ancor più vuole vivere e promuovere la dignità dell'Infermiere (professione principe dell'assistenza sanitaria), anche nelle battaglie imposte dalla perdita di valori della nostra società. Il sistema sanità si sta dimostrando ormai pericolosamente e sempre più 'malato terminale', perché è amministrato in meri termini 'ragionieristici', con tagli sconsiderati e crescenti costi aggiuntivi per il cittadino, perfino del meno abbiente e dello stesso malato grave a cui vengono ridotti sempre più servizi essenziali! Perciò, con tutte le proprie forze, Nursind vuole combattere in ogni modo possibile a fianco del proprio assistito, perché l'assistenza sanitaria sia la migliore possibile, la dignità del malato sempre rispettata, a cominciare da quella del paziente colpito dal dramma della malattia oncologica!

Ecco perché Nursind sostiene fortemente la battaglia in corso contro la scarsa attenzione riservata all'essenziale reparto di Oncologia dell'ospedale di Teramo! La migrazione sanitaria è grave, quella oncologica inaccettabile! Raccogliamo con convinzione l'istanza disperata rilanciata da pazienti oncologici teramani, e rimbalzata di recente sulle cronache locali, perché dal governatore Chiodi e dalla dirigenza Asl, arrivino risposte concrete, perché in questo reparto (in termini di personale e mezzi) si possa tornare a dare un'assistenza adeguata, dignitosa e sufficiente ai fabbisogni di una parte della popolazione già duramente provata dalla troppo spesso inesorabile malattia! Ai pazienti va la nostra piena solidarietà, dimostrata anche il 17 gennaio stando al loro fianco con nostri rappresentanti (assieme a tutti gli altri convinti sostenitori di questa battaglia), per iniziare lo **sciopero della fame** indetto come gesto estremo per scuotere le coscienze di ognuno e muovere le forze politico-amministrative regionali e locali per risolvere rapi-

damente questa drammatica situazione!

La nostra lotta per difendere i diritti essenziali dei pazienti oncologici di Teramo, ha ottenuto risposte concrete dalla dirigenza ASL! Dopo circa 40 ore di sciopero della fame da parte della nostra squadra di colleghi e dello stesso blogger G. Falconi, presso l'atrio dell'Ospedale Mazzini, abbiamo personalmente letto la conferma scritta: già da lunedì, è disposto che un dirigente medico nel Dipartimento Medico sia in forza al Day Hospital oncologico! Inoltre, è in fase di pubblicazione da parte della Direzione Generale un avviso pubblico per dirigente medico per la stessa destinazione lavorativa! Rassicurati dal primario del Servizio che questo provvedimento cambierà in modo sostanziale la qualità dell'assistenza al paziente oncologico e preso atto che il nostro sforzo, rifiutando ogni forma di strumentalizzazione, abbiamo ottenuto questo bel risultato per il bene del malato di cancro a Teramo, sospendendo lo sciopero della fame e vigilando allo svilupparsi degli eventi, perché questi provvedimenti si realizzino effettivamente e le condizioni assistenziali in questo delicatissimo ambito sanitario teramano siano le migliori possibili!

Un grazie di cuore a tutti ed ognuno, a te che ci hai in innumerevoli maniere sostenuto, se così non fosse stato non ce l'avremmo fatta! Vi stringiamo al cuore e rimaniamo uniti per tutelare i diritti della professione infermieristica, ma ancora prima quelli del paziente!

Il segretario provinciale Nursind e la 'squadra' dei colleghi con gli irriducibili 'digiunatori'!

Il Segretario Provinciale NurSind Teramo  
Inf. Giuseppe De Zolt

**Varese:**

## avviata dal Nursind la richiesta ticket all'A.O. Ospedale di Circolo e Fond. Macchi

Abbiamo inviato al Direttore Generale Dott. Callisto BRAVI, la seguente richiesta: «in nome e per conto della Segreteria Nursind Segreteria Provinciale di Varese, scrivo la presente con riferimento al diritto alla fruizione del pasto da parte del personale infermieristico. Com'è noto l'art. 29 del CCNL Integrativo del 20/09/2001, prevede che le aziende, possano istituire mense di servizio o, in alternativa, garantire l'esercizio del diritto di mensa con modalità sostitutive.

Detta disposizione prevede, altresì, che tutti i dipendenti abbiano diritto alla mensa, nei giorni di effettiva presenza al lavoro, in relazione alla particolare articolazione dell'orario. Ne consegue che le aziende ospedaliere possono prevedere, per i propri dipendenti, un servizio mensa, **ovvero un servizio sostitutivo, quale la fornitura di buoni pasto.**

Detto servizio mensa, ovvero il relativo servizio sostitutivo, dev'essere garantito, nel corso dell'intervallo tra un'attività lavorativa e un'altra - e non alla fine dell'orario di lavoro -, allorché gli infermieri svolgano un turno di almeno sei ore.

Si legge, infatti, all'art. 8 del DLgs 66/2003 che "Qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e la cui durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo".

E detto principio dev'essere garantito in ogni turno: sussiste, infatti, per i lavoratori che operano nel turno di mattina, come per i lavoratori del turno pomeridiano e notturno.

In particolare, relativamente al lavoro notturno, si rileva come l'art. 11 del DLgs 532/1999 stabilisca che "Durante il lavoro notturno il datore di lavoro garantisce un livello di servizi e di mezzi di

prevenzione o di protezione adeguati alle caratteristiche del lavoro notturno e assicura un livello di servizi equivalente a quello previsto per il turno diurno”.

Orbene, i principi normativi sin qui esposti sembrano non avere concreta applicazione presso la Vostra Azienda Ospedaliera.

Mi si riferisce, infatti, che presso il Vostro ospedale è garantito il servizio mensa il quale, tuttavia, non è normalmente fruibile dal personale infermieristico.

In primis si rileva che la mensa nelle giornate di sabato, nonché nei giorni festivi, rimane chiusa, non essendo garantito il relativo servizio per i dipendenti che prestano la propria attività lavorativa in dette giornate.

Inoltre, gli infermieri che, nei giorni feriali, svolgono il turno di mattina - i quali, potenzialmente potrebbero recarsi in mensa per la consumazione del pasto - di fatto non riescono ad usufruire di detto servizio, stanti le mansioni dagli stessi espletate e i relativi obblighi per motivi di garanzia (cura, sorveglianze e assistenza del paziente), non conciliabili con gli orari di apertura / chiusura della mensa stessa.

Quanto agli infermieri che svolgono il turno di pomeriggio, ai medesimi, attesa la chiusura della mensa nel relativo orario, è stata data la possibilità di richiedere il sacchetto sostitutivo del pasto, di cui però gli infermieri stessi contestano la qualità.

Evidenziano, infatti, diversi dipendenti che il sacchetto sostitutivo del pasto a loro riservato non possa in alcun modo costituire un valido sostituto della mensa, alla luce della tipologia e della mancante varietà degli alimenti ivi contenuti.

A ciò si aggiunga che ai lavoratori che svolgono il turno di notte non viene riconosciuto alcunché, né buoni pasto, né sacchetto sostitutivo, né un servizio di ristoro. Né si può, in ogni caso, ritenere che il diritto al pasto sia ricompreso e compensato con l'indennità notturna.

Sussiste, quindi, un pregiudizio in capo al personale infermieristico, anche e soprattutto se confrontato con i diritti garantiti al personale amministrativo.

Vero è, infatti, che non soltanto gli infermieri sono obbligati a permanere sul posto di lavoro durante le pause, per motivi di garanzia, ma, altresì, che l'orario di apertura della mensa coincide, sovente, con attività assistenziali rese dagli infermieri - spesso improrogabili -, o con l'orario in cui ad alcuni pazienti, bisognosi di assistenza diretta, viene somministrato il pasto.

E ciò senza contare che il personale di assistenza per accedere alla mensa deve togliere la divisa e indossare abiti civili, nonché essere comunque disponibile a interrompere il pasto e a rindossare detta divisa allorché venga richiamato per le necessità urgenti e improrogabili dei pazienti.

D'altra parte, giova ribadire come non possa considerarsi un idoneo servizio sostitutivo della mensa la concessione dei succitati sacchetti sostitutivi del pasto, posto che, come si è detto, i medesimi non rispettano gli standard dietetici - nutrizionali e di qualità garantiti dal servizio mensa.

Sul punto, secondo un ormai costante orientamento giurisprudenziale è stato rilevato come l'azienda anche se dispone di una mensa, debba garantire col buono pasto la fruizione di tale diritto ad ogni infermiere, onde garantire da un lato il diritto al pasto e, nel contempo, l'assistenza al malato; solo il buono pasto, infatti, e non il sacchetto sostitutivo, è pienamente in grado di soddisfare ogni particolare esigenza dietetica (allergie, intolleranze, problemi di digestione, ecc.).

Stante quanto sopra, vorrete provvedere a convocare senza ulteriori indugi il Segretario Provinciale del Nursind di Varese presso i Vostri Uffici onde poter dirimere bonariamente la suddetta questione anche attraverso la fornitura di Ticket Restaurant in favore degli

infermieri, molti dei quali hanno, peraltro, aderito, sottoscrivendolo, alla raccolta firme organizzata proprio dal Nursind Segreteria di Varese, già inoltrata presso i Vostri uffici.».

Avv. Roberta Zampogna

La petizione per richiedere il Ticket Restaurant in particolare per gli Infermieri che non possono usufruire abitualmente del servizio mensa è stata sottoscritta da circa 400 colleghi. Ringraziamo quanti hanno collaborato alla raccolta. Al momento come risultato abbiamo acquisito un impegno formale da parte dirigenziale volta ad un miglioramento del servizio mensa aziendale. Non pienamente soddisfatti abbiamo di concerto con il nostro avvocato avviato una iniziativa legale.

Inf.ri Salvatore Ferro, Vito Antonucci, Giorgio Gravante

Savona:

## colleghe del PS di Albenga avviano la Segreteria del Nursind

Ho conosciuto NurSind, casualmente, cercando in rete risposte a problemi riguardanti la mia realtà lavorativa. Lavoro in un declassato Posto di Primo Intervento che ha subito una drastica riduzione di personale ma non di accessi, che si sono mantenuti sui livelli di quando operavamo con la qualifica di Pronto Soccorso e con in aggiunta l'onere di eseguire, nelle ore notturne, gli esami di laboratorio utilizzando il Point of Care.

Questa situazione di forte stress, vissuta da tutti i colleghi, anche di altri reparti, mi ha stimolato a cercare un modo per tutelare la nostra professionalità e di conseguenza garantire la giusta assistenza all'utente che si rivolge a noi per essere curato.

Nelle risposte ricevute dai dirigenti, che oramai considero amici, nel loro appoggio, nella loro disponibilità ho trovato le motivazioni per aprire la Segreteria di Savona, coinvolgendo colleghe che, come me, si sono buttate in questa avventura con grande entusiasmo.

Ci rendiamo conto che sarà un percorso difficile, nessuna di noi ha mai avuto esperienze sindacali, ma abbiamo anche un "Angelo Custode" si chiama Mauro Ferrero ed è il Segretario di Nursind Imperia nostro vicino di casa, che si sta prodigando per aiutarci a superare i primi problemi burocratici.

Da tutte noi....Grazie Mauro

Inf. Cristina Folliero  
NurSind Savona



## Cassazione: medico reperibile non può rifiutare di recarsi in ospedale per urgenza



Con sentenza n. 12376/2013, Sesta sezione penale della Cassazione, i giudici hanno ravvisato una negligenza meritevole di condanna nel rifiuto di un medico

chirurgo di intervenire in un caso di emergenza. Nella fattispecie la negligenza del medico era costata la vita ad un ragazzo minorenne.

Il Tribunale di Perugia, con sentenza del 6/10/2009, aveva riconosciuto colpevole e condannato il medico accusato di essersi rifiutato di intervenire per un caso di urgenza. Nonostante il professionista, un dirigente medico di primo livello, fosse incaricato del servizio di reperibilità esterna quale primo reperibile, malgrado i ripetuti solleciti telefonici, non aveva reputato necessario intervenire. In questo modo aveva violato gli art. 328 c.p. e l'art. 17 del C.C.N.L. dei dirigenti medici.

La sentenza era stata confermata anche dalla Corte d'Appello di Perugia (sentenza del 25/05/2012). Il medico si è opposto alla decisione giudiziale ricorrendo in Cassazione dove ha cercato di giustificare la sua scelta di non intervenire puntando sul fatto che, al momento dei fatti, aveva comunque lasciato che fosse un collega chirurgo vascolare ad eseguire l'operazione. Sta di fatto però che quell'intervento avrebbe richiesto la sua competenza specialistica. Respinta dalla Corte la motivazione del margine discrezionale di natura tecnica in ordine alla necessità ed urgenza del suo intervento, in conformità all'orientamento della Corte di legittimità che lo esclude solo se esso esuli dal criterio di ragionevolezza tecnica ricavabile dal contesto e dai protocolli medici.

