Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro. Anno XI° - Numero 27 - 1° trimestre 2012

Speciale: l'Infermiere di Comunita'

NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

NURSIND - Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche - Pisa - Periodico I
Spedizione in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n°46), art. 1

Alle elezioni RSU 2012

NurSind

il sindacato infermieristico più votato

+79%

sommario:

attualità

04 - Elezioni RSU 2012: NurSind avanza del 79% e diventa il sindacato infermieristico più votato
05 - I nostri obiettivi nazionali
06 - Disagi nei Pronto Soccorso: la soluzione è l'Infermiere di Famiglia
07 - Roma, P.S. Policlinico Tor Vergata: la denuncia del Nursind alle Istituzioni
08 - Roma, la denuncia del Nursind al San Camillo: ricoveri in corridoio per sfollare il PS
08 - Roma: sit-in denuncia del Nursind contro i ricoveri sulle barelle
09 - Pisa: al PS Condizioni di lavoro inaccettabili. Impennata nelle richieste di trasferimento
10 - Lecce delibera l'infermiere Care Manager
10 - Sul Giornale di Vicenza: Nursind apre un dibattito sul Pronto Soccorso
11 - Riforma del LAVORO: gli infermieri chiedono parità di trattamento con il lavoro privato
12 - Nursind incassa un'importante sentenza contro il demansionamento: la chiusura dei ROT è compito degli OTA
12 - Cambio divisa e tempo di consegna: due sentenze NurSind in Corte d'Appello confermano il diritto alla remunerazione
13 - Lettera al Ministro Fornero sui lavori usuranti
13 - Boom di contratti "part time" per le infermiere italiane
13 - ECM: le nuove regole e sanzioni per chi non si aggiorna

dal territorio

14 - Udine - prosegue lo stato di agitazione: due giorni di presidio
14 - Nursind Lombardia a Formigoni: ripensare la politica dei parcheggi nei nuovi ospedali
15 - Pescara - Importante vittoria NurSind. La Corte d'Appello decreta: cambio divisa remunerato
15 - Bari: a confronto con la direzione sui posti letto
16 - Roma Policlinico Gemelli - Contratto infermieri a rischio
16 - Sassari: accordo sulla banca delle ore
17 - 2001-2012 Nursind Sassari compie 11 anni!
17 - Reggio Calabria: trasparenza, evoluzione ed abbandono di logiche anacronistiche. Nursind scende in campo a fianco dei lavoratori delusi
18 - Cagliari: la denuncia del Nursind contro il precariato
18 - Caltagirone: Nursind organizza un corso gratuito per salvare i bambini che inalano corpi estranei
19 - Salerno - Prosegue lo stato d'agitazione supercarichi e disorganizzazione
20 - La denuncia del Nursind al Commissario Ivrea - spogliatoi a 13°
21 - Ospedale Busacca di Scicli: mancano gli ausiliari... tanto ci sono gli infermieri
21 - Lecce: sulla carenza di personale Il Sindaco appoggia Nursind
22 - Messina: Nursind da fastidio al Deus ex machina della sanità siciliana?
22 - Taormina: declassamento dell'ospedale - Scelta inspiegabile e repentina
23 - Nuoro: il San Francesco ai minimi storici. Cento infermieri e 150 Oss in meno nell'organico dell'Asl

normative

26 - Alle ASL l'interdizione anticipata se dovuta a forme morbose
26 - Feltre: le infermiere vincono la causa sul part time
26 - E' discriminatorio negare i congedi di paternità anche se la moglie non lavora
27 - Rispondono in proprio i dirigenti ASL per indennità pagate illegalmente
27 - Illegittima risoluzione del rapporto di lavoro alla lavoratrice madre che rifiuta di effettuare lavoro notturno
28 - Astensione, permessi, riposi e congedi in caso di maternità

formazione professionale

29 - Infermiere di Comunità: l'esperienza dell'Azienda per i servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana
35 - In libreria

Lettere alla redazione

36 - Siamo proprio convinti di essere professionisti?
36 - Marito e moglie infermieri in polemica con il sindaco, a difesa della dignità professionale
36 - Ringraziamenti
36 - Mobilità intercompartimentale

esteri

38 - Slovacchia: da aprile nuovi stipendi a Infermieri e Ostetriche
38 - Nel 2020 gli infermieri in Cina saranno 4,5 milioni

Infermieristica Mente
sindacando NURSIND

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

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

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

NAPM RECYCLED 50% APPROVED

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

Il paradosso del sistema capovolto

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind

"Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi".

Florence Nightingale, Pasqua 1889

"Prevenire è meglio che curare", è sì la famosa frase pubblicitaria di una nota marca di dentifricio ma è anche una sacrosanta verità sanitaria ed economica ampiamente condivisa (a parole) e sta a indicare che la prevenzione è antecedente rispetto alla cura sia temporalmente sia valorialmente perché punta a preservare un bene, la salute, che altrimenti potrebbe essere compromesso.

Se la cura è riconosciuta per gran parte di competenza medica, nella prevenzione la competenza è maggiormente diffusa tra le varie professioni sanitarie. In particolar modo l'assistenza infermieristica rappresenta una fetta importante delle pratiche per il mantenimento dello stato di salute e per evitare eventuali complicanze. La presa in carico assistenziale, pre e post ricovero e nella prevenzione tout court, ha un valore fondamentale per la persona, per il bene salute costituzionalmente tutelato, per la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale e per la corretta allocazione delle risorse economiche e professionali.

Se riteniamo centrale la prevenzione (delle malattie e delle loro complicanze che possono acuire la non autosufficienza) non possiamo non concordare sul fatto che l'attuale sistema di erogazione dei servizi sanitari rappresenta un paradosso avendo assunto quale aspetto centrale la cura e chi cura. In sostanza, si è capovolto l'assioma iniziale: curare è meglio che prevenire.

È questo sistema, così capovolto, funzionale alla persona o, piuttosto, al soggetto erogatore o a chi gestisce l'erogazione? Si è scelto forse la strada storicamente più facile, inizialmente meno costosa (cosa da dimostrare), politicamente più conveniente? Perché di fronte al rischio di implosione del Sistema non si tenta di esplorare nuove strade come accade in altri paesi d'Europa?

Personalmente ritengo che la cura sia fondamentale quanto lo è, e lo può maggiormente essere, la prevenzione. Intendiamoci: una prevenzione a tutto campo non ristretta a specifiche campagne di screening molto spesso frutto d'interessi distributivi più che di efficacia clinico-epidemiologica in rapporto alla spesa.

È in questo concetto più ampio di prevenzione come attenzione ad anticipare gli eventi morbosi e le complicanze derivanti dalla post acuzie, dalla cronicità e dalla fragilità che la risorsa infermieristica penso possa autonomamente dimostrare tutto il suo valore. In particolare, abbiamo recentemente tematizzato l'importanza della presa in carico delle persone con bisogni di salute al di fuori dei luoghi "ufficiali" della cura (le strutture per acuti) nel territorio, nella comunità e nella famiglia quale soluzione innovativa per limitare gli accessi anche impropri ai pronto soccorso e al ricorso di ulteriori cure ed accertamenti sempre più costosi.

In questo numero sarà dato particolare risalto alla figura dell'infermiere di famiglia quale supporto proattivo alla gestione nel territorio dei bisogni di salute dei cittadini. Come nella struttura ospedaliera l'infermiere si occupa di rilevare, registrare e comunicare i parametri clinici, effettuare la somministrazione dei farmaci, attuare la prevenzione delle infezioni e delle complicanze delle procedure (per es. bronco aspirazioni, fleboclisi, enteroclismi,…), dell'allettamento (polmonite da stasi, stipsi, piaghe da decubito, trombosi, …) della gestione dei presidi (Cateteri venosi e urinari, sonde per alimentazione, drenaggi, sacche per stomie, pannoloni, …), informare sui corretti stili di vita e comportamenti così tale professionalità può essere espressa a domicilio dell'assistito. Tale figura agisce in sinergia con gli altri professionisti della salute e all'interno di un sistema che è ancora, a mio parere, medico-centrico soprattutto nella destinazione delle risorse economiche e umane. Di questo aspetto, sottolineato nel nostro comunicato stampa, i medici di medicina generale si sono risentiti; non così i numerosi colleghi che ben conoscono la remunerazione delle loro attività e la modalità di gestione dei vari programmi di assistenza o campagne vaccinali e alcuni cittadini che conoscono altre esperienze del nord europa.

Ancora una considerazione: in questi anni attraverso i piani di rientro e gli accorpamenti dei reparti si sono ripianati i debiti delle aziende sanitarie principalmente con la riduzione del personale del comparto lasciando pressoché intoccata la dirigenza e la medicina convenzionata. Questa politica del risparmio immediato derivante dal calo delle dotazioni organiche e dalla chiusura delle strutture ospedaliere e dei reparti senza rafforzare contemporaneamente la rete di protezione del territorio, pone il sistema nell'impossibilità di dare una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che andranno sempre più presso le strutture per acuti (pronto soccorso) o che dovranno ricorrere al mercato privato o pagare di tasca propria la farmaceutica e l'assistenza non proprio professionale (badanti). A ben guardare in questo modo si profila un'altra forma di prelievo dal reddito familiare per far fronte ai bisogni di salute.

A nostro parere, con le dimissioni ospedaliere sempre più precoci e le difficoltà nella gestione del paziente cronico e pluripatologico, la famiglia, come luogo preferenziale e a volte obbligato delle cure, non può essere lasciata sola o quantomeno scoperta dal punto di vista assistenziale. Non è equo e universalistico un sistema che preveda l'assistenza infermieristica certa e gratuita nelle strutture per acuti e incerta e di secondo livello (per dotazione organica e per la marginalità del ruolo ricoperto) nel territorio. Occorre da parte nostra far emergere come un'adeguata assistenza infermieristica possa essere fonte di notevole risparmio e una valida alternativa alla medicina della cura. Non, dunque, un'infermieristica alle dipendenze del medico di famiglia ma un'infermieristica del servizio pubblico, autonoma nell'esercizio della propria professione e in grado di certificare i propri risultati, al completo servizio del cittadino e della comunità.

A chi spetta compiere questa rivoluzione copernicana per riportare il sistema nel giusto verso? Sta a noi infermieri informare, proporre e convincere gli organi decisori che il prendersi cura è antecedente alla cura. Il Nursind, anche in quest'occasione, non si è tirato indietro ed è disposto a fare la sua parte: il sasso è stato gettato e l'onda che è partita si sta espandendo nelle diverse realtà del paese, dal Friuli alla Sicilia, da chi ha già ampia esperienza alla spalle a chi vuole credere e scommettere in un futuro diverso e più vicino a standard europei.

Elezioni RSU 2012:

NurSind avanza del 79% e diventa il sindacato infermieristico più votato

Storico sorpasso nei confronti del Nursing Up

La Direzione Nazionale Nursind nell'esprimere la soddisfazione dei risultati che stanno pervenendo dalle commissioni elettorali ringrazia i segretari provinciali e tutte le colleghe e colleghi che si sono spesi per contribuire al successo delle liste Nursind.

Rispetto alla precedente tornata elettorale Nursind ha incrementato sensibilmente la presenza nelle RSU aziendali con un sostanziale aumento dei seggi. Gli infermieri prendono così sempre più piede e confidenza con le dinamiche contrattuali, del diritto del lavoro e sindacale.

È questa, pensiamo, la base esperienziale che sarà la sostanza dell'ulteriore crescita del sindacalismo infermieristico in Italia. Non possiamo non notare, infatti, **il confluire in Nursind di sempre più colleghi provenienti da altre esperienze sindacali**. Ciò significa che la strada che stiamo tracciando è quella giusta e questo ci incoraggia ulteriormente. Inoltre, il forte incremento delle iscrizioni nell'ultimo semestre e l'apertura in questi giorni di altre due nuove segreterie provinciali testimoniano il valore delle nostre idee e del nostro operato.

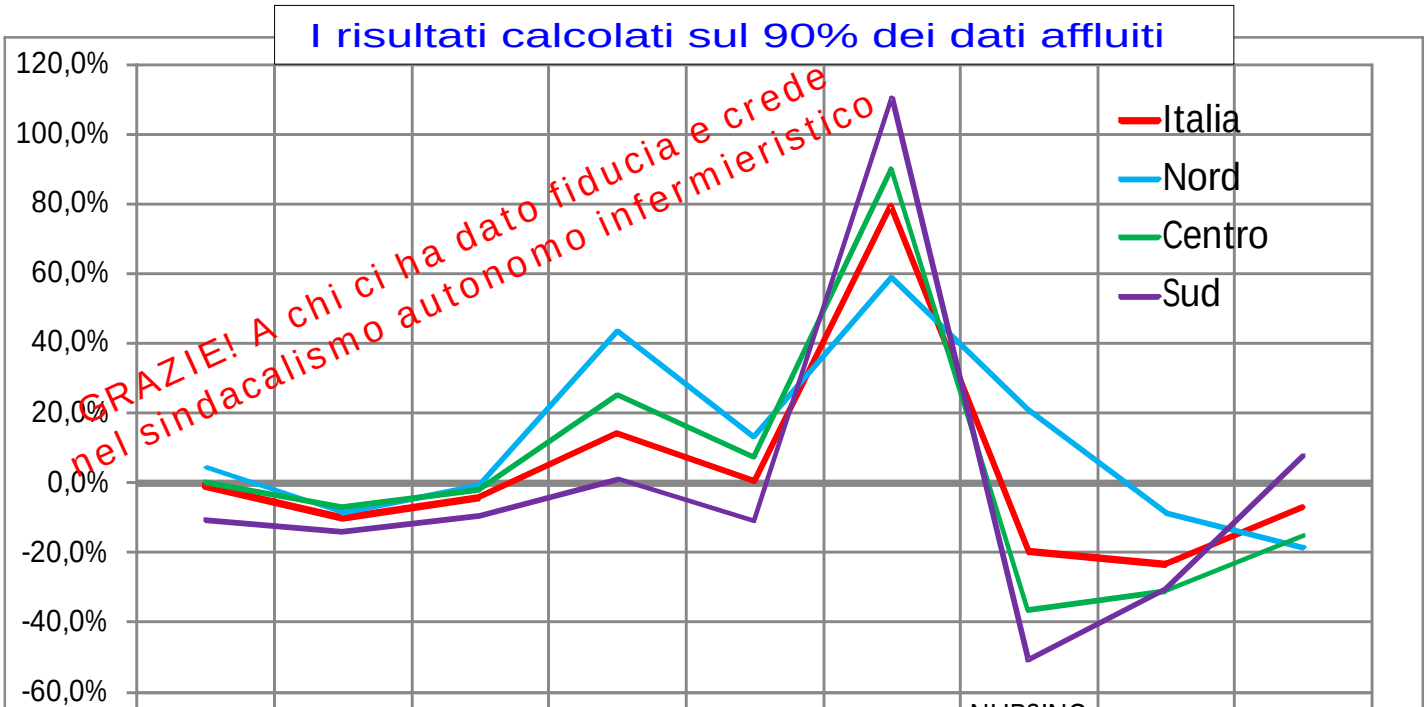
Rimaniamo in attesa di avere i dati definitivi delle elezioni, visto alcuni ricorsi pendenti, e di conoscere gli esiti della rilevazione deleghe per avere contezza sulla rappresentatività a livello nazionale. Ci sarà bisogno di attendere alcuni mesi ma nel frattempo non staremo con le mani in mano. Molte sono le questioni aperte e che vogliamo perseguire fino in fondo per dare maggiore visibilità e valore sociale ed economico alla nostra meravigliosa professione.

Fiduciosi che molti altri vorranno scrivere questa pagina di storia dell'infermieristica assieme a noi estendiamo a tutti il nostro grazie.

La Direzione Nazionale

Era un'elezione "attesa"

La tornata elettorale RSU era molto attesa soprattutto tra gli addetti ai lavori degli apparati sindacali. Essendo trascorsi ben 5 anni dalle ultime elezioni, il responso delle urne era temuto perchè nell'aria si sentiva che qualcosa sarebbe cambiato. Le variabili erano sostanzialmente due. La prima di valenza più politica e che riguardava il giudizio dei dipendenti pubblici sull'operato di CGIL-CISL-UIL nei confronti delle manovre economiche, del blocco dei contratti e delle alleanze con i governi. La seconda era legata in modo particolare a come avrebbero votato gli infermieri. A suffragio di ciò, la campagna pubblicitaria delle varie sigle sindacali che in qualche modo strizzavano l'occhio alla componente infermieristica che nel comparto sanità conta il 57%. Non si sono mai visti così tanti manifesti e volantini con le immagini di infermieri. Solo immagini purtroppo perchè, per il resto, non si è letta alcuna promessa a favore della nostra categoria.



	CGIL	CISL	UIL	FIALS	FSI	NURSIND	NURSING UP	USB	UGL
Italia	-1,0%	-10,1%	-4,1%	14,0%	0,4%	79,2%	-19,6%	-23,3%	-7,2%
Nord	4,4%	-8,8%	-0,5%	43,3%	13,0%	59,0%	21,0%	-8,7%	-18,7%
Centro	0,1%	-7,0%	-2,1%	25,1%	7,0%	90,1%	-36,6%	-31,1%	-15,3%
Sud	-10,5%	-14,1%	-9,4%	0,9%	-11,2%	110,2%	-51,0%	-30,7%	7,7%

La differenza dei risultati elettorali quindi poggiava tutta su chi sarebbe riuscito ad accattivarsi al meglio i 250.000 voti potenziali della professione infermieristica.

Il pericolo incombente era rappresentato dalla capacità del sindacato di categoria di conquistare per la prima volta un largo consenso. E così è andata. Nursind è l'unico sindacato a registrare un forte incremento con ben il 79% in più rispetto al 2007. In questi anni la coscienza professionale è cresciuta insieme al numero delle iscrizioni al Nursind ed alla sua diffusione nazionale. Se si tiene conto che tale risultato è stato raggiunto contando solo sul 61% del totale delle RSU (Nursind ha presentato 157 liste su 257), la soddisfazione è ancora più grande, e lo sarà ancor più se tra tre anni riusciremo a presentare liste Nursind in tutto il Paese.

Dai dati parziali gli aventi diritto al voto scendono dello 0,4% confermando la tendenza alla riduzione del personale nel SSN. Anche i votanti di conseguenza scendono dell'1,4%.

La CGIL registra un incremento al Nord con il 4,4% che però non basta a rendere positivo il dato nazionale che registra un -1,4%, perdendo al centro l'1,3% ed al sud il 10,4%.

La Cisl paga più di tutta la triade il pegno lasciato al governo Berlusconi con un -10,4% nazionale. Perde soprattutto al sud con -14,7%, segue il nord con -8,8% ed il centro con -7,5%.

La UIL lascia sul campo -4,3% rispetto al 2007, registrando il calo maggiore al sud con -9,0%.

La FIALS è l'unico tra i sindacati storici a migliorare il dato sul 2007 con +14,4%. Va bene soprattutto al nord con una performance del 43,3%, seguita dal 24,6% del centro e solo l'1,3% del sud (patria naturale di questo sindacato).

L'FSI era reduce già dal 2007 da una crisi profonda con l'incertezza di "salvarsi" la rappresentatività. Anche il 2012 lo vede in affanno con -2,3%, nonostante si sia "avvantaggiato" di un gruppo di fuoriusciti fuoriusciti dal Nursing Up della Puglia che hanno "lanciato" il Coordinamento Nazionale Infermieri, organo interno all'FSI che ha fatto il possibile per accattivarsi il consenso degli infermieri. Proprio al sud registra il dato più negativo con -17%. Si salva al centro con il 5,8% ed al nord con il 13%.

Eclatante il flop di Nursing Up che da anni si spaccia per l'unico sindacato infermieristico rappresentativo in Italia. Ora le urne hanno fatto chiarezza registrando un flop di -19,6%, rafforzato dal -52,6% del sud e dal -36,7% del centro.

Insuccesso anche per il cartello dei vari Cobas ed ex RdB, sindacati che facevano cartello con la nuova sigla USB. Perde il 25,3% a livello nazionale, con un -35,5% al centro, -31,9% al sud e -8,7% al nord.

L'UGL continua ad essere marginale, perdendo un ulteriore 11,1% nazionale, sostenuto dal -18,7% al nord, -15,3% al centro e -2,2% al sud.

Contrariamente a quanto ci si aspettava, crescono le liste locali con un +53,2% ma senza significato nazionale.

Nursind conquista quindi il 1° posto per incremento percentuale con il 78,3% sul dato nazionale del 2007, sostenuto dal +98,9% del sud, il 92,4% del centro e il 59% al nord.

I dati in nostro possesso sono incoraggianti e ci stimano ormai sulla soglia del 5% di rappresentatività. Per averne la certezza occorrerà attendere i risultati elettorali definitivi e il dato nazionale del numero di iscritti di tutte le sigle. Quel che è certo è che **a marzo è stata scritta una pagina storica del sindacalismo infermieristico italiano** e che è solo l'inizio di una serie di conquiste che gli infermieri attendono da tempo.

I nostri obiettivi nazionali

- Sostanziale incremento economico delle retribuzioni infermieristiche;
- Rivalutazione delle indennità legate al disagio ed alla turnistica;
- Rivisitazione della normativa contrattuale a favore di una conciliazione tra esigenze aziendali e familiari che consenta alle mamme/infermiere di non dover abbandonare la professione e/o l'ospedale; conseguente aumento dei posti part-time;
- Il riconoscimento dell'attività usurante della professione, attraverso una certificazione del disagio che comprenda tutta la carriera lavorativa;
- Un contratto infermieristico unificato, pubblico/privato, basato sulla progressione di carriera nel rispetto dell'anzianità professionale e quindi riconosca le scale stipendiali a prescindere dal datore di lavoro;
- La ridefinizione delle dotazioni organiche basate sulla complessità assistenziale e la necessità della presenza di un adeguato numero di personale di supporto OSS;
- Politiche che incentivano e facilitano l'aggiornamento professionale, che deve rientrare nel debito orario settimanale;
- L'infermiere di famiglia;
- L'infermiere insegnante di educazione sanitaria nella scuola dell'obbligo;
- Sgombrare il campo della docenza a tutti i livelli formativi dall'ingerenza medica;
- La libertà di esercitare la libera professione;
- Il giusto riconoscimento economico del coordinamento, delle specializzazioni, dei tutor e dei responsabili di turno;
- L'adeguamento nelle aziende del numero delle posizioni dirigenziali infermieristiche agli standard delle altre categorie;
- La differenziazione dei DRG per competenze e funzioni distinguendo la parte infermieri-stica da quella medica;
- La differenziazione degli obiettivi delle RAR nel rispetto delle funzioni professionali.

Disagi nei Pronto Soccorso:

la soluzione è l'Infermiere di Famiglia

E' chiaro che la sola gestione dei non autosufficienti a domicilio in mano ai medici di medicina generale è fallimentare. Dobbiamo attendere che l'Europa commissari il SSN?

Da anni gli infermieri italiani e il sindacato Nursind lo vanno dicendo ma la politica non ascolta: "la soluzione per l'intasamento dei Pronto Soccorso – afferma il segretario nazionale dott. Andrea Bottega - è la valorizzazione e l'istituzione dell'infermiere di famiglia". "L'elevato numero di codici bianchi (quelli meno gravi) è la misura – continua il dott. Bottega - che il servizio offerto dai medici di medicina generale non è efficiente, il cittadino preferisce aspettare ore al pronto soccorso pur di ricevere una prestazione che non trova altrove. Il fenomeno dei "rientri" (persone che si scompensano e rientrano più volte nella struttura ospedaliera) è il segnale che dopo la dimissione non vengono seguiti adeguatamente."

In questi anni si è proceduto a tagli alle strutture ospedaliere, ai posti letto, al personale dipendente pubblico ma non si ha avuto il coraggio di rivedere la convenzione con i medici di medicina generale. Una convenzione che è un "tassametro" per il servizio sanitario nazionale che si trova spesso a pagare due volte lo stesso servizio. Infatti, mentre il paziente è in cura, magari per mesi, presso una struttura ospedaliera lo Stato che paga i medici e gli infermieri della struttura continua, nello stesso tempo, a pagare anche la quota al medico di famiglia che nel 90% dei casi non si fa mai vedere o sentire.

