



anno 18 numero 3
luglio - settembre 2021

Nursing Up

magazine

Periodico della professione infermieristica
edito da Nursing Up Il Sindacato degli Infermieri Italiani



Rinnovo contrattuale Sanità

**Nursing Up chiede nuova
area contrattuale e completa
revisione del sistema e delle
indennità**

All'interno:

● Le **proposte di Nursing Up**

VIOLENZA CONTRO I PROFESSIONISTI SANITARI

Prima Napoli e poi Sarzana in Liguria, sono solo alcuni degli ultimi scenari da guerriglia registrati negli ospedali italiani, con gli infermieri vittime di aberranti violenze.

EMERGENZA INFERMIERI

- » la denuncia del Nursing Up
- » i dati della Corte dei Conti del 2020 sul precariato sono allarmanti
- » Nursing Up sui dati ISTAT 2020 relativi alla forza lavoro

MATTARELLA PREMIA UN INFERMIERE

con la medaglia al valore aeronautico per essersi distinto durante la pandemia



3



RINNOVO CONTRATTUALE SANITÀ

- 4 Nursing Up chiede nuova area contrattuale e completa revisione del sistema e delle indennità
- 6 Le proposte di Nursing Up
- 12 Informativa del Nursing Up ai Dirigenti Sindacali di ogni ordine e grado e, per loro tramite, agli associati:
TRATTATIVA CCNL SANITÀ 2019/21

13



EMERGENZA INFERMIERI, LA DENUNCIA DEL NURSING UP

14

I DATI DELLA CORTE DEI CONTI DEL 2020 SUL PRECARIATO SONO ALLARMANTI

15

NURSING UP SUI DATI ISTAT 2020 RELATIVI ALLA FORZA LAVORO

17

Storie di infermieri

MATTARELLA PREMIA UN INFERMIERE DELL'AERONAUTICA

18



VIOLENZA CONTRO I PROFESSIONISTI SANITARI

20

Il Papa ha rischiato di morire. Il Pontefice ammette apertamente:

MI HA SALVATO LA VITA UN INFERMIERE



21

SARS Cov 2

PRIMO CASO IN ITALIA DI INFERMIERE GIÀ VACCINATO CHE MUORE A CAUSA DEL COVID

22

Infermieri ed impatto fattuale della professione nel contesto sanitario e sociale



LA COMPETENZA PROFESSIONALE AL SERVIZIO DELLA VITA

23

FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Nursing Up Magazine

anno 18 - numero tre | luglio - settembre 2021

Direttore Responsabile: Antonio De Palma

Comitato Scientifico: Maria Annina Pattocchio, Francesco Sciscione

Editore: Nursing Up
via Carlo Conti Rossini, 26 - 00147 Roma
e-mail: nursingup@nursingup.it
numero verde: 800 95 95 29

Grafica e stampa: outsphera srl - www.outsphera.it

Immagini: tutte le immagini presenti nella rivista sono utilizzate nel rispetto della proprietà intellettuale dell'autore, attraverso acquisizione di specifica licenza d'uso.

Diritti: Tutti i diritti sono riservati.

È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'Editore.

Comunicazione ai destinatari del Nursing Up Magazine (art 15 e s. regol. UE 2016-679)

Gentilissimo associato,
La presente copia di Nursing Up magazine ti è stata spedita all'indirizzo di posta elettronica che ci hai fornito in sede di adesione ai servizi gratuiti Nursing Up.
Se non vuoi ricevere il magazine scrivi una mail ad info@nursingup.it, se invece vuoi modificare le preferenze di privacy puoi eseguire le operazioni che seguono direttamente dalla tua area riservata associato che trovi nella home page del sito www.nursingup.it:

- diritto di accesso ai propri dati personali;
- diritto di rettifica;
- diritto alla cancellazione dei dati (cosiddetto diritto all'oblio), senza ritardo ingiustificato qualora ricorrano determinate motivazioni previste per legge;
- diritto di limitazione di trattamento.