Come riportano gli atti della sentenza: "secondo il ricorrente le norme di legge invocate, invece, nulla dicono al riguardo dell'obbligo del sanitario rimandando alla disciplina interna dell'Ente." Così che "la Corte territoriale ha ritenuto integrata la condotta materiale del delitto contestato ritenendo infondata la versione difensiva secondo la quale l'omesso intervento dell'imputato in ospedale fosse giustificato da una precisa scelta clinica, dovuta all'inutilità di procedere sul minore che non si sarebbe salvato."

La Suprema Corte ha ritenuto nulle le motivazioni addotte dalla difesa ed ha pertanto confermato la condanna, precisando che "è orientamento di legittimità consoli-

dato quello secondo il quale il servizio di pronta disponibilità previsto dal d.P.R. 25 giugno 1983 n. 348 è finalizzato ad assicurare una più efficace assistenza sanitaria nelle strutture ospedaliere ed in tal senso è integrativo e non sostitutivo del turno cosiddetto di guardia. Ne consegue che esso presuppone, da un lato, la concreta e permanente reperibilità del sanitario e, dall'altro, l'immediato intervento del medico presso il reparto entro i tempi tecnici concordati e prefissati, una volta che dalla Sede ospedaliera ne sia stata comunque sollecitata la presenza."

Per fortuna la legge è in grado di supplire la mancanza di rispetto dei principi stessi su cui si fonda la professione medica.

## Corte dei Conti: niente collocamento "a tappeto" degli infermieri in pronta disponibilità

III<sup>a</sup> Sez. giur. centrale d'appello, sent. n. 85 del 05/02/13.

La messa in disponibilità si sostanzia in una prestazione strumentale e accessoria, tipica degli esercenti una professione sanitaria, che non comporta lo svolgimento di attività lavorativa ma impone al dipendente vincoli comportamentali grazie ai quali egli può essere prontamente rintracciato fuori dell'orario di lavoro per essere eventualmente utilizzato per una prestazione lavorativa non programmata ma imposta da eventi sopravvenuti, di carattere eccezionale.

Il servizio di pronta disponibilità, compensato con un'apposita indennità che viene erogata indipendentemente dalla chiamata in servizio e dall'effettivo svolgimento della prestazione lavorativa (che, se effettuata, viene autonomamente compensata come lavoro straordinario) va limitato, secondo quanto stabilito nella contrattazione di settore (art. 7, punto 6 del CCNL integrativo del 20 settembre 2001) ai turni notturni e ai giorni festivi.

L'atto introduttivo del giudizio era stato emesso per presunti illeciti pagamenti a favore del personale infermieristico del presidio ospedaliero centrale "Belcolle", negli anni dal 2003 al 2005, per prestazioni di lavoro straordinario intervenute in sovrapposizione con la prestazione contemporanea del turno di lavoro ordinario, attraverso la strumentale e distorta applicazione dell'istituto della pronta disponibilità rispetto a quanto previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro.

L'istituto della disponibilità, ha rilevato il primo giudice, è in effetti preordinato a sopperire ad eventi straordinari e le eventuali deroghe al suo impiego, di carattere eccezionale, sono per tale ragione rigida-

mente proceduralizzate; nella fattispecie all'esame, invece, il collocamento degli infermieri in pronta disponibilità è avvenuto, come si legge testualmente in sentenza, "a tappeto", in modo, cioè, del tutto svincolato dall'occasionalità e da particolari situazioni di disagio, dando luogo ad un abuso evidente nella gestione delle risorse ospedaliere e trasformando la prevista indennità in un vero e proprio assegno accessorio.

Il responsabile delle risorse umane si era giustificato sostenendo che il ricorso alla pronta disponibilità, lungi dal provocare un danno alle finanze pubbliche, ha invece consentito, per un verso, di fronteggiare le esigenze di un reparto particolarmente sensibile qual è quello di anestesia e rianimazione e per altro verso di evitare il maggior esborso derivante dall'eventuale inserimento nei turni ordinari di un'unità di personale in più.

La Procura generale ha confermato la correttezza della sentenza rilevando come l'appellante, quale responsabile delle risorse umane dell'Azienda, avrebbe potuto in base ad un riscontro ex post rendersi agevolmente conto che la pronta disponibilità era divenuto, da mezzo straordinario, mezzo ordinario per far fronte alle esigenze dei reparti. Soggiunge la Procura che la condanna dell'appellante, seppure ad una cifra modesta, configura effettivamente un pregiudizio per l'ente ospedaliero.

## Cassazione: licenziabile il pubblico dipendente che lavora nell'azienda di famiglia

La Cassazione, con sentenza nr. n. 20857/2012, ha dichiarato la legittimità del licenziamento del pubblico dipendente se, quest'ultimo svolge altra attività lavorativa presso una azienda familiare se non espressamente autorizzato dall'amministrazione di appartenenza.

Il caso ha riguardato una lavoratrice, dipendente della Regione Lombardia, che è stata licenziata per violazione del divieto di cumulo di impieghi ed incarichi lavorativi in costanza di rapporto di lavoro subordinato con la P.A. e ciò, perchè la stessa, svolgeva, seppur non costantemente, attività di commessa, all'interno del negozio della sorella, anche durante il normale orario di lavoro in giornate di assenza dal lavoro giustificate dallo stato di malattia.

Il licenziamento veniva dichiarato legittimo sia dal Tribunale di primo grado che dalla Corte di appello. La lavoratrice proponeva ricorso in Cassazione.

Secondo gli Ermellini, il divieto per i

pubblici dipendente di esercitare "occupazioni estranee al servizio" è di carattere assoluto a prescindere dalla sussistenza o meno di una remunerazione, ovvero di una continuità della prestazione lavorativa diversa da quella espletava alle dipendenze della P.A.

È ciò proprio in considerazione di quanto disposto sia dall'art. 23 del c.c.n.l. per il personale dipendente del comparto Regioni ed autonomie locali, alla lettera g) (che pone il divieto di attendere ad occupazioni estranee al servizio), sia quanto previsto dall'art. 60 del Testo Unico 3/1957, relativo alla disciplina delle incompatibilità, richiamato dall'art. 53, 1 comma del d.lgs. 165/2001 ("Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità dettata dagli artt. 60 e ss. del testo unico approvato con d.p.r. 10.1.1957 n. 3") che prevede che l'impiegato non possa esercitare il commercio, l'industria, né alcuna professione, senza alcun riferimento ad attività retribuita.

## Consiglio di Stato: no alla remunerazione di ferie non godute

Viene chiamata in giudizio una azienda sanitaria locale per ottenere il trattamento economico sostitutivo relativo a quarantotto giorni di ferie non godute, deducendo che la circostanza è stata determinata esclusivamente da ragioni attinenti alla gestione interna dell'Ente.

Il TAR ha respinto la richiesta sul presupposto che la mancata fruizione del congedo ordinario non implica automatica corresponsione del trattamento economico sostitutivo.

Contro la sentenza negativa del Tribunale amministrativo la lavoratrice ha proposto appello dinanzi al Consiglio di Stato.

Il mancato godimento delle ferie è una circostanza che da sola non può dar luogo al trattamento economico sostitutivo corrispondente: non basta la mera indicazione del numero complessivo dei giorni di ferie non godute per dimostrare l'indempimento della P.A. datrice di lavoro e, quindi, la sussistenza del credito.

Il Collegio ha chiarito che nel rapporto di pubblico impiego, come accade per la retribuità delle prestazioni di lavoro straordinario, è richiesta l'esistenza di una formale e preventiva autorizzazione allo svolgimento in misura eccedente l'orario d'ufficio. L'autorizzazione assolve una pluralità di funzioni, tutte riferibili alla concreta attuazione dei principi di legalità, imparzialità e buon andamento della P.A.

Il principio della indispensabilità della previa autorizzazione subisce eccezione

solo quando l'attività sia svolta per obbligo d'ufficio ma nel rispetto dei principi costituzionali indicati, con la precisazione che tale lavoro sia compiuto a fronte di esigenze indifferibili ed urgenti.

## Consiglio di Stato: requisiti per riconoscimento mansioni superiori

Una dipendente della ASL ha citato in giudizio l'Azienda per ottenere le differenze retributive maturate a seguito dello svolgimento di mansioni superiori presso l'Ospedale cui era stata adibita con ordine di servizio. Il TAR non ha accolto la richiesta della ricorrente, che ha impugnato la pronuncia di rigetto innanzi al Consiglio di Stato.

I giudici amministrativi hanno precisato che con riferimento specifico al personale delle aziende sanitarie locali la normativa di riferimento è quella contenuta nel D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, laddove si subordina la possibilità di riconoscere le differenze retributive per l'espletamento fattuale di mansioni superiori alla esistenza di tre condizioni operanti in modo concomitante:

a) l'effettivo espletamento delle mansioni per un periodo eccedente i sessanta giorni nell'anno solare;

b) lo svolgimento in un posto di ruolo, esistente nella pianta organica, vacante e disponibile;

c) la previa attribuzione dell'incarico da parte dell'organo gestorio competente, con una formale deliberazione dalla quale deve emergere l'avvenuta verifica dei presupposti sopra richiesti, nonché l'assunzione di tutte le relative responsabilità.

## Tribunale del Lavoro L'aspettativa per motivi di lavoro non può essere negata

È quanto stabilisce la sentenza del Tribunale del Lavoro di Busto Arsizio che ha accolto il ricorso di un dirigente medico, dipendente a tempo indeterminato, che aveva fatto richiesta di aspettativa nei confronti dell'ospedale per generiche esigenze di servizio.

La sentenza del Giudice del Lavoro ha riconosciuto, interpretando e conseguentemente applicando quanto previsto dall'art. 10 del Ccnl integrativo 2004, che

l'ospedale debba necessariamente concedere l'aspettativa richiesta dal dirigente medico per motivi di lavoro, negando quindi ogni tipo di discrezionalità, per tutta la durata del contratto a tempo determinato. Nel caso di specie l'aspettativa era stata richiesta a seguito della vincita di un posto a tempo determinato, ottenuto con la partecipazione ad un avviso pubblico per titoli e colloquio.

## Consiglio di Stato Mobbing: senza persecuzione, nessun risarcimento

Screzi o conflitti interpersonali nell'ambiente di lavoro privi di volontà persecutoria, collegati a fenomeni di rivalità, ambizione o antipatie reciproche non bastano per ottenere il risarcimento del danno.

Il danno da mobbing è una fattispecie che si fa risalire, quanto alla natura giuridica, alla responsabilità datoriale, di tipo contrattuale, prevista dall'art. 2087 del codice civile che pone a carico del datore di lavoro l'onere di adottare nell'esercizio di impresa tutte le misure necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale del prestatore di lavoro (cfr Cassazione sezione lavoro 25 maggio 2006 n. 1244).

Il concetto di mobbing sia in punto di fatto che in punto di diritto è alquanto indeterminato, ancorché, quanto ad una ragionevole sua definizione, possa considerarsi tale quell'insieme di condotte vessatorie e persecutorie del datore di lavoro o comunque emergenti nell'ambito lavorativo concretizzanti la lesione della salute psicofisica e dell'integrità del dipendente e che postulano, ove sussistenti, una adeguata tutela anche di tipo risarcitorio (in tal senso, Cass. Sezione Lavoro 26 marzo 2010 n. 1307).

Attesa la indeterminatezza della nozione, la giurisprudenza si è preoccupata di indicare una serie di elementi e/o indizi caratterizzanti il fenomeno del mobbing dai quali far emergere la concreta sussistenza di una condotta offensiva nei sensi sopra esposti, come tradottasi con atti e comportamenti negativamente incidenti sulla reputazione del lavoratore, su i suoi rapporti umani con l'ambiente di lavoro e sul contenuto stesso della prestazione lavorativa.

Così per aversi mobbing è richiesto l'azione offensiva posta in essere a danno del lavoratore deve essere sistematica e frequente posta in essere con una serie prolungata di atti e avere le caratteristiche oggettive di persecuzione e discriminazione o rivelare intenti meramente emulativi (Cass. Sezione lavoro n. 4774/2006; Trib. Roma

7 marzo 2008 n.69).

Di contro non si ravvisano gli estremi del mobbing nell'accadimento di episodi che evidenziano screzi o conflitti interpersonali nell'ambiente di lavoro e che per loro stessa natura non sono caratterizzati da volontà persecutoria essendo in particolare collegati a fenomeni di rivalità, ambizione o antipatie reciproche che pure sono frequenti nel mondo del lavoro.