La figura dell'infermiere di famiglia, presente in molti paesi e prevista dal documento salute 21 della regione europea dell'OMS, permette di seguire "in famiglia" le persone con problemi di salute e non autosufficienti. È una figura di raccordo con la struttura ospedaliera, il medico di base e specialista e il distretto socio sanitario. È da anni che anche l'ordine professione degli infermieri (IPASVI) spinge per l'implementazione di questa figura ma sembra che il sistema debba collassare prima che ci si accorga delle grandi potenzialità e professionalità che gli infermieri italiani possono offrire ai loro concittadini.

"In questo periodo di crisi e con la passata esperienza, non mi pare condivisibile – conclude il segretario nazionale Nursind – voler insistere, come sembra fare il Ministro Balduzzi, sui medici di medicina generale. O si è disposti a provare strade nuove meno onerose e più efficaci oppure c'è da sperare che l'Europa commissari non solo l'economia ma anche il nostro Sistema sanitario nazionale."

A. Bottega a Paese Reale su Rai3

NurSind alla stampa: con l'Infermiere di Famiglia un risparmio è possibile

Tra le forme di spreco della sanità italiana non ci sono soltanto le cattedrali nel deserto o costosi macchinari acquistati e mai utilizzati. Vi rientrano a vario titolo anche i cosiddetti **"codici bianchi"** o la **"medicina difensiva"**. Aspetti neanche troppo secondari, se si vanno a vedere le cifre relative. Una giornata in ospedale costa tra gli 800 e i 1000 euro mentre le cure a casa potrebbero costare tra i 40 e i 60 euro. Un risparmio possibile con l'introduzione dell'infermiere di famiglia, cavallo di battaglia del Nursind.

Si tratta di una figura già presente in molti Paesi e prevista dal documento salute 21 della regione europea dell'Oms con funzioni di raccordo con la struttura ospedaliera, il medico di base e specialista e il distretto socio sanitario. Una soluzione che può contribuire a combattere gli sprechi e in particolare l'intasamento dei pronto soccorso.

Con la riduzione dei posti letto negli ospedali e l'accorpamento dei reparti si sono ridotti anche i tempi di ricovero. Così i malati vengono dimessi prima e costringono i familiari ad improvvisarsi infermieri. La conseguenza è che non sanno come trattare il paziente e allora **si rivolgono al medico curante che li rimanda di nuovo in ospedale**. Un circolo vizioso che comporta enormi sprechi.

I pronto soccorso, che dovrebbero servire per le urgenze, diventano in questo modo un alter ego dei medici di famiglia. E molti corrono in ospedale per qualsiasi sintomo; un anziano che da cinque giorni non va in bagno viene portato al pronto soccorso; per un piccolo taglio si corre in ospedale, ignorando che la sutura dal medico curante costerebbe meno. Ma il cittadino preferisce aspettare ore al pronto soccorso pur di ricevere una prestazione che non trova altrove.

Ma perché, allora, gli italiani non vanno dal medico di famiglia? Hanno poca fiducia? C'è un problema di efficienza che non si può più ignorare: la gente piuttosto che aspettare due ore in studio, magari aperto solo poche ore perché il medico curante va a fare anche visite domiciliari, corre in ospedale. E così salta tutto il sistema. In questo periodo di crisi non è condivisibile voler insistere, come il ministro Balduzzi, sui medici di medicina generale.

Infine, tra le forme di spreco "minori", c'è anche la cosiddetta "medicina difensiva". Oggi c'è un eccessivo ricorso, sia da parte dei medici che delle strutture sanitarie nazionali, che si traduce in un ingiustificato aumento della prescrizione di esami clinici, specialistici e strumentali talvolta non necessari, con conseguente aumento

dei costi della sanità pubblica, dei tempi di attesa, e l'incremento esponenziale delle polizze assicurative.

Il ministro Balduzzi al congresso IPASVI: Utilizzare gli infermieri anche sul territorio

Dalll'intervento del ministro della Sanità al XVI° congresso IPASVI tenutosi a Bologna dal 22 al 24 marzo 2012 - *"Gli infermieri sono una componente essenziale del Servizio sanitario nazionale, un vanto, un orgoglio del nostro Paese"*. Ha quindi sostenuto che *"stiamo cercando di introdurre, insieme con le Regioni, alcuni elementi di 'novità', come nuovi modelli organizzativi,* ***l'utilizzazione degli infermieri anche sul territorio****, la modulazione per intensità di cura, che sono novità solo per chi non vive tutti i giorni i bisogni reali della nostra Sanità: ne parliamo da anni nei convegni, ora bisogna metterle in pratica.*

Per alleggerire il lavoro dei pronto soccorsi e degli ospedali occorre "utilizzare appieno" le competenze degli infermieri sul territorio extraospedaliero". L'intervento è proseguito sostenendo che "*la valorizzazione degli infermieri ha bisogno di qualche passo avanti in più. Penso che la valorizzazione di una componente così importante come gli infermieri abbia ancora bisogno di qualche passo in più e che la possibilità di utilizzare appieno,* ***non soltanto nella naturale dimensione ospedaliera ma anche in quella territoriale****, il ruolo degli infermieri sia una delle frontiere prossime sulle quali possiamo cominciare ad attrezzarci".*

Roma, P.S. Policlinico Tor Vergata: la denuncia del Nursind alle Istituzioni

Alla cortese attenzione:

Ufficio Provinciale del Lavoro
Servizio Ispezione del Lavoro
Garante Protezione dati personali
Carabinieri nucleo antisofisticazione e sanita'
Regione Lazio Commissione XIII sanita'
Consiglio regionale del Lazio
Ufficio del difensore civico della regione Lazio

Oggetto: Denuncia situazione di grave rischio e pericolo incolumità per i pazienti e per la sicurezza dei professionisti infermieri.

NurSind ha lo scopo di tutelare gli interessi e le prerogative del personale infermieristico e di collaborare con le istituzioni per ripristinare la legalità e realizzare tutti gli obiettivi previsti dalla normativa in tema di diritti sanitari.

A tale fine si DENUNCIA che da troppo tempo nel PS/OBI del Policlinico Tor Vergata vi è uno sproporzionato numero di pazienti ricoverati su barelle, rispetto alle postazioni effettive. Tale grave situazione è stata più volte segnalata dal personale, ma mai nulla di efficace è stato fatto per risolvere tale questione.

Tale singolare metodologia di ricovero, fuori ogni ragionevole dubbio lede la dignità dell'essere umano.

Nelle 2 stanze da 2 letti, vengono ricoverati 10 pazienti in barella, 5 per stanza. Nelle 2 stanze da 4 letti e nella piazzetta da 4 letti, vengono ricoverati 45 pazienti in barella, 15 in ogni stanza 6 barelle per lato e 3 barelle nel centro. Nella sala rossa con 4 postazioni, vengono ricoverati 7 pazienti 3 per lato ed 1 nel centro. Come sen non bastasse passare da 24 ricoveri a 62 pazienti in barella (sala rossa compresa), vengono ulteriormente ricoverati altri pazienti posizionandoli lungo il corridoio tra le porte tagliafuoco ed in ogni luogo possibile, arrivando anche ad oltre 80 pazienti, sempre con lo stesso personale. Ed è ininfluente se sono in osservazione, oppure in attesa di ricovero, tutti convivono negli stessi spazi e della stessa assistenza.

Tutti dati disponibili, e più volte comunicati dal personale alla Direzione Sanitaria.

Il cittadino costretto dalla sua disabilità fisica viene a trovarsi a convivere riunito ad altri sventurati pazienti per giorni e giorni in barella in attesa di un letto, con bagni insufficienti per i fortunati che deambulano, e per gli atri cure igieniche in totale condivisione con il resto dei degenti e del personale, non c'è spazio per mettere paraventi, inoltre il lavandino delle stanze è anche quello per il personale d'assistenza.

Si denuncia l'impossibilità per i degenti di utilizzare il campanello d'allarme, perche inesistente, come è inesistente l'intera unità di vita del degente.

Si DENUNCIA la mancanza di una stanza per gli infermieri indispensabile per preparare la terapia e svolgere il loro lavoro di professionisti sanitari.

Si vedono al contrario, lungo il corridoio carrelli con i medicinali le schede terapia/ cartelle. L'infermiere è costretto ha svolgere il suo lungo lavoro di preparazione dei farmaci e attività di trascrizione dati e parametri vitali nel corridoio tra i pazienti li ricoverati, e lì lascia medicinali e cartelle incustodite mentre si allontana per svolgere il suo lavoro. Inoltre come può somministrarla in sicurezza, e non può neanche somministrarla rispettando la privacy dei pazienti, è inesistente lo spazio tra una barella e l'altra, inoltre quali difficoltà deve affrontare il personale per mantenere le norme igieniche usando in comune il lavandino sopra menzionato.

Atro aspetto di grave difficoltà è l' impossibilità di fronteggiare prontamente una eventuale emergenza, dovendo dribblare tra le barelle e spostarle per poter arrivare dal malcapitato.

Ancora difficoltà, i degenti che confusi si sistemano nelle barelle di altri pazienti, e non si riesce poi ad individuarli, la possibilità di errore è elevata, situazione più volte segnalata dal personale anche al Risk Management.

La sala rossa non può essere gestita da un' infermiere e avere al suo interno n. 6/7 pazienti ricoverati.

Non banale in fine lo stress cui tutto il personale è costretto a subire, anche per le non eccezionali liti dei pazienti/parenti, che spesso coinvolgono il personale, ed il personale di sorveglianza non interviene perché la sua funzione è la sorveglianza dei beni.

Si richiede intervento al fine di tutelare i degenti ed il personale tutto.

Roma, 24 gennaio 2012

Segretario Aziendale NurSind

Alessandro Iacchetti

Roma, la denuncia del Nursind al San Camillo: ricoveri in corridoio per sfollare il PS

Un estintore al posto dell'ossigeno, sopra la testa di un malato ricoverato in corridoio, senza bagno, e senza campanello, obbligatorio in ospedale. E la privacy protetta, si fa per dire, solo da un separè.

E' la foto scattata nella terza unità operativa di Malattie polmonari diretta dal prof. Giovanni Puglisi nel padiglione Marchiafava al San Camillo Forlanini.

"E' solo un letto e per l'emergenza" commenta così la foto il primario che fa capire:"meglio così che per terra".

La foto scattata documenta come si vive negli ospedali romani ai tempi del piano di rientro dal buco sanitario. E' una delle tante che girano in rete sui nosocomi romani dopo quella del malato a terra sul materasso al PS.

Il 29 febbraio Nursind ha organizzato un sit-in di protesta, con le foto dei ricoveri in corridoio che per Nursind "vanno avanti da mesi", come il "caos nei PS". Eppure "ci voleva una foto shock perchè andasse alla ribalta".

Tutti i corridoi sarebbero pieni di letti al San Camillo Forlanini. A Gastroenterologia, nel padiglione Bassi, ieri mattina ce n'erano altri due. Come mai? "Non è stato ancora aperto il nuovo reparto che doveva alleggerire il pronto soccorso - dicono i medici - volevano rubarci gli infermieri e i sindacati si sono opposti". "Peccato non sia vero - ribatte il direttore generale A. Morrone - con CGIL-CISL-UIL e FIALS c'è l'accordo per un reparto ad intensità di cure infermieristiche, che riconosca la dignità del laureato in scienze infermieristiche, con 12 nuove assunzioni. Qualche sindacato fa propaganda".

Ma per gli infermieri del Nursind il ricovero in corridoio è "una prassi" che "va avanti da mesi" e lo scrivono pure sulla cartella clinica - dice Marco Lelli, delegato aziendale Nursind - come fosse un consenso. Il paziente non ha scelta. "O torna a casa e si dimette da solo o accetta e finisce in corridoio". "Gli ottimizzatori, cioè il personale incaricato di trovare i posti letto, chiedono ai vari reparti:'quanti corridoi hai?'. E quando si liberano, i letti restano li. Il corridoio è parte integrante della dotazione ufficiale dei posti letto. Per questo, il 29.8.11 Lelli ha inviato un fax ai Nas dei carabinieri.

Il dg Morrone però spiega che "i malati del pronto soccorso non possono essere

messi nel corridoio. A volte ci sono necessità momentanee - dice - del resto il numero dei letti non può superare quello previsto dalla dotazione del decreto 80 della presidente Polverini, che ha assegnato 47 posti in più".

Il direttore del dipartimento di malattie polmonari Puglisi premette che "non si possono scaricare le colpe" però, aggiunge, "qualche medico di territorio è leggero nel dirottare i pazienti al PS che potrebbero essere aiutati con un antibiotico per la tosse. E ha inciso la riduzione delle cliniche dove inviare i pazienti dopo la fase acuta. E c'è impossibilità di accogliere i pazienti fuori regione che ambiscono i nostri reparti di eccellenza, come quello per le fibrosi polmonari".

Roma: sit-in denuncia del Nursind contro i ricoveri sulle barelle

Durante il sit-in di protesta organizzato il 29 febbraio dalla Segreteria Provinciale Di Roma presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, gli infermieri

hanno messo in evidenza il difficile momento che stanno vivendo tutti i lavoratori, dall'impossibilità di fornire una prestazione adeguata rapportata ai bisogni dell'utenza, al dilagare del triste fenomeno del demansionamento, perpetrato dalle aziende in modo sistematico.

Tale condizione, opportunamente contrastata dalla nostra azione sindacale, trova ostacoli non solo dall'amministrazione, ma anche dall'indifferenza delle altre sigle sindacali che non hanno nessun interesse a risolvere il problema.

Tornando al 29 febbraio scorso, ci siamo ritrovati davanti al pronto soccorso del San Camillo, ma potevamo essere in qualsiasi altro nosocomio di Roma, perché pur cambiando il loco, la problematica era la medesima, "per decongestionare i pazienti dal PS, venivano collocati letti nei corridoi delle unità operative(degenze)."

Nursind, rivendica una lotta che ha radici lontane attraverso comunicati sindacali, attivazione dello stato di agitazione, denunce ai carabinieri, all'ispettorato provinciale del lavoro e azioni giudiziali, che oggi trovano un riscontro anche grazie all'enfasi mediatica data da alcune gravi disavventure subite da pazienti e familiari, finiti tristemente nella cronaca cittadina e Nazionale.

La nostra O.S., anche in virtù del grande risultato elettorale conseguito alle elezioni RSU 2012, continuerà con la sua azione a tutela della professione infermieristica "come fa'la goccia nella roccia per lasciare il suo segno!!".

Leso Davide
Segretario provinciale
di Roma Nursind

Il presidio di protesta al San Camillo.
Nella foto sotto: Davide Leso e Marco Lelli, Nursind Roma

Pisa: al PS Condizioni di lavoro inaccettabili. impennata nelle richieste di trasferimento

PRONTO SOCCORSO: Nursind punta il dito contro le risposte evasive dell'Az. Osp. Univ. Pisana. NON si placano le reazioni all'inchiesta promossa dalla Nazione sui tempi di attesa al Pronto Soccorso. La risposta dell'azienda — che ha espresso «amarezza e dispiacare» per il servizio con il quale «La Nazione» ha informato i lettori dei problemi organizzativi della struttura e delle proteste del personale, ma non ha speso una sola parola sugli organici— ha scatenato la reazione del Nursind, il sindacato degli infermieri, che interviene attraverso il segretario provinciale Daniele Carbocci: «Che Aoup risponda alle problematiche del Ps-Pronto Soccorso con una richiesta di "comprensione" rispetto agli sforzi fatti per migliorare l'organizzazione, è a nostro parere una visione estremamente riduttiva del problema. Non è giustificabile l'accento posto sul risparmio delle risorse: sono ben altri i settori dove si potrebbero risparmiare. E se c'è qualcuno che dovrebbe essere orgoglioso questo è il personale del Ps che riesce a garantire una buona qualità dell'assistenza nonostante la carenza di risorse umane».

Detto questo «**non mettiamo in dubbio gli sforzi, peraltro fatti proprio dagli infermieri, per migliorare l'efficienza del sistema**, ma è dal trasferimento del 2010 che NurSind porta continuamente all'attenzione dell'azienda il problema organici, che invece si vuole nascondere. A tal proposito anche la risposta data dal direttore del Ps non è soddisfacente: che il personale infermieristico in servizio non lasci solo nessuno, sia preparato e riesca a dare un'assistenza efficace non è in dubbio (ci fa piacere peraltro che la cosa sia stata evidenziata nel servizio de «La Nazione»).

Il problema è che dare assistenza a un numero elevato di persone, in parte in barelle sistemate nei corridoi, produce un alto stress lavorativo e rischia di far incorrere in errori. Prova ne sia l'elevatissimo tasso di turn over degli infermieri in Ps: **solo negli ultimi mesi hanno lasciato la struttura su loro esplicita richiesta molti infermieri con esperienza pluriennale nel settore e che "amavano" il loro lavoro**. Prova ne sia che il personale infermieristico del PS ha in carico un elevato numero di ore di straordinario. Prova ne sia che, nonostante già in partenza il numero di infermieri previsti per turno sia insufficiente per la mole di lavoro, spesso gli infermieri in servizio sono anche meno di quanti previsti: quindi qualcuno dovrebbe spiegarci come si possa dare la stessa assistenza se si è in otto invece che dieci. Inoltre, è organizzativamente corretto spostare il problema delle barelle nei corridori dal PS ai reparti di Medicina?».

LA PROPOSTA: «**L'infermiere di famiglia la risposta al caos attuale**» Il problema organici del Pronto Soccorso sarà posto dai sindacati sul tavolo del confronto nel corso dell'incontro con l'azienda: «Se Aoup - dice Daniele Carbocci del Nursind - vuole garantire una risposta adeguata alle richieste dei cittadini che si rivolgono al Ps deve provvedere ad aumentare il numero del personale infermieristico e Oss, almeno fino a quando l'afflusso al Ps e l'organizzazione non saranno tali da evitare che questo si trasformi quotidianamente in una anomala corsia di ospedale. Altro aspetto è proprio quello della quantità di accessi al PS, e su questo punto siamo d'accordo invece con il direttore del PS: il filtro effettuato dai medici di medicina generale a livello territoriale non è assolutamente efficace.

Da anni gli infermieri italiani e il sindacato Nursind lo vanno dicendo ma la politica non ascolta: "**la soluzione per l'intasamento dei Pronto Soccorso è l'istituzione dell'infermiere di famiglia**". L'inefficienza del servizio offerto dai medici di medicina generale è dimostrato dall'elevato numero di codici bianchi (quelli meno gravi) che grava sui PS: il cittadino preferisce aspettare ore al pronto soccorso pur di ricevere una prestazione che non trova dal proprio medico di famiglia. Non solo, anche il fenomeno dei "rientri" (persone che si scompensano e rientrano più volte nella struttura ospedaliera) è il segnale che dopo la dimissione queste persone non vengono seguite adeguatamente al proprio domicilio. In questi anni si è proceduto a tagli alle strutture ospedaliere, ma non si ha avuto il coraggio di rivedere la convenzione con i medici di medicina generale. Una convenzione che è un 'tassametro' per il servizio sanitario nazionale: infatti, mentre il paziente è in cura presso una struttura ospedaliera lo Stato che paga i medici e gli infermieri continua a pagare anche la quota al medico di

famiglia che nel 90% dei casi in ospedale non si fa mai vedere o sentire.

Nuovi modelli organizzativi di una sanità che cambia: Lecce delibera l'infermiere Care Manager

Con delibera N° 11 di Gennaio 2012, la Direzione Generale dell'AReS (Agenzia Regionale Dei Servizi Sanitari Pugliesi), presso il polo Universitario dell'Ospedale di Barletta, si è avviato con un seminario introduttivo, un programma formativo della durata di quattro giorni basato sull'implementazione del Modello Assistenziale di gestione dei percorsi diagnostico terapeutici e di presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico degenerative. Questo modello prende il nome di **"Progetto Nardino"** che prevede l'introduzione della figura dell'Infermiere Care Manager nelle forme evolutive di associazionismo medico e nel servizio infermieristico del Distretto Socio Sanitario.

Lo stesso modello è stato ampiamente sperimentato nel progetto Leonardo presso l'ASL di Lecce dalla fine del 2005 fino al 2007 e che ha visto l'introduzione dell'Infermiere Care Manager ancora oggi presente negli studi dei medici di famiglia associati, premiato dal Ministero della Sanità nel 2007 come miglior progetto Nazionale in tema di cure domiciliari.

Nella scelta dei docenti e dei tutor per la formazione dei nuovi Care Manager l'ARES ha ritenuto di fondamentale importanza il coinvolgimento dei Coordinatori del gruppo di lavoro dell'ex Leonardo oggi Nardino dell'ASL di Lecce.

Uno degli obiettivi del progetto "Nardino", è la formazione dell'Infermiere Care Manager da inserire negli ambulatori polifunzionali previsti dal riordino Sanitario Regionale e che sopperiranno alla chiusura degli Ospedali, oggetto di questo riordino. I Care Manager collaboreranno con gli specialisti Diabetologi, Cardiologi, Pneumologi e i medici di base, nella presa in carico del paziente affetto da patologia cronica (diabete mellito, malattia cardiovascolare (MCV) cronico conclamata ad alto rischio di riacutizzazione, scompenso cardiaco(SC), bronco pneumopatia cronico ostruttiva (BPCO).

Sul Giornale di Vicenza: Nursind apre un dibattito sul Pronto Soccorso

In una lettera inviata al direttore, si legge: "prendiamo spunto dalla posizione emersa sul suo giornale in data 13 marzo 2012 da parte dell'ordine dei medici di Vicenza sul pronto soccorso per dare il nostro contributo al dibattito su un servizio di fondamentale importanza per i cittadini e il sistema delle cure.

Condividiamo appieno i contenuti espressi sulle soluzioni future per risolvere la questione degli accessi a tali strutture, consapevoli che i risultati in termini concreti non saranno di breve periodo ma piuttosto nel medio e lungo termine. Questo per ragioni organizzative e culturali che necessitano per l'appunto di tempi piuttosto lunghi.

A nostro parere è anche da considerare in questo contesto l'istituzione dell'infermiere di famiglia, figura mutuabile dalla vicina esperienza del Friuli Venezia Giulia con risultati apprezzabili in termini di riduzione di accessi impropri al pronto soccorso e soluzione dei problemi di salute nel territorio.

Vorremmo oggi, invece, entrare nel merito delle soluzioni che possono essere a portata di mano in tempi relativamente brevi approntando una diversa organizzazione del pronto soccorso. Riteniamo, infatti, che la città di Vicenza possa avere un pronto soccorso diverso.

I problemi strutturali sono noti da tempo e sembrano in via di risoluzione, tuttavia sono solo una parte dei problemi che lo riguardano. È nostra convinzione che la soluzione passi attraverso una diversa organizzazione; un'organizzazione che lasci spazio ai molteplici professionisti dell'urgenza, specialisti in varie discipline nel gestire in prima persona i casi di loro competenza senza inutili filtri di chi specialista non lo è.

Tutto questo sarà possibile solo se chi dirige capirà che il pronto soccorso non è una realtà slegata dal resto del contesto ospedaliero e territoriale.

All'interno dell'ulss 6, ci sono splendide professionalità sia mediche che infermieristiche che lavorano senza mai alzare la voce e quindi silenziosamente risolvono i problemi quotidiani dei cittadini. A nostro avviso è giunto il loro momento anche per la gestione dei casi che si presentano al pronto soccorso.

Pensiamo, per esempio, agli infermieri del pronto soccorso e all'attuale Direttore Sanitario che hanno lavorato incessantemente dietro le quinte per aprire una corsia veloce per i codici minori (fast-track infermieristico). Questi professionisti sono poi scomparsi dalla scena quando è stato il momento delle celebrazioni e della visibilità mediatica lasciando spazio a qualcun altro.

Non è certo di questi atteggiamenti che un ospedale ha bisogno anzi dell'esatto contrario e cioè di persone che con la forza dell'umiltà risolvono i problemi della gente comune. Persone e professionisti che non hanno paura di mettersi in discussione e cambiare.

Un pronto soccorso diverso a Vicenza è possibile ma bisogna avere il coraggio di farlo ora.

Tra un anno circa arriverà l'influenza, ci saranno nuovamente i 390 accessi in un giorno, qualcuno alzerà la voce, il politico di turno tornerà alla ribalta e i cittadini comuni aspetteranno le soluzioni...

Auspichiamo pertanto che il quotidiano da Lei diretto apra nel merito un dibattito in cui al centro ci stia il cittadino utente e non le opinioni interessate di chi vuol difendere posizioni acquisite ed impedire il necessario cambiamento.