Il Nursing Up informa inoltre che esistono specifici tuoi diritti che possono essere esercitati inviando una mail a privacy@nursingup.it:

- diritto alla portabilità dei dati ossia il diritto di trasmettere dati da un titolare ad un altro titolare senza impedimenti;
- diritto di opposizione al trattamento;
- diritto ad ottenere un processo decisionale non completamente automatizzato.

Il Nursing Up informa inoltre che esistono tuoi diritti specifici che possono essere esercitati rivolgendosi alle specifiche autorità di controllo;

- diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo.

L'interessato può inoltre revocare il proprio consenso senza compromettere la liceità del trattamento basato sul consenso precedentemente prestato.

MODULO RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DAI DESTINATARI DEL PERIODICO NURSING UP MAGAZINE

Il sottoscritto _____, indirizzo email al quale riceve il Nursing Up Magazine: _____

DICHIARA DI NON VOLER RICEVERE ULTERIORI COPIE DEL PERIODICO IN QUESTIONE

Luogo e Data: _____ Firma: _____



Rinnovo contrattuale Sanità

Nursing Up chiede **nuova area contrattuale e completa revisione del sistema e delle indennità.**

All'interno stralcio piattaforma base

Il 5 agosto u.s. si è insediato il tavolo per il rinnovo del CCNL della sanità. Nursing Up chiede l'alveo autonomo di contrattazione per gli infermieri ed un ordinamento professionale con incarichi capaci, finalmente, di valorizzarne l'elevato profilo e le competenze.

È iniziata l'importante e decisiva trattativa nazionale per il rinnovo del CCNL della Sanità, triennio 2019-2021. Le posizioni del Nursing Up, Sindacato Nazionale Infermieri, confermano la linea intransigente. Questo è il contratto che gli infermieri e le altre professioni sanitarie con la medesima base giuridica da tempo aspettavano, ha esordito il leader del sindacato in trattativa, entrambi gli atti di indirizzo, sia quello del Comitato

di Settore che la “direttiva madre” che parte dalla tanto attesa riforma della P.A voluta dal Ministro Brunetta, consentono di mettere in atto una riforma globale dell’ordinamento professionale. Il momento è decisivo, ha detto De Palma, non possono esistere alibi a sorreggere quelle storiche posizioni interlocutorie e lacunose che fin ora non ci hanno condotto da nessuna parte, e parliamo soprattutto di quelle di taluni sindacati. Insomma, i perimetri delle direttive consentono ampi margini di manovra al tavolo negoziale.

Le premesse per dare agli infermieri l'alveo autonomo di contrattazione ci sono. D'altronde è lo stesso Brunetta, nella propria direttiva, che ha previsto la costituzione di un'area delle elevate professionalità dove collocare ruoli e le posizioni non dirigenziali e, almeno per quanto ci riguarda ha proseguito il leader, gli infermieri rientrano a pieno titolo in tale alveo. Insomma, la parte pubblica ha delineato un perimetro di possibilità che non ostano ad una reale valorizzazione dei nostri professionisti e delle altre professioni sanitarie.

Noi non vediamo l'ora di entrare nel vivo, di trattare sul modus e sul come realizzare tale forma di valorizzazione, ma bisognerà a questo punto sentire cosa ne pensano e soprattutto cosa proporranno le altre organizzazioni sindacali. Certo è che nessun alibi è più possibile.

Il nostro Presidente ha tenuto poi a precisare che le risorse che la legge ha destinato all'indennità di specificità infermieristica dopo le battaglie portate avanti dal nostro sindacato (cioè 335 milioni) e quelle destinate all'indennità per le altre professioni sanitarie (100 milioni) **non devono considerarsi in alcun modo come risorse contrattuali disponibili per le negoziazioni, perché esse vanno esclusivamente “finalizzate”, quindi trattate come risorse vincolate, che devono andare solo agli infermieri e gli altri professionisti sanitari interessati.**

Nursing Up ha lottato per giorni nelle piazze italiane, abbiamo scioperato per ottenere tali

indennità, e continuiamo, giorno per giorno, a reiterare alle regioni la nostra richiesta di rimpinguare i fondi ed integrarne gli importi.