(Consiglio di Stato, Sez. IV, sentenza 19.3.2013, n. 1609)

## Cassazione - Penale: il diritto alla salute prevale su quello dell'obiettore di coscienza

Una ginecologa è stata condannata per il reato di omissione di atti d'ufficio in quanto, trovandosi in servizio di guardia medica nel reparto di ostetricia e ginecologia, chiamata ad assistere una paziente che era stata sottoposta ad intervento di interruzione volontaria di gravidanza mediante somministrazione farmacologica, si è rifiutata di visitarla e di assisterla, in quanto obiettrice di coscienza, nonostante le richieste di intervento dell'ostetrica e i successivi ordini di servizio impartiti telefonicamente dal primario e dal direttore sanitario.

I giudici della Suprema Corte hanno confermato la sentenza di condanna emessa dal giudice d'appello, evidenziando come la legge tuteli il diritto di obiezione di coscienza entro lo stretto limite delle attività mediche dirette alla interruzione della gravidanza, esaurite le quali il medico non può opporre alcun rifiuto di prestare assistenza alla paziente.

La normativa esclude che l'obiezione possa riferirsi anche alle cure antecedenti e

conseguenti all'intervento, riconoscendo al sanitario solo il diritto di rifiutare di determinare l'aborto (chirurgicamente o farmacologicamente), ma non di omettere di prestare l'assistenza nelle altre fasi. Il diritto dell'obiettore si affievolisce, fino a scomparire, di fronte al diritto della donna, che si trovi in imminente pericolo di vita, a ricevere le cure.

(da [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

## Cassazione Penale: pazienti a rischio di caduta - configurabile il reato di omicidio colposo a carico degli infermieri

Nel 2008 il Tribunale di Messina ha assolto dal reato di omicidio colposo due infermieri professionali che si era ritenuto avessero cagionato la morte di un paziente ricoverato presso il loro reparto in stato di ubriachezza e con presunta crisi asmatica, il quale, posto sul letto, era caduto per due volte.

In primo grado gli imputati hanno ottenuto l'assoluzione per essere incerta l'efficienza causale dei due episodi tra i quali era intervenuto un comportamento dei sanitari imputati ritenuto sufficientemente improntato a cautela.

La Corte di Appello di Messina a seguito di impugnazione proposta ai soli effetti civili dalla parte civile, in parziale riforma della pronuncia assolutoria, ha condannato i sanitari e la struttura sanitaria al risarcimento dei danni.

Ad avviso del giudice di secondo grado agli imputati deve ascriversi di non aver adottato ogni opportuna cautela per evitare ulteriori cadute dopo la prima, trattandosi di un soggetto che poteva prevedersi afflitto da crisi convulsive.

Quanto all'efficienza causale della seconda caduta, per la Corte distrettuale risulta evidente che a seguito del primo traumatismo il paziente mantenne per notevole lasso di tempo una condizione di vitalità che venne meno solo a seguito del secondo episodio, sicché - anche per sommatoria di diverse cause - la morte si verificò a ragione del secondo traumatismo.

Profili di diritto  
Mentre il Tribunale ha ritenuto che non vi

fosse prova sufficiente di quella efficienza causale rispetto all'evento, per la impossibilità di affermare, sulla base dell'accertamento autoptico, se le lesioni che cagionarono la morte furono determinate dalla prima o dalla seconda caduta, il giudizio della Corte di Appello è fondato sulla certezza che la seconda caduta ha avuto efficienza concausale.

La Suprema Corte ha osservato che non si può risolvere il problema della motivazione della decisione di condanna resa nel giudizio d'appello inserendo nella struttura argomentativa di primo grado delle notazioni critiche di dissenso con affermazioni apodittiche se non disattendendo il principio posto dalla sezioni unite della Cassazione per il quale nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica.

(da [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

## Cassazione - Penale Concorso colposo tra infermiera e azienda produttrice

Un'infermiera e il legale rappresentante di una società produttrice di kit di ossigenoterapia sono stati condannati la prima per aver mal collegato l'umidificatore, mediante inversione dei condotti di ingresso e di uscita dell'ossigeno, causando fuoriuscita e conseguente ingerimento di acqua da parte del paziente, poi deceduto, e il secondo per aver prodotto e messo in commercio l'apparecchiatura medicale in violazione delle disposizioni di legge, atteso che i terminali di ingresso e di uscita dell'ossigeno risultavano identici per forma e colore, agevolando così l'inversione accidentale dei collegamenti con conseguente fuoriuscita di liquidi pericolosi.

I giudici di legittimità hanno evidenziato che nel caso di specie si deve escludere che la condotta dell'infermiera possa ritenersi da sola causa sopravvenuta e sufficiente a causare l'evento morte; hanno rilevato come, stante la non differenziazione tra i terminali di ingresso e di uscita del kit, la probabilità di eseguire un montaggio non corretto della macchina era estremamente elevata e dall'altro come il carattere oggettivamente rischioso dell'apparecchiatura era ben noto alla azienda produttrice.

Il decesso del paziente, pertanto, è stato causato da un concorso di cause colpose indipendenti.

(da [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))



# Abuso dei social network in sanità

Dott. Luca Benci - Giurista di Diritto Sanitario



I fatti sono stati riportati da molti giornali e hanno avuto una notevole diffusione anche sul web. Quattro infermieri e un medico, durante il turno notturno, in un reparto di rianimazione si sono travestiti da mummie utilizzando materiale sanitario in dotazione alla struttura e si sono fatti fotografare con atteggiamento goliardico, violando anche il divieto di fumo negli stessi locali della terapia intensiva. Le foto sono poi state pubblicate sul social network Facebook. Sono stati tutti sottoposti a procedimento disciplinare.

Ha ricorso al Tribunale del lavoro di Grosseto l'unico medico coinvolto ponendo alcune contestazioni di carattere procedurale e altre relative al diritto sostanziale. Le contestazioni relative alla procedura sono riferibili alla lamentata mancanza di rispetto dei termini previsti per la difesa. Non sono il punto che ci interessa in queste pagine. Solo un rilievo che possiamo sottolineare: il giudice grossetano ha ribadito quanto noto in dottrina e in giurisprudenza sul c.d. dies a quo, cioè sul fatto che il giorno da cui parte la decorrenza dei termini, non è il giorno del fatto, bensì il giorno in cui il titolare del potere disciplinare è venuto a conoscenza del fatto. Di deciso maggiore interesse invece è la tipologia dei fatti che hanno dato luogo al procedimento disciplinare: l'abuso dell'utilizzo dei social network, il porre a conoscenza di tutta la rete di un comportamento non professionale e non rispettoso di un luogo di cura e sofferenza come un reparto di rianimazione e il danno all'immagine e il discredito che ne è derivato all'azienda sanitaria e, più in generale, "all'intero Servizio sanitario nazionale" (sono le parole del Tribunale di Grosseto).

E' stata contestata anche la "potenziale violazione della normativa in materia di riservatezza e protezione dei dati personali degli utenti" di cui però non ritroviamo traccia nella motivazione della sentenza.

Le contestazioni disciplinari sono state contestate in relazione a due norme del contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica e veterinaria del 2010 che riportiamo di seguito: Art. 6 lettera c) nello svolgimento della propria attività, mantenere una condotta uniformata a principi di correttezza e di collaborazione nelle relazioni interpersonali, all'interno dell'Azienda con gli altri dirigenti e con gli addetti alla struttura, astenendosi, in particolare nel rapporto con gli utenti, da comportamenti lesivi della dignità della persona o che, comunque, possono nuocere all'immagine dell'Azienda; art. 8. La sanzione disciplinare della sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da

un minimo di tre giorni fino ad un massimo di sei mesi, si applica, graduando l'entità della sanzione in relazione ai criteri di cui al comma 1, per: d) tolleranza di irregolarità in servizio, di atti di indisciplina, di contegno scorretto o di abusi di particolare gravità da parte del personale dipendente, ove non ricorrono le fattispecie considerate nell'art. 55 sexies, comma 3, del D.Lgs. 165/2001.

Al dirigente sono contestati, quindi, due ordini di comportamenti. Da un lato di avere utilizzato "materiali sanitari con finalità goliardiche durante l'orario di servizio, ovvero nella violazione del divieto di fumo e nella pubblicazione sul social network "facebook" di alcune fotografie" e dall'altro - nella sua qualità di dirigente della struttura - di "aver assistito ai quei fatti, assumendo un comportamento divertito e goliardico e nell'aver scattato le foto all'interno dell'U.O. di terapia intensiva,

degli ospedali. Non vi sono dubbi che i punti che sono stati oggetto di ricorso presso il Tribunale di Grosseto sono i punti fondamentali dell'abuso della gran parte dei Social media. Da qui la rilevanza disciplinare per la parte goliardica che viene enormemente amplificata proprio dalla pubblicazione. I riflessi giuridici più importanti si sarebbero avuti con la pubblicazione di dati identificativi - immagini e nomi - e sensibili - inerenti lo stato di salute - dei degenti ricoverati. Del tutto verosimilmente anche le semplici immagini di un paziente in una rianimazione può essere considerata sensibile in quanto comunque idonea a rivelare uno stato di salute. Si tratterebbe in questo caso di trattamento illecito di dati sanitari con tutti i riflessi civilistici e penalistici del caso.

Tra i riflessi civilistici è interessante la notazione del Tribunale di Grosseto - che ha solamente incidentalmente affermato - che tali fatti comportano il danno di immagine all'azienda e all'intero servizio sanitario nazionale che apre scenari di ampia portata.

Inoltre, sempre nel caso di pubblicazione dei dati dei pazienti, ricordiamo il disposto del codice penale che punisce la rivelazione professionale per fatti che devono rimanere segreti e non rivelati senza giusta causa.

Di diversa natura possono essere le conseguenze relative alla pubblicazione di atti aziendali che devono rimanere riservati tenuto conto del concetto di riservatezza aziendale oggi temperato dalle recenti normative sul diritto di accesso, della pubblicazione dei c.d. open data e delle recenti normative che definiscono la trasparenza come "accessibilità totale" di una parte dei documenti delle pubbliche amministrazioni.

Più in generale non è facile fronteggiare sempre fattispecie di questa natura, soprattutto in funzione preventiva, in quanto la facilità di accesso alla rete pone in una condizione di quasi inutilità le disposizioni repressive che in questi anni - alcune delle quali ampiamente discutibili - si è tentato di porre in essere, come il divieto di navigazione, il divieto di utilizzo di mezzi informatici aziendali, la creazione di siti inseriti in apposite black list, la creazione di white list, ecc. Trattasi, come è evidente, di agire non come divieti, facilmente aggirabili, ma come opera di dissuasione e di crescita e consapevolezza culturale di mezzi tecnologici importanti che devono essere utilizzati correttamente. Fuori da questo schema rimane la repressione disciplinare e giuridica prevista dai vari ordinamenti.



oltre che nel non aver collaborato con gli addetti alla struttura".

Il primo comportamento - al pari di ogni dipendente - ai sensi dell'art. 6 lettera c) CCNL contratto dirigenza di non essersi astenuta da "comportamenti lesivi della dignità della persona o che, comunque, possono nuocere all'immagine dell'Azienda"; il secondo comportamento più propriamente da dirigente per avere tollerato "atti di indisciplina", di "contegno scorretto" e di "abusi di particolare gravità del personale dipendente" ai sensi dell'art. 8 punto d) dello stesso contratto. Il tutto, graduando la sanzione prevista, gli è valsa la sanzione della sospensione dal servizio e dalla retribuzione di venti giorni.

La sentenza del Tribunale di Grosseto non pare criticabile da alcun punto di vista. I fatti sono stati gravi e non difendibili (piuttosto stupisce che il medico in questione abbia fatto ricorso...). Questo fatto ci consente alcune brevi riflessioni su questioni ormai pressanti.

L'utilizzo dei Social network nei luoghi di lavoro è ormai una costante spina nel fianco anche nei delicati settori di degenza

## Donazione e trapianto di rene:

# il punto a 47 anni dal primo intervento in Italia

Coord. Inf. **Ungaro Giuseppina** - Nefrologia-Dialisi ASL 1 Brindisi

Il trapianto renale si esegue con un intervento chirurgico che consiste nell'inserire un rene sano, prelevato da un donatore cadavere o donatore vivente, nella parte anteriore dell'addome del paziente.

Ad oggi rappresenta il trattamento preferenziale per pazienti affetti da insufficienza renale cronica, in quanto è capace di restituire una normale funzionalità renale e permettere alla maggior parte dei pazienti il ritorno a una vita socialmente produttiva.