Riforma del LAVORO:

gli infermieri chiedono parità di trattamento con il lavoro privato

Nel pubblico impiego è già stato modificato l'art. 18 per motivi economici

Potrebbe sembrare un'assurdità ma il dipendente pubblico può stare peggio del privato. In questi giorni si parla della modifica dell'art. 18 della legge 300/1970 che non interessa i pubblici dipendenti ed invece non è proprio così perché anche i dipendenti pubblici sono soggetti a quanto previsto dallo Statuto dei lavoratori **e già a fine 2011 hanno visto introdotto nel loro ordinamento la possibilità di estinguere il rapporto di lavoro per motivi finanziari**.

A prevedere l'applicabilità dello statuto dei lavoratori ai dipendenti pubblici è proprio il Dlgs 165/2001 "Testo unico sul Pubblico Impiego" che all'art. 55 "disciplina del rapporto di lavoro" comma 2 prevede espressamente: "*La legge 20 maggio 1970, n. 300, e successive modificazioni ed integrazioni, si applica alle pubbliche amministrazioni* ***a prescindere dal numero dei dipendenti***."

E' quindi fuorviante dire che tali modifiche non interessano i dipendenti pubblici se ciò non sarà espressamente previsto nel testo di modifica. Del resto, per quanto riguarda la parte del licenziamento per motivi economici, la legge n. 183 del 12 novembre 2011, ultimo atto del governo Berlusconi, aveva già previsto questa fattispecie modificando l'art. 33 del Testo Unico citato: "*Le pubbliche amministrazioni che hanno situazioni di soprannumero o rilevino comunque eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali o alla situazione finanziaria, … sono tenute ad osservare le procedure previste dal presente articolo …. il dirigente responsabile deve dare un'informativa preventiva … verifica la ricollocazione totale o parziale del personale in situazione di soprannumero o di eccedenza nell'ambito della stessa amministrazione, anche mediante il ricorso a forme flessibili di gestione del tempo di lavoro o a contratti di solidarietà, ovvero presso altre amministrazioni, previo accordo con le stesse, comprese nell'ambito della regione…*" si prevede poi la possibilità di allocare fuori regione il personale eccedente e dopo 90 giorni la messa in disponibilità. Comma 8: "*Dalla data di collocamento in disponibilità restano sospese tutte le obbligazioni inerenti al rapporto di lavoro e il lavoratore ha diritto ad un'indennità' pari all'80 per cento dello stipendio e dell'indennità' integrativa speciale, con esclusione di qualsiasi altro emolumento retributivo comunque denominato,* ***per la durata massima di ventiquattro mesi***."

Purtroppo si continua a battere sullo stereotipo dello statale nullafacente e privilegiato, che è un lontano ricordo e non rispecchia la gran parte del pubblico impiego. Oggi gli infermieri pubblici, ad esempio, vorrebbero essere trattati con le regole del privato in merito:

1. Alla detassazione del lavoro straordinario e del lavoro notturno;
2. Agli orari di controllo fiscale per le assenze per malattia (sono 4 ore per i privati , 7 ore per i dipendenti pubblici);
3. Allo sblocco dei contratti e delle retribuzioni che per legge sono state fermate al 2010 fino al 2015 (per ora…);
4. All'abrogazione dell'art. 53 del Dlgs 165/2001 che limita l'esercizio di altra attività;
5. Alla possibilità di accedere all'anticipo del TFR.

Ricordiamo, inoltre e sempre a mo' d'esempio, che nel pubblico impiego **è stata abolita l'indennità di trasferta, il rimborso chilometrico, l'equo indennizzo e la richiesta di causa di servizio** per le lesioni derivanti dal lavoro, riformata l'età pensionabile come per il privato."

In questi giorni decideremo in accordo con la nostra Confederazione CGU-CISAL quali forme di mobilitazione attivare – conclude il segretario Nazionale Andrea Bottega – al fine di rendere noto ai cittadini e alle forze politiche il disagio che vive chi si sobbarca, anche in questo periodo di forte crisi, la garanzia dei servizi essenziali che la nostra Carta Costituzionale prevede a fondamento dello Stato.

Nursind incassa un'importante sentenza contro il demansionamento:

la chiusura dei ROT è compito del personale di supporto

Ci voleva una sentenza per capire che la chiusura dei contenitori speciali non fosse di competenza infermieristica?

Con sentenza n. 2771/2012 del 16/02/2012 il Tribunale Civile di Roma sezione Lavoro ha accolto il ricorso di un infermiere della segreteria di Nursind Roma contro una circolare dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini che imponeva la chiusura dei ROT (RIFIUTI OSPEDALIERI TRATTATI) agli infermieri ove non vi sia personale OTA in servizio.

Il giudice del lavoro, nel merito, ha ritenuto che "la chiusura dei ROT è mansione che non spetta agli infermieri bensì al personale OTA, come stabiliscono le declaratorie contrattuali" e che "l'utilizzo di personale per lo svolgimento di mansioni inferiori sia possibile solo occasionalmente e con criteri di flessibilità, e comunque sempre rispettando il criterio della qualifica funzionale immediatamente inferiore; nel caso di specie, essendo il ricorrente infermiere professionale, il suo utilizzo sarebbe dunque possibile solo per svolgere mansioni di infermiere generico e non certo di OTA." Per tali motivi il giudice ha dichiarato che "la mansione di chiusura e confezionamento dei ROT costituisce demansionamento del ricorrente."

Il testo della sentenza si può richiedere ai delegati aziendali del Nursind.

Cambio divisa e tempo di consegna:

due sentenze NurSind in Corte d'Appello confermano il diritto alla remunerazione!

Con due importanti e recenti sentenze di secondo grado (corte d'Appello di Ancona e Corte d'Appello dell'Aquila) in due regioni diverse, i giudici del lavoro hanno confermato il diritto degli infermieri a vedersi conteggiato e remunerato il tempo per la vestizione/svestizione e per il passaggio delle consegne.

Tali sentenze, promosse e sostenute dal sindacato Nursind, hanno ribadito "che il personale infermieristico deve necessariamente indossare e dismettere la divisa di lavoro, per intuibili ragioni di igiene, negli stessi ambienti dell'Azienda – e non ovviamente da casa – prima dell'entrata e dopo l'uscita dai relativi reparti, rispettivamente, prima e dopo i relativi turni di lavoro; analoghe considerazioni vanno fatte per le consegne che il suddetto personale infermieristico riceve e fornisce, rispettivamente, prima e dopo l'espletamento del proprio turno di lavoro, ai colleghi uscenti e subentranti, trattandosi, anche in questo caso, di adempimenti necessariamente connessi alla prestazione lavorativa – che non si esauriscono nel mero scambio cartaceo di annotazioni riguardanti la terapia somministrata – e, in quanto riferibili ai tempi di una diligente effettiva prestazione di lavoro, meritevoli di essere ricompensati economicamente." (Corte d'Appello dell'Aquila).

La sentenza della Corte d'Appello di Ancona nel ribaltare il giudizio di primo grado afferma che "essendo in tale contesto evidente l'esercizio del potere direttivo dell'azienda sanitaria nella imposizione della operazione di vestizione del camice di dotazione, eseguibile soltanto in azienda e negli appositi spazi aziendali, ed essendo viceversa interdetto all'infermiere di presentarsi al lavoro già munito del camice di dotazione, non può non riconoscersi che tale attività ricada di fatto nel potere di etero direzione della datrice di lavoro. Sul punto non può essere condivisa l'affermazione del Tribunale secondo cui non risulta adeguatamente comprovato che l'azienda abbia imposto ai dipendenti l'utilizzazione di detti luoghi per l'espletamento di tale attività e non abbia determinato i tempi delle attività propedeutiche."

Nel ribadire ormai una giurisprudenza consolidata le due sentenze, a disposizione dei nostri segretari e studi legali, confermano il diritto alla remunerazione del cambio divisa e del passaggio delle consegne. È auspicabile, a nostro parere, che le aziende e i delegati aziendali trovino un accordo per il riconoscimento di tale tempo lavoro, dove ciò non sia ancora avvenuto.

Lettera al Ministro Fornero

sui lavori usuranti

Alla Cortese attenzione del
Ministro del Lavoro
Prof.ssa Elsa Fornero

Oggetto: Professione infermieristica e lavoro usurante.

Stimato Ministro,

con l'arrivo del nuovo anno è partita immediatamente la riforma del sistema pensionistica da Lei proposta. L'allungamento dell'età lavorativa pone seri problemi per una categoria che è sottoposta a carichi di lavoro assistenziale sempre più pesanti e complessi la cui rilevanza ha diretto impatto su un bene costituzionalmente tutelato come la salute.

Tra il 20 e il 30 % della categoria ha, a qualche titolo, un esonero: chi dai lavori notturni, chi dal sollevamento carichi, chi dai lavori fini, … questo comporta un aggravio del carico assistenziale sulla parte ancora "sana" e una difficoltà di allocamento per chi soffre di qualche disturbo incompatibile con il lavoro a turno. Si tenga altresì conto che l'80% della categoria è composta da donne con esigenze familiari che dovrebbero essere rese compatibili con il mondo del lavoro (assenze per maternità, richieste di part time). Speranza di qualche agevolazione l'avevamo riposta nel decreto legislativo sui lavori usuranti, speranza che puntualmente è andata frustrata.

Alla luce dell'ulteriore allungamento della permanenza in servizio e dei rischi correlati alla garanzia della salute dei nostri assistiti e della nostra stessa salute, siamo a chiederLe la disponibilità a rivedere la normativa sui lavori usuranti al fine di poter esercitare la nostra professione in sicurezza.

Rimanendo a disposizione per un incontro maggiormente esplicativo porgo distinti saluti.

4 gennaio 2012

Dott. Andrea Bottega
Segretario Nazionale NURSIND

Boom di contratti "part time"

per le infermiere italiane

Dalle tabelle del Conto annuale 2010 della Ragioneria dello Stato, relative ai lavoratori del Ssn, emerge che il loro numero complessivo si attesta su 688.557 unità (di cui 441mila donne), a fronte delle 688.378 (406mila donne) del 2001.

Un numero che sembrerebbe pressoché invariato in dieci anni, ma che, ben analizzato, lascia intravedere il fatto che i lavoratori a tempo pieno sono passati da 652mila (372mila donne) a 630mila (387mila donne), e che al contempo di registrano ben 22mila contratti part time in più.

Nel 2010, gli infermieri a tempo pieno sono stati 245mila (183mila donne), a fronte dei 314mila (217mila donne) del 2001. Allo stesso tempo, quelli in regime di part time sono saliti a oltre 30mila (29.500 donne) nel 2010, mentre erano 23.239 nel 2001. Contratti a tempo parziale dunque in netta crescita per la nostra professione, in massima parte per le infermiere.

Nel 2001, i medici con contratti a tempo pieno erano 112mila (32mila donne) e solo 510 (414 donne) a part time. Nel 2010, si è passati a 116mila camici bianchi a tempo pieno (circa 43mila donne) a poco più di mille medici con contratti part time, anche in questo caso quasi tutte donne (932).

Per consultare on line il Conto annuale 2010:
http://www.contoannuale.tesoro.it/sicoSito/index.jsp

ECM: le nuove regole e sanzioni per chi non si aggiorna

Nuove regole e norme della manovra Monti. Nello specifico è il decreto legge n.138 del 13.08.2011 coordinato con la legge di conversione n.148 del 14.09.2011-Titolo II-. Le nuove regole sono state proposte alla commissione nazionale ECM dal COGEAPS (consorzio gestione anagrafica delle professioni sanitarie) e si possono ricondurre in alcuni punti cardine:

1. Gli enti accreditati hanno l'obbligo di tenere l'elenco di tutti gli eventi formativi ECM e fornire i al COGEAPS l'elenco dei soggetti che hanno conseguito i crediti.

2. Tutti i crediti ottenuti all'estero devono prima essere attestati dagli ordini professionali.

3. Gli ordini e i collegi hanno l'obbligo di registrare l'elenco degli iscritti che si sono formati con i crediti ECM e irrogare le sanzioni disciplinari.

4. La data entro il quale gli ordini decideranno le sanzioni da applicare agli iscritti è indicata al 13 Agosto 2012

Il programma ECM a cui i sanitari si dovranno uniformare è regolamentata da una determinazione della Commissione Nazionale ECM del 13 gennaio 2010 e dal DPCM del 26 Luglio 2010. Molte le novità rispetto al triennio 2008-2010:

1.viene confermato che ogni operatore sanitario deve acquisire 150 crediti formativi nel triennio 2011-2013, (50 crediti/anno - con un minimo di 25 e un massimo di 75),

2.da quest'anno non si possono recuperare i crediti degli anni precedenti,anche i docenti non potranno acquisire tutti i crediti attraverso convegni o tutoring il limite viene fissato al 60% del 150 previsti nel triennio, Riguardo gli Infermieri attraverso le piattaforme FAD potranno acquisire solo il 60% dei crediti previsti nei tre anni (90 su 150).

3.Altra limitazione è quella della acquisizione dei crediti ECM attraverso eventi sponsorizzati, non si potrà superare il limite di un terzo del totale.

Udine - prosegue lo stato di agitazione: due giorni di presidio

Davanti all'ospedale per denunciare con un'azione choc la carenza di personale e le difficili condizioni di lavoro, aggravate da doppi turni, richiami in servizio e incombenze estranee al mansionario. Alla fine, gli infermieri del Nursind hanno deciso di rompere il silenzio e programmare due giorni di protesta. E così, dopo le denunce sulle carenze all'Azienda ospedaliero universitaria dell'Intersindacale medica – che ha proclamato lo stato di agitazione e organizzato uno "sciopero virtuale" tuttora in corso – a scendere in piazza nel prossimo fine settimana saranno gli infermieri, con una "due giorni" di presidio.

La decisione adottata dalla segreteria regionale del Nursind fa seguito all'incontro organizzato con l'Intersindacale medici, come spiega il vicesegretario provinciale Afrim Caslli, ed è finalizzata a sensibilizzare l'opinione pubblica e a raccogliere firme su un documento indirizzato al presidente della Regione Renzo Tondo nel quale si denunciano le carenze di organico e si chiedono nuove assunzioni.

All'albo della provincia di Udine sono iscritti circa 3.600 infermieri. Il 22% lavora part-time, il 18% ha limitazioni fisiche per cui, in realtà, sono disponibili circa 2000-2200 professionisti, di questi, 1.489 sono in organico all'Aou di Udine. Una quarantina in meno rispetto a quanti sarebbero necessari per garantire efficienza e condizioni di lavoro accettabili, spiegano dal Nursind. «Del resto – argomenta Caslli – lo stesso direttore generale Carlo Favaretti, rispondendo alla nostra lettera del 6 febbraio in cui denunciavamo una carenza del personale infermieristico e problematiche organizzative, ha riconosciuto come questo rappresenti un problema diffuso a livello regionale».

E non è solo una questione di numeri, spiega il vicesegretario del Nursind. «Spesso, sugli infermieri sono scaricate incombenze che dovrebbero riguardare gli operatori sociosanitari – sottolinea Caslli – e allora capita che debbano rifare letti o imboccare pazienti, oppure occuparsi della burocrazia. Possibile che professionisti che hanno seguito un percorso di studi universitario e che, per metà, hanno conseguito master a spese proprie, debbano essere impiegati in questo modo? Finora, per garantire un'assistenza efficace anche nei reparti di Terapia intensiva dove il rapporto personale paziente ha superato più volte la soglia della criticità, gli infermieri hanno dovuto sdoppiarsi, accettando doppi turni e richiami in servizio, tanto che lavorare al mattino e rientrare in servizio la notte è diventato normale. Ma in condizioni di stanchezza il rischio di errore cresce. Per ovviare, serve una riorganizzazione del lavoro e nuove assunzioni».

Da qui l'idea della protesta, che segue il flash mob improvvisato a ottobre e che, stavolta, si preannuncia ancora più deciso nelle forme e nei contenuti. Sulle modalità della protesta, che dovrebbe prendere avvio venerdì, dinanzi all'ospedale con la raccolta di firme e la distribuzione di volantini per proseguire il giorno successivo in città, i sindacati mantengono uno stretto riserbo. L'intenzione è quella di far capire al cittadino quanto gli infermieri siano determinati a reclamare una sanità a misura di cittadino, probabilmente con il volantinaggio e con l'erogazione di prestazioni gratuite in piazza.

Nursind Lombardia a Formigoni: ripensare la politica dei parcheggi nei nuovi ospedali

La Confederazione Gilda-Unams, organizzazione di comparto NurSind (sindacato delle professioni infermieristiche), interviene sul tema dei parcheggi del nuovo ospedale: «Gestione da rivedere, devono diventare una risorsa, non possono essere una spesa pubblica a vantaggio dei privati». Ecco la lettera aperta inviata al governatore della Lombardia, Roberto Formigoni, e all'assessore regionale alla Sanità Luciano Bresciani.

«Stimato Governatore, la vicenda dell'apertura del nuovo ospedale di Bergamo, Beato Giovanni XXIII, si sta protraendo al di la di ogni aspettativa. Operatori sanitari e non e l'intera cittadinanza sono speranzosi nella nuova data di ottobre 2012 per il trasloco definitivo di tutta la struttura».

«Mancano quindi pochi mesi e ancora incerti rimangono i problemi del parcheggio della nuova struttura che, solo apparentemente, sono marginali all'opera stessa. Come ben saprà, la scelta politica è stata quella di affidare a un gestore privato sia la realizzazione che la gestione per 30 anni attraverso il project financing».

«Il costo preventivato è passato dagli iniziali 16,5 milioni agli attuali 26 a causa del mancato avvio della struttura nel 2009. La società di gestione ora rivendica un risarcimento di 9,5 milioni per il mancato ricavo relativo agli anni 2010-11».

«L'intera opera è stata rifinanziata del 25% passando dai 400 agli attuali 500 milioni. Includere anche i costi di realizzazione

dei parcheggi avrebbe inciso solo per il 3,3% ma avrebbe garantito una risorsa sicura e costante nel tempo che si sarebbe ripagata da sola in pochi anni».

Stante la situazione, i problemi che restano insoluti sono:

1. Tariffe elevate per gli utenti che accederanno alla struttura, tenendo conto che non vi si recano per divertimento bensì per necessità legate alla salute;
2. Dipendenti che dovrebbero sborsare 50 euro mensili di abbonamento per posto auto che, in un contesto di blocco dei contratti, significa di fatto una decurtazione degli stipendi;
3. Insufficiente capienza dei posti auto sia per l'utenza che per i dipendenti. Ciò risulta incomprensibile per una struttura moderna e che si immagina pensata per prevederli in misura adeguata all'afflusso attuale;
4. Intasamento della circolazione e delle strade del quartiere adiacenti il nuovo ospedale, sia a causa della carenza dei posti auto che per le tariffe elevate;
5. Mancata ristrutturazione della viabilità (linee di trasposto pubblico e fermata della ferrovia).

«Su tutto ciò graverebbe l'ulteriore incertezza sulla data del trasloco. Se per qualche ragione si dovesse ritardare ulteriormente, la società di gestione avanzerebbe nuove pretese risarcitorie nei confronti delle amministrazioni pubbliche, incrementando a dismisura il costo dell'operazione».

«L'accordo di programma vede coinvolte 4 istituzioni pubbliche: la Regione, la Provincia, il Comune e l'Azienda Ospedaliera. Quale di queste si sobbarcherà gli oneri di queste spese aggiuntive? Con tutta probabilità se ne dovrà far carico in parte la Regione e in parte l'Azienda attraverso una contrazione delle previsioni di bilancio e di spesa».

«Ma a questo punto non sarebbe opportuna una presa di responsabilità autorevole e coraggiosa che ripensasse l'affidamento al privato, accollandosene i costi attuali nella prospettiva di una risorsa durevole e vantaggiosa per le casse pubbliche?».

«I cittadini sarebbero ben più propensi a pagare tariffe meno esose e sapendo che gli utili di gestione andrebbero per i primi anni al ripianamento dell'opera e nei successivi potrebbero essere destinati al finanziamento delle associazioni di volontariato che collaborano attivamente con i Riuniti di BG».

«Le associazioni di volontariato stesse (pensiamo in particolare agli alpini dell'Ospedale da Campo ma non solo), potrebbero far risparmiare sui costi di gestione garantendoli con la loro opera gratuita ed inoltre, fornire quei servizi aggiuntivi che il privato non garantirebbe, come l'assistenza negli spostamenti dell'utenza, l'accompagnamento e le indicazioni per accedere alla struttura, tenendo conto che non sarà facile orientarsi per i cittadini e che i km da percorrere a piedi non saranno indifferenti».

«Per queste ragioni lanciamo un appello al Governatore in primis, ma anche alle istituzioni che concorrono all'accordo di programma, affinché ripensino per il bene della collettività, con coraggio e lungimiranza, la politica dei parcheggi dei nuovi ospedali in Lombardia, lanciando al contempo una sfida e un segnale etico ed innovativo oltre che un nuovo modello anche per le altre Regioni».

«In pochi mesi abbiamo raccolto 2.141 firme tra il personale dipendente dell'azienda e la cittadinanza, consegnate ufficialmente al Dir. Gen. Carlo Nicora in data 29.2.12 a sostegno delle argomentazioni suddette e a dimostrazione di quanto alta sia l'attenzione sul problema. Fiduciosi in una Sua autorevole risposta, siamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e collaborazione».

Distinti saluti
Bergamo, 5 marzo 2012

Inf. Donato Carrara
Coordinamento Regione Lombardia
NURSIND

Pescara - Importante vittoria NurSind

La Corte d'Appello decreta: cambio divisa remunerato

La sentenza della Corte d'Appello dell'Aquila decreta il diritto alla retribuzione per il tempo impiegato per indossare e dismettere la divisa e consegna di inizio e fine turno

IL NurSind "il Sindacato delle Professioni Infermieristiche "della Provincia di Pescara comunica che la Corte di Appello di L'Aquila nel gennaio 2012 ha confermato la sentenza resa dal Tribunale di Pescara che ha riconosciuto il diritto del lavoratore **"... ad essere retribuito per le prestazioni di lavoro rese nel tempo che abbia eventualmente impiegato oltre l'orario del normale turno per scambiarsi le consegne con i colleghi precedenti o successivi e per indossare o dismettere le divisa di lavoro"**.

E' un notevole risultato ottenuto dal NURSIND e dal suo Segretario Provinciale Antonio Argentini che ha voluto con tenacia che si perseguisse l'obiettivo ricorrendo al giudice del lavoro personalmente.

Il precedente pone dunque tutti i dipendenti ASL nelle condizioni di rivendicare il diritto di che trattasi. Il giudice ha riconosciuto al personale infermieristico tale diritto per i seguenti motivi:

1) Il personale infermieristico deve necessariamente indossare e dismettere la divisa di lavoro prima e dopo i relativi turni di lavoro.

2) Le consegne che il suddetto personale infermieristico riceve e fornisce sono connesse alla prestazione.

La Segreteria di Pescara invita tutti gli iscritti al Nursind e tutto il personale della ASL Pescara interessato al ricorso di contattare i referenti sindacali che sono a disposizione per ogni chiarimento. Il ricorso riguarda il personale infermieristico Turnista per vestizione e consegna, mentre il restante personale ospedaliero è interessato solo per il tempo necessario per la vestizione .

Le somme da percepire si aggirano sui 900 euro annui a dipendente

Pescara, 08.03.2012

Il Segretario Provinciale
Nursind Pescara
Argentini Antonio

Per Informazioni Rivolgersi Ai Seguenti Recapiti Telefonici :
ARGENTINI ANTONIO Cell. 320 / 3134105
SANTILLI ANTONIO Cell. 333 / 4125508

Bari:

a confronto con la direzione sui posti letto

Dopo le fatiche dell'RSU che si sono concluse l' 8 Marzo, con un piccolo risultato positivo, in quanto era la prima volta che ci presentavamo, la nostra segreteria è stata convocata dal neo-Direttore Sanitario del Presidio "DiVenere" di Carbonara (BA), alla presenza del primario del P.S., per discutere delle varie problematiche che assillano da anni il reparto di Neurochirurgia.

L' incontro è stato il risultato di una lettera scritta dalla nostra segreteria, per denunciare le problematiche della continua presenza di barelle nel reparto, nonché per discutere della modalità di effettuazione di TRIAGE del P.S.

La discussione è durata un paio d'ore ed è stata a tratti con toni decisi. Ci siamo posti su un piano di dialogo, per far capire loro che non possiamo accettare questa situazione assurda e incomprensibile, anche e soprattutto alla luce delle notizie giornalistiche che sono sempre attuali su questo tema (vedi Ospedale S. Camillo - Roma).