È evidente che le risorse a disposizione non sono certo quelle che ci aspettavamo. Ma non deve essere questo, in alcun modo, l'alibi che consentirà di evitare di arrivare a quella revisione fondamentale dell’ordinamento professionale che gli infermieri e le altre professioni sanitarie aspettano da tempo e quindi il riconoscimento, tanto atteso, di un alveo contrattuale autonomo.

Nursing Up ha poi denunciato l'esigenza di una completa rivisitazione del sistema delle indennità affinché si vadano ad integrare quelle vergognose e ridicole indennità, vecchie ormai di un trentennio, che ancora gli infermieri percepiscono a fronte della loro elevata qualificazione.

Come sindacato partecipiamo a queste trattative con tutta la nostra determinazione, perché questo è il contratto che potrebbe (il condizionale è d'obbligo se prima non conosceremo le posizioni delle altre Organizzazioni Sindacali) essere in grado di sviluppare e valorizzare a pieno le competenze maturate all'interno del servizio sanitario nazionale. Per il nostro sindacato questo significa, finalmente, valorizzare anche “il lavoro degli infermieri sul campo”, ovvero riconoscere a pieno il valore e la professionalità di quei colleghi che hanno costruito e accresciuto la loro competenza, giorno per giorno nella quotidianità dei reparti ospedalieri e sul territorio.

Non contino solo i titoli di studio ma valga anche il peso di quella parte di professionalità e competenza “acquisita attraverso l'esperienza”.

Per Nursing Up, da questi principi non si può prescindere.

Nelle pagine seguenti riportiamo la piattaforma base con le principali proposte.

Principali proposte del sindacato Nursing Up all'attenzione del presidente dell'ARAN

Già trasmesse al comitato di settore Regioni Sanità in vista dell'atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale di riferimento triennio 2019-2021

1 | REVISIONE DELL'ATTUALE MODELLO CONTRATTUALE

Nel delicato e peculiare scenario attuale nel quale le professioni sanitarie hanno svolto e continuano a svolgere un ruolo importante di presidio e garanzia per la salute dei cittadini, è quanto mai necessario, partendo dalla scelta strategica operata dall'attuale Ministro della Funzione pubblica e cioè di promuovere ad ogni livello contrattuale una reale valorizzazione economica e funzionale dei professionisti impegnati ai vari livelli, di fare in modo che i prossimi rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel S.S.N. e che si creino le premesse affinché il contratto sia in grado, finalmente, di incentivare la partecipazione, la condivisione, la compartecipazione e quindi il protagonismo soggettivo e propositivo dei professionisti della salute e l'insieme degli operatori.

In tale ottica, il recente documento anticipatorio dell'atto di indirizzo del Ministro Brunetta, anche dando riscontro alle reiterate richieste oggetto delle numerose manifestazioni e lotte del Nursing Up, ha indicato specificatamente all'art 1) lett c) e lett g), la necessità di rivisitare l'Ordinamento Professionale dei singoli contratti. Secondo tale atto, inoltre, "la rivisitazione dovrà porsi come obiettivo anche quello della valorizzazione di posizioni e ruoli non dirigenziali per i quali sono richiesti i più elevati livelli di autonomia e responsabilità gestionale e/o più elevate competenze professionali specialistiche, attraverso la costituzione di un'area delle alte professionalità in cui collocare il personale apicale incaricato dell'esercizio di funzioni organizzative gestionali in possesso del titolo di studio universitario d'elevata capacità previsionali tecniche organizzative, acquisite anche attraverso idonei percorsi formativi o appartenenti ad albi. Rispetto a tale personale il contratto potrà prevedere una struttura retributiva coerente con le funzioni e le responsabilità affidate".

È evidente che, finalmente, esiste un forte e chiaro mandato politico, peraltro già condiviso anche dai vari Comitati di Settore, attraverso il quale viene individuata la necessità di un'area contrattuale delle alte professionalità, dentro la quale gli infermieri e le altre professioni sanitarie ex legge 42/1999, a nostro parere, soprattutto per le loro peculiari funzioni organizzative in ambito assistenziale, che vengono agite nell'ambito di un alveo di autonomia attribuita direttamente dalla legge n 251/2000, troverebbero naturale collocazione.