E' sufficiente un solo rene per condurre una vita normale. I candidati devono sottoporsi ad una serie di esami, per escludere l'eventuale presenza di malattie che controindichino l'intervento e la successiva terapia antirigetto.

Generalmente l'intervento dura dalle 2h alle 4 ore. Il rene trapiantato è posizionato in un'area diversa da quella del rene nativo e precisamente in una delle due fosse iliache, senza ledere il peritoneo. L'Arteria renale è anastomizzata all'arteria iliaca, mentre la vena renale alla vena iliaca esterna del ricevente. Infine, l'uretere viene impiantato nella vescica, in modo da fare fluire liberamente l'urina in quest'ultima.

Nella maggior parte dei casi, i reni nativi non vengono rimossi, a meno che non si ritenga che possano essere causa di complicazioni cliniche successive.

L'assegnazione dei reni disponibili è effettuata dal Centro Regionale di Riferimento per i trapianti secondo regole definite e condivise da tutti i centri trapianto regionale.

I criteri considerati per l'identificazione del ricevente più idoneo sono:

- ☞ La compatibilità tra donatore e ricevente
- ☞ La differenza di età e corporatura fra donatore e ricevente
- ☞ Il tempo di attesa in lista
- ☞ L'anzianità di dialisi
- ☞ Eventuali motivi di urgenza.

Grazie ai recenti farmaci immunosop-

pressivi, la qualità di vita dei pazienti trapiantati di rene è nettamente migliorata e l'aspettativa di vita è certamente superiore a quella dei pazienti in dialisi cronica.

La terapia antirigetto (o terapia immunosoppressiva) inizia durante l'intervento di trapianto e prosegue per tutta la vita del paziente trapiantato e prevede l'assunzione di alcuni farmaci combinati e somministrati in dosaggi appropriati in modo che siano inibite alcune funzioni del sistema immunitario che altrimenti riconoscerebbero il nuovo organo come estraneo tendendo al suo rigetto.

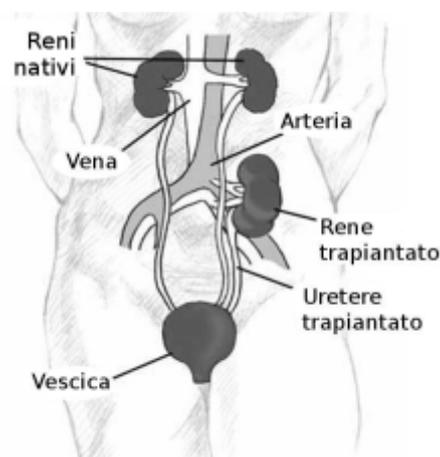
La continua ricerca scientifica in questo campo ha inoltre lo scopo di sperimentare terapie sempre più efficaci, con minori effetti collaterali e meglio tollerate dal paziente. L'obiettivo futuro della terapia del trapianto è quello di raggiungere la "tolleranza immunologica", rendere cioè l'organo trapiantato non riconoscibile dall'organismo che lo ospita. In questo modo il paziente trapiantato non avrebbe problemi di rigetto e potrebbe non assumere la terapia immunosoppressiva migliorando ulteriormente i già brillanti risultati del trapianto.

I controlli dopo il trapianto di rene in linea di massima, dopo la dimissione, si eseguono tre controlli settimanali per un mese. La frequenza dei controlli gradualmente diminuisce fino ad arrivare a un controllo al mese dopo il primo anno e ancora meno frequenti successivamente. Questo schema di controlli potrà subire delle variazioni a seconda della condizione clinica in cui si trova il paziente.

L'esperienza mondiale di gravidanze in donne trapiantate di rene è ormai molto ampia. La gravidanza nella donna trapiantata è comunque una gravidanza a rischio. Le gravidanze più sicure sono quelle che avvengono in donne con trapianto normalmente funzionante da qualche anno, non ipertese, senza proteinuria. Per le altre situazioni andrà valutata caso per caso. I rischi per il feto sono: ritardo dello svilup-

po intrauterino, basso peso e bassa statura alla nascita.

Bisogna ricordare che la valutazione del donatore di rene è molto attenta, lunga, scrupolosa e tende ad accertare qualsiasi patologia che possa compromettere il suo stato di salute in relazione alla donazione. Prelevare organi e tessuti da una persona deceduta è possibile e permette di salvare la vita ad un altro o rendere migliore l'esistenza di malati afflitti da patologie gravemente invalidanti. La donazione degli organi rappresenta un gesto ancora più umano e generoso! Rendersi utile è una delle cose che da più soddisfazione nella vita. Donare i propri organi è certamente il modo migliore di dare un senso alla vita: donando ad altri una nuova speranza di vita!



Sono passati molti anni da quando si sono sperimentati i primi trapianti. Oggi trasferire gli organi da un corpo che muore ad uno che può continuare a vivere non è più un miracolo ma una straordinaria opportunità che la scienza offre all'uomo che muore: quella di accendere una speranza in un'altra famiglia, di alleviare il dolore di altre persone, di placare mille altre sofferenze!

Fino a pochi anni fa era comune la diffidenza all'idea di essere sotterrati senza alcuni dei propri organi. Spesso si trattava, più che di egoismo, di pura ingenuità, di ignoranza (nel senso più nobile del termine), dell'incapacità di leggere i progressi della scienza. La superficialità, poi, con cui si affrontava il più delle volte l'argomento, anche da parte del mondo dell'informazione, non aiutava certo ad informare e rassicurare l'opinione pubblica.

Il trapianto d'organi è una battaglia tra la vita e la morte, vinta dalla scienza. Nessun dono costa di meno al donatore e nessun dono offre al ricevente un beneficio maggiore!



## Crediti ECM anche tutti in FAD

Ad annunciarlo è la FNC Ispasvi che grazie alle sollecitazioni in merito ha ottenuto l'eliminazione del criterio che vincola gli infermieri ad acquisire non oltre il 60% del monte dei crediti triennali ottenibili attraverso percorsi FAD.

Il vincolo era inserito nel documento "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" - punto 8, nota 4 intitolato "auto apprendimento senza tutoraggio"

(FAD). Prevede, che il numero massimo dei crediti acquisibili dagli infermieri (professionali) non possa eccedere complessivamente il 60% del monte dei crediti triennali ottenibili da ogni singolo infermiere (professionale) - n. 90 crediti formativi su n. 150 crediti formativi.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua **nella seduta del 7 febbraio u.s.**, sulla base del consenso regi-

strato da parte dei presenti, ha adottato la seguente determina: **"Gli infermieri, per il triennio in corso (2011/2013), possono acquisire il 100% dei crediti formativi per la tipologia formazione a distanza con o senza tutoraggio.** Sono fatte salve le restanti indicazioni riportate nel richiamato punto 8".

## Valutazione delle caratteristiche meccaniche del pugno precordiale in emergenza

Tommaso Pellis <sup>(a)</sup> - Daniele Pausler <sup>(b)</sup> - Martina Gaiarin <sup>(b)</sup> - Eliana Franceschino <sup>(c)</sup>  
Avi Epstein <sup>(d)</sup> - Christian Boulin <sup>(d)</sup> - Peter Kohl <sup>(e)</sup>

### Abstract

Il pugno precordiale (PP) si avvale della trasduzione mecano-elettrica per trasformare l'energia meccanica (del pugno) in uno stimolo elettrofisiologico di rilevante entità. La manovra viene descritta come un impatto, intenso ma fugace, erogato sulla metà inferiore dello sterno partendo da un'altezza di circa 20/30 cm, a paziente supino e utilizzando il margine ulnare della mano.

Il suo utilizzo nelle manovre rianimatorie è stato progressivamente de-enfaticizzato negli ultimi anni a causa delle incertezze inerenti il meccanismo preciso d'azione, la sua reale efficacia terapeutica e di riflesso anche i potenziali effetti collaterali che non sarebbero più tollerabili. A suffragare tale incertezza contribuiscono le scarse conoscenze legate alla forza e velocità di impac-

to. A questo contribuisce l'assenza di sistemi di training destinati al personale sanitario.

Questo lavoro si propone di acquisire e valutare le caratteristiche meccaniche con cui il personale sanitario eroga il PP. L'obiettivo è di correlare forza e velocità di impatto con la percezione di efficacia del singolo operatore derivante dall'esperienza clinica personale.

### Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto in Friuli Venezia Giulia e Veneto tra il personale medico ed infermieristico operante prevalentemente nei dipartimenti d'emergenza quali: terapia intensiva, unità coronarica, medicina d'urgenza, servizio di elisoccorso, pronto soccorso.

Il personale, su base volontaria, è stato reclutato in sede di attività congressuali;

l'unico criterio di inclusione era quello di aver erogato almeno una volta nella propria esperienza lavorativa un PP a uno o più pazienti.

I volontari hanno eseguito tre prove, erogando tre pugni sul "pugnometro" e identificando successivamente la prova migliore (quella che secondo loro era più rappresentativa di quanto svolto in ambito clinico).

In queste prove sono state rilevate la velocità massima espressa in m/s e il picco di forza dell'impatto espresso in Newton. Per acquisire le proprietà meccaniche con cui veniva erogato il pugno, è stato utilizzato un "pugnometro" di seconda generazione che, a differenza della precedente versione descritta da Kohl e colleghi (Kohl P. ET al. 2005), si avvale di un bersaglio che si deforma all'impatto (Fig. 1).

Il bersaglio è montato su una molla-pistone che permette di simulare in modo più verosimile la deformazione della gabbia toracica del paziente e di conseguenza la decelerazione che segue all'impatto del pugno sullo sterno.

Successivamente alle prove sul "pugnometro", i volontari sono stati invitati a compilare un questionario per fornire un'autovalutazione retrospettiva della propria esperienza con il pugno precordiale. (Kohl et al. 2005).

### Risultati

Sono stati reclutati 58 sanitari tra medici ed infermieri. La velocità media, del pugno erogato è stata del 4,7 +/- 1,3 m/s (da 2,2 a 7,8 m/s) mentre la forza media è stata di 394 +/- 110 Newton (range 202 - 648 N).

Il 35% del personale ha dichiarato nei questionari che il pugno precordiale è stato efficace nel cardiovertire un ritmo senza che peraltro venissero riportate reazioni avverse.

Ventitré operatori sanitari hanno riportato un alto tasso di successo della manovra

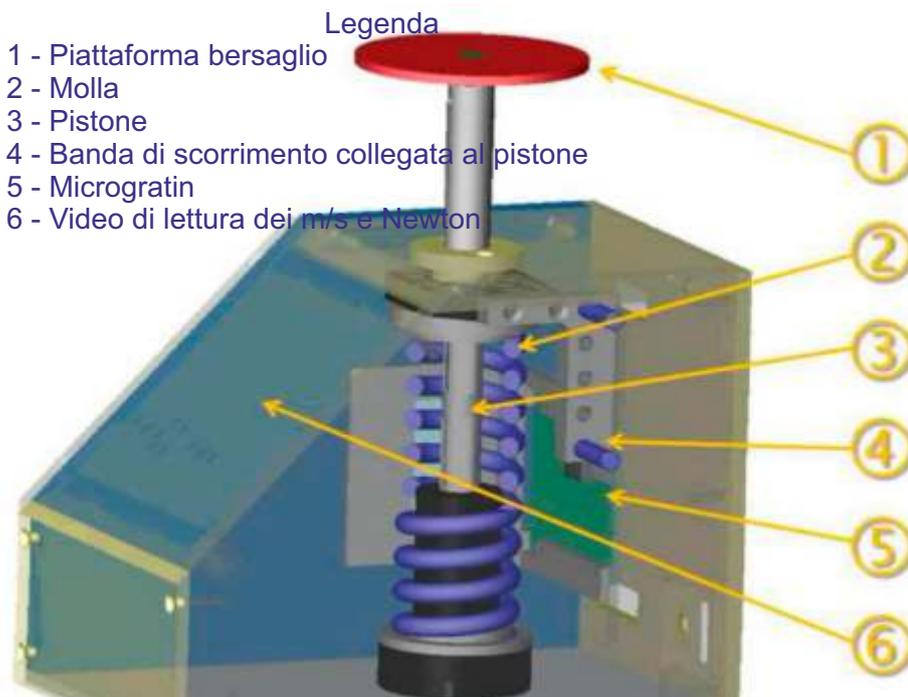


Figura 1: il pugnometro di nuova generazione

(>/- 50%), sorprendentemente in tutti la velocità di impatto era superiore alla soglia di 3,7 m/s.

Il 78% del personale reclutato, considera l'utilizzo del PP come una manovra rianimatoria veloce e di pronto utilizzo a cui ricorrere in assenza del defibrillatore.