Altro punto caldo dell'incontro è stata la gestione del paziente da parte del Pronto Soccorso. E' da qui infatti che nascono i problemi di cui sopra, ed è in questo contesto che si sono accesi gli animi ma senza mai involgarirsi.

Vista la complessità degli argomenti, il Direttore Sanitario della struttura ha infine convenuto di programmare un ulteriore incontro sul tema dell'organizzazione dei ricoveri nei reparti, alla presenza dei primari dei reparti in questione , vale a dire la Neurochirurgia e Neurologia.

Siamo contenti di questo incontro iniziale, soprattutto alla luce del fatto che siamo stati l'unico sindacato che ha affrontato la problematica in questione, nonostante la presenza massiccia di sigle blasonate, che continuamente si propongono per acquisire deleghe, ma che fanno ben poco per la nostra professione.

Un ringraziamento particolare và al nostro collega Pino Dionisio della neurochirurgia, per l' impegno e l'aiuto in questa vicenda che lo riguarda, e che per l' occasione abbiamo avuto la possibilità di nominarlo segretario aziendale dell' ospedale "Di Venere".

C'è ancora tanto lavoro da fare, ma l' impegno della segreteria (Nando Palumbo in testa, che ha il merito di aver mantenuto in piedi il Nursind per tutti questi anni) non mancherà, perché crediamo nella nostra professione e vogliamo essere INFERMIERI per gli INFERMIERI.

Segreteria Nursind Bari
Inf. Nicola Azzizzi

Roma Policlinico Gemelli

Contratto infermieri a rischio

Al Policlinico A. Gemelli di Roma gli infermieri, combattono una battaglia dopo l'ennesimo ultimatum posto dall'amministrazione nel quadro di una ristrutturazione economica, fissando in 90 giorni il termine massimo per trovare un accordo.

Nel frattempo la protesta non si e' fatta attendere, sono partite le assemblee e i presidi, il Segretario Aziendale del Gemelli Cosimo Cofone: "la situazione nel nostro ospedale si fa sempre più incandescente e le notizie provenienti dai nostri dirigenti che parlano di esposizione creditizia nei confronti della Regione Lazio e riduzione delle prestazioni sanitarie non lasciano intendere nulla di buono".

Il Nursind, da tempo sentiva parlare di un malessere di bilancio, evento che si è concretizzato con il comunicato del Direttore Amministrativo che con un colpo di spugna disconosceva il CCNL unilateralmente.

Gli infermieri, da anni costretti a lavorare turni di 14-17 ore esponendosi a rischi legali e professionali, non ci stanno a fungere da parafulmine ad un amministrazione alla deriva che vuol far quadrare solo oggi i conti sulla pelle del personale.

La nostra Organizzazione Sindacale dice no a queste logiche aziendali che dietro un pretesto di riequilibrio della spesa si celano tentativi di sfruttamento del lavoro, noi chiediamo di intraprendere la strada della razionalizzazione di spesa e valorizzazione delle professionalità, delle competenze nonché del merito.

Nursind in modo responsabile metterà in campo tutte le risorse negoziali per un confronto con l'attuale vertice amministrativo, la dove non fosse possibile, ci avvarremo di tutti i mezzi possibili di lotta sindacale.

Sassari:

accordo sulla banca delle ore

Carissimi, sono Roberto Tola rappresentante Nursind presso l'Az. Osped. Univ. (AOU) di Sassari e volevo portare alla vostra attenzione un piccolo-grande risultato ottenuto dal nostro sindacato: l'attuazione del contratto integrativo 20 sett. 2001 art. 40 Banca delle ore, che consente a tutti i dipendenti di fruire di riposi compensativi (con relativa ind. di presenza) determinati dall'accumulo di ore eccedenti lavorate oltre l'orario ordinario mensile. Oggi, quindi, ai lavoratori è permesso "consumare" tutte le ore accantonate in eccedenza rendendo cosi' giustizia ed equità a tutti coloro che avevano maturato anche oltre le 80 ore nell'arco dei mesi lavorativi.

Questo risultato è stato ottenuto grazie all'impegno ed ostinatezza della segreteria Nursind AOU ma sopratutto dal fatto che, ancora una volta, si dimostra che avere infermieri rappresentativi PAGA, essendo piu' coscienti e sensibili nei confronti dei colleghi stessi. Questo risultato si somma al riconoscimento di 4 articolazioni dell'orario di lavoro a scelta per ogni singola unità operativa dell'AOU in base alle loro esigenze di servizio, attuato gia' da un paio d' anni.

Con piacere pubblichiamo questo articolo su infermieristicamente affinchè sia uno stimolo per altri a non mollare mai. Nella nostra Azienda i numeri degli iscritti al Nursind (nonostante l'avvento del Nursing-Up) stanno crescendo esponenzialmente grazie all'impegno, alla continua propagazione nei reparti di informazioni attinenti cercando di coinvolgere piu' colleghi possibili anche tramite F.B. ed email personali.

Un grande utilizzo di energie e tempo personale ma che faccio con piacere. Ad oggi sono l'unico rappresentante e perciò faccio quasi tutto da solo, ma ho gettato le basi per creare un gruppo collaborativo ed auspico di conquistare almeno 4 rappresentanti alle RSU 2012

Inf. Roberto Tola

2001-2012 Nursind Sassari
compie 11 anni!

L'apertura di una segreteria provinciale del nursind nel 2001 ha rappresentato, anche a Sassari, un fatto storico: infatti, e' solo grazie alla prima lista Nursind che a Sassari, sono entrati, sugli allora 45 componenti RSU, i primi 3 infermieri turnisti: i piu' titolati a portare la voce di tutti gli infermieri nelle corsie, in quanto anch'essi vivevano sulla propria pelle lo stesso disagio lavorativo dei colleghi.

Ci sono state in questi 10 anni altre 2 elezioni per il rinnovo delle RSU e il Nursind Sassari, considerata anche la separazione della Asl in 2 aziende distinte, ha conquistato ad ogni triennio 1 seggio in piu'.

Nonostante non fossimo rappresentativi a livello nazionale, entriamo a pieno titolo nella contrattazione aziendale attraverso i nostri rappresentanti, prodigandoci nelle sedi opportune per far arrivare la voce degli infermieri oltre i corridoi dei reparti.

Infatti, numerose sono le azioni sindacali portati avanti dalla nostra segreteria in questi primi 11 anni a sostegno degli infermieri: manifestazioni locali e nazionali e una miriade di articoli a denunciare il disagio lavorativo sui principali quotidiani locali e regionali: chiara presa di posizione sul demansionamento con all'attivo una recente diffida alla Asl per il mancato inserimento del personale di supporto nella maggior parte delle corsie e per la cronica carenza d'infermieri, valorizzazione della professione infermieristica, numerosi corsi ECM finalizzati ad accrescere il nostro bagaglio culturale e, soprattutto, una maggiore consapevolezza del nostro ruolo richiesta dalla continua evoluzione professionale e giuridica dell'infermiere nel panorama sanitario.

Far parte della RSU vuol dire potersi rapportare con l'azienda e monitorarne l'attivita', garantire il rispetto del c.c.n.l., sensibilizzare la direzione per particolari esigenze sopraggiunte, informare gli infermieri sulle decisioni scaturite in contrattazione decentrata.

Allo scopo di far conoscere l'attivita' sindacale, in occasione del primo decennale, la nostra segreteria ha promosso un libro scaricabile gratuitamente dal sito www.nursind.it, cliccando a fondo pagina sulla provincia di sassari, si apre la pagina web dedicata alla nostra segreteria, cliccando sulla copertina del libro si apre un'altra pagina web che consente di scaricare il libro in un minuto circa con foto e documenti che, sinteticamente, testimoniano i "10 anni di sindacato infermieristico a Sassari: 2001-2011".

Grande merito dev'essere riconosciuto a tutti i rappresentanti RSU del Nursind che si sono succeduti in questi 10 anni perche' tutto quello che fanno e' semplicemente per passione, per coerenza e per amore della nostra professione.

Sicuramente si puo' fare molto di piu' ma molto dipende dagli stessi infermieri se vogliono essere protagonisti del proprio futuro oppure continuare a delegare "altre figure" che poco hanno da condividere con le nostre esigenze.

Gli ostacoli da affrontare sono ancora tanti e spesso richiedono molto tempo ma nessuno vuole e deve arrendersi perche' la rassegnazione e' il modo peggiore per costruirsi il futuro .

Noi abbiamo deciso di stare dalla parte degli infermieri e voi?

Jeannine Cancedda
Roberto Tola

La segreteria Nursind Sassari:

- **Vittorio Conti** (componente RSU dal 2004 e Segretario Provinciale dal 2007)
- **Alessandro Fais** (componente segreteria e RSA per l'Asl dal 2007)
- **Roberto Tola** (componente segreteria e RSA per l'AOU dal 2007)
- **Jeannine Cancedda** (componente segreteria dal 2010)
- **Anna Maria Daga** (componente segreteria dal 2011)

Reggio Calabria: trasparenza, evoluzione ed abbandono di logiche anacronistiche
Nursind scende in campo a fianco dei lavoratori delusi

Di recente, com'è noto, è stato pubblicato un avviso per la formazione di un elenco di idonei al conferimento di incarichi di posizione organizzativa del ruolo sanitario/tecnico. L'iniziativa, pur pregevole nella misura in cui applica un istituto (delle posizioni organizzative) diretto a valorizzare la professionalità ed il merito, fa sorgere il dubbio di un uso inopportuno e distorto di tale strumento.

In primo luogo, la situazione economica complessivamente disastrosa, della nazione in generale e della regione in particolare, i frequenti tagli nei confronti del dipendenti pubblici, avrebbero dovuto indurre i vertici aziendali ad una maggiore cautela.

L'albeggiante positiva valutazione iniziale, infatti, si scontra con l'inesorabile realtà odierna. I tagli alla spesa pubblica, unitamente all'aggravio di spesa cagionato dall'istituzione delle posizioni, condurranno, nell'immediato futuro, ad un probabile ridimensionamento dei fondi destinati all'incentivazione. I costi affrontati per remunerare gli incarichi formeranno una spesa corrente che verosimilmente ricadrà sulle tasche degli esclusi.

Suscita perplessità, poi, la scarsa trasparenza dell'avviso, in cui non sono state indicate né le tipologie delle figure da assegnare, né le unità di appartenenza delle stesse, né tanto meno i criteri di valutazione per l'assegnazione delle figure, così come delineati dalla contrattazione collettiva. Tali lacune si prestano ad evidenti abusi e strumentalizzazioni. Il mormorio crescente di malumore, percepito nei corridoi dell'azienda ospedaliera, sembra esprimere

un forte dissenso nei confronti dell'avviso e delle modalità di scelta dei candidati. Appare singolare, in particolare, una scelta preponderante di colleghi, probabilmente validi e preparati, ma di indubbia e stretta appartenenza sindacale.

Si coglie, quindi, l'occasione per rivendicare la massima trasparenza dei criteri e delle modalità di scelta, nell'ambito delle selezioni dirette a valorizzare le risorse umane.

Nursind intende offrire un contributo rivolto alla tutela della professione infermieristica, al precipuo fine di accelerare la naturale evoluzione di un'arte al servizio della salute del cittadino: 1) in termini economici, anche avuto riguardo al merito; 2) garantendo condizioni lavorative idonee ed efficienti; 3) combattendo i disagi della categoria.

A tale proposito, la ben nota carenza di risorse umane richiede uno sforzo costante - a volte anche sovrumano - di tutti gli operatori sanitari, pesantemente gravati da carichi di lavoro quasi insostenibili. Ulteriori problematiche sono, poi, la contrazione della fornitura di materiale sanitario (farmaci e presidi), la presenza di un giro di vite che non garantisce i L. E. A. e che mortifica lo sforzo dei professionisti sanitari.

Strettamente legata al precedente capoverso è d'altronde l'esigenza, sempre più pressante, di implementare le risorse umane, anche a garanzia di un ottimale servizio al cittadino, coniugando le attese dei colleghi sovraccarichi di lavoro con le aspirazioni dei numerosi precari e disoccupati.

Si coglie, infine, l'occasione di offrire il nostro contributo in favore di coloro che auspicano un cambiamento profondo di mentalità e di metodo, con particolare attenzione al presente, ma con uno sguardo attento al futuro in un'ottica di fattiva attività sindacale.

Il segretario provinciale Nursind
dott. Angelo Passarello

Cagliari:
la denuncia del Nursind contro il precariato

Gli operatori sanitari cagliaritani aspettano da tempo un concorso che regolarizzi la loro posizione. Il segretario del sindacato di categoria Anedda: "Situazione ingiusta, abbiamo inviato ma diffida all'Asl".

A Cagliari, non tutti gli infermieri, ausiliari, amministrativi e paramedici rischiano di annoiarsi con il posto fisso. Il precariato in corsia, infatti, inizia con l'approvazione del pacchetto Treu nel giugno 1997 che, modificando radicalmente i rapporti di lavoro, crea le figure del lavoratore socialmente utile con mansioni di pubblica utilità. Ma mentre in quella legge il rapporto di lavoro dopo sei mesi doveva sfociare in una assunzione a tempo indeterminato, con la legge Biagi del 2003 e la nuova disciplina delle agenzie di somministrazione del lavoro, questa conclusione felice per il lavoratore sparisce.

I concorsi però (se si esclude il Policlinico universitario di Monserrato che selezionerà 19 professionalità) non vengono quasi più praticati dalle aziende sanitarie. Incapaci di assicurare la presenza costante di un numero di operatori che si assentano per malattie, usufruiscono dell'interazione dell'agenzia per le sostituzioni, cosa che non può accadere quando si assume un lavoratore a tempo indeterminato per concorso.

Fabrizio Anedda, segretario provinciale del Nursind, spiega: "Abbiamo diffidato le tre Direzioni generali delle tre grandi aziende Sarde (A .O. Brotzu, ASL 8, A.U.O.) a provvedere al ripristino della corretta dotazione organica del personale infermieristico e di supporto in tutte le UU.OO., nonché al rispetto delle specifiche competenze professionali. Se ci sono posti vacanti, che bisogno c'è di attivare o prorogare ulteriori procedure

di reclutamento di risorse umane tramite agenzie esterne, quando si ha a disposizione una graduatoria aperta? Tanto più se la soluzione preferita risulta maggiormente onerosa da un punto di vista economico: il costo dell'operazione è di 3.270.000 euro di cui 152.900 euro più 20 per cento di Iva sono l'effettivo compenso all'agenzia .

La diffida citata da Anedda ha come oggetto la grave carenza di personale di supporto e l'illegittimo demansionamento del personale infermieristico, si afferma inoltre che se mancano gli ausiliari l'infermifere sarà costretto a svolgere anche ruoli che non sono di sua competenza e a distrarsi dalle attività proprie. Il segretario provinciale del Nursind rincara: "Se parliamo di un operatore ausiliario, può accadere che verranno anche scelti lavoratori che ogni mese cambiano lavoro, che magari non hanno fatto il corso di OSS, che un mese lavorano in un cantiere e l'altro in una corsia ospedaliera". Ma allora perché si reperisce personale tramite agenzia? "Il lavoratore interinale lavora anche se per poco e continua a sopravvivere - conclude Anedda - l'ospedale ha tutte le sostituzioni che gli interessano senza alcun problema mantenendo lo stesso numero di operatori 24 ore su 24.

Sull'argomento, il direttore generale del Brotzu Tonino Garau replica: "Al Brotzu purtroppo non cè più possibilità di assumere per concorso perché la pianta organica è al completo. Per questo finché non viene rivista e ampliata dall'Assessorato noi siamo costretti ad attingere dalle agenzie per le sostituzioni temporanee. Io sono convinto che non c'è un istituto migliore del concorso per ridare dignità professionale e migliori servizi all'interno dell'ospedale, bisogna finirla con questo uso indiscriminato del lavoro interinale, non c'è alcun risparmio e la qualità è peggiore".

Dall'altra parte l'assessorato alla Sanità, che dopo aver già chiesto informazioni lo scorso novembre, afferma di aver inviato una nuova sollecitazione all'Azienda Brotzu a fornire aggiornamenti e tutta la documentazione sul bando di gara, per fare chiarezza e stabilire con certezza le esigenze del personale.

Caltagirone: Nursind organizza un corso gratuito
per salvare i bambini che inalano corpi estranei

"Piccoli grandi gesti" è il tema del corso gratuito di formazione e informazione, rivolto a tutti coloro che vogliono acquisire conoscenza sulle manovre di disostruzione delle vie aeree nel lattante e nel bambino.

Arriva un corso gratuito di primo soccorso per le mamme e le maestre d'infazia che si trovano spesso ad affrontare incidenti domestici con i loro bambini. Secondo i dati del Nursind, il 27 per

cento degli incidenti domestici che hanno come vittime bambini da 0 a 4 anni è, infatti, dovuto all'inalazione di corpi estranei quali patatine, pop-corn, noccioline e caramelle.

"Piccoli grandi gesti" è il nome del corso gratuito di formazione e informazione, organizzato dal sindacato delle professioni infermieristiche Nursind con il patrocinio del Comune di Caltagirone e dell'Asp di Catania e rivolto a tutti coloro - dalle mamme, agli operatori degli asili nido e delle scuole materne ed elementari - che vogliono acquisire conoscenza sulle manovre di disostruzione delle vie aeree nel lattante e nel bambino, secondo le linee guida internazionali Ilcor.

La lezione tenuta dall'infermiere Salvatore Vaccaro, responsabile del Centro formazione nazionale per l'emergenza, si è svolta al cine-teatro Politeama con l'intervento del sindaco Francesco Pignataro, il direttore generale Asp 3 di Catania, Gaetano Sirna, l'ex direttore generale della stessa Asp, Giuseppe Calaciura, il coordinatore amministrativo del Distretto integrato del Calatino, Francesco Iudica, e il coordinatore sanitario dello stesso Distretto, Salvatore Privitera.

Salerno - Prosegue lo stato d'agitazione supercarichi e disorganizzazione

Al Sig.Commissario Straordinario ASL SA
Al Capo del Personale Dr.F.Avitabile
Al Prefetto di Salerno
Agli Organi di Stampa
Alla RSU

27/01/2012
Prot. N.14

Oggetto: Stato di Agitazione – Richiesta Incontro Urgente

Egregio Direttore, Lo scrivente già in precedenti comunicazioni e denunce sollecitava incontro urgente sulla incongruenza gestionale nella assegnazione e distribuzione equa di tutto il personale infermieristico e non, della ASL, ha fatto si, di distogliere l'attenzione dei Dirigenti e della RSU sui servizi essenziali quali quelli della Medicina, Chirurgia, Utic e Ortopedia, dove il personale infermieristico è costretto ad assicurare anche i servizi collaterali, oltre a quelli non dovuti ai fini istituzionali con indice di carico di lavoro che ha letteralmente leso il livello psicofisico e professionale degli operatori interessati.

Con la presente si fa riferimento alle innumerevoli rappresentanze in ordine al P.O. Umberto I° di Nocera. In particolare si sono individuate le seguenti criticità che attanagliano il suddetto presidio ospedaliero:

1. Il personale infermieristico e tecnico sta affrontando abnormi carichi di lavoro ormai insostenibili per la salute psico-fisica di ogni operatore;

2. In particolare la rabbia e l'indignazione degli operatori impegnati nelle cosiddette aree critiche sale a fronte della chiusura di alcune unità operative del P.O. di Pagani, con aumento dell'affluenza dell'utenza a fronte della mancata riorganizzazione e incongruo numero di personale infermieristico e di supporto, ma solo aumento del personale medico ivi trasferiti;

3. L'attuale modello organizzativo dei ricoveri consente una irregolare gestione di appoggi, barelle, day hospital e day surgery, che aggrava ulteriormente i carichi di lavoro delle singole UU.OO. determinando di fatto solo inappropriatezza dei ricoveri e bassa oltre che pessima qualità delle prestazioni;

4. In questa confusione organizzativa il rapporto tra posti letto e dotazioni organiche delle UU.OO. è falsato e pertanto vanno individuate le soluzioni percorribili per assicurare la trasparenza dei ricoveri e la corretta applicazione degli standard di personale da assicurare alle UU.OO. previste dalle norme in vigore, oltre la tutela della privacy (uomini e donne).

5. La stessa incongruenza viene segnalata dai Presidi di Eboli e Vallo della Lucania.

La Scrivente OO.SS. chiede pertanto un incontro urgente con la S.V. al fine di affrontare le esposte criticità che stanno pregiudicando la qualità dei livelli assistenziali offerti dall'ASL SA e in primis dal P.O. Umberto I, dichiara lo stato di agitazione ed è costretta ad organizzare momenti di manifestazioni, con inasprimento del conflitto, per la tutela del bene salute che parallelamente viaggiano pari dimensione tra i diritti dell'utenza e la tutela degli operatori.

In attesa, distinti saluti.
Il Segretario Provinciale
Pasquale Picariello

COMUNICATO STAMPA

Gli infermieri dell' U.O. di Medicina generale del P.O. Umberto I di Nocera Inferiore dell'Asl Salerno sono al collasso, la situazione è ormai insostenibile: il sovraffollamento dei pazienti ricoverati è tale che è a rischio la salute dei malati, non solo, ma la stessa incolumità degli operatori infermieristici è a rischio, poiché costretti ad operare sotto pressione e senza operatori per l'assistenza igienico-domestico-alberghiera. È quanto sostenuto dal sindacato delle professioni infermieristiche NURSIND di Salerno nella persona di Pasquale Picariello segretario provinciale.

I vertici dell'A.S.L., in un ottica di razionalizzazione delle risorse umane e professionali e per un razionale contenimento della spesa, hanno pensato bene di chiudere il P.O. di Pagani e di Scafati, assicurando il potenziamento del vicino P.O. di Nocera, cosa che ad oggi, non è avvenuta. Se l'intenzione della direzione generale dell'ASL Salerno era quella di indebolire le qualità delle prestazioni sanitarie infermieristiche al P.O. di Nocera, a scapito dell'utenza, non avrebbe potuto fare di meglio per perseguire l'obiettivo prepostosi. Infatti alla chiusura del pronto soccorso del

P.O. di Pagani e di Scafati, non è seguito un potenziamento di altri servizi e\o presidi vicini. Inoltre se una parte del personale medico è stato trasferito al P.O. di Nocera, lo stesso non è avvenuto per gli infermieri e per gli oss, che sono restati nei servizi chiusi dei rispettivi presidi. Perché?

Nel frattempo l'utenza è stata costretta a rivolgersi al vicino presidio ospedaliero di Nocera, dove ad accoglierla c'è sempre lo stesso numero di infermieri e lo stesso numero di posti letto. Il problema si evidenzia in modo particolare in U.O. come la medicina generale dove con 20 posti letto, 12 infermieri sono costretti ad affrontare una realtà al limite dell'immaginabile. Possibile mai che la direzione aziendale strategica è incapace di trasferire di pochi chilometri, una ventina di infermieri da U.O. che non esistono più a U.O. presenti e funzionali come la medicina del P.O. di Nocera? Dove pochi posti letto e pochi infermieri non sono più in grado di assicurare cure di qualità a causa della grande affluenza di persone bisognose di cure.

Per assicurare cure basilari e di qualità ci vogliono altri infermieri. La domanda nasce spontanea. Perché gli infermieri delle U.O. chiuse, non vengono trasferiti? Perché non si apre U.O. di Medicina in supporto a quella di Nocera, considerato che esistono le risorse umane e professionali per poterlo fare? Forse si proteggono "uomini e caporali" di qualcuno? Non osiamo pensare male e non vogliamo essere presuntuosi, ma forse faremo bene a farlo. Ci sono cose che sfuggono al nostro semplice razionale infermieristico? Bene! Allora qualche mente eccelsa dei vertici aziendali, abbia la bontà di spiegarcelo con parole semplici!

Se qualcuno sa dimostrare che in un luogo di cura sovraffollato si vive bene e si hanno cure migliori, allora vorrà dire che si possono ricoverare pazienti aggiungendo letti nelle camere di degenza, oppure ricoverare gente in barella, dove le sedie presenti diventano comodini e il pavimento diventa armadietto e piano d'appoggio. Stiamo scherzando? Con la salute non si scherza, in particolar modo quando lo scherzo è di cattivo gusto!