DA DOVE SI PROPONE DI INIZIARE

Senza sminuire d'importanza le altre attività, è evidente la centralità strategica delle professioni infermieristiche e dell'area sanitaria che costituiscono per specificità vocazione e missione l'essenza precipua del comparto sanità. La nuova collocazione di tali categorie di professionisti deve necessariamente riflettere quanto le leggi che costituiscono il complesso del loro processo di riforma ordinamentale e formativo hanno descritto con chiarezza, che i professionisti sanitari "svolgono con autonomia professionale secondo la declinazione prevista dagli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 251/00 attività individuate dalle

norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici, ove esistenti, dirette:

- alla prevenzione alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva;
- alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale;
- alle procedure tecniche necessarie all'esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o alla persona ovvero attività tecnico - assistenziale;
- alle attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria".

A tali professionisti, come previsto e disposto dal vigente CCNL, possono essere attribuiti incarichi di carattere gestionale e formativo nonché professionale, prevedendo l'implementazione di ulteriori competenze avanzate e specialistiche.

A tal proposito le precedenti direttive del Comitato di Settore hanno dato indicazione che il Contratto Collettivo Nazionale dovesse descrivere, analogamente a quanto già fatto per l'insieme dei profili, le declaratorie delle competenze proprie degli incarichi di "professionista specialista" e di "professionista esperto" delle professioni sanitarie infermieristica - ostetrica, tecnica della riabilitazione e della prevenzione, nel rispetto di quanto previsto dal profilo professionale, dal percorso formativo, codice deontologico.

Sulla tematica occorre effettuare una ponderata ed attenta valutazione preliminare, perché ci si riferisce al personale delle professioni sanitarie ex legge 42/1999, il cui campo proprio di funzione e gli specifici ambiti delle competenze sono delineati da discipline speciali che trovano fonte in norme di rango primario. Occorre prestare particolare attenzione affinché le ipotizzate norme contrattuali non ingenerino in contesti disciplinati dal legislatore, salvi taluni specifici, residui e comunque peculiari aspetti. Inoltre, proprio a causa dei risvolti legati a tali problematiche ed in sintonia con le ipotesi di valorizzazione dei professionisti della pubblica amministrazione da ultimo prospettate dallo stesso Ministro della Funzione Pubblica Brunetta, in un suo documento anticipatorio, si ritiene che non possa essere più procrastinata la creazione di un ambito contrattuale dedicato alle specifiche negoziazioni del personale delle professioni sanitarie, un ambito che rappresenti l'alveo naturale di collocazione contrattuale di tali professionisti che, lo si ribadisce, sono caratterizzati dall'agire univoche competenze e prerogative ai sensi e per gli effetti delle previsioni di cui alla legge n 42/1999.

Posto ciò, sarebbe possibile ipotizzare la creazione, con massima disponibilità del Nursing Up a discutere qualsiasi diverso modello organizzativo purché all'interno del sopra citato alveo contrattuale autonomo, anche riunite per "gruppi di professionisti afferenti agli Ordini Professionali regolamentati ai sensi della Legge n 3/2018", la costituzione delle seguenti specifiche ed autonome "sezioni professionali":

- ▶ Sezione delle professioni infermieristiche;
- ▶ Sezione della professione di ostetrica;
- ▶ Sezione dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Una volta ipotizzata l'ipotesi sopra declinata, preme sottolineare che quello che lo scrivente sindacato ritiene indispensabile in vista del rinnovo contrattuale è che si realizzi una reale ricollocazione della generalità dei professionisti sanitari normati dalla legge n 43/2006 nell'ambito di un nuovo alveo contrattuale autonomo, che finalmente consenta di riunire, in maniera omogenea per afferenza e competenza professionale, le professioni i cui alvei di responsabilità di base sono regolamentati dalla medesima normativa, nello specifico dalla legge n 42/1999 e dalla legge n 43/2006. Parliamo, ovviamente, di sezioni autonome sia sotto il profilo funzionale che finanziario.