I motivi per cui il PP non viene utilizzato di frequente sono rappresentati dalla mancata conoscenza della tecnica (40%), dalla percepita inefficacia (38%), dalla mancanza di formazione e di strumenti per valutare la corretta erogazione del PP (16%).

Inoltre, l'esistenza di procedure rianimatorie di base e avanzate, ormai consolidate (33%) e la mancata comprensione dei meccanismi fisiopatologici che ne stanno alla base (29%) sono le ragioni addotte per un suo scarso impiego.

L'indicazione principale per la quale hanno fatto ricorso al PP è l'insorgenza di VF o TV (rispettivamente 67% e 51%), mentre l'asistolia è stata indicata come terza scelta nell'applicazione del PP (16%).

La maggior parte degli operatori sanitari hanno imparato ad utilizzare il PP da autodidatta (44%), mentre altri (39%) hanno acquisito la tecnica da un collega esperto. Nessuno degli intervistati ha ricevuto una formazione formale su come erogare il PP.

## Discussione

E' interessante confrontare i dati raccolti in questo studio condotto nel nord-est Italia negli anni 2010/2011, con quelli riportati in precedenza da un ristretto gruppo di 22 professionisti sanitari inglesi e statunitensi.

Lo studio precedente è stato condotto in modo analogo e risale a circa dieci anni fa. Il ricorso al PP ha sortito effetti positivi (cardioversione) nel 35% del personale italiano, valore molto vicino ai colleghi statunitensi (28,4%), mentre, per il personale anglosassone l'efficacia è stata del 13,6%.

La velocità media di impatto è più alta in Italia e negli Stati Uniti rispetto a quella degli inglesi. In tutti i gruppi, il risultato degli eventi avversi riportati è minimo (UK 0,8%; US 0,2%) o assente (IT).

Le indicazioni per l'utilizzo del PP variano a seconda delle nazioni oggetto di studio. Per quanto concerne l'asistolia, essa è stata considerata come indicazione nel precedente studio, solo nel 10% e 3% (rispettivamente UK e US).

Nell'esperienza italiana, invece,

l'asistolia è un'indicazione nel 16% dei casi, esattamente come per la FV. La formazione per imitazione di quanto visto fare da colleghi più esperti sembra essere molto comune in IT di quanto non lo sia presso i colleghi di UK e/o US (39% vs 19%), ma tutti e tre i campioni sono concordi nell'affermare che mancano strumenti didattici adeguati.

I dati riportati da tutte e tre le coorti concordano sull'efficacia del PP pur temendo complicanze, poi verificatesi in rarissimi casi (inferiore all'1%). Le linee guida (LG) raccomandano l'uso del PP solo da parte



del personale sanitario **ove non sia immediatamente disponibile un defibrillatore in caso di arresto** testimoniato e monitorizzato.

Generalmente i corsi in rianimazione enfatizzano la necessità di un intenso addestramento pratico rinforzando il feedback in tempo reale per acquisire e mantenere le competenze. Dovrebbero essere utilizzati dei manichini adeguati atti a misurare la frequenza di compressione, la profondità e il ritorno elastico del torace.

Inoltre le LG consigliano vivamente un re-training ogni 6/12 mesi (Soar ET al. 2010). La mancanza di dispositivi per la formazione sul PP è pertanto un aspetto che merita una considerazione nel contesto delle LG attuali e future.

Questo studio risulta essere unico nel suo genere. Il presente lavoro è quindi da intendere come un primo passo verso una maggiore comprensione della correlazione tra aspetti meccanici del PP, quali la forza di erogazione, e il successo clinico.

## Limitazioni dello studio

Merita sottolineare alcune importanti limitazioni inerenti questo lavoro:

- ridotta dimensione del campione in esame
- l'efficacia del PP è stata riferita dai partecipanti (dati retrospettivi) ed è approssimativa
- la raccolta dati delle coorti britanniche

e statunitensi è stata eseguita diversi anni prima rispetto a quella italiana limitando la compatibilità dei risultati.

Tuttavia lo scopo di questo studio non è quello di persuadere i professionisti a ricorrere al PP. Al contrario, suggerisce come l'analisi delle caratteristiche del PP e delle sue indicazioni di impiego sia meritevole di approfondimento e utile a spiegare differenze nelle percentuali di successo riportate. Emerge inoltre l'utilità di sviluppare ed impiegare strumenti atti all'addestramento e capaci di offrire feedback ai discenti.

## Conclusioni

Il personale sanitario ricorre al PP in quanto questo rappresenta la manovra rianimatoria di più rapida attuazione. Il PP risulta essere efficace e gravato da pochissimi eventi avversi. Il campo d'impiego potrebbe essere ampliato per comprendere il suo utilizzo sistematico in condizioni quali: l'asistolia testimoniata.

**Il PP dovrebbe venir erogato solo una volta e non dovrebbe ritardare l'inizio di una rianimazione standard** (a meno di non indurre ripetute contrazioni cardiache assumendo i connotati della percussione precordiale altrimenti nota come pacing manuale esterno).

Potrebbe esserci una correlazione tra la velocità pre impatto con cui viene erogato il pugno e la percentuale di successo meritevole di maggiore approfondimento. La mancanza di strumenti formativi di addestramento per l'erogazione del PP, uniti all'esigenza formativa del personale sanitario, suggeriscono la necessità di dotarsi di manichini adatti all'erogazione del PP con la possibilità di includere il feedback sulla corretta esecuzione della manovra.

(a) Servizio Regionale di Elisoccorso FVG, Anestesia e Rianimazione Ospedale Santa Maria degli Angeli Pordenone, Italia

(b) Centrale Operativa 118, Servizio di Elisoccorso Regionale del FVG Santa Maria della Misericordia, Udine, Italia

(c) Centrale Operativa 118 Ospedale Santa Maria degli Angeli Pordenone, Italia

(d) EMBL Heidelberg, Heidelberg, Germania

(e) Cardiac Biophysics and Systems Biology, Imperial College London, UK

**Articolo originale:** Progress in Biophysics and Molecular Biology 110 (2012) 390-96

# Convegni

Per essere aggiornati in tempo reale sui corsi ECM organizzati in tutta Italia dal Nursind, seguici su [www.nursind.it](http://www.nursind.it)



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

*Per scrivere alla redazione:*

**infermieristicamente@nursind.it**

## Gli infermieri, la sanità laziale e il lavoro che non c'è più

Sono un'infermiera in "esilio" obbligato dalla "malata" sanità laziale. Sono una dei tanti infermieri costretti a lasciare le proprie realtà dove il lavoro per noi, nonostante quello che si dice, non c'è! Sono stufo di accendere la Tv o leggere sui giornali che c'è bisogno di infermieri. Forse questo era vero 10 anni fa. Esempio è la risposta di una delle cooperative che dovrebbero darci lavoro: "La torta è grande e le fette sono già tutte prese". Come siano state prese non si sa, dato che nel presentare domanda di lavoro (sempre in una di queste cooperative) mi è stato chiesto: "Ma a lei chi la manda?". La mia laurea con 110 e lode e un master in area critica, ecco chi!

Siamo stufo che si chiudano gli occhi sulla nostra situazione, che s'ignorino il fatto che sulla nostra professionalità lucrino dubbie cooperative, o peggio, dubbie assunzioni nel pubblico... Addirittura infermieri abusivi!



È incredibile che si taccia sulla tragedia che vivono i nostri colleghi dell'Idi e di molti altri in varie strutture, o che si indichino concorsi "fantasma" (sappiamo bene il motivo). È ingiusto lucrare sulle nostre aspettative di lavoro. Se si presta attenzione al numero dei partecipanti ai nostri concorsi, si noterà che si sfiorano cifre simili a quelle dei concorsi per entrare in polizia o nei carabinieri, con la differenza che gli infermieri assunti saranno al massimo quattro!

Questo sfogo non vuole avere la pretesa di sbloccare chissà quale possibilità lavorativa, visti i tempi di crisi che viviamo, ma mira a evidenziare la realtà: la discrepanza di cure tra nord e sud, alla quale noi come infermieri non possiamo essere indifferenti ed è bene che si sappia! Siamo scoraggiati, amareggiati e ci troviamo spesso ad andare a lavorare in varie zone d'Italia o d'Europa (dove forse siamo più apprezzati), ma appena riusciremo a radunarci e a farci forza a vicenda, grazie a diverse iniziative sui social network (in particolare infermieri disoccupati e/o precari), non potrete

più ignorarci.

Quello che riecheggia nei nostri animi è il suono "Libera lo stiamo perdendo". Stiamo perdendo la qualità, l'anima, la professionalità e l'efficacia del nostro meraviglioso sistema sanitario nazionale tanto invidiato al mondo.

Non è possibile trovare "la ricetta ai mali" quando già si ha un'aspettativa di guarigione nulla! Prendiamo in mano la situazione quando ancora è curabile!

E' tempo di alzare la testa e farci sentire, dateci la possibilità di farci sentire per tutelare la nostra categoria e tutti voi che venite assistiti!

**Inf. Daniela Ceccarelli**

## Al Sig. Direttore del Careggi di Firenze

Riceviamo e pubblichiamo la lettera di un'infermiera del Careggi

Al Signor Valtere Giovannini

Mi chiamo Paola Biotti e sono un'infermiera dipendente a tempo indeterminato dell'azienda Careggi dal 1998. Le scrivo questa lettera perché sento il bisogno di esprimere la mia opinione (anche se la mia voce è una goccia nell'oceano), riguardo a tutta la faccenda "nuovo orario careggi" e non solo.

Non avrei mai immaginato di ritrovarmi a fare questo! Io voglio bene al mio lavoro, ho sempre cercato di farlo con passione, gioia ed entusiasmo, cercando di dare il meglio di me e credendo in quello che faccio; ma sono arrivata ad un punto tale, quasi di "terrore" e senso di colpa nei confronti dei miei colleghi e della mia famiglia, divisa fra doveri lavorativi e doveri familiari.

Io non capisco niente né di politica, né di bilanci, né di interessi, né di incentivi, ma capisco bene quando si parla di dignità e sicurezza del malato, di diritti e doveri dei lavoratori e qui entro subito nel discorso "orario".

L'orario che voi azienda avete impostato è un orario che a parer mio non può essere applicato poiché non corrisponde alla reale esigenza che è presente nei reparti. Il vostro orario si scontra con i diritti dei lavoratori sanciti dalla legge e mi riferisco a ferie, part-time, aspettative, ore studio, malattia, aspettative, gravidanze, congedi ecc. Come potete aver pensato ad un orario con un numero preciso e risicato di infermieri quando appunto non sono contemplate le variabili, che non sono sporadiche ma sono una costante?!

Voi ci chiedete il dovuto e questo è giusto (cioè le 36 ore settimanali o le 900 ore semestrali); ma chi copre le malattie



improvvisate, le gravidanze, le ore studio, le astensioni? Sempre le stesse persone che già fanno i due rientri mensili (circa) e che devono ulteriormente sobbarcarsi di altre ore, togliendo spazio alla vita privata che forse per molti non ha più valore, ma che lo ha per me.

Perché io non devo solo all'AZIENDA, ma anche alla mia FAMIGLIA. Chi si prende la responsabilità di fare dei turni di lavoro che spesso superano le 12 ore lavorative o che "obbligano" a rinunciare a più di due liberi in un mese? Come si può pensare di essere lucidi e pronti nel prendersi cura delle persone quando non hai più un grammo di energia? E le persone che vengono curate, sono veramente tali o sono entrate in una roulette russa ed attendono passivamente che il colpo parte?

Un direttore d'orchestra ha un ruolo essenziale, ma senza gli orchestrali non è niente! La musica la fanno gli strumenti che escono dalle mani sapienti dei musicisti. I MERITI sono EQUAMENTE distribuiti perché l'applauso è per tutti. Non sono diplomatica, ma se io fossi un direttore vorrei essere stimato e ricordato per le azioni che sono servite a far star bene tutti e che hanno migliorato un sistema; e non per un'apparente migliona che serve solo a pochi.

Capisco che non ci sono più fondi e risorse economiche, ma di questo passo non ci saranno più nemmeno energie umane. Questo sistema può solo implodere o esplodere. Il merito va riconosciuto a chi produce BENE, puntare sulla buona o addirittura ottima qualità del lavoro non a chi produce molto ma male e quindi alla scarsità del "prodotto" (e per prodotto mi riferisco a chi eroga e a chi percepisce il servizio). Quando un dipendente è ben trattato e gli si riconoscono meriti e diritti sarà sicuramente un elemento che produrrà molto bene, quindi l'azienda potrà solamente guadagnarci. Assumere nuovo personale significa investire nelle persone...