Mi domando quanto avrebbero da ridere se venisse ricoverato in barella genitore di uno dei manager dell'A.S.L., senza armadio e senza comodino. Non accadrà mai! Sappiamo bene perché! Atteso che l' U.O. di medicina del P.O. di Nocera, ospita in genere 20 ricoverati, dopo la chiusura del P. O. di Pagani, vi albergano sei – sette pazienti in più rispetto ai letti autorizzati, con camere dove

non è possibile vivere e curare persone con letti aggiunti e barelle che limitano la libertà di movimenti e la circolazione dei malati, degli operatori e dei visitatori. La dignità umana dei malati e dei professionisti non può essere calpestata ulteriormente".

È inaccettabile lavorare in questi termini, la salute dei pazienti non rappresenta la priorità per la direzione dell'ASL. È uno stato di cose improponibile in un paese degno di essere in Europa. È necessario che la direzione dell'ASL rispetti quanto promesso, e cioè di aprire l'U.O. di medicina di urgenza che ospiterebbe 12 posti letto. Le risorse umane potrebbero essere reperite proprio fra gli infermieri che sono restati in servizio nelle U.O. chiuse. Nursind affiancherà gli infermieri dell'U.O. di Medicina e altre U.O. del P.O. di Nocera che nei prossimi giorni se vi sarà ancora l'assenza della direzione aziendale, per argomentare su quanto esposto. Non escludono azioni forti come l'occupazione della direzione aziendale, qualora non si convenisse ad una ragionevole soluzione della grave situazione venutasi a creare.

A futura memoria

Nursind Salerno
Pasquale Picariello

La denuncia del Nursind al Commissario Ivrea - spogliatoi a 13°

Alla cortese attenzione

Commissario ASLTO4
Dott.Renzo Secreto
Direttore Sanitario P.O. Ivrea
Dott.ssa Maria Cristina Bosco

Oggetto: sicurezza e igiene negli ambienti di lavoro

Egregio Commissario e Direttore, giungono alla scrivente O.S., diverse segnalazioni in merito all'insostenibile situazione climatica nella quale versano gli spogliatoi situati al 6°piano del P.O. d'Ivrea.

Diversi dipendenti hanno segnalato più volte, recandosi personalmente presso la Direzione Sanitaria o comunque telefonando dalle varie S.C. di appartenenza, la bassa temperatura ambientale presente negli spogliatoi, che rende difficoltosa e poco

sopportabile l'operazione del cambio divisa.

In particolar modo, gli spogliatoi risultano essere freddissimi nelle ore notturne e al mattino presto, in concomitanza dell'inizio del turno notturno-fine pomeriggio e fine notte- inizio mattino, quando i pochi termosifoni presenti, risultano essere freddi o appena tiepidi.

In data 1/02/2012 e data 2/02/2012 sono state effettuate da componenti della scrivente O.S. tre rilevazioni della temperatura ambientale con i seguenti dati:

- 1/02/12 ore 6:40 13°C; ore 21:55 14°C
- 2/02/12 ore 6:30 13,5°

Ribadiamo che gli spogliatoi sono e devono essere luoghi in cui i lavoratori devono lasciare i propri effetti personali (vedasi i diversi furti avvenuti), cambiarsi di abito indossando la divisa di lavoro in ambienti salubri.

Anche la normativa a tal proposito è chiara e qui riportiamo l'ex D.Lvo 626/94 sostituito dal D.Lvo 81/08 il quale prevede che:

- *I locali destinati a spogliatoio devono avere una capacità sufficiente, essere possibilmente vicini ai locali di lavoro aerati, illuminati, ben difesi dalle intemperie, riscaldati durante la stagione fredda e muniti di sedili; qualora i lavoratori svolgano attività insudicianti, polverose, con sviluppo di fumi o vapori contenenti in sospensione sostanze untuose od incrostanti, nonché in quelle dove si usano sostanze venefiche, corrosive od infettanti o comunque pericolose, gli armadi per gli indumenti da lavoro devono essere separati da quelli per gli indumenti privati.*

Con questa lettera, cogliamo l'occasione, per portare a vostra

conoscenza della presenza di un armadio davanti alla porta di emergenza dello spogliatoio maschile, chiudendone parzialmente il passaggio.

Restiamo in attesa di una risposta formale alla presente per un impegno diretto della direzione al superamento di tali situazioni.

Diversamente ci vedremo costretti, a tutela dei dipendenti, a segnalare la situazione alle Autorità competenti.

Sicuri di una vostra rapida risposta e/o soluzione al problema, si coglie l'occasione per porre cordiali saluti.

Ivrea lì 03/02/2012

Nursind ASLTO 4

Ospedale Busacca di Scicli:
mancano gli ausiliari... tanto ci sono gli infermieri

La mancanza di personale ausiliario all'interno dell'Ospedale Busacca di Scicli è diventata ormai drastica. I pochi ausiliari rimasti non possono più sopperire alle esigenze igienico sanitarie del nosocomio. Nelle Unità Operative si sopperisce alla loro mancanza con personale infermieristico costretto a carichi di lavoro non di propria competenza. Secondo Claudio Trovato, Segretario Provinciale del Nursind si vuole concordare in certo qual modo con la circolare sull'ambito delle mansioni esigibili dai lavoratori che possono essere eseguite marginalmente, ma al Busacca è diventata ormai prassi consolidata e non marginale. "Denunciamo – dice il sindacalista anche la criticità in cui si opera in special modo nelle attività assistenziali nei confronti degli utenti. Se gli infermieri debbono fare mansioni di non propria competenza, se gli ausiliari devono dividere la loro attività in tutte le unità operative del Presidio Ospedaliero è altrettanto vero che chi dirige ha l'obbligo ed il dovere di ricercare le risorse per il buon funzionamento dei servizi".

Lecce: sulla carenza di personale
Il Sindaco appoggia Nursind

A seguito dell'assemblea sindacale convocata dalla Segreteria NURSIND di Lecce capeggiata dal Segretario provinciale Graziano Paolo Accogli e tenutasi presso la sala riunioni del Polo oncologico annesso al "V. Fazzi" in data 13 Febbraio 2012, viene proclamato per la prima volta nella provincia leccese lo stato di agitazione del personale infermieristico.

Infatti all'assemblea, erano stati invitati l'Assessore regionale alla sanità, il Direttore Generale della ASL Lecce, il Direttore Sanitario della ASL Lecce, il Direttore Medico di presidio del "V. Fazzi" e sua Eccellenza il Prefetto di Lecce, ma nessuno degli invitati ha accolto l'invito disertando l'assemblea sindacale per ascoltare le problematiche che gli infermieri della ASL Lecce affrontano quotidianamente lungo le corsie delle U.O..

Naturalmente l'assemblea ha avuto comunque corso tra i convenuti ed è emerso tra le tante criticità lamentate nei vari presidi del territorio provinciale ma in particolar modo al "V. Fazzi" di Lecce, la carenza di organico reso ancora più accentuato dal blocco del turn-over con ulteriore carico di lavoro sulle poche unità infermieristiche e conseguente stress psico-fisico esponendo l'infermiere ad errori professionale.

La certezza dell'ordine di servizio (con turnazioni variate ad horas e senza una programmazione in tempo utile e cioè entro il 20 del mese precedente), che non consente di conciliare la vita lavorativa con quella familiare come sottolineato anche con una

sentenza della Suprema Corte di Cassazione .

Tutto questo, non può che ripercuotersi sulle prestazioni, e quindi sull'assistenza ai pazienti, i quali si vedono meno garantiti i servizi minimi assistenziali.

NurSind inoltra il verbale dell'assemblea anche al sindaco di Lecce, che nella sua qualità di massima autorità sanitaria locale ci invita ad un incontro per il 15 Febbraio.

E così il Sindaco di Lecce Perrone "ospita" una delegazione di infermieri con il Nursind, presso Palazzo Carafa sede del Comune di Lecce.

In quella sede Nursind alla presenza anche del consigliere regionale R. Marti, esprime quelle che sono le problematiche degli infermieri leccesi oramai cronicizzate anche dall'indifferenza delle altre sigle sindacali nel supportare la difficile situazione.

Il Sindaco Perrone esprime la sua solidarietà alla categoria sottolineando l'importanza della nostra figura nel S.S.N. e l'importanza dell'infermiere al fianco del paziente.

"Io sono sempre pronto ad entrare nelle questioni sanitarie - dice il sindaco Perrone - perché, da una parte gli operatori e dall'altra i pazienti, mi chiedono quotidianamente di intervenire. Molte volte ho fatto sopralluoghi e visite al Fazzi, senza neanche avvisare la direzione sanitaria. Ogni volta, ho riscontrato sentimenti di unanime incertezza e di rassegnazione. Prendo posizione anche questa volta, così come richiesto da questi professionisti sanitari , facendo mie le loro esigenze. Mi rivolgo all'assessore regionale al ramo, al governo regionale tutto e al direttore generale, perché LA SANITÀ È UNA COSA SERIA".

Interviene anche il consigliere regionale R. Marti "I servizi sanitari non possono essere sottovalutati – ha detto il consigliere regionale Roberto Marti – ecco perché è necessario intervenire tempestivamente quando viene lanciato un grido d'allarme. Questo, per i lavoratori che hanno il diritto di essere messi nelle condizioni di prestare la loro attività con serenità e per tutti i pazienti, il cui diritto alla salute è sacrosanto".

-Dice anche la sua concludendo (perché presente all'incontro)

il consigliere comunale Vittorio Solero- "I numeri ci danno ragione, -. È stato calcolato che la copertura di assistenza al Fazzi è pari al 60%, cioè circa duecento unità in meno rispetto al dovuto. Quando il sindaco Perrone si è opposto fermamente alla chiusura del presidio ospedaliero di Campi Salentina a causa del riordino ospedaliero, fu rassicurato dagli amministratori regionali, che promisero un potenziamento delle strutture che nei fatti non c'è mai stato. Anzi. Abbiamo assistito ad un totale depotenziamento dei servizi. Nefrologia, dialisi, oncologia, rianimazione, urologia2, radiologia, dermatologia, chirurgia plastica, pronto soccorso, endocrinologia: questi sono solo alcuni dei reparti che vivono da tempo l'emergenza. Piena solidarietà e massimo sostegno a chi legittimamente oggi ha il coraggio di manifestare sperando davvero di far breccia su una sordità ormai atavica. Questa è la deplorevole storia di un film già visto".

NURSIND Lecce continua nella sua battaglia affinché le problematiche degli infermieri siano sempre in primo piano e soprattutto prese in considerazione.

Graziano Paolo Accogli
Segretario Provinciale
Nursind Lecce

Messina:
Nursind da fastidio al Deus ex machina della sanità siciliana?

Stupisce con quanto ritardo il manager Francesco Poli, onnipresente nella sanità messinese ormai da un decennio si sia accorto che gli infermieri hanno costituito, ormai da otto anni, un proprio sindacato di categoria.

Comunque lo ha fatto e lo ha fatto con una modalità che credendo di disconfermare il Sindacato e la professione, li rafforza e conferma solo la sua arroganza. Rilasciando al quotidiano "La Sicilia" di Catania la seguente dichiarazione:

"*Credo che medici, i quali svolgono attività politica, e infermieri, che si occupano di attività sindacale dovrebbero pensare di più al proprio lavoro piuttosto che parlare del nulla*".

Dimentica il dottor Poli, quanto segue:

1. Che Nursind svolge la propria attività non usufruendo di distacchi sindacali, e chi se ne occupa toglie tempo alla propria vita per continuare a farlo (ciò magari gli sfugge in quanto abituato a parlare con la solita accondiscendente "triplice" che, avendo più tempo, magari gli dà sempre ragione);

2. Che Nursind in Italia e soprattutto in Sicilia è una forte realtà ampiamente diffusa nell'Isola in tutte le provincie.

3. Che nulla vieta agli infermieri di occuparsi di attività sindacale, anzi, in un periodo di crisi, loro costituiscono una forte risorsa al Sistema Sanità

4. Che l'ATTIVITA' POLITICA – di cui i medici non dovrebbero occuparsi – è la stessa ATTIVITA' POLITICA che nomina i Commissari…, i Manager ed i Primari.

E che gli fa assumere – senza soluzione di continuità – doppi incarichi, anche in governi cosidetti "tecnici", trasferendoli da un' azienda all'altra anche alla luce del possibile disavanzo o dell'inefficacia creata in passato. Ma anche in questo caso, forse, Poli è impegnato a parlare solo con una sola parte politica.

5. Che l'attività del Nursind, quanto meno in provincia di Messina, nasce proprio dalle "falle" create dalla prima "amministrazione POLI" : insensibilità ai dettami della Sicurezza sul lavoro ed intensiva "spremitura" della categoria infermieristica;

6. Che in questi anni in cui il nostro manager era "distratto" Nursind si è occupato più che degli interessi della categoria, degli interessi dei pazienti (cose che comunque, spesso coincidono). Sostituendosi molto spesso ad organi di controllo formalmente costituiti.

7. Parleremo ancora del NULLA (come dichiara il Manager per tutte le stagioni), ma il personale del Comparto ha ricevuto soltanto da poco i soldi della produttività del 2001. Francesco Poli si lamenta ancora dell' affaire Radioterapia…

8. Farebbe bene il super Commissario ad occuparsi di quello che non va, piuttosto che soffermarsi sugli inderogabili e dovuti (da decenni) miglioramenti alla Sala Operatoria dell'Ospedale taorminese, facendo finta, forse, di dimenticarsi delle condizioni della Rianimazione generale del Presidio, che gli abbiamo formalmente e mediaticamente segnalato, nonché delle carenze di personale e presidi in tutta l'Asp messinese.

Taormina: declassamento dell'ospedale
Scelta inspiegabile e repentina

Il commissario straordinario dell'Asp 5 di Messina Francesco Poli è stato in visita questa mattina per oltre due ore, all'ospedale San Vincenzo. Da settimane si rincorrono infatti le voci di un possibile declassamento dei reparti di oncologia chirurgica e medica, ma nessun dato ufficiale è emerso. Almeno per il momento. Intanto le associazioni si sono mobilitate nei giorni scorsi in difesa del presidio di contrada Sirina, diventato da anni un polo di eccellenza nella cura delle neoplasie. E oggi la visita di Poli che dovrà decidere sul destino del San Vincenzo. Anche il Nursind, il sindacato degli infermieri, ha inviato, tramite il segretario provinciale Domenico Rotella una nota che riceviamo e pubblichiamo integralmente. Nel documento oltre all'apprensione per la possibile chiusura dei reparti oncologici, il Nursind evidenzia i sacrifici profusi dalla categoria degli infermieri e la mancanza di risorse per gran parte dei reparti del presidio ospedaliero. "Destano gran-

di preoccupazioni tra gli infermieri dell'ospedale di Taormina le recenti decisioni del commissario straordinario dell'Asp messinese riguardanti il ridimensionamento e diversificazione dell'ospedale provinciale messinese. Ciò anche alla luce degli infiniti sacrifici profusi in passato dalla Categoria per far diventare il "S.Vincenzo" quello che adesso rappresenta: un punto di riferimento assoluto in tutto il comprensorio per la diagnosi ed il trattamento della patologia neoplastica.

Esso infatti ha raggiunto livelli di alta specializzazione. E ciò è un dato ormai ampiamente confermato. Ciò - si legge nel documento - senza trascurare la cura delle altre patologie. Gli infermieri rivendicano, quindi, un ruolo di primo piano nella riuscita degli obiettivi raggiunti. A fronte di una produttività iniqua e mortificante (se paragonata agli indicatori di efficacia, efficienza, economicità, fabbisogno ed appropriatezza realmente soddisfatti, alla mancanza di personale, farmaci e presidi), unita ad una imbarazzante vetustà di alcune strutture, e sicuramente non quelle ad indirizzo oncologico, non si spiegano come la formalizzazione del Dipartimento Oncologico all'interno del Presidio – effettuato in un recente passato - possa essere, adesso, disconfermato in maniera così repentina ed inusitata. Dopo aver speso così tanti soldi. Il problema, - si legge ancora nella nota - non è il tanto paventato "depotenziamento", ma la "totale inversione di rotta" rispetto a quanto credevamo di perseguire fino a qualche mese addietro. Carenze di organico, scarsa gratificazione economica e professionale, carenza di formazione specifica, evidentemente non hanno fatto mancare – comunque- la partecipazione degli infermieri al "progetto Taormina".

Ciò in tutte le Unità Operative: chi scrive ha "creato" (consapevolmente demansionandosi) l'Ematologia a Taormina spostando mobili, apparecchiature e scrivanie, per poi lottare per riuscire ad avere – ed ottenere- spogliatoi a norma di Legge e sicurezza per gli operatori dello stesso Reparto e per l'intero Presidio. Da sottolineare - continua il Nursind - anche il nostro impegno nella messa in sicurezza della preparazione dei farmaci chemioterapici (nasce così l'Unità di preparazione Farmaci Antiblastici), costata all'Azienda – ed ai contribuenti- molte migliaia di euro.

Restiamo basiti, quindi, rispetto al mancato e paventato mantenimento e rafforzamento di quanto già esistente. Alcuni segnali sono senz'altro stati incoraggianti, come la stabilizzazione del personale infermieristico o la ristrutturazione delle sale operatorie, ma troppi altri punti cardine devono essere risolti al fine di continuare a mantenere i migliori standard della sanità. A fronte di ciò, però, notiamo criticità rispetto della alla esternalizzazione dei Servizi, che ha prestato il fianco (alla faccia delle prerogative sindacali…) all'anomalo strapotere dei rappresentanti sindacali che non partecipano direttamente all'Assistenza della Persona malata.

Niente in contrario, - sottolinea il sindacato degli infermieri - all'espandersi delle attività della Cardiochirurgia Pediatrica del Mediterraneo, che sappiamo lavora secondo linee guida e protocolli tutelanti la nostra professione, gratificando il personale che rappresentiamo. Meno ci tranquillizzano, però, strani orari di lavoro e ridotte garanzie: nonché la possibile quantizzazione del rischio che non è e non sarà ammessa. E neanche la "temporaneità" delle risorse economiche e strutturali investite, che Palermo rivendica con sempre maggiore insistenza.

Del resto, poteva essere meglio trasmessa all'opinione pubblica – ed ai Sindacati - la realizzazione del CCPM. Così come siamo stati costretti - con vergogna - a condividere le "Indagini su un cittadino al di sopra di ogni sospetto"… effettuate da Sudpress… di qualche mese addietro. Ed in atto appare stupefacente il modus nel quale tutto ciò sta avvenendo: una lenta, silenziosa e sistematica riduzione delle risorse a tutte le altre UU.OO. del presidio. Quasi una lenta eutanasia… - si legge nella nota - quasi volendo far diventare il CCPM una cattedrale nel deserto.

Più volte ci siamo trovati a segnalare le condizioni a dir poco "precarie" della rianimazione di Taormina. Ma non solo: un Servizio chiave per i pazienti oncologici come il reparto di Anatomia patologica necessita oggi di maggiori attenzioni, in primo luogo con un aggiornamento tecnologico della strumentazione. In assenza - continua il documento- dell'arrivo di risorse in tempi celeri, si rischia un preoccupante allungamento delle liste d'attesa.

Così come chiediamo la piena applicazione del Decreto Assessoriale del febbraio 2011 che riconosce nel nostro Presidio Ospedaliero uno dei due centri di eccellenza in Sicilia (l'altro è a Palermo) quale Centro di Terapia antalgica; gli operatori si spendono senza risparmio (anche sottraendo risorse umane ed economiche al Servizio principale – la rianimazione - al fine del mantenimento attivo del servizio, ma è indubbio come bisogna investire di più in risorse e personale in tutti e due i Servizi. Per non parlare delle costanti segnalazioni che siamo stati, in questi anni, obbligati a fare per la Sala Operatoria. Il nostro Presidio ospedaliero - conclude il sindacato - deve definirsi pienamente un "Ospedale senza dolore", non nei vuoti proclami diffusi alla Stampa, ma nella realtà dei fatti".

Nuoro: il San Francesco ai minimi storici.

Cento infermieri e 150 Oss in meno nell'organico dell'Asl

Il San Francesco ai minimi storici. Cento infermieri e 150 operatori socio - sanitari in meno nell'organico dell'Asl. Tant'è che i rimanenti, costretti a saltare il riposo e a spostarsi come acrobati tra le stanze, cominciano a temere una denuncia «per abbandono di incapace».

Il mondo della sanità nuorese, insomma, non è fatto solo di

project financing e di grossi investimenti milionari, ma anche di cifre preoccupanti e di forti malumori che serpeggiano tra dipendenti e rappresentanze sindacali. Dopo lo sciopero generale del settore dello scorso 7 ottobre, le aspettative erano davvero tante ma si sono tutte, evidentemente, dissolte nel nulla. Tant'è che dopo alcuni mesi di attesa fiduciosa tradita, il Nursind provinciale ha deciso di prendere carta e penna e di scrivere due paginette cariche di rabbia. Le ha indirizzate «all'assessorato regionale alla Sanità», e per conoscenza al direttore generale dell'Asl, a quello sanitario, e al tribunale dei diritti del malato.

La domanda che pone il sindacato degli infermieri, sostanzialmente, si condensa in pochi concetti: «Dove sono finiti gli infermieri, gli operatori socio-sanitari, gli ausiliari? Chi si occupa della sanificazione degli ambienti, dell'assistenza domestico-alberghiera, del trasporto e della consegna dei materiali biologici, dell'accompagnamento dei pazienti per lo svolgimento degli esami radiologici e per le consulenze?». La domanda, ovviamente, è retorica. Perché Nursind conosce gia la risposta: non ci sono abbastanza infermieri, né operatori socio-sanitari. «Dai dati in nostro possesso mancano circa 150 Oss e circa 100 infermieri in dotazione organica, i turni di servizio nei servizi ospedalieri, vengono garantiti costringendo il poco personale in servizio a saltare i riposi settimanali e violando la normativa sull'orario di lavoro che impone 12 ore di riposo tra un turno e l'altro».

Una delle note più dolenti sotto il profilo organici, secondo il Nursind provinciale, è l'ospedale San Francesco. «È a rischio - spiega - perché ai minimi storici per l'organico. Molti infermieri sono stati licenziati perché il loro contratto a tempo determinato aveva già superato i termini massimi, ma risultano vincitori di concorso e così l'azienda non assume, non stabilizza i precari vincitori di concorso e questo non garantisce assistenza nei servizi ospedalieri. Il paradosso risulta essere che la carente organizzazione del lavoro espone arbitrariamente gli infermieri al delitto previsto e punito dall'articolo 591 del codice penale per sanzionare la condotta di "abbandono di persona incapace per qualsiasi motivo di provvedere a se stessa", per la quale l'infermiere ne ha la custodia e deve provvedere alla cura».

Il calderone dei problemi che affliggono l'Asl nuorese, insomma, per il Nursind è ormai esploso. Per questo, il sindacato si rivolge direttamente all'assessorato regionale alla Sanità. Per risolvere il caso-organici, scrive, «sarebbe sufficiente intervenire sulla carenza di infermieri e di operatori socio-sanitari in dotazione organica, procedendo ad assunzioni a tempo indeterminato e non prendendo in giro gli stessi operatori con contratti a tempo determinato».

3 marzo 2012

Prosegue l'intensa attività dei corsi di formazione sindacale promossi dalla Direzione Nazionale Nursind. Dopo quelli di Enna e Roma, si sono svolte le edizioni di Bergamo (foto sopra) e di Pescara (foto sotto).

Ringraziamo tutte le colleghe e i colleghi che vi hanno partecipato perché grazie al loro impegno potremo essere sempre più efficaci nell'azione sindacale infermieristica.

Vuoi istituire una segreteria del Nursind nella tua azienda?

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

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

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

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

Il valore del Nursind: insieme siamo più forti!

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

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

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

Convenzioni Nazionali

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

riservate agli iscritti

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

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

Willis

cigierre
compagnia generale ristorazione spa

ASSO CRAL ITALIA
sconti di ogni tipo ovunque

Numero Verde 800-91.57.56
EuroPrestiti

E.C.M.
Corsi e Convegni ECM

GIUNTIcard Club
20% di sconto

Ministero del Lavoro

Alle ASL l'interdizione anticipata se dovuta a forme morbose

Con circolare n. 2 del 16 febbraio 2012, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali – Direzione Generale per l'attività ispettiva, ha fornito dei primi chiarimenti, ai fini di un corretto svolgimento dell'attività di vigilanza, in merito alle modifiche apportate dal D.L. 5/2012 (decreto semplificazioni) in materia di lavoro e legislazione sociale.