LE NOSTRE IPOTESI

Ecco tre proposte, alternative tra di loro, su come potrebbe realizzarsi l'autonomia contrattuale:

- In primis attraverso individuazione di un archetipo contrattuale analogo a quello già operativo per la dirigenza.
- In subordine, e sempre perché si ritiene necessario individuare una modalità non in contrasto con le previsioni del d.lgs. 150/2009, quindi immediatamente attuabile per via contrattuale, sarebbe possibile creare un autonomo alveo contrattuale (Es area elevate professionalità) destinato alle professioni sanitarie e sociali ex legge 43/2006, integrato nell'area contrattuale della dirigenza medica. Nel citato alveo contrattuale autonomo potrebbero anche essere inserite le più volte richiamate "sezioni autonome", ordinate per gruppi di afferenza ai rispettivi ordini professionali. Resta inteso che questo nuovo ed autonomo alveo contrattuale, da includere nell'area della dirigenza sanitaria, dovrebbe essere il naturale alveo di applicazione degli istituti già previsti nel CCNL della dirigenza medesima.
- In subordine a quanto sopra, ma solo come estrema ratio e nelle more di una legge che preveda l'istituzione di uno specifico contratto autonomo di area, il limite di 4 aree già previsto dal d.lgs. 150/2009 potrebbe essere "temporaneamente" superato creando nell'attuale CCNL di comparto, un alveo autonomo e finanziariamente differenziato rispetto al resto (che potrebbe essere definito macro sezione autonoma o area elevate professionalità, come anche indicato dal documento anticipato dal Ministro Brunetta) nel quale far confluire i macro gruppi di professionisti sanitari sopra descritti.

Nella sostanza, i professionisti sanitari articolati in base ai macro-gruppi sopra indicati afferenti ai rispettivi ordini, dovrebbero essere attribuiti ad una specifica area (o macro-sezione) contrattuale per le professioni sanitarie. Si consideri che la

fattispecie della "sezione" è già prevista dall'art 40 c.2) d.lgs. 165/2001).

All'alveo contrattuale (macro-sezione autonoma o area elevata professionalità) del quale si parla dovrebbe essere riconosciuta autonomia funzionale e finanziaria per mezzo delle prerogative indicate dall'articolo 40 c.3) del medesimo decreto il quale, si rammenta, prevede che: "la contrattazione collettiva disciplini, in coerenza con il settore privato, la struttura contrattuale".

Ergo, la norma non osta in alcun modo all'ipotesi che alle sezioni autonome che possono essere create in base all'art 40, c.2) venga riconosciuta una struttura contrattuale autonoma, sia funzionalmente che finanziariamente, rispetto al resto del comparto. Ciò posto, si rileva come anche questa modalità realizzerebbe le previsioni della direttiva del Ministro Brunetta.

È evidente che, una volta riconosciuta e realizzata l'autonomia contrattuale che qui si chiede, occorrerà operare per una collocazione idonea dei professionisti interessati all'interno degli ambiti di riferimento, prendendo ad esempio anche come base l'archetipo "duale" già adottato per le aree della dirigenza. In ogni caso, il nuovo contratto non potrà prescindere dall'operare una estensione degli istituti e prerogative vigenti nel contratto della dirigenza al restante personale delle professioni sanitarie interessate.

Nei casi n 1 e 2 sopra ipotizzati e quindi laddove si procedesse con la creazione di una specifica area, ovvero una specifica sezione professionale autonoma nel contratto di area della dirigenza, si dovrebbe procedere omogeneizzando gli istituti del personale interessato con quelli che regolano le attività dei professionisti del contratto di riferimento, dando corpo, ovviamente, ad analoga struttura contrattuale.

In caso diverso, cioè laddove si optasse per l'ipotesi n. 3) innanzi prospettata, si formulano le seguenti riflessioni.

LE PROFESSIONI SANITARIE NEL CCNL 2016/2018

In quest'area si collocano i 22 profili professionali sanitari.

Per quanto riguarda le professioni infermieristiche, ostetriche ed i professionisti sanitari oggi collocati nella categoria "D", è necessario sottolineare che l'evoluzione delle organizzazioni sanitarie verso sistemi caratterizzati da sempre maggiore complessità operativa e multi professionale, richiede di potenziare le funzioni specialistiche esperte e didattico-organizzative delle professioni sanitarie.