Mi sono sempre posta una domanda: "ma le tav a chi servono? Solo al dipendente che si ammazza pur di farle o anche al direttore generale? Non credo! Costa di più pagare quantità di tav in modo scellerato come è stato fatto in passato, oppure investire in nuove risorse? Il denaro è sempre lo stesso! Basterebbe proiettarlo nella giusta direzione, quella che va a vantaggio di tutti e non di pochi.

L'azienda ospedaliera Careggi principalmente è un'azienda che eroga un servi-

zio al cittadino; noi che lavoriamo per questa azienda, e quindi anche lei, siamo solo "ospiti". Il vero "inquilino" è il malato che ha diritto ad essere curato nella massima sicurezza e dignità. L'ospedale non è né dei dottori, né degli infermieri, né di altre figure che fanno parte di tale azienda; ma va riconosciuta la GIUSTA importanza ad ogni professionista. L'infermiere è fondamentale, senza di lui l'azienda non sarebbe in essere.

Le chiedo sinceramente, ma lei si è mai fatto un giro nei reparti in degenza, ambulatori, sale operatorie, rianimazioni ecc., per capire, scoprire, informarsi sulle realtà che sono presenti nella "sua" azienda? Anche se in realtà l'azienda non è sua, ma è del cittadino che ha pagato lautamente le tasse; ma il cittadino ha dato a lei il compito di gestire l'azienda per il bene della comunità.

Questo è un compito ed una responsabilità che a me farebbe tremare le gambe perché per fare tutto ciò bisogna avere doni e doti umane particolari, messi appunto al servizio della comunità. Bisogna meritarselo un posto come il suo! Bisogna avere grande spirito organizzativo, tanta conoscenza, tanta umiltà, volontà di ascolto e potere decisionale: quest'ultimo non le manca! Ma il resto non ho avuto modo di venirme a conoscenza,

Il potere è come una moneta, ha due facce; lo si può esercitare per schiacciare, reprimere, soffocare, manipolare, costringere, schiavizzare e che produce beneficio e prestigio per pochi e alla lunga per nessuno. Oppure c'è la faccia migliore ma più difficile da scegliere, più nascosta, meno prestigiosa; che non porta al beneficio di pochi, ma al bene di tutti, e per questa scelta sarà ricordato e stimato.

Filosofeggio... Ma oggi è tutto troppo veloce, sempre più veloce. Ma quando abbiamo il tempo di pensare e di fare un resoconto delle proprie azioni? Pensiamo, pensiamo tanto a come fare per arrivare... ma al bene dove? Siamo uomini, non Dei. Se pensassimo più da uomini umili il mondo sarebbe sicuramente migliore. Lei che ha potere, tanto potere, lo eserciti nel modo più nobile, se riesce a ricordarlo!

Firenze, marzo 2013

Inf. Paola Biotti

## Il più grande spettacolo del mondo: il circo

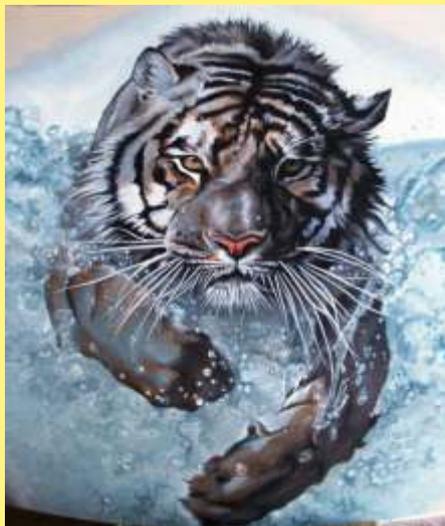
Belve ammaestrate ed infermieri laureati: trova le differenze!

Pochi giorni fa, su insistenza di mia figlia, ho partecipato ad uno spettacolo di un circo itinerante che, mal mascherato da un nome esotico, prometteva numeri straordinari di altrettanti rari animali. La tristezza nel vedere, in pieno terzo millennio, l'utilizzo spudorato e drammaticamente ingiustificato di bestie di qualunque genere - ironia del paradosso - mi ha fatto riflettere che, in fondo, la condizione dell'infermiere nel panorama sanitario nazionale non è troppo distante da elefanti e leoni ammaestrati.

Abbiamo raggiunto quell'ambito status quo di professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica e ancora lottiamo costantemente con le amministra-

zioni ospedaliere per evitare di sostituirci, nel lavoro si tutti i giorni, a quel personale di supporto che, ironia della sorte, sembra diventato la rarissima tigre bianca in quella che è oramai la giungla del comparto.

Direttori sanitari e responsabili di uffici infermieristici, giorno dopo giorno, assurgono al ruolo di "domatori" di "bestie" che non vogliono assolutamente rispondere ad ordini che vanno contro natura sia in termini professionali che soprattutto di dignità umana.



Infermieri esausti da carichi di lavoro indegni ed irrispettosi di qualsiasi forma contrattuale - costretti a condurre una lotta alla sopravvivenza psico-fisica per portare a termine ogni benedetta giornata di lavoro.

Una missione, la nostra, che si scontra con un'utenza oramai incurante ed inferocita da servizi sempre meno funzionali ed estenuati da lunghe attese spesso dovute alla mancanza cronica di personale.

Ed in tutto questo bailamme, conviviamo spesso con la scorrettezza di organizzazioni sindacali che, abusando della fiducia dei propri iscritti, stipulano accordi con amministrazioni varie che hanno tutto il gusto ed il sapore della connivenza che della contrattazione contrattuale.

Ed è come se il leone, con la complicità del domatore, mangiasse il povero clown fingendo di averlo scambiato per un pupazzo.

Intanto, in una sanità nazionale sempre più in crisi e con regioni sul baratro del default, il rapporto tra medici ed infermieri è quasi di 1 a 1. Moltissime sono le realtà nazionali in cui addirittura il numero di infermieri è al di sotto di quello del personale medico ed il cui conseguente squilibrio ovviamente genera, come unico risultato, quello di un'assistenza al paziente ben sotto i minimi di quella che si definisce decenza.

Ma probabilmente tutto ciò interessa nessuno. O quantomeno: non stimola gli "appetiti" di quelle organizzazioni di difesa dei diritti dei lavoratori oramai perennemente impegnate in tutto, eccetto che nella mission che in teoria dovrebbe perseguire e raggiungere.

Walter Tobagi, nel suo libro denuncia: "Che cosa contano i sindacati" suoleva scrivere: "I miti si stemperano nella riscoperta di una verità antica come la storia

dell'uomo: non sono le parole tonanti, ma i comportamenti di ogni giorno che modificano le situazioni, danno senso all'impegno sociale: il gradualismo, il riformismo, l'umile passo dopo passo sono l'unica strada percorribile per chi vuol elevare per davvero le condizioni dei lavoratori."

Oggi come ieri, non è cambiato molto. Ed è per questo che sono fiero di essere Nursind...iniano!

Inf. Osvaldo Barba

## Il mio primo master

Quando si decide di percorrere una strada nuova lo si fa sempre con una lieve tensione, legata forse, all'ignoranza verso ciò che ci aspetta. Ci sono salite, discese, incroci e punti difficili... quando però si arriva al termine del percorso, si vivono sensazioni di soddisfazione e autostima che ci fanno sentire forti e unici. L'ideale, è condividere questo momento di grande energia personale perché può essere positiva anche per altri. Per questo motivo ho deciso di inviare questa lettera.

Sono Infermiera del "Vecchio" Ordinamento con il Diploma Regionale quindi potete immaginare che non sono più una giovane ragazzina (almeno dal punto di vista anagrafico) e anche se mi sono sempre tenuta professionalmente aggiornata, decidere di iscrivermi al mio primo Master Universitario mi ha portato un po' di ansia e nel primo periodo anche molte domande.

Dopo diverse valutazioni, ho scelto l'Università Telematica Unipegaso ed il Master di 1° livello: "Formazione e tutoraggio nelle professioni sanitarie". Mi permetteva di poter studiare da casa, alla sera e anche solo un'ora per volta, senza sprecare mai tempo negli spostamenti.

Trovare questa Università nel sito del Nursind, mi ha dato fiducia e ho creduto nella professionalità del servizio ma fino a che non sono entrata per la prima volta in piattaforma, non avevo ben capito come funzionava e speravo di aver ben investito i miei soldi.



Sarei riuscita ad utilizzare lo "Strumento Computer" nel modo giusto per poter procedere nello studio in modo adeguato e senza perdere tempo? Come erano organizzate le lezioni? Se non capivo qualche cosa, sarei davvero riuscita ad avere risposte in tempi brevi? In passato avevo studiato sempre in coppia, questa volta sarei stata sola con il computer?

L'iscrizione telematica e il pagamento con bollettino postale erano stati comodissimi e per di più guidati così da non avere nessuna difficoltà durante l'attuazione delle

pratiche ma il mio essere "vecchio stampo", mi rendeva difficile relazionarmi solo con telefono e computer, mi mancava non andare in un ufficio e vedere una segretaria che si sarebbe occupata della mia pratica.

Il primo collegamento mi ha molto rassicurato, ho trovato una classe virtuale con cui potevo liberamente comunicare e che condividevano con me l'esperienza, anche i servizi dell'Università e il tutor potevano essere contattati. Non ero sola!



Tutte le settimane mi arrivava una nuova lezione con slide, dispensa e questionario di autovalutazione. Ci sono stati momenti in cui ho studiato per un tempo breve tutte le sere e altri in cui ho scelto di dedicare al Master un'intera giornata per poi "non pensarci più" per una settimana. Questa elasticità è stata ideale per poter gestire contemporaneamente, il lavoro e i figli. Il materiale inviato, è sempre stato di elevata qualità e molto semplice da comprendere. Periodicamente sono arrivati i test da inviare alla Unipegaso per verificare l'avvenuto apprendimento e 2 volte ci siamo incontrati in presenza per degli approfondimenti. Incontrare i compagni di corso è stato un momento di confronto che mi ha portato una crescita professionale e personale. Mi sono confrontata con colleghi di differente provenienza geografica e differente esperienza professionale.

Il tirocinio mi ha creato alcune difficoltà organizzative legate all'ambiente di tirocinio che avevo scelto ma fortunatamente l'Università e il Nursind mi hanno sostenuto e abbiamo in equipe risolto i problemi organizzativi variando la sede di tirocinio. In questa fase, mi sono confrontata realmente con le nuove capacità che mi erano richieste e sono riuscita a creare le basi per quella che è stata la mia tesi. In seguito, il relatore di tesi, con elevata professionalità, ha saputo creare un confronto positivo e stimolante.

A inizio Master speravo di riuscire a discutere la tesi vicino a casa o comunque nel nord Italia poi le date degli appelli hanno fatto sì che la mia scelta si spostasse sulla sede di Napoli. E' stata un'avventura piacevole, mi sono trovata con due compagne di corso, io da Bergamo e loro da Milano e da Modena, ci eravamo contattate in precedenza via mail e ci siamo conosciute condividendo questo traguardo.

La sede dell'Unipegaso, Villa Vanucchi ci ha accolto con un'ottima organizzazione in un'ambiente storico all'interno di un parco pieno di rose ... un ambiente simile ci ha aiutato a sciogliere l'agitazione di quel giorno. L'esame è andato molto bene ed essendo lontane da casa, la giornata si è trasformata in una gita gastronomica e di

shopping ... Ho scoperto una città che non conoscevo e apprezzato due colleghe con le quali, in futuro, manterrò i contatti, come si fa con i compagni di avventura.

Concludo dicendo che io sto già frequentando un'altro Master della Unipegaso, forse questa mia storia può aiutare qualche collega dubbioso a "buttarsi" in un'esperienza nuova.

Estratto dall'introduzione della mia tesi: "Ringrazio Donato Carrara, Segretario Provinciale Nursind di Bergamo, per il tempo che mi ha dedicato e per la forza che è stato in grado di trasmettermi..."

Grazie,

Inf. Daniela Mazzoni

## Cosa fa un infermiere?

L'infermiere ha un codice deontologico tutto nuovo, ma sarebbe riduttivo fermarsi a una lettura superficiale di tale codice, per quanto ampio e comprensivo esso sia. L'infermiere non ha più mansioni da svolgere, l'infermiere è un professionista e come tale ha la precisa responsabilità delle proprie decisioni. Ecco cosa fa un infermiere, allo stato attuale delle cose.