In particolare, la circolare si sofferma sull'art. 15 del predetto provvedimento, avente ad oggetto l'interdizione dal lavoro per le lavoratrici madri, intervenendo sulle competenze accertative e provvedimentali delle Direzioni territoriali del lavoro.

In virtù delle modifiche al comma 3 dell'art. 17 del D.Lgs. 151/2001, alle Asl è devoluta, in via esclusiva, tutta la procedura di interdizione anticipata dal lavoro per gravi complicanze della gravidanza o di persistenti forme morbose, compresa l'adozione del provvedimento finale di astensione che, invece, sino ad oggi era di competenza delle Direzioni territoriali del lavoro.

Rimane attribuita alla competenza delle Direzioni territoriali del lavoro, l'istruttoria e l'emanazione del provvedimento di interdizione legata a pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino e all'impossibilità di spostamento ad altre mansioni. Le suesposte modifiche troveranno applicazione a far data dal 1° aprile 2012, al fine di consentire ai competenti servizi delle Asl di organizzare l'attività procedimentale di rilascio dei predetti provvedimenti di astensione.

Ne consegue che le Direzioni territoriali del lavoro potranno emanare tali provvedimenti entro e non oltre il 31 marzo p.v.; gli uffici dovranno, quindi, istruire le richieste di astensione esclusivamente definibili entro tale data, rimandando alla competenza delle Asl l'istruttoria delle domande destinate ad essere definite con provvedimenti da emanarsi dal 1° aprile.

Tribunale del Lavoro

Feltre: le infermiere vincono la causa sul part time

Il collegio dei giudici del tribunale del Lavoro di Belluno ha accolto il reclamo di 85 dipendenti dell'Usl 2 di Feltre, fra infermieri tecnici ed impiegati, contro la revoca del part-time, concesso e assegnato dall'azienda sanitaria prima del 2008.

La vicenda riguarda la decisione dell'Usl 2 di ruotare il part-time, revocandolo a chi ce l'aveva da anni per estenderlo ad altri lavoratori.

Fra i motivi del contenzioso, **c'è il fatto di avere esteso il decreto** legislativo in vigore dal 24 novembre 2010 (che prevede di rivedere i part-time e di riassegnarli con durata triennale) **indistintamente a tutti i dipendenti**, compresi quelli che ne beneficiano da almeno vent'anni. L'Usl avrebbe insomma recepito troppo alla lettera, senza tener conto delle esigenze soprattutto delle donne lavoratrici del Santa Maria del Prato, un decreto che prevede il rientro a tempo pieno anche da parte di chi ha ottenuto il tempo ridotto molto prima del 2008. La legge dice che gli unici part-time che non si toccano sono quelli assegnati per malattia oncologica che restano a tempo indeterminato. Per tutti gli altri è prevista la turnazione dei posti disponibili.

L'Usl ora può anche proseguire la battaglia con i dipendenti chiedendo un giudizio di merito. Ma lapidario sembra un passaggio delle motivazioni dei giudici: «Difetta a sostegno dell'esercizio del potere di revoca esercitato dall'Usl reclamata, ogni riferimento a specifiche, concrete ed attuali esigenze organizzative e di servizio, essendo le giustificazioni addotte enucleate in formula pigramente ripetitive del dettato normativo e in diciture mai dettagliate in relazione alle mansioni dei lavoratori interessati e alla loro posizione organizzativa».

E' discriminatorio negare i congedi di paternità anche se la moglie non lavora

E' discriminatoria la condotta della pubblica amministrazione che neghi i congedi di paternità sul rilievo che la moglie dell'impiegato sia una casalinga. E' quanto ha stabilito il Tribunale di Venezia con la sentenza 9 febbraio 2012, n. 192. La vicenda riguardava la mancata concessione, ad un dipendente del Ministero dell'Interno presso una Questura con mansioni di collaboratore amministrativo, del diritto a fruire dei riposi giornalieri e del congedo per malattia del figlio, ex artt. 40 e 47 del TU 151/2001.

In particolare, al padre della piccola, affetta da handicap grave, i riposi e il congedo richiesti venivano negati in ragione del fatto che la moglie, madre della medesima bambina, non è lavoratrice autonoma, bensì casalinga. Ai sensi dell'art. 40, i periodi di riposo sono riconosciuti al padre lavoratore: a) nel caso in cui i figli siano affidati al solo padre; b) in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga; c) nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente; d) in caso di morte o di grave infermità della madre.

A sua volta, l'art. 47 dispone che entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di astenersi dal lavoro per periodi corrispondenti alle malattie di ciascun figlio di età non superiore a tre anni. Ciascun genitore, alternativamente, ha altresì diritto di astenersi dal lavoro, nel limite di cinque giorni lavo-

rativi all'anno, per le malattie di ogni figlio di età compresa fra i tre e gli otto anni. Per fruire dei congedi di cui ai commi 1 e 2 il genitore deve presentare il certificato di malattia rilasciato da un medico specialista del Servizio, sanitario nazionale o con esso convenzionato. La malattia del bambino che dia luogo a ricovero ospedaliero interrompe, a richiesta del genitore, il decorso delle ferie in godimento per i periodi di cui ai commi 1 e 2. Ai congedi di cui al presente articolo non si applicano le disposizioni sul controllo della malattia del lavoratore. Il congedo spetta al genitore richiedente anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto.
Come hanno evidenziato i giudici di merito, "la nozione di lavoratore assume diversi significati nell'ordinamento, ed in particolare nelle materie privatistiche ed in quelle pubblicistiche; nella fattispecie è a quest'ultimo che occorre fare riferimento, trattandosi di una norma rivolta a dare sostegno alla famiglia ed alla maternità, in attuazione delle finalità generali, di tipo promozionale, scolpite dall'art. 31 della Costituzione". In tale prospettiva, essendo noto che numerosi settori dell'ordinamento considerano la figura della casalinga come lavoratrice non può che valorizzarsi la ratio della norma, volta a beneficiare il padre di permessi per la cura del figlio allorquando la madre non ne abbia diritto in quanto lavoratrice non dipendente e pur tuttavia impegnata in attività che la distolgano dalla cura del neonato.

Corte dei Conti

Rispondono in proprio i dirigenti ASL per indennità pagate illegalmente

Sanità pubblica - Corte dei Conti, sez. Giur. Campania, sent. N. 1946 del 17/11/2011.
I vertici dell'ASL rispondono in proprio per l'illecita erogazione al personale dipendente dell'indennità di servizio presso i reparti di malattie infettive. L'indennità di che trattasi è infatti collegata all'effettività del servizio infermieristico di assistenza e cura dei pazienti affetti da malattie infettive già diagnosticate, condizione che indica la continuità del contatto con i bisogni terapeutici dei pazienti stessi e dell'attuazione delle misure assistenziali idonee a soddisfarli.
Ne consegue la responsabilità amministrativa del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore del servizio Gestione delle Risorse Umane di un'ASL per non aver attivato, nell'ambito dei rispettivi poteri gestionali, le misure idonee a non consentire l'illegittima erogazione dell'indennità di rischio di malattie infettive in favore di personale dipendente che non si trovava nelle predette condizioni di rischio.

Cassazione

Illegittima risoluzione del rapporto di lavoro alla lavoratrice madre che rifiuta di effettuare lavoro notturno

Cassazione, Sentenza 14.11.2011 n. 23807.
In seguito al ricorso che chiedeva l'annullamento della sentenza della Corte d'appello di Torino, pubblicata il 25 febbraio 2008.
La controversia fu proposta da una dipendente, licenziata nel novembre 2005. Premesso che la lavoratrice era stata sempre addetta a mansioni di pulizia dei macchinari aziendali, nell'ambito di squadre con orario di lavoro dalla 22 alle 5.30, e che, in occasione di un periodo di CIG, era stato possibile accordarle il lavoro a tempo parziale nell'ambito dell'orario pomeridiano, si sosteneva che cessata la CIG era stato disposto che a decorrere dal 6 giugno 2005 le operazioni di pulizia dei macchinari venissero svolte anche dalla squadra a cui apparteneva la lavoratrice, dalle 22 alle 5.30.
La stessa aveva dichiarato la sua indisponibilità a svolgere tale turno e alla società "non era restato altro che procedere alla risoluzione del rapporto per giustificato motivo oggettivo, essendo stato soppresso il servizio di pulizia dei macchinari aziendali nell'orario 16-22".
Il giudice di primo grado accolse il ricorso della madre di un figlio di età minore di tre anni, ritenendo legittimo il suo rifiuto ai sensi del D.Lgs. n. 66 del 2003, art. 11, comma 2, e ritenendo che il datore di lavoro non avesse fornito la prova della impossibilità di adibire la ricorrente a mansioni alternative diurne.
L'azienda propose appello assumendo che le mansioni di pulizia venivano svolte esclusivamente in turno notturno e che era impossibile ricollocare la lavoratrice allegando che la stessa aveva sempre svolto unicamente mansioni di pulizia e risultava quindi priva della professionalità necessaria per l'assegnazione a compiti diversi in ambito produttivo.
La Corte ha ritenuto tali ultimi assunti non condivisibili e comunque non provati.
Ha precisato che in relazione alla applicazione della disciplina dettata dall'art. 11 cit., la valutazione circa la possibilità di ricollocazione non deve fondarsi sulle mansioni in concreto svolte, ma sulla qualifica contrattuale e che, sulla scorta della documentazione in atti emergeva che gran parte dei dipendenti della società occupati in mansioni produttive erano inquadrati come lei nel 5^ livello.
Sul piano probatorio ha poi rilevato che sulla base delle risultanze istruttorie, emergeva che ordinariamente svolgeva mansioni di pulizia dei macchinari, veniva adibita, comunque, saltuariamente, anche a mansioni produttive, desumendo da ciò che l'azienda abbia valutato il suo corredo professionale comunque idoneo allo svolgimento dei compiti citati.
Ha infine ritenuto che la possibilità di ricollocazione deve, in relazione al contesto normativo specifico, farsi anche carico di un eventuale breve percorso di riqualificazione professionale.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Astensione, permessi, riposi e congedi in caso di maternità

	DIRITTO	MADRE	PADRE	RETRIBUZIONE
Astensione Obbligatoria (congedo di maternità e di paternità)	**2 mesi prima** del parto	**SI**	**NO**	**100%** Pubblico Impiego **80%** Privato
	3 mesi dopo il parto (ma anche 1+ 4 o 5 dopo in caso di parto prematuro)	**SI**	**SI** (solo in caso di morte, grave infermità della madre, o abbandono o affidamento esclusivo al padre)	
Astensione Anticipata (in caso di difficoltà per la gravidanza certificata dall'ispettorato del lavoro o dall'ASL)	per tutto il periodo di accertata difficoltà	**SI**	**NO**	**100%** Pubblico Impiego **80%** Privato
Astensione Facoltativa (congedo parentale)	**6 mesi** dopo i tre di astensione obbligatoria (a scelta unico periodo o frazionati fino ad 8 anni di età del bambino) **10 mesi** per le madri single. Ma fino a **11 mesi** se ne usufruisce anche il papà per almeno 3	**SI** In alternativa al padre (Tutte le lavoratrici subordinate, anche atipiche. Per le lavoratrici autonome, sono previsti 3 mesi di congedo e fino ad 1 anno di età del bambino).	**SI** (In alternativa alla madre)	**1 mese al 100%** per il Pubblico Impiego **5 mesi al 30%** per il Pubblico Impiego **6 mesi al 30%** per il Privato (con delle differenze in base al reddito della madre). La copertura previdenziale è completa.
Congedo per Malattia del Bambino	**Astensione facoltativa** per malattia del bambino **fino a 3 anni**, per la durata della malattia e **da 3 a 8 anni, fino a 5 giorni l'anno**	**SI** In alternativa al padre	**SI** In alternativa alla madre	**30 giorni al 100%** nel primo e secondo hanno di età del bambino **Non retribuito nel privato**
In caso di grave handicap	**2 ore** di permesso giornaliero	**SI** In alternativa al padre	**SI** In alternativa alla madre	**100%**
Oltre i tre anni di età del figlio solo in caso di **handicap grave**	**3 permessi giornalieri al mese**	**SI** In alternativa al padre	**SI** In alternativa alla madre	**100%**
Riposi Giornalieri	**2 ore il giorno** fino ad un anno di età del bambino **1 ora il giorno** se l'orario giornaliero è inferiore alle 6 ore	**SI** In alternativa al padre	**SI** In alternativa alla madre	**100%**

Infermiere di Comunità:

l'esperienza dell'Azienda per i servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana

Inf. Mara Pellizzari
Direttore S.A.I.T.R.A. (Servizio Assistenza Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale)

Il progetto "Infermiere di Comunità" è nato sperimentalmente nell'ambito dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 Bassa Friulana nell'anno 2000 e si è sviluppato nell'arco di un decennio, apportando, all'offerta sanitaria degli utenti, un notevole valore aggiunto in termini di soddisfazione del servizio reso.

CHI E'?
L'infermiere di comunità è l'operatore dell'Azienda Sanitaria che mantiene il più stretto contatto con le persone della comunità in cui opera ed assicura l'assistenza generale infermieristica.

DOVE OPERA?
L'infermiere di comunità opera in base ai bisogni dei cittadini sia in ambulatorio che al domicilio.

CON CHI OPERA?
L'infermiere di comunità opera in collaborazione con il medico di medicina generale, l'assistente sociale, gli assistenti domiciliari, il fisioterapista, il medico specialista nella cura del dolore ed altri specialisti.

COSA FA?
L'infermiere di comunità:
- garantisce le prestazioni infermieristiche (medicazioni, prelievi, ...);
- attiva interventi di educazione e promozione alla salute nonchè di informazione sanitaria comprese le modalità di accesso ai servizi forniti dall'ASL;
- contribuisce al miglioramento della integrazione socio-sanitaria e alla continuità delle cure;
- attiva le risorse formali e informali (vicinato, volontari) presenti nella comunità al fine di migliorare la qualità assistenziale;
- garantisce una presa in carico anticipata dei bisogni della comunità.

CHI ASSISTE?

A DOMICILIO
Tutte le persone che necessitano di assistenza infermieristica e che non possono recarsi in ambulatorio per malattie gravi (recente infarto, broncopolmonite acuta, ictus..) o per difficoltà a camminare.

IN AMBULATORIO
Tutte le persone che necessitano dei servizi erogati o che hanno necessità di informazioni o consigli.

La **SEGNALAZIONE** di eventuali problemi/bisogni può essere effettuata da qualsiasi persona o Ente che ne rilevi la necessità; l'**ATTIVAZIONE** viene concordata con il medico curante.

Le **logiche sottese** al progetto muovono da alcune considerazioni di fondo. I nuovi bisogni socio-sanitari della popolazione sono sempre più espressione dell'allungamento della vita, dell'aumento costante delle malattie cronico-degenerative, dell'apparire e del dilagare di nuove patologie sociali, tipiche del nostro tempo, quali le dipendenze, i malesseri psicologici ed altro ancora. Oggi la risposta assistenziale a questi nuovi bisogni è parziale e spesso istituzionalizzante, volta a risolvere soprattutto la dimensione fisica del problema. I nuovi bisogni sono di carattere esistenziale e riguardano l'intero "vivere" delle persone, pertanto investono tutte le dimensioni dell'essere uomo: fisica, psichica, sociale, spirituale. Si rende perciò necessaria l'attivazione di nuovi modelli assistenziali che superino la logica prestazionale (prestazione come fine anziché come mezzo) e che garantiscano la "presa in carico" della persona, dei caregiver e della loro situazione. Il nuovo modello assistenziale, "'infermiere di comunità" si può definire "relazionale" in quanto pone al centro la persona, i suoi famigliari e la comunità e li considera all'interno di un rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo generavano.

In questa logica di "cure di comunità" in cui istituzioni (aziende sanitarie, servizi sociali) e società civile si incontrano creativamente per sostenere chi è nel bisogno, si colloca il modello assistenziale "infermiere di comunità".

La **finalità** del progetto IC è quella di favorire la promozione e il mantenimento della salute della persona, attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace di garantire non solo prestazioni, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi con l'obiettivo finale di accompagnare il paziente nel suo percorso di riappropriazione del proprio progetto di salute e di vita.

Concretamente il progetto **"Infermiere di Comunità" consiste nell'attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrato in ogni comunità**, che può rispondere a uno o più comuni aventi circa 3.000- 4.500 abitanti, attraverso la disponibilità di un infermiere dedicato che è fisicamente presente in quel territorio anche attraverso l'attivazione di

un ambulatorio infermieristico. E' un infermiere, dipendente del SSR, afferente al Distretto Sanitario, che a differenza della figura infermieristica che svolge assistenza elusivamente prestazionale, (ovvero svolge la prestazione assistenziale su richiesta e non realizza una presa in carico) fa parte integrante della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità sommerse. Inoltre garantisce una presenza continua e costante nel proprio territorio di riferimento.

L'infermiere di comunità è il professionista che mantiene il più stretto contatto con il cittadino della propria zona di competenza e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica generale in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità ovvero MMG, assistente sociale, fisioterapisti, assistenti domiciliari etc perseguendo l'integrazione interdisciplinare e ponendo al centro il cittadino. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni varie, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità a causa della malattia e contribuisce a costruire la rete del welfare di comunità.

Prima dell'avvio del progetto, **l'organizzazione dell'assistenza infermieristica** sul territorio era garantita da 2 equipe infermieristiche, una per ogni distretto (SID), ed aveva come sede operativa il distretto medesimo. Per erogare il servizio l'infermiere doveva muoversi dalla sede centrale per recarsi a domicilio dei pazienti, oggi con la nuova modalità assistenziale, l'infermiere di comunità è

costantemente presente nei Comuni a cui è assegnato per 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana ed opera sia in ambulatorio che a domicilio. Le restanti 6 ore di copertura del servizio sono garantite dall'equipe infermieristica centrale di distretto.

L'**intervento** dell'infermiere di comunità si sviluppa sostanzialmente in **tre ambiti**:

- **ambulatoriale**
- **domiciliare**
- **sociale.**

A **livello ambulatoriale**, l'IC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità e/o interventi di educazione – promozione alla salute.

L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità come ad esempio Case di riposo, Strutture residenziali protette etc. Un elemento logistico ritenuto strategico e irrinunciabile per attivare percorsi di integrazione efficaci è l'ubicazione dell'ambulatorio infermieristico accanto al luogo di attività dell'assistente sociale. Ciò facilita il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.

L'ambulatorio così concepito, diventa un punto di incontro in cui gli utenti e le famiglie possono recarsi e fare affidamento per ottenere risposte ai loro bisogni di assistenza infermieristica. In questo modo l'IdC riesce a garantire una presenza stabile e costante sul territorio, diventando una figura di riferimento riconosciuta all'interno della comunità.

L' attività ambulatoriale si caratterizza per le seguenti attribuzioni:

· erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti su prescrizione del MMG (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.) con una modalità di risposta complessiva che permetta di limitare in modo significativo la distanza , non solo fisica, tra cittadino e istituzioni;

· orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici (informazioni riguardanti le rete dei servizi distrettuali e le vie di accesso agli stessi, indicazioni sulle modalità per ottenere presidi e ausili);

· promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problematiche assistenziali semplici.

Inoltre, in alcune stazioni di infermiere di comunità, è attiva la sperimentazione della prenotazione decentrata CUP per indagini strumentali e/o visite specialistiche.

A **livello domiciliare**, l'IC eroga l'assistenza a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio- alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che abbisognano di periodiche prestazioni sanitarie. Inoltre l'IC segue utenti che vivono in un contesto famigliare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e/o protezione.

L'attività a domicilio si caratterizza per le attribuzioni già illustrate nell'attività ambulatoriale integrate dalle seguenti funzioni:

· promozione della continuità delle cure tra ospedale e territorio e viceversa attraverso la messa in rete di tutti i servizi e i professionisti sanitari e sociali presenti nel territorio

· promozione della salute nella comunità attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo famigliare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione. L'Infermiere di Comunità cerca quindi di incrementare le capacità di self-care dell'utente e della sua famiglia, rendendoli il più possibile autonomi ed indipendenti anche attraverso l'attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto) Cosi facendo esalta il concetto di promozione della salute condotta dalla e con la comunità e non sulla e per la comunità

· promozione della presa in carico leggera e anticipata quando ancora il bisogno non è stato espresso, ma è potenzialmente presente

· progettazione e verifica di interventi di "aiuto infermieristico ed assistenza tutelare alla persona" resi da altri operatori (operatori socio-sanitari, assistenti familiari, familiari stessi ecc)

· tutorato nei confronti dei caregivers, badanti, e/o altre risorse presenti nella comunità.

A **livello sociale**, l'IC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute. Tutto ciò l'IC lo svolge attraverso il lavoro di rete che si può definire una modalità di lavoro nel quale a partire da un problema specifico, concreto come ad esempio un paziente recentemente colpito da ictus che deve rientrare a domicilio, si definiscono le integrazioni necessarie per garantire la continuità dei percorsi, nonché le interrelazioni tra le funzioni dei servizi coinvolti a vantaggio di un miglior trattamento dei problemi di salute della persona o della comunità.

Attraverso il lavoro di rete, che non può essere definito solo come un metodo di lavoro, ma come un modo d'essere degli operatori, l'infermiere di comunità assieme agli altri professionisti (MMG, assistente sociale, ecc), coglie le risorse, le potenzialità del paziente, della famiglia, della comunità e dei servizi istituzionali sanitari e sociali, pone al centro la persona con i suoi reali bisogni e mette in rete tutte le forze, i mezzi, le strategie necessarie per offrire una risposta il più possibile vicina alle reali necessità e desiderata del paziente stesso. Così facendo il paziente, le persone significative per lui e tutti i professionisti riflettono e cercano insieme le giuste soluzioni per quella data situazione. In questo modo il paziente diventa il vero protagonista del proprio progetto di salute e non delega agli altri la cura di se stesso, anzi con gli opportuni strumenti e conoscenze che l'infermiere e i diversi professionisti gli offrono diventa "operatore" di se stesso. L'IC diventa quindi non solo colui che eroga assistenza, ma colui che porta alla luce i potenziali di cura che ci sono nei pazienti, nelle famiglie e nelle comunità. E' il professionista che facilita il processo di cura, che aiuta e accompagna un'altra persona a promuovere la sua salute e il suo sviluppo.

I **destinatari** del servizio IC sono prevalentemente gli anziani, gli oncologici, i pazienti portatori di malattie croniche, ma oramai si può ritenere che il servizio sia estensibile a tutti i cittadini della comunità di tutte le età.

I **risultati** raggiunti nell'arco di questo decennio sono stati molti, sia in termini di attività che di qualità percepita. Più in generale si possono riassumere così sinteticamente:

- miglior capacità di risposta ai nuovi bisogni di cura dei cittadini
- maggior prossimità e accessibilità dell'infermiere
- migliore rapporto fiduciario che si crea tra infermiere e utente
- migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata per andare verso una dimensio-

ne sociale e relazionale che consente di fatto una reale presa in carico della persona e della sua famiglia

- maggior coinvolgimento dei cittadini nelle scelte che riguardano la propria salute e quella della collettività

Per quanto concerne i **dati di attività**, i risultati più significativi si possono così riassumere:

- un significativo incremento dei volumi di attività sia intermini di numero di pazienti seguiti sia in termini di numero di accessi
- una capacità di prendersi cura del malato in tempi più brevi rispetto al passato contro una complessità clinico- assistenziale sempre maggiore;
- un aumento dell'efficienza .Ciò è spiegabile con la riduzione dei tempi di percorrenza, l'uso appropriato dell'ambulatorio, ma anche l'aumento di richiesta di prestazioni semplici (vedi prelievi ematici).La riduzione significativa dei tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale passata dal 33% del 2001 al 20% del 2004 ha comportato un importante recupero del tempo assistenziale da dedicare ad attività ad alta integrazione socio-sanitaria (ad esempio lavoro di rete, presa in carico "leggera ed anticipata," presa in carico in ambito ospedaliero e garanzia della continuità delle cure a livello territoriale).
- un aumento significativo dell'attività educativa e di autoaddestramento dei pazienti e dei care giver e dell'attività di rete nonché delle prestazioni assistenziali (prelievi ematici., gestione Ld D etc)
- una diminuzione significativa dei ricoveri .Al fine di rappresentare il tasso grezzo di ospedalizzazione dei residenti in ospedali pubblici e privati intra ed extra regionali si allega la tabella: "Tassi ospedalizzazione".
- un indice di copertura assistenziale dei residenti di eta' superiore ad anni 65 e anni 75, piu' elevato in regione.

Per quanto concerne **la qualità percepita**, gli esiti derivanti dalla somministrazione di un questionario successivamente all'attivazione di ogni nodo di infermiere di comunità, evidenziano che, nel complesso, gli utenti risultano essere piuttosto soddisfatti del nuovo servizio offerto. Infatti, la quasi totalità del campione (93%) ritiene che la presenza dell'Infermiere di Comunità risponda meglio ai propri bisogni assistenziali rispetto alla precedente modalità di prestare assistenza infermieristica a domicilio. Tra le motivazioni proposte, hanno trovato maggior riscontro il fatto di aver un minor disagio negli spostamenti e la possibilità di instaurare con l'Infermiere di Comunità di quel territorio un rapporto di fiducia. In questo senso, assicurando una presenza continua e costante sul territorio, l'Infermiere di Comunità diventa una figura riconosciuta sul territorio, della quale gli utenti si possono fidare e che rappresenta un punto di riferimento per fornire una risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione.

Dal questionario è emerso che l'attività assistenziale erogata dall'Infermiere di Comunità risulta essere utile e di sostegno non solo all'assistito, ma anche alla sua famiglia, evidenziando in questo senso il ruolo fondamentale che tale figura può svolgere per sostenere e valorizzare anche il lavoro di cura informale prestato dai caregiver. Inoltre, la qualità del servizio, in termini di organizzazione, accessibilità, cordialità e di soddisfazione dei bisogni, è parsa molto buona.

Stante i risultati conseguiti si può considerare chiusa la fase sperimentale ritenendo il progetto oramai a regime. **Ad oggi sono attive 21 stazioni di infermiere di comunità (pari a n. 29 Comuni coinvolti) a fronte delle 23 previste** (pari a n. 31 Comuni afferenti all'ASS n. 5), **con una copertura quasi totale dell'intero territorio aziendale**. Restano da attivare le sedi centrali dei servizi infermieristici domiciliari di Latisana e San Giorgio di Nogaro. A seguito del progetto è stato attivato uno studio finalizzato all'individuazione di indicatori volti a misurare l'impatto e l'efficacia del modello sugli esiti di salute della popolazione di cui daremo conto.

RISULTATI RAGGIUNTI DAL 2001 AL 2006

- Aumento del numero di pazienti seguiti
- Diminuzione dei tempi di percorrenza (-53%)
- Aumento attività ambulatoriale
- Aumento del gradimento degli utenti/famiglie
- Diminuzione degli ingressi in ospedale e Case di Riposo
- Aumento dell'integrazione e del lavoro in rete
- Interesse da parte della stampa
- Interesse di comuni limitrofi

Con il progetto infermiere di comunità si è voluto sottolineare che l'assistenza non è un prodotto erogabile, ma un bene comune da costruire insieme: paziente, famigliari, cittadini, operatori sanitari, sociali, risorse formali e informali presenti nelle comunità. Le riflessioni, le intelligenze, le emozioni, i ragionamenti, le competenze che scaturiscono da tutti i soggetti sunnominati generano benessere quando al centro dell'agire quotidiano c'è la PERSONA.

Affinché la PERSONA mantenga questa centralità, l'IC assieme a tutti gli altri professionisti dovrà essere sempre più capace di cogliere l'essenza dell'uomo che corrisponde al vivere con scopo, e sostenere l'uomo nella sua essenza è la più potente di tutte le cure.

Bibliografia.

- Pellizzari M, L'infermiere di comunita': dalla teoria alla prassi, Mc Graw Hill, Milano 2008
- Folgheraiter F., L'utente che non c'e', Centro Studi Erikson, Trento, 2000

Le ricadute operative del modello organizzativo-assistenziale

"infermiere di comunità"

Stante l'evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione della regione FVG (insieme alla Liguria le due regioni piu' vecchie al mondo) e dei relativi bisogni socio-sanitari, l'ASS n. 5 "Bassa Friulana" ha ritenuto di proporre, nel proprio ambito territoriale, una sperimentazione gestionale volta ad offrire una risposta assistenziale nuova, piu' prossimale alla popolazione e maggiormente rispondente alle nuove esigenze socio-assistenziali.

Se si considera che quasi un terzo della popolazione del FVG e ' rappresentato dalla fascia d'eta' over 65 e se a questo si aggiunge che buona parte di essa e' affetta da una o piu' patologie croniche, appare evidente come questa condizione non possa trovare più nella cura l'unica risposta, ma sia invece necessario ripensare l'intera offerta in cui l'assistenza, sia proattiva che reattiva, occupi lo stesso spazio della cura.

Il modello infermiere di comunità è stato concepito e applicato con questa logica, tenendo ben presente che il focus andava mantenuto sui cittadini/assistiti e sui loro bisogni e non sull'autoreferenzialità della famiglie professionali.

I risultati ottenuti dopo dieci anni di sperimentazione sono ragguardevoli, sia in termini di efficacia che di efficienza, pur nella consapevolezza che nell'organizzazione, la modificazione di una sola variabile non puo' essere ritenuta l'unica responsabile del raggiungimento di buoni esiti, ma certamente, il nuovo modello, ha inciso in modo determinante non solo nel raggiungimento degli obiettivi , ma anche nella creazione di una nuova cultura .

Una nuova cultura che si basa fondamentalmente su due concetti chiave: la relazionalità e la proattività, concetti che troveranno sviluppo nelle argomentazioni che seguono.

Questo breve contributo vuole sintetizzare le ricadute operative del modello attraverso la trattazione di tre temi:

a) I punti di forza del modello e gli esiti correlati

b) La trasferibilità del modello

c) Le ragioni per cui il modello IC garantisce una risposta efficace ed integrativa alla proposta di ampliamento degli ambulatori dei MMG h 24 7 gg su 7

a) I punti di forza del modello IC

1. **I cittadini hanno un punto di riferimento preciso nel loro territorio a cui potersi riferire sempre e costantemente per qualsiasi necessità assistenziale**: medicazioni, prelievi, educazione alla salute, orientamento ai servizi offerti dal sistema sanitario, educazione sanitaria, educazione terapeutica etc. Tutto cio' sia a livello ambulatoriale, per i pazienti che possono camminare, sia a livello domiciliare per coloro che sono impossibilitati a farlo (pazienti allettati). L'Infermiere di Comunità svolge non solo tutta l'attività assistenziale derivante dall'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche previste dal medico, ma anche quella generata dall'impatto che la malattia stessa ha avuto sulla persona/famiglia. Inoltre l'IC svolge un grande lavoro di forte integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e tra i servizi sanitari e sociali coinvolgendo anche le risorse informali che sono presenti nella comunità (es parrocchia, volontariato, vicinato, gruppi amicali, associazioni di volontariato per i trasporti, ecc) e che altrimenti non verrebbero agite. Così facendo diventa il principale "gestore del caso" cui il paziente, la famiglia e i diversi professionisti possono far riferimento ai fini della manutenzione, gestione e continuità del progetto assistenziale, senza far ricadere questo ruolo di connettore al paziente stesso o alla famiglia che spesso si sente trattato come una pallina da ping pog.

2. **La presenza costante e continua degli infermieri nella comunità crea le premesse per realizzare quella che chiamiamo la cosiddetta medicina o assistenza d'iniziativa** che prevede un lavoro in equipe multidisciplinare e che consente ai servizi sanitari di arrivare prima che la malattia insorga nella sua acuzie. Nella fattispecie, l'infermiere conoscendo la popolazione fragile, attraverso una stretta sorveglianza e delle visite periodiche (mappando le persone fragili e monitorandone costantemente i parametri vitali, i segni e sintomi piu' rilevanti) rileva precocemente i segni d'acuzie e in questo caso allerta il medico di MMG che interviene su casi selezionati, che certamente si sarebbero rivolti al Pronto Soccorso se nessun operatore avesse rilevato anticipatamente l'evoluzione della malattia. Inoltre l'IC svolge un'importante lavoro di promozione della salute nella comunità, attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo famigliare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione. L'Infermiere di Comunità cerca quindi di incrementare le capacità di self-care dell'utente e della sua famiglia, rendendoli il più possibile autonomi ed indipendenti anche attraverso l'attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto). Cosi facendo esalta il concetto di promozione della salute condotta dalla e con la comunità e non sulla e per la comunità.

Il 93% della popolazione servita dall'Infermiere di Comunità ritiene che la presenza del servizio risponde in modo più adeguato ai bisogni assistenziali rispetto alla situazione precedente.

RICONOSCIMENTI DEL PROGETTO

- Progetto premiato alla 5° edizione "Forum P.A. cento progetti al servizio dei cittadini, Roma maggio 2004"
- Presentazione del progetto alla Conferenza Europea dei Servizi sociali - Edinburgo 2005
- Presentazione del progetto al 6° Simposio Internazionale di Infermieristica di Comunità - "La sfida di curare in un mondo globalizzato" - Valencia (Spagna) Novembre 2006.
- "Training Seminar on Good Practices in Social Service Delivery for Single Mother and Elderly Women" organizzato dall'International Labour Office Central and Eastern European Team - Amara (Romania) Maggio 2006
- Il modello è parte integrante del Piano Sanitario e Sociosanitario Regione Friuli Venezia Giulia per il triennio 2006-08 - capitolo 6.

Questo secondo punto di forza è basato sul seguente assunto: il modello di cura tradizionale basato sull'attesa dell'evento acuto è prescrittivo e pone al centro l'ospedale, mentre il modello di cura d'iniziativa è basato sull'individuazione precoce dei segni e dei sintomi di aggravamento della malattia, sul coinvolgimento e la responsabilizzazione del paziente e dei suoi famigliari nella gestione della malattia, ed è centrato sui servizi territoriali!!!

3. **L'infermiere e' promotore privilegiato dell'integrazione sociosanitaria e della sussidiarieta'. L'infermiere non è solo erogatore di assistenza, ma mobilita, muove le risorse presenti nella famiglia e nella comunità affinché la comunità assieme ai servizi sanitari e sociali possa sostenersi e possa prendersi carico di se stessa!!** Un esempio di quanto detto può essere la costituzione di associazioni di volontariato o di mutuo soccorso che offrono una risposta importante alle necessità di trasporto di pazienti, ritiro degli esami, aiuto domestico etcc. Sempre di piu' la figura infermieristica promuove l'empowerment della persona nella logica di far resuscitare i diritti dei cittadini.

Attraverso il lavoro di rete, che non può essere definito solo come un metodo di lavoro, ma come un modo d'essere degli

Cerchi un Convegno di buona qualità e a costi accessibili?

Convegni

www.nursind.it

Tieni d'occhio la pagina dei Convegni ECM del Nursind

Troverai in tempo reale i corsi in programmazione in tutta Italia con le info e le schede d'iscrizione.

operatori, l'infermiere di comunità assieme agli altri professionisti (MMG, assistente sociale, etc), coglie le risorse, le potenzialità del paziente, della famiglia, della comunità e dei servizi istituzionali sanitari e sociali, pone al centro la persona con i suoi reali bisogni e mette in rete tutte le forze, i mezzi, le strategie necessarie per offrire una risposta il più possibile vicina alle reali necessità e desiderata del paziente stesso. Così facendo il paziente, le persone significative per lui e tutti i professionisti riflettono e cercano insieme le giuste soluzioni per quella data situazione. In questo modo il paziente diventa il vero protagonista del proprio progetto di salute e non delega agli altri la cura di se stesso, anzi con gli opportuni strumenti e conoscenze che l'infermiere e i diversi professionisti gli offrono diventa "operatore" di se stesso. L'IC diventa quindi non solo colui che eroga assistenza, ma colui che porta alla luce i potenziali di cura che ci sono nei pazienti, nelle famiglie e nelle comunità. E' il professionista che facilita il processo di cura, che aiuta e accompagna un'altra persona a promuovere la sua salute e il suo sviluppo.

Gli esiti di questi tre punti di forza sono i seguenti:

· **risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato**: nell'ambito dell' A.S.S. 5 nel triennio 2009-2011 nei due Ospedali di Palmanova e Latisana si sono registrati 79.397 accessi al pronto soccorso con codice biancoa fronte delle 97.282 richieste del triennio 2005-2007, con una riduzione di 17.885 accessi (pari ad un meno 18,3%). E nel 2011 le persone che si sono recate al pronto soccorso dei due ospedali , sempre per codice bianco sono state 4742 in meno rispetto al 2009.

· **riduzione dei ricoveri (in quanto si agisce prima che l'evento acuto si manifesti) e conseguente riduzione dei costi**. La diminuzione significativa dei ricoveri, che si traduce in un tasso grezzo di ospedalizzazione tra i più bassi in regione, vede detenere l'A.S.S. N°5 il più basso tasso di ospedalizzazione regionale Anno 2010 - 149,8 per mille; Anno 2011 - 142,3 per mille; questo a fronte di una media regionale del 2010 pari a 155,5 per mille e a una media nazionale del 190 per mille. Una stima approssimativa della riduzione dei costi la si può desumere dai dati forniti dal "Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010" del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali che quantifica un giorno di ricovero in ospedale tra 800 e 1000 Euro e un giorno in assistenza domiciliare tra i 40 e 60 Euro.

· **garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico integrata in fase intensiva (in ospedale) e in fase estensiva (sul territorio)**. Tale esito è supportato dall'indice di copertura assistenziale over 65 (anno 2011) più elevato in regione (15,9%), rispetto alla media regionale (10,6%) nonché dall'indice di copertura assistenziale over 75 più elevato in regione (26,4%) a fronte di una media regionale del (17,9%). **(Tabella n. 1)**

Tabella n. 1– Copertura assistenziale dei residenti con età > 65 anni

AZIENDA DI EROGAZIONE	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ASS n. 1	12,5	12,9	10,4	10,5	11,7	11,1	10,4
ASS n. 2	6,6	7,7	7,5	7,4	7,8	7,6	7,2
ASS n. 3	16,1	17,7	12	12,3	12,7	13,2	13,8
ASS n. 4	9,1	9,8	8,3	9,1	9,3	9,5	9,8
ASS n. 5	14,8	15	13,8	14,3	14,4	15,7	15,9
ASS n. 6	10,6	10,9	10,1	10,5	10,7	10,9	10,8
MEDIA FVG	10,9	11,4	9,8	10,2	10,7	10,7	10,6

Si evidenzia una copertura assistenziale dei residenti con età > di 75 anni più elevata per la ASS 5 (27,2%), rispetto alla media regionale (17,8%). **(Tabella n. 2)**

Tabella n. 2 – Copertura assistenziale dei residenti con età > 75 anni

AZIENDA DI EROGAZIONE	2010	2011
ASS n. 1	18,5	17,0
ASS n. 2	13,0	12,2
ASS n. 3	22,3	22,9
ASS n. 4	16,4	16,7
ASS n. 5	27,2	27,2
ASS n. 6	19,3	19,0
MEDIA FVG	18,4	17,8

· **miglioramento della presa in carico dei pazienti che sono dimessi** dall'ospedale offrendo la cosiddetta cassetta degli attrezzi in termini di conoscenze, abilità e riferimenti medici e assistenziali che consentono al paziente e ai famigliari di poter gestire a domicilio la propria condizione di salute. A fronte di un significativo incremento dei volumi di attività sia intermini di numero di pazienti seguiti (+454%), sia in termini di numero di accessi per utente (+332%) nell'anno 2011 rispetto all'anno 2001, si registra , sempre nel 2011, il mantenimento della media degli accessi per paziente (16,4), assolutamente in linea con la media regionale, che è interpretabile come il risultato di un forte investimento nel tempo, da parte dell'IC e per contaminazione di tutti gli attori dell'equipe assistenziale, di un maggior coinvolgimento da parte dei pazienti stessi, dalle famiglie e dalla comunità nella gestione della propria condizione di salute. Il risultato che si ottiene e' dunque duplice: mantengo il n. di accessi medi per paziente, nonostante sia aumentata la complessita' e il numero degli assistiti, perche' ho sviluppato le competenze del pz e della famiglia e libero tempo assistenziale per prendere in carico piu' pazienti. Un ulteriore dato da considerare è il n. degli utenti con PAI (Piano di assistenza individualizzato) che corrispondono ai pazienti con maggior complessità assistenziale. L'ASS n. 5 anche in qs caso esprime una capacità di presa in carico di pz ad alta complessità molto elevata con un 60,5% di utenti con PAI rispetto alla media regionale del 45,1%. Certamente una maggior capacità di presa in carico di pz con PAI si traduce in un minor ricorso alle strutture ospedaliere.

· **sgravio dei MMG da accessi impropri in ambulatorio e liberazione di tempo che il medico di base può dedicare alla funzione di clinico e di filtro nella diagnosi e nella terapia della malattia** ottenendo il risultato di una maggiore stabilizzazione dal punto di vista clinico del paziente evitando così l'insorgenza dell'acuzie.

· **un aumento dell'efficienza registrata dall'incremento pari all'94% degli accessi medi per infermiere**. Ciò è spiegabile con la riduzione dei tempi di percorrenza, l'uso appropriato dell'ambulatorio, ma anche l'aumento di richiesta di prestazioni semplici (vedi prelievi ematici).La riduzione significativa dei tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale passata dal 33% del 2001 al 20% del 2004 ha comportato un importante recupero del tempo assistenziale da dedicare ad attività ad alta integrazione socio-sanitaria (ad esempio lavoro di rete, presa in carico "leggera ed anticipata," presa in carico in ambito ospedaliero e garanzia della continuità delle cure a livello territoriale).

· **promozione di un rapporto di maggiore fiducia tra infermiere e cittadino in ragione di una più rilevante prossimità**

· **migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata per andare verso una dimensione sociale e relazionale** che consente di fatto una reale presa in carico della persona e della sua famiglia e mag-

gior coinvolgimento dei cittadini nelle scelte che riguardano la propria salute e quella della collettività

· **migliore qualità di vita dei cittadini** supportata dai dati dell'indagine condotta sulla qualità percepita dai pazienti e famigliari fruitori del servizio. Per quanto concerne la **qualità percepita**, gli esiti derivanti dalla somministrazione di un questionario successivamente all'attivazione di ogni nodo di infermiere di comunità, evidenziano che, nel complesso, gli utenti risultano essere piuttosto soddisfatti del nuovo servizio offerto. Infatti, la quasi totalità del campione (93%) ritiene che la presenza dell'Infermiere di Comunità risponda meglio ai propri bisogni assistenziali rispetto alla precedente modalità di prestare assistenza infermieristica a domicilio. Tra le motivazioni proposte, hanno trovato maggior riscontro il fatto di aver un minor disagio negli spostamenti e la possibilità di instaurare con l'Infermiere di Comunità di quel territorio un rapporto di fiducia. In questo senso, assicurando una presenza continua e costante sul territorio, l'Infermiere di Comunità diventa una figura riconosciuta sul territorio, della quale gli utenti si possono fidare e che rappresenta un punto di riferimento per fornire una risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione.

Dal questionario è emerso che l'attività assistenziale erogata dall'Infermiere di Comunità risulta essere utile e di sostegno non solo all'assistito, ma anche alla sua famiglia, evidenziando in questo senso il ruolo fondamentale che tale figura può svolgere per sostenere e valorizzare anche il lavoro di cura informale prestato dai caregiver. Inoltre, la qualità del servizio, in termini di organizzazione, accessibilità, cordialità e di soddisfazione dei bisogni, è parsa molto buona.

b) Trasferibilita' del modello IC in un contesto urbano

Certamente il modello con le opportune contestualizzazioni e' trasferibile anche in un contesto urbano nel senso che nella città vanno individuate, disegnate, circoscritte, definite, le aree o i quartieri che possono diventare sede del servizio di infermiere di comunità e su questo si implementa il modello. **Ciò che deve cambiare e' certamente il contenitore organizzativo, ma indubbiamente il vero cambiamento richiesto dall'applicazione del modello e' un cambiamento culturale. Ovvero passare dalla medicina d'attesa, che risponde al fatto oramai in fase acuta alla medicina d'iniziativa che arriva prima che l'evento acuto accada**.

Questo è un modello che nei paesi europei (Spagna, Inghilterra, Scandinavia) ed extraeuropei è oramai attivo da tempo. In Spagna ad esempio insistono i Centri della Salute ove trattano la piccola acuzie (codici bianchi e verdi), la cronicità e la prevenzione/pro attività.

c) Le ragioni per cui il modello IC garantisce una risposta efficace ed integrativa alla proposta di ampliamento degli ambulatori dei MMG h 24, 7 gg su 7

Il MMG e formato e preparato per diagnosticare la malattia, prescrivere la terapia e in sostanza per contenere la patologia, e cio' offre una risposta parziale all'assistito perché ovviamente la prestazione, qualcuno la dovrà fare, qualcuno dovrà sorvegliare l'andamento della malattia ed ecco che occorre l'infermiere che invece e' preparato a gestire sia l'applicazione del processo diagnostico-terapeutico, sia l'impatto della malattia sulla persona, cosa ben diversa dalla cura. Cura e assistenza sono due facce della stessa medaglia!!!L'una non puo' fare senza l'altra. Ampliando gli orari d'apertura dei MMG non basterà perche' cio' che fa la differenza e' la componente assistenziale, senza contare che essendo gli utenti prevalentemente cronici, la gestione non può essere solo clinica, ma appunto assistenziale. Il paziente cronico ha bisogno di cure, di accompagnamento, di prossimità, di fiducia, di un rapporto stabile nel tempo, di educazione alla salute, di educazione terapeutica, al fine di permettergli una qualità di vita possibile anche in condizioni di limitazioni permanenti nel tempo.

Bibliografia.

- Pellizzari M, “L'infermiere di comunita': dalla teoria alla prassi”, Mc Graw Hill, Milano 2008
- Folgheraiter F., “L'utente che non c'e'”, Centro Studi Erikson, Trento, 2000
- Fonte Dati Regionale: Portale Regionale SISSR
- Fonte Dati Nazionali: Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010 – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Annuario Statistico Nazionale Anno 2011

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

NurSind dal 2010 è ECP (E-learning Center Point / polo formativo e didattico) dell'Università Telematica Pegaso. Gli ECP vengono accreditati dall'Ateneo come "centri qualificati per lo svolgimento di progetti didattici, educativi e formativi". Questo permette al NurSind di creare una perfetta congruenza tra domanda e offerta.

Conclusasi il 30 novembre, con un ottimo riscontro in termini di iscrizioni, l'immatricolazione ai 5 master, Management, Ricerca, Infermieristica Legale e Forense, Formazione e Tutorato, Area Critica, a breve verranno pubblicizzate su www.nursind.it le nuove offerte formative in merito a corsi di Laurea, Master, Corsi di Perfezionamento.

L'essere "ECP Pegaso" ci permette condizioni vantaggiose sul costo proposto di ogni singolo percorso.

Per maggiori informazioni ecp@nursind.it

L'infermiere di comunità
Dalla teoria alla prassi

Mara Pellizzari

Ed. Mc Graw-Hill
ISBN: 9788838636622,
Prezzo: 22.00 €
September 2008
Pagine: 240

Il volume propone un nuovo modello assistenziale, "l'infermiere di comunità", che si può definire "relazionale" in quanto pone al centro la persona, i suoi familiari e la comunità e li considera all'interno di un rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo generavano. In questa logica di "cure di comunità" in cui istituzioni (aziende sanitarie, servizi sociali) e società civile si incontrano creativamente per sostenere chi è nel bisogno, si colloca il modello assistenziale "infermiere di comunità" con cui si è cercato di dare una risposta alle rinnovate esigenze e ai bisogni di cura dei cittadini e alla legittima domanda sul ruolo che l'infermieristica può e potrà avere nel fronteggiare i nuovi bisogni socio-sanitari della popolazione. Il testo illustra i principi teorici innovativi del modello per poi declinarlo nella realtà, proponendo l'esperienza pluriennale dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana", sviluppando e approfondendo le nuove competenze distintive dell'infermiere di comunità che consentono il recupero della valenza sociale dell'infermieristica nella logica di restituire alla persona la capacità di progettare e tutelare il proprio progetto di salute nonché di vita.