L'infermiere organizza il proprio lavoro e quello degli altri, da quello del medico a quello dell'operatore sociosanitario, a quello dell'inserviente. Il medico ha bisogno



dell'infermiere, tra le altre cose, per: avere notizie del paziente; contattare altri medici o altri ospedali; somministrare la terapia; prendere appuntamenti di vario tipo; sollecitare altre visite o esami strumentali; non farsi trovare quando serve; visitare il paziente; trovare qualsiasi cosa in reparto (da un paio di guanti della giusta misura a una cartella clinica misteriosamente scomparsa, da un numero telefonico sulle pagine gialle al primario che non è mai rintracciabile); riordinare il proprio casino.

L'operatore ha bisogno dell'infermiere perché da solo non sempre sa quello che deve o può fare, e la responsabilità di quello che lui fa o non fa è dell'infermiere. L'inserviente ha bisogno dell'infermiere perché così ogni tanto può dirgli soddisfatto: questa pulizia non mi compete, pensaci tu. L'infermiere quando non c'è l'inserviente, e talvolta anche se c'è, pulisce per terra e se serve anche il cesso, raccoglie vetri rotti e materiale organico di tutti i tipi, chiude sacchi della biancheria e della spazzatura, ripassa la cucina.

L'infermiere quando manca il personale addetto distribuisce i pasti ai pazienti, raccoglie i vassoi e se proprio volesse potrebbe anche pulire sopra e sotto i tavoli.

L'infermiere rileva il bisogno di manutenzione delle infrastrutture in cui opera (tinteggiatura da rifare, pavimenti rotti, rubi-



netti che perdono) e si attiva per chiamare il personale addetto. Però con l'attrezzo adatto talvolta provvede da sé.

L'infermiere è tenuto ad essere aggiornato e informatizzato, deve sapere usare il computer e la rete informatica, ma non ha diritto ad accedere ad internet dal posto di lavoro, altrimenti potrebbe distrarsi dalle proprie molteplici attività, o magari visitare siti porno, hai visto mai?

L'infermiere deve, con due mani e due orecchie, rispondere ai telefoni che suonano tutti in contemporanea in corsia, e deve avere una risposta pronta per tutti, non può dire io non so o io non c'ero o si rivolga a qualcun altro: risolvere i problemi di chiunque è per l'infermiere una vocazione, anche se questo significa perdere tempo prezioso per l'assistenza.

L'infermiere inoltre non deve mai essere stanco o nervoso, o sentirsi poco bene: quando è in servizio deve rendere al 100% e anche di più, non deve fermarsi mai, deve annullare se stesso a favore dell'utenza (giustamente) e di quello che ruota intorno all'utenza (un po' meno giustamente).

Oltre a ciò, magari, l'infermiere deve saper interpretare i disturbi del paziente, riconoscere tutti i sintomi spia di un problema più o meno serio, senza peraltro disturbare il dottore per delle sciocchezze. Deve essere veloce a capire l'urgenza e deve saper litigare con chiunque per far capire a sua volta che di reale urgenza si tratta, non di un capriccio, e che se chiede qualcosa non è per sé ma per la persona che sta male.

L'infermiere maneggia liquidi biologici potenzialmente pericolosi e non può permettersi di essere troppo stanco per farlo, perché il peggio sarebbe solo suo e di nessun altro.



L'infermiere è disponibile all'ascolto, vive i problemi dei suoi assistiti come fossero i propri, spesso se li porta a casa perché non riesce a toglierseli dal cuore e peggio per lui se non dorme per questo o se la notte ha gli incubi.

L'infermiere, comunque, è soggetto di per sé a vari disturbi: del sonno, perché scambia il giorno per la notte e spesso a



causa dei turni non sa nemmeno in che giorno si sveglia; digestivi, perché i turnisti possono andare a mangiare solo alla fine del turno, cioè quando la fame è ormai passata nel primo pomeriggio (in caso di pranzo, la sera in compenso non è prevista cena), oppure dandosi il cambio con un collega ma senza lasciare sguarnito il reparto, cosa del resto impossibile; dell'umore, perché la mancanza di riposo e di sonno causa sbalzi di serotonina e dunque depressione, ma questo è implicito nel contratto d'assunzione, non gliene frega a nessuno, a meno che lo stesso infermiere non mandi malattia per mesi; circolatori, perché 8 ore a pattinare in corsia lasciano un segno varicoso sulle gambe.



Inoltre l'infermiere che ha un'ernia al disco ha il diritto di farsi mettere in turno con un collega che l'ernia non ce l'ha, per fargliela venire a lui.

L'infermiere è, per definizione un malato immaginario: nessuno gli crede se lamenta qualche disturbo, perché si sa, a stare con gli ammalati si crede di avere le stesse malattie. Per contro, un infermiere che trascura alcuni segnali d'allarme sul proprio stato di salute è quanto meno un incompetente e chi vuoi fargli curare a uno così, meglio non fidarsi.

L'infermiere è soggetto talvolta a un frustrante senso d'impotenza, quando non riesce ad alleviare la sofferenza negli stati



terminali. E rischia la bestemmia e la scomunica perché si chiede, in certi momenti, dov'è Dio e che ci sta a fare se permette certe cose. E si sente anche i rimproveri del prete se nel momento dell'urgenza non fa in tempo a chiamarlo prima che il paziente se ne sia andato per sempre. Anche l'anima ha le sue esigenze, certo, ma l'anima è immortale e il corpo no, a cosa dare la priorità in certi momenti?

L'infermiere è questo è molto altro. Oggi è la giornata internazionale dell'infermiere.

Auguri, colleghi.

Inf. **Giuseppe Scialfa**

## Un'esperienza con Emergency

Era mio desiderio fare questa esperienza con Emergency. Sapevo già in partenza che non avrei avuto le comodità di casa, che stavo andando in uno dei paesi più poveri del mondo e che mi sarei dovuta adattare.

Il Centro Pediatrico di Bangui dove mi trovo è, come tutti i progetti di Emergency, molto carino, ben tenuto ed essenziale, senza spazi o cose inutili. Contrasta immediatamente con gli sprechi del nostro paese non solo per quanto riguarda la sanità e non solo nel settore pubblico. Siamo un paese che s'indebita per cose di cui potrebbe fare a meno ma che non è in grado di garantire i servizi essenziali ai meno abbienti. Anzi, siamo un paese in cui i non abbienti non dovrebbero nemmeno esserci.

Tuttavia, dal Centro Pediatrico di Bangui, risalta subito anche uno dei molti lati positivi della nostra italianità: il gusto estetico che sappiamo mettere in tutto ciò che facciamo: moda, arte, nautica, ecc. Il Centro Pediatrico di Bangui esiste solo dai primi del 2009 e già sono in corso dei lavori di ampliamento della struttura (la mensa per tutto il personale), di tinteggiatura della facciata esterna e degli interni contrariamente a ciò che succede ai nostri edifici pubblici (scuole e ospedali pubblici soprattutto).

Il natale a Bangui l'ho trascorso bene: noi dello staff internazionale siamo andati a portare i regali ai bambini ricoverati nella "chambre". Luca si è vestito da babbo natale, Ombretta gli ha fatto la barba bianca con il cotone e Vittoria ha girato il video e scattato le foto. Con lo staff nazionale (2 Infermieri e 1 Medico), l'unico bambino dei 9 ricoverati che stava meglio e tutte le mamme presenti abbiamo ballato al ritmo di "Jingo Bell" emesso dal telefono di Luca al quale abbiamo collegato le casse. Luca ha distribuito caramelle e pupazzi ai bambini e abbiamo scattato delle foto. Poi abbiamo pranzato come tutti i giorni a casa, avevamo in più olive e patatine in onore dei nostri 2 invitati, Franca e Giuseppe, cooperatori di "raggio di luce".

Le persone del posto (parlo del ceto medio, cioè quelli che lavorano), sono come tutte le persone del resto del mondo, solo vivono con meno cose. Seguono la nostra moda degli anni 60/70 (usano le scarpe a punta) ma la integrano con i loro abiti tradizionali che sono molto colorati e gioiosi. Le donne usano spesso parrucche con

pettinature occidentali ma io le preferisco con le loro mille trecchine.

I rapporti con loro sono molto rispettosi. In particolare, in quanto coordinatrice dell'assistenza infermieristica nella "chambre"

sono molto fiera dei miei Infermieri e dei miei ausiliari. Quando sono arrivata, l'accoglienza è stata di naturale diffidenza da ambo le parti e di curiosità da parte mia. Ho dovuto riprendere concetti per noi scontati che erano stati insegnati anche a loro ma che erano quasi del tutto disattesi: igiene, asepsi, disinfezione, ecc..

Ho già iniziato con la formazione e l'aggiornamento e sto raccogliendo le prime soddisfazioni perché vedo in loro interesse, entusiasmo, curiosità e desiderio di apprendere cose nuove. Sono anche propositivi e mettono subito in pratica i nuovi aggiornamenti che ricevono. Ho sempre pensato che non avrei mai voluto andare in paesi dove c'è la guerra e sono stata destinata a Bangui anche per questo, non solo perché so il francese.

Ora Bangui è circondata dai ribelli, i prezzi sono tutti aumentati, alcuni negozi sono chiusi, la città è deserta e, come misura preventiva c'è il coprifuoco dalle 19 alle 5 del mattino. Sono scattate le misure preventive di sicurezza e, da ieri notte dormiamo in ospedale finché la situazione non si risolve, speriamo nel migliore dei modi per tutti. Mi chiedi se ti consiglieri questa esperienza... sicuramente ne avresti le capacità.



È necessario però grande spirito di adattamento, si tratta di paesi instabili sotto tutti i punti di vista: dopo 2 giorni dal mio arrivo siamo rimasti senz'acqua per circa un mese e mezzo, per l'ospedale l'abbiamo comprata e arrivava dal rubinetto mentre noi ci siamo lavati utilizzando dei recipienti.

PS: la situazione è critica ma a Bangui sembra tutto sotto controllo da parte dell'esercito. Lo staff locale si è prodigato per farci sentire tranquilli e si è detto pronto a proteggerci in quanto "loro ospiti". Sono molto carini, no? A presto e W gli Infermieri! Sempre NurSind, un abbraccio

Inf. **Jeannine Cancedda**



SPAGNA

## Importante accordo tra SATSE ed il Min. della Salute



Il Ministero della Salute si è impegnato con SATSE a sviluppare nuove aree di prestazioni per generare nuovi posti di lavoro per l'infermiere di comunità.

Il ministero della salute e SATSE sono arrivati a firmare un accordo **per porre fine allo sciopero che interessava più di 20.000 infermieri.**

In base all'accordo firmato tra il capo del Ministero, Ana Mato, e il presidente SATSE, Víctor Aznar, **il governo si impegna a collaborare con il sindacato Infermieristico per lo sviluppo di misure e azioni per migliorare la situazione attuale degli infermieri.**

In particolare, cerchiamo nuove aree di performance per la categoria, che coinvolgano nuove opportunità di lavoro: una spinta alla presenza di infermieri in tutta la società, nel sociale e nelle scuole, nonché attraverso lo sviluppo di specialità di cura e professionali.



SATSE ha siglato l'accordo con la ferma intenzione che diventi uno strumento efficace che consenta miglioramenti reali per i cittadini e per gli infermieri. «La nostra attenzione in ogni momento sarà: dalle parole ai fatti «Ha dichiarato Aznar».

L'accordo prevede la costituzione di tre gruppi di lavoro, composti equamente da rappresentanti del Ministero e del sindacato, che svilupperà e raggiungerà un consenso sulle misure di miglioramento. Le aree di lavoro sono: Patto salute, Gestione Clinica e Risorse Umane.

### Nuove aree di prestazioni di lavoro

In risorse umane per definire criteri e le garanzie per lo sviluppo professionale e l'occupazione degli infermieri. SATSE si concentrerà sull'attuazione delle politiche per la promozione dell'occupazione infermieristica, comprese le nuove aree di prestazioni. Particolare attenzione sarà rivolta alla effettiva attuazione delle specialità Infermieristiche, e allo studio della loro inclusione nel bagaglio degli specializzati in formazione medica.

Allo stesso modo, sarà lo sviluppo di Continuing Education, studiando specifiche aree di formazione, sviluppando le loro competenze e promuovendo lo sviluppo professionale e la necessità di una prescrizione infermieristica equivalente e coerente alle altre categorie professionali.

Altri temi di interesse per SATSE sono la creazione del registro Statale dei professionisti della salute, la pianificazione del bisogno di infermieri nel servizio sanitario nazionale, e misure volte a promuovere lo sviluppo professionale

degli infermieri e il progressivo miglioramento della loro condizioni di lavoro.

### SSN: finanziamento e sostenibilità

Per quanto riguarda il programma di «Alleanza Salute», la professione infermieristica vuole essere presente nel suo sviluppo e implementazione, e fornire il suo contributo per quanto riguarda il finanziamento pubblico del SSN. Allo stesso modo, fare proposte concrete per ottimizzare l'organizzazione, la coesione e il coordinamento del sistema, proporre



scommesse anche per migliorare la qualità, l'efficienza e la razionalizzazione della gestione.