Percorsi Insieme

Monica Balzani
Anna Maria Ferro

Edizioni SI'
Prezzo: 10 euro
pagg. 100

Storie di malattia, dolore, ma anche di allegria e amore. Anna Maria Ferro e Monica Balzani, infermiere dell'Assistenza Domiciliare, hanno raccontato in un libro, "Percorsi insieme", la loro esperienza a fianco di pazienti e familiari, cercando di trasmettere cosa significhi vivere quotidianamente la sofferenza, quale sia il carico di dubbi e fragilità, e quanta la forza interiore necessaria per cercare di alleviare il più possibile tale stato di afflizione.
Entrambe le autrici si sono ritrovate ad affrontare la realtà dell'Assistenza Domiciliare dopo aver lavorato in diversi reparti ospedalieri, passando così da un lavoro di equipe a dover fare i conti, da sole, con dolore e malattia. Ciò comporta sicuramente maggiori responsabilità, ma favorisce l'instaurarsi col paziente e la sua famiglia, di un rapporto di fiducia e di una relazione tanto profonda da trasformare l'infermiere in compagno di viaggio con cui percorrere un tratto, purtroppo a volte l'ultimo, del "cammino della vita", con reciproco arricchimento. Dalle storie narrate emerge chiaramente come, nelle difficoltà e nelle situazioni più drammatiche, la migliore risorsa per andare avanti e non mollare, sia la professionalità coniugata all'amore per l'altro, che è non solo il malato, ma anche il familiare spesso impotente davanti al dolore del proprio caro che trova nell'infermiere l'appoggio, il consiglio, la vicinanza e la capacità di gestire le situazioni. Il filo conduttore di tutte le vicende è così l'allegria alternata alla sofferenza, nel lavoro come nella vita.
----PER AVERLO IN SPEDIZIONE GRATUITA----
e-mail: unicornofenice@gmail.com
telefono Monica Balzani: 392 8388279
Anna Maria Ferro: 347 4789689

Si trova presso LIBRERIA CAPPELLI (Mega) 144, c. Repubblica - 47121 Forli' (FC) tel: 0543 370738

E' possibile acquistarlo:
www.macroedizioni.it
www.ilgiardinodeilibri.it
www.edizionisi.com telefono: 3484727931

Introduzione alla Ricerca infermieristica
I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana

Cecilia Sironi

Casa Editrice Ambrosiana.
Isbn 978-8808-18122-0
2010
496 pagine
17x24 cm
Euro 45,50

Il testo è sicuramente uno dei migliori nell'ampia panoramica delle trattazioni sulla ricerca infermieristica. Leggendolo è facile comprendere i principi guida che hanno ispirato gli autori nella redazione dello stesso che sono la chiarezza, con cui vengono espressi i contenuti di non semplice esplicazione e il pragmatismo e realismo che hanno determinato la struttura e i contenuti del testo.
I principi su elencati hanno permesso di creare un'opera che ha centrato l'obiettivo che gli autori si erano prefissi ossia la creazione di un testo che contribuirà in modo non marginale alla formazione di quella " forma Mentis" sensibile e predisposta alla ricerca che attualmente tutti gli infermieri devono possedere. Il testo è costituito da otto capitoli, i primi quattro e l'ottavo sono d'introduzione alla ricerca i restanti capitoli sono fondamentali per dare quelle conoscenze necessarie alla lettura critica di articoli di ricerca infermieristica.

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

Siamo proprio convinti di essere professionisti?

Spett.le redazione, l'esigenza di scrivere questa lettera nasce dalle continue contraddizioni e non chiarezze sia in ambito lavorativo che formativo, da parte di più figure professionali. Onestamente in primis riteniamo che alcuni colleghi e coordinatori, non hanno ancora capito bene quali sono stati i cambiamenti della professione infermieristica avutasi nel corso degli anni, ma ciò che mi fa rabbrividire è che molti Oss e Osss si ritengono infermieri generici o infermieri ausiliari, presentandosi al cittadino anche come tali, creando così tanta confusione all'interno di un sistema che già è complesso di per sè! Io mi occupo di formazione, addirittura alcuni giorni fa mi hanno riferito (per l'ennesima volta) che degli Oss stavano frequentando un corso regionale per diventare "infermiere ausilairio".

Il profilo professionale dell'infermiere recepito con il D.M. 14/03/ 1994, n. 739, comma 1, specifica che l'infermiere è l'unico responsabile dell'assistenza generale infermieristica; comma 2b, identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; comma 2c, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; comma 2f, per l'espletamento delle funzioni l'infermiere si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto… L'accresciuto bagaglio culturale e l'adeguata padronanza dei metodi e dei contenuti specifici generali conferisce dunque all'infermiere il titolo di professionista competente e autonomo nella corretta gestione dell'assistenza.

Nonostante i profondi mutamenti dell'assetto normativo, ancora oggi l'infermiere è chiamato spesso a svolgere alcune attività improprie (es. di tipo igienico-alberghiero) non strettamente collegate o pertinenti alla nuova visione dell'assistenza infermieristica, trascurando quindi l'attività clinica di maggiore complessità ma anche la gestione, supervisione e controllo del personale di supporto. E' indispensabile sapere quali sono le attività trasferibili alle altre figure professionali, questo permette all' infermiere di riappropriarsi del suo titolo di professionista, ed essere maggiormente valorizzato come accade già ormai da anni negli altri Paesi Europei. L'Oss è colui che meglio risponde ai requisiti richiesti per svolgere tutte quelle attività assistenziali di base di carattere non prettamente infermieristico. L'OSS nasce soprattutto come evoluzione di altre figure di supporto es.. l'Ota , con profili di competenza più ampi.

L'attività dell'OSS è indirizzata a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente e a soddisfare i suoi bisogni primari nell'ambito delle sue competenze. Egli agisce seguendo le indicazioni preposte dai piani di lavoro e protocolli operativi redatti dagli altri professionisti (infermieri, ostetriche ecc.) ed è responsabile solo della corretta esecuzione delle attività di sua competenza e dei compiti attribuitigli. L'OSS svolge le propria attività "su indicazione degli operatori preposti all'assistenza sanitaria e sociale". Per operatori professionali preposti all'assistenza si intende tutti i professionisti inquadrati in categoria D. Da ciò si evince che l'Oss è una risorsa chiaramente vincolata all'infermiere, il quale ha il compito di supervisionare l'operato, rimanendo quindi l'unico responsabile del processo, del risultato e della valutazione finale delle attività svolte, attività definite in base alla complessità assistenziale.

L'Osss è una nuova figura che trova origine nella sintesi dei distinti profili professionali degli operatori dell'area sociale e sanitaria ad es.. Adest-Asa-Ota-Oss, e risponde in modo più adeguato all'evoluzione dei servizi alla persona intesa nella globalità nei suoi bisogni. Rappresenta comunque come l'Oss una figura di supporto all'assistenza Infermieristica/Ostetrica. Non agisce per delega di funzioni ma ha compiti di esecuzione di prestazioni pianificate dall'Infermiere, coadiuva l'infermiere/ostetrica in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica/ostetrica, sotto la sua supervisione fissando il principio che: l'infermiere ha il potere/dovere di precludere all'Osss la possibilità di porre in essere determinate attività (ad es.. la terapia).

Alla luce di quanto detto si ritiene opportuno sottolineare non solo ai colleghi infermieri ma soprattutto ad altre figure professionali compreso l'Oss che la figura del Osss non può assolutamente essere definita una riedizione dell' infermiere generico poiché quest'ultimo era considerato una vera e propria figura infermieristica, adeguatamente e rigidamente formata, che operava in autonomia insieme all'infermiere professionale, figura sanitaria e non tecnica, che coadiuvava l'infermiere professionale ma aveva anche una dipendenza professionale/gerarchica dal medico(art. 6 D.P.R. 14-03-1974, n° 225), e provvedeva direttamente ad effettuare determinate attività senza l'ordine e la supervisione dell'infermiere professionale es. la terapia. Un aspetto da non sottovalutare, degna di un accurata e profonda riflessione, è che una riqualifica selvaggia degli Oss e figure precedenti a loro possa portare ad un inevitabile abbassamento della qualità assistenziale. Invitiamo i colleghi a riflettere profondamente e ad essere consapevoli circa il ruolo e le responsabilità che l'Infermiere ha nei confronti dell'assistenza, ma anche della gestione del personale di supporto. Si deve avere ben chiaro le competenze di tali figure e saper valutare le loro capacità nello svolgere le varie attività. Tutto ciò è possibile solo se abbiamo la conoscenza appropriata ed approfondita delle loro mansioni e di ciò che le normative recitano.

Alla luce di quanto detto chiediamo al Nursind di trovare una strategia appropriata che fermi questa macchina "PERICOLOSA", prima che sia troppo tardi! Basta! Vogliamo fare il nostro lavoro come i colleghi Europei e far capire al cittadino chi è l'infermiere e che tipo di formazione ha, in modo tale che riescano ad identificare bene un Oss o un Osss da un infermiere o da un'altro professionista. Non se ne può più. Sia chiaro che la mia non vuole essere un'offesa per nessuno, piuttosto uno sfogo, utile a confrontarsi su questa tematica tra i colleghi.

Dott.ssa Alfia Lizzi
Infermiere Cardiochirurgia
Professore a contratto C.L.Infermieristica
Politecnica delle Marche
Inf. Veneranda Aurelio
Rianimazione Cardiochirurgica
Ancona

Marito e moglie infermieri in polemica con il sindaco, a difesa della dignità professionale

Io e mio marito siamo entrambi infermieri. In data 21/11/2011 mio marito scrive un post (sul suo blog personale) sul Sindaco di Sedriano, Alfredo Celeste dal titolo "CARA CELESTE ECOLOGIA". Qualche giorno dopo riceviamo la seguente mail da parte del suo addetto stampa, Domenico Vadalà.

"In relazione al post "Cara Celeste Ecologia", pubblicato il 21 novembre scorso invio per conto del sindaco Alfredo Celeste, per completezza della notizia, le sue considerazioni in merito".

"Egregio sig. Graziano Origgi, continua la sua campagna di diffamazione e denigrazione nei confronti del Sindaco

Prof. Alfredo Celeste. Rispondera' di questo in sede legale. Nel frattempo voglia prendere buona nota che:

- l'approvazione del progetto del centro commerciale "Bennet" di Sedriano e la relativa firma della convenzione di attuazione è stata operata dalla passata amministrazione di centro sinistra. Nella discussione del punto in questione all'ordine del giorno del consiglio comunale dell'epoca il consigliere d'opposizione Alfredo Celeste aveva votato contro;

- è inesistente qualsiasi dichiarazione fatta da parte del Sindaco riguardo ciò che le riferisce il suo "uccellino" preferito a proposito della casa dell'acqua.

Si spera che la sua attività professionale di infermiere, per il bene di tutti, non sia come quella di blogger tendente a distribuire falsità e offese parrebbe per pregiudizio politico e accanimento personale.

Cordiali saluti

Staff del sindaco - Ufficio stampa."

La stessa mail viene inviata contemporaneamente a Ester Castano, una giornalista dell'Altomilanese la quale scrive un articolo molto duro nei confronti del sindaco.

Non vogliamo entrare nel tema politico (già chiaramente espresso nel post), quello che troviamo grave è l'aver solo pensato che l'essere di una corrente politica diversa da quella di quel sindaco possa fare di noi infermieri un miglior/peggior infermiere, anzi che possiamo decidere di assistere meglio o peggio a seconda di chi ci troviamo davanti.

Decidiamo di rispondere con una lettera con la convinzione che il sindaco Alfredo Celeste abbia INSULTATO un'intera categoria non solo mio marito, e che usi il metodo della querela come mezzo per "spaventare" e, quindi, idirettamente di censurare.

Inf. Stefania Piscopo

Magenta, 4 dicembre 2011

Egregio Dott. Vadalà, non voglio addentrarmi nella tematica politica, che credo di aver chiaramente espresso col mio post, in modo sereno, educato e nel rispetto dell'art. 21 della Costituzione Italiana "Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione".

Quello che più mi preme chiarire e che ho trovato aberrante è stata la frase "Si spera che la sua attività professionale di infermiere, per il bene di tutti, non sia come quella di blogger tendente a distribuire falsità e offese parrebbe per pregiudizio politico e accanimento personale".

Io, e anche altri colleghi che hanno letto l'articolo, crediamo che quanto scritto dal Sindaco Celeste, getti cattiva luce sulla nostra categoria instillando nella mente delle persone che l'assistenza infermieristica erogata possa essere migliore/peggiore a seconda delle idee politiche del proprio assistito. La "polemica" nata sul mio blog era a puri fini politici e nulla c'entra (e deve centrare) con la mia professione, che esercito nel migliore dei modi da 23 anni.

Anche solo pensare una cosa del genere, credo che butti fango su un'intera categoria. Mi preme ricordare al Sindaco e a Lei che la nostra professione e l'assistenza infermieristica si basa su un codice deontologico. L'articolo 4 e l'articolo 5 recitano rispettivamente "L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona" e "Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica". Questo implica che lo stesso tenga conto dei bisogni di ciascuno e li soddisfi INDIPENDENTEMENTE dai valori etici, politici e religiosi degli assistiti.

Pertanto, il Sindaco Celeste, con la sua insinuazione non ha offeso solo me ma ha offeso i circa 350.000 infermieri che tutti i giorni fanno il loro dovere senza chiedere al proprio assistito "Lei che partito vota?".

Cordiali saluti

Inf. Graziano Origgi

Ringraziamenti

Cari Infermieri, ringrazio il mio Dio Geova di avermi dirottato a Bergamo. Sono felice di avervi conosciuti! Siete delle belle persone. Porterò a casa nel Veneto e nel cuore, la vostra gentilezza e bontà d'animo. Voi bergamaschi siete nobili, soprattutto voi infermieri; il vostro lavoro è il più difficile. E' bello sapere che ci siete. Malgrado la sofferenza, racconterò questa bella esperienza con voi ad amici e parenti.

Con affetto

G.F.

Mobilità intercompartimentale

Spett.le Redazione, sono un'infermiera come tante, madre di famiglia e di ruolo presso una ASL a 300 km da casa.

Dalle mie parti non ci sono mobilità, tanto meno concorsi. Perciò le scrivo per sapere quanto c'è di vero sulla possibilità di chiedere una mobilità intercompartimentale che mi permetta di lavorare presso istituti scolastici, convitti, che prevedono anche la figura dell'infermiere. Ce n'è uno proprio nella mia città con un posto vacante. Io sono stata contattata per un tempo determinato di 1 mese, perché avevo fatto domanda al Comune e nemmeno me ne ricordavo… ma avevo appena accettato un altro incarico da 6 mesi e chiesto l'aspettativa per quello.

Però mi dicono che lì un posto vacante resta… Se davvero è possibile fare richiesta di mobilità volontaria, come funziona? C'è un modello da scaricare?

Grazie per l'attenzione che vorrà riservarmi.

Donatella

Cara Donatella, ti allego la normativa in vigore che, come puoi leggere, prevede la mobilità anche al di fuori del comparto di appartenenza. L'importante è che la tua azienda conceda il nulla osta.

Compila quindi la domanda ed inviala all'amministrazione di cui sei interessata.

Auguri

Grazie, gentilissimo!

Speriamo bene... Comunque, con il tuo permesso, mi riservo di aggiornarti sulla mia situazione, dovessero sorgere altri dubbi...e soprattutto mi risevo di iscrivermi al tuo sindacato.

grazie ancora, e a presto!

Carissima, veramente non è il MIO sindacato, ma quello degli INFERMIERI italiani

ciao

E' ovvio! Purtroppo ho avuto una sola esperienza con il sindacato, ed è stata fallimentare. Mi riferisco alla triste vicenda di Villa Pini, forse ne avrai sentito parlare... Ho lavorato 1 anno gratis, ostaggio della malapolitica e della malasanità abruzzesi, e anche dei miei scrupoli professionali, allorché non ce la sentivamo di abbandonare i pazienti che la clinica continuava ad infornare dalle ASL conniventi, non ultimi persino i terremotati da l'Aquila. E tutto questo, ripeto, senza che la clinica versasse un solo stipendio mentre c'era la caduta degli dei in Regione. Ora sono in lista tra le insinuazioni in passivo, ma chissà quando vedrò i miei sudatissimi soldi.

Essere precari o disoccupati è terribile, ma forse è ancora peggio ammazzarsi di lavoro gratis. L'unica gratificazione veniva proprio dai pazienti riconoscenti. Ma una madre di famiglia non può lavorare solo per la gloria.

Comunque ti ringrazio molto.

Ciao!

Donatella

Forum sulla Buona Sanità

Prendendo spunto dall'encomio del sig. G.F., uno dei tanti che ogni giorno ci ritroviamo sui giornali (quando va bene) o appesi alle bacheche delle sale visita e dopo qualche tempo, cestinati, abbiamo pensato di aprire un forum su **www.nursind.it** dove poterli "appendere" indelebilmente, in modo che si sappia del nostro prezioso lavoro e non solo della "mala sanità".

Invitiamo tutti i colleghi a riportare sul forum tutti i ringraziamenti dei pazienti.

La Redazione

In CINA nel 2020 gli infermieri saranno 4,5 milioni

Secondo una notizia ufficiale cinese del 12 dicembre, fino alla fine del mese di settembre il numero degli infermieri cinesi registrati ha raggiunto 2,21 milioni, 160 mila in più rispetto all'anno scorso. La Cina impiegherà 3 anni per formare 10 mila insegnanti nel settore dell'assistenza sanitaria.

Il ministero della Sanità cinese ha affermato che la Cina impiegherà 3 anni per formare 10 mila insegnanti specializzati dell'assistenza infermieristica, al fine di innalzare il livello sanitario di assistenza degli ospedali cinesi e la capacità tecnologica. Secondo il progetto, entro il 2015 il numero degli infermieri registrati raggiungerà 2,86 milioni, e entro il 2020, 4,45 milioni.

... mentre in ITALIA, sempre nel 2020, ne serviranno 266.000 in più

Ad affermarlo, un recente rapporto del Censis, commissionato dalla Federazione IPASVI in occasione del XVI congresso tenutosi a Bologna dal 22 al 24 marzo.

Se si vorrà andare incontro alla sanità futura, ben articolata sul territorio e per raggiungere livelli di assistenza al pari di quelli della media europea, sono queste le cifre che servono per rinforzare le fila della categoria.

Lo studio ha anche prodotto un'inchiesta sulla popolazione dalla quale si evince che il 61,3% degli italiani ritiene un errore la limitazione con numero chiuso dell'accesso al corso di laurea, dei quali, il 31,6% sostiene che in Italia ci sia bisogno di più infermieri e che stiamo correndo il rischio di non averne a sufficienza nel prossimo futuro.

Il rapporto Censis, precisa che, a partire dagli attuali 391.646 infermieri (dato che include anche le vigilatrici d'infanzia e gli assistenti sanitari per renderlo comparabile con i dati degli altri Paesi) se si volesse portare l'Italia al rapporto infermieri/popolazione dell'Olanda, che risulta pari a 1.051 per 100mila abitanti, occorrerebbe aumentare il numero di infermieri al 2020 sino a **659mila unità**, con un aumento di oltre 266mila persone.

Ciò vuol dire che ogni anno il numero di infermieri in attività (come saldo tra chi cessa per qualsiasi motivo di svolgere la professione e i nuovi avviati al lavoro) dovrebbe crescere di oltre 26mila unità, sino al 2020 incluso. Un secondo scenario che ponesse la Francia come benchmark, richiederebbe di portare il numero complessivo di infermieri per il 2020 a oltre 482mila, con un incremento complessivo di quasi 91mila infermieri, pari a oltre 9mila infermieri in più ogni anno.

Slovacchia: da aprile i nuovi stipendi a Infermieri e Ostetriche

Come avevamo preannunciato nello scorso numero della rivista, I salari degli infermieri e ostetriche saliranno dall'aprile di quest'anno, dopo che il Parlamento ha approvato il disegno di legge sui diritti salariali minimi di infermieri e ostetriche, con ben 141 voti a favore. Il loro stipendio medio sarà incrementato di quasi il 24% rispetto al salario medio pagato nel primo semestre dello scorso anno. Allo stato attuale, le strutture sanitarie in Slovacchia danno lavoro a circa 33.000 infermieri e 2.000 ostetriche. La legge si applicherà anche ai 3.100 infermieri che lavorano in orfanotrofi.

In linea con il progetto approvato, il salario minimo mensile di infermieri e ostetriche senza precedente esperienza sarà di 640 euro lordi, e dopo tre anni salirà a 666 euro. Il salario continuerà ad aumentare ogni tre anni fino a raggiungere non meno di 928 euro dopo trentatré anni di pratica.

La legge costerà allo Stato un supplemento di 77 milioni nel 2012, ma l'importo indiretto raggiungerà i 150 milioni, considerato che i datori di lavoro dovranno anche procedere ad adeguare gli stipendi degli altri dipendenti che svolgono attività di gradi paragonabili per complessità e responsabilità.

Il Ministro della Salute, Ivan Uhliarik (KDH) ritiene che i nuovi salari aumenteranno la motivazione degli infermieri slovacchi a rimanere nel loro Paese d'origine, evitando di aumentare quelli che invece emigrano per migliori condizioni di lavoro. Sono ben 20.000, ha detto, gli infermieri slovacchi che lavorano nella vicina Austria. L'ex Ministro Richard Rasi (Smer-SD) ritiene che lo Stato non abbia i soldi per l'aumento salariale, il che richiederà cambiamenti nella politica sanitaria come aumenti dei pagamenti dagli assicurati statali. Ma Rasi ha salutato la decisione con favore, perché c'era il rischio che gli infermieri sarebbero scesi in sciopero.

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

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o .....

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

Residente in via ..... N° .....

Città ....Prov. (.....) CAP _ _ _ _ _

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

Email: .....

Codice Fiscale .....

Qualifica .... Matricola .....

In servizio presso .....

si iscrive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AGRIGENTO	339 1548499		FORLI'	344 2502069		PESCARA	320 3134105
ALESSANDRIA	348 7730047		FROSINONE	340 8708765		PIACENZA	328 6907603
ANCONA	339 2221513		GENOVA	349 8073770		PISA	320 0826435
AREZZO	328 0479421		GORIZIA	339 3500525		PORDENONE	347 1174975
ASCOLI PICENO	347 6459027		LATINA	347 8465074		RAGUSA	393 9912052
ASTI	329 3342209		LECCE	347 3423464		RAVENNA	389 7942355
AVELLINO	333 1152288		LECCO	349 6441234		REGGIO EMILIA	393 4083204
BARI	348 8231774		LIVORNO	320 0825291		REGGIO CALABRIA	329 9283470
BARLETTA	328 4173358		LUCCA	328 0596018		RIETI	334 3800929
BERGAMO	348 7368056		L'AQUILA	333 4125508		RIMINI	338 2368798
BENEVENTO	392 4574107		MACERATA	333 9697131		ROMA	333 9240281
BOLOGNA	334 2737666		MASSA-CARRARA	349 8455285		ROVIGO	347 7672006
BOLZANO	373 7007311		MATERA	338 1489380		SALERNO	334 2716330
BRESCIA	348 2961805		MEDIO CAMPIDANO	347 1644078		SASSARI	338 4386893
BRINDISI	333 1093968		MESSINA	338 7770909		SIENA	338 8165127
CAGLIARI	349 4319227		MILANO	331 5643203		SIRACUSA	333 1408681
CALTANISSETTA	380 4100516		MODENA	340 3149340		TARANTO	333 3940862
CAMPOBASSO	347 0733738		MONZA	339 1935053		TERAMO	329 0075711
CARBONIA	329 1107560		NAPOLI	338 6268353		TORINO	347 8122482
CASERTA	393 4358822		NOVARA	347 3883671		TRAPANI	347 4530823
CATANIA	328 3364828		NUORO	339 6805023		TREVISO	340 3402872
CATANZARO	320 4370271		OLBIA TEMPIO	349 2427476		TRIESTE	328 4614838
CHIETI	338 2561933		ORISTANO	338 4464589		UDINE	339 2397838
COSENZA	339 8124656		PALERMO	338 9041690		VARESE	349 8474608
CUNEO	329 6776918		PADOVA	346 0106154		VENEZIA	339 2754384
ENNA	333 6106527		PAVIA	366 4444153		VERCELLI	393 9996579
FERMO	348 3394773		PERUGIA	347 3912860		VERONA	329 9559578
FIRENZE	389 9994148		PESARO-URBINO	340 3774179		VICENZA	320 0650894
FOGGIA	320 8811330					VITERBO	338 6760259

DIPENDE ANCHE DA TE!

NurSind e gli Infermieri:

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

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

www.nursind.it
nazionale@nursind.it