Allo stesso modo, il Ministero e SATSE si impegneranno per miglioramenti di indirizzo in materia di prevenzione e promozione della salute, così come la consapevolezza e l'educazione del paziente, e si concentreranno su una maggiore equità e accessibilità per ricevere i benefici e servizi, nonché alla collaborazione tra il settore sanitario e socio-sanitario.

Per quanto riguarda la gestione clinica verranno definite le strategie di attuazione per la gestione clinica nei servizi sanitari. In particolare, si affronteranno i mezzi di comunicazione e di accesso a posizioni di sistemi di gestione, la loro professionalità e autonomia, e gli standard di qualità richiesti in relazione alla prestazione di cure infermieristiche, la sicurezza del paziente e il coordinamento dell'assistenza sociale.

I gruppi di lavoro hanno un tempo di due mesi dalla firma dell'accordo, per presentare i risultati del loro lavoro al comitato di monitoraggio, e successivamente saranno affrontate in un convegno e al Consiglio Inter-territoriale della Salute.

L'accordo sottolinea che i professionisti infermieri sono una delle pietre angolari del sistema sanitario nazionale, e ricorda che il loro lavoro è sempre stato sottoposto a monitoraggio e valutazione. In particolare, l'ultimo sondaggio sulla salute ha concluso che gli infermieri continuano ad essere il gruppo più apprezzato dagli utenti di assistenza sanitaria, con un punteggio di 7,4.

SATSE apprezza l'impegno collaborativo acquisito dal Ministero della Salute con la professione infermieristica, ma avverte che vigilerà che l'accordo sia tradotto in azioni concrete ed efficaci evitando che diventi una mera dichiarazione di intenti.

# In USA sta riscuotendo un grande successo il film «Se Florence ci vedesse ora»

Per le riprese c'è voluto un anno e la prima visione assoluta si è tenuta a Los Angeles l'11 ottobre 2012 registrando un graditissimo consenso di pubblico.

Il regista ha dichiarato che lo scopo principale del film è quello di sensibilizzare la leadership sanitaria e i personaggi della politica alla conoscenza della magnifica arte infermieristica e dell'importanza sociale del loro entusiasmante lavoro, mostrando cosa sono e cosa fanno davvero.

E' evidente lo sforzo di fornire una visione realistica del lavoro infermieristico, conosciuto in modo distorto dal grande pubblico per lo più attraverso serial tv come MASH, o come Grey's Anatomy, Private Practice, House, fino al recente ER, che perpetuano il ruolo centrale dei medici, mostrati a fare di tutto e quello ancillare delle infermiere (vedi la time lines degli infermieri sui media americani in fondo pagina).

L'uragano Sandy dell'ottobre 2012 oltre alla sua sconvolgente distruzione, ha portato alla ribalta l'eccezionale lavoro svolto dagli infermieri nel salvataggio di 260 pazienti evacuati dal Langone Medical Center, in situazioni critiche, con i neonati della TIN e con il black out elettrico anche dei generatori che non sono entrati in funzione. Tutti i media ne hanno parlato e perfino Obama l'ha ben evidenziato e ricordato nei suoi messaggi.

Il film non ha un copione; è una testimonianza ininterrotta di 73 infermieri scelti tra i 120 intervistati, appartenenti alle varie discipline assistenziali.

E' dedicato al pubblico medio affinché

non si ricordi di loro solo nel momento del bisogno, ma anche agli stessi infermieri per aiutarli a conoscersi e migliorare la propria auto stima. Il regista è rimasto stupito dell'umiltà che trapelava dagli infermieri intervistati i quali, non sentendosi degli "eroi" ma semplici lavoratori, si stupivano del suo interessamento.

**Speriamo che nel prossimo futuro non debba essere ancora un uragano a far parlare bene degli infermieri.**

## Il Progetto

E' difficile trovare una persona la cui vita non sia stata toccata da un infermiere, ma quanto sappiamo di queste persone che abbiamo lasciato in alcuni dei più intimi e gioiosi momenti difficili dell'esperienza umana? Questo film offre uno sguardo

lenza Infermieristica» (ONE), organizzazione no-profit, il cui scopo è quello di espandere l'efficacia, l'efficienza, il benessere e il riconoscimento della professione infermieristica.

## Esigenze affrontate dal progetto

Stiamo entrando in un periodo di enorme cambiamento nel settore sanitario. Approfondendo la comprensione dell'assistenza, ci stiamo battendo per un futuro in cui i responsabili politici e i leader delle organizzazioni sanitarie prendano decisioni ben informate, dove il pubblico abbia una migliore comprensione del ruolo e del valore degli infermieri (al di là di TV e stampa), in cui gli infermieri sono ispirati verso l'eccellenza nella diversità dei ruoli.

## Destinatari

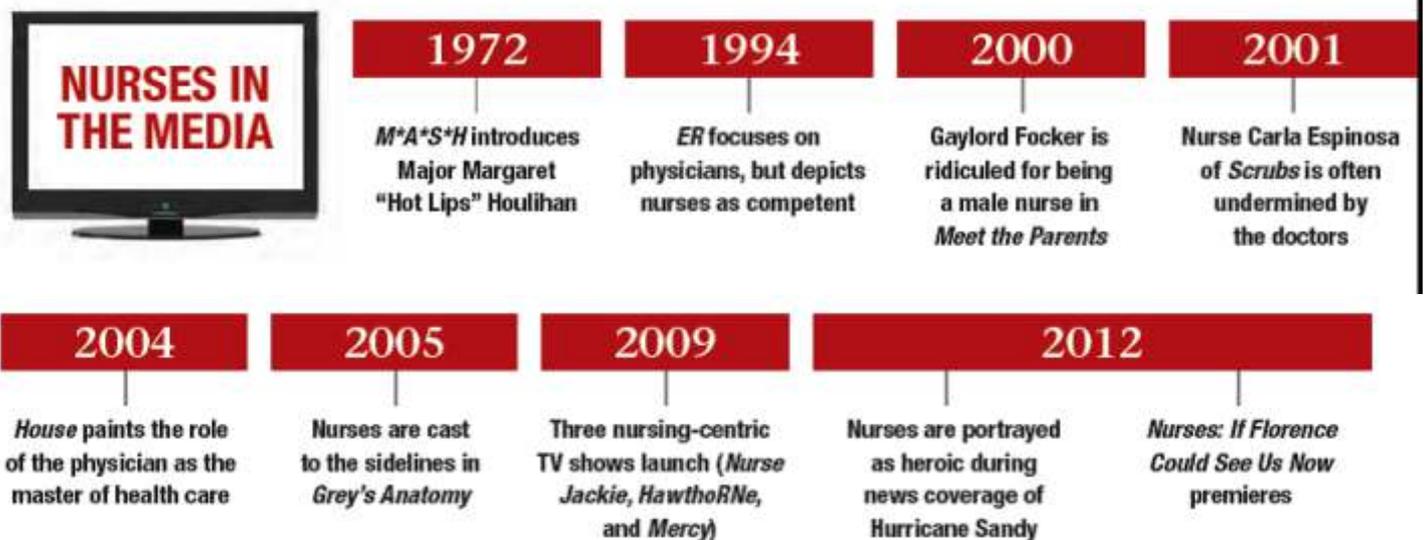
Questo film è per gli infermieri, dirigenti sanitari, politici, i pazienti, le loro famiglie e il pubblico in generale. Il film è anche a disposizione delle organizzazioni professionali, ospedali, scuole per infermieri, mezzi di informazione e una vasta gamma di pubblico per la visione individuale e di gruppo.

Il film, sponsorizzato dall'**American Nurses Association** e da altre associazioni, è **diretto** da - Kathy Douglas, RN, MHA, **Produttore esecutivo** - Karen Kirby, RN, MSN, NEA-BC, FACHE, **Produttore** - Sara Moncada Madril, **Direttore di Fotografia** - Marlon Torres, **Musica** di Justin R. Durban.



raro nel complesso mondo, eccitante e stimolante di essere un infermiere, esplorandone l'essenza nei diversi ruoli dell'assistenza, dal letto alla sala operatoria, alle cure domiciliari - le sue gioie e i suoi dolori e i molti modi che gli infermieri hanno nell'impatto con la vita degli altri. Le loro storie si alternano dalle risate alle lacrime.

Questo film è un progetto di «Eccel-



Il trailer del film su [http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=D4G3DXY\\_VKI](http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=D4G3DXY_VKI)



## NurSind

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

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o .....

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

Residente in via ..... N° .....

Città ..... Prov. (.....) CAP .....

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

Email: .....

Codice Fiscale .....

Qualifica ..... Matricola .....

In servizio presso .....

### si iscrive

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

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

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

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ in fede .....

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

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ in fede .....

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

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

|               |             |                 |             |                 |             |
|---------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| AGRIGENTO     | 339 1548499 | GENOVA          | 373 5319440 | PORDENONE       | 347 1174975 |
| ALESSANDRIA   | 348 7730047 | GORIZIA         | 339 3500525 | POTENZA         | 348 5158076 |
| ANCONA        | 339 2221513 | IMPERIA         | 340 6170522 | PRATO           | 380 3642130 |
| AREZZO        | 328 0479421 | LATINA          | 347 8465074 | RAGUSA          | 393 9912052 |
| ASCOLI PICENO | 347 6459027 | LECCE           | 347 3423464 | RAVENNA         | 389 7942332 |
| ASTI          | 329 3342209 | LECCO           | 349 6441234 | REGGIO EMILIA   | 393 4083204 |
| AVELLINO      | 333 1152288 | LIVORNO         | 349 8870262 | REGGIO CALABRIA | 329 9283470 |
| BARI          | 339 4064096 | LUCCA           | 328 0596018 | RIETI           | 334 3800929 |
| BARLETTA      | 328 4173358 | L'AQUILA        | 333 4125508 | RIMINI          | 329 0683133 |
| BERGAMO       | 348 7368056 | MACERATA        | 338 1745511 | ROMA            | 333 9240281 |
| BENEVENTO     | 348 7240030 | MASSA-CARRARA   | 349 8455285 | ROVIGO          | 347 7672006 |
| BOLOGNA       | 334 2737666 | MATERA          | 342 8053431 | SALERNO         | 334 2716330 |
| BOLZANO       | 373 7007311 | MEDIO CAMPIDANO | 347 1644078 | SASSARI         | 328 9443801 |
| BRESCIA       | 348 2961805 | MESSINA         | 329 1346064 | SAVONA          | 347 5875644 |
| BRINDISI      | 333 1093968 | MILANO          | 331 5643203 | SIENA           | 393 3248029 |
| CAGLIARI      | 349 4319227 | MODENA          | 333 6235744 | SIRACUSA        | 333 1408681 |
| CALTANISSETTA | 329 7009683 | MONZA           | 339 1937863 | TARANTO         | 333 3940862 |
| CAMPOBASSO    | 347 0733738 | NAPOLI          | 338 6268353 | TERAMO          | 329 0075711 |
| CARBONIA      | 329 1107560 | NOVARA          | 347 3883671 | TORINO          | 328 5314092 |
| CASERTA       | 393 4358822 | NUORO           | 347 9556199 | TRAPANI         | 347 3744150 |
| CATANIA       | 333 2546522 | OLBIA TEMPIO    | 349 2427476 | TREVISO         | 340 3402872 |
| CATANZARO     | 320 4370271 | ORISTANO        | 333 9618011 | TRIESTE         | 328 4614838 |
| CHIETI        | 338 2561933 | PALERMO         | 339 1289128 | UDINE           | 339 2397838 |
| COSENZA       | 368 7215017 | PADOVA          | 346 0106154 | VARESE          | 377 1558167 |
| CUNEO         | 348 1222695 | PARMA           | 347 1058737 | VENEZIA         | 339 2754384 |
| ENNA          | 333 6106527 | PAVIA           | 366 4444153 | VERCELLI        | 393 9996579 |
| FERMO         | 348 3394773 | PERUGIA         | 349 3988700 | VERONA          | 329 9559578 |
| FIRENZE       | 389 9994148 | PESARO-URBINO   | 334 5317010 | VIBO VALENTIA   | 380 7978263 |
| FOGGIA        | 320 8811330 | PESCARA         | 320 3134105 | VICENZA         | 320 0650894 |
| FORLI'        | 338 2368798 | PIACENZA        | 328 6907603 | VITERBO         | 338 6760259 |
| FROSINONE     | 340 8708765 | PISA            | 320 0826435 |                 |             |

DIPENDE ANCHE DA TE!

NURSIND

Nursind e gli Infermieri:

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