È in quest'ottica che si collocano le nostre proposte, con il riconoscimento e la valorizzazione delle funzioni di base dei profili professionali laureati del comparto, di quelle esperte (esperienza e aggiornamento professionale), delle funzioni specialistiche (Master universitario specifico), delle funzioni didattiche/formative (Laurea magistrale, Master universitario specifico, Corso di Perfezionamento universitario specifico) e delle funzioni di tipo organizzativo (master in management per funzioni di coordinamento, titolo AFD, laurea magistrale come titolo preferenziale). È necessario introdurre ed evadere la tematica delle consulenze e della libera professione intramoenia, dovendosi tenere in opportuna considerazione, e questo lo si ribadisce, che le prime sono già state inserite formalmente tra le norme fondamentali della professione infermieristica, da ultimo attraverso la revisione del Codice Deontologico dell'aprile 2019 e che ai sensi e per gli effetti delle previsioni di cui alla legge n 42/1999 le medesime hanno forza di norma primaria per gli interessati. Da ultimo, ma non certo per importanza, occorre sottolineare l'esigenza di implementare un sistema contrattuale in grado di riconoscere l'anziani-

tà di servizio, intesa come valorizzazione "on the Job" della qualità e dell'assistenza oltre ad intervenire sull'ormai obsoleto sistema indennitario e su quello di regolamentazione della pronta disponibilità oltre ad introdurre il "diritto alla disconnessione", di cui si parlerà di seguito.

RIFLESSIONI GENERALI SULLA RI-COLLOCAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI

Il personale delle professioni sanitarie afferente ai profili professionali di cui alla legge 42/1999 è quello che risulta maggiormente penalizzato dalle dinamiche dell'ultimo ventennio. Ciò è accaduto non solo, come invece si registra per il restante personale in conseguenza della stasi contrattuale, ma soprattutto perché è solo tale specifica tipologia di personale ad essere stato soggetto di una implementazione "ope legis" degli ambiti di competenza e, conseguentemente, dei profili di responsabilità professionale.

Ciò premesso, si ritiene che la collocazione del personale nell'ambito del nuovo ordinamento professionale debba essere ispirata ai seguenti principi fondamentali.

FUNZIONI PROFESSIONALI DI BASE E SPECIALISTICHE

È necessario ricollocare i professionisti sanitari di cui ai profili professionali indicati dalla legge n 42/1999 nel nuovo ed autonomo ordinamento contrattuale, ottimizzando tale collocazione rispetto all'archetipo contrattuale già esistente per la dirigenza.

È necessario rivisitare le attuali procedure di progressione economica per fasce attraverso l'introduzione di istituti che valorizzino la qualità e dell'assistenza.

È necessario revisionare il meccanismo di individuazione, conferimento e gestione degli incarichi.

FUNZIONI ESPERTE

È necessario prevedere una specifica indennità di funzione al momento dell'affidamento dell'incarico, di tipologia fissa e ricorrente, in analogia a quanto accade per l'attribuzione degli incarichi della dirigenza medica.

È necessario revisionare il meccanismo di individuazione, conferimento e gestione degli incarichi.

FUNZIONI DI COORDINAMENTO

È necessario ricollocare il personale avente diritto in una nuova categoria contrattuale del nuovo ed autonomo ordinamento contrattuale, ovvero loro collocazione "ottimizzata" nell'archetipo contrattuale già esistente per la dirigenza.

FUNZIONI ORGANIZZATIVE

È necessario revisionare l'attuale sistema con previsione della possibilità di attribuire tali funzioni nell'ambito del nuovo ed autonomo ordinamento contrattuale previsto per le altre sopra indicate.

PROGRESSIONE ECONOMICA ED ANZIANITÀ DI SERVIZIO

Qualora la scelta non fosse quella di optare, come proposto, per l'estensione ai professionisti ex legge 43/2006 degli istituti contrattuali della dirigenza ma quella di individuare un alveo contrattuale autonomo, si rende necessario introdurre un meccanismo di valorizzazione dell'esperienza dei singoli e della qualità assistenziale analogo a quanto già accade per la dirigenza.

LA PROGRESSIONE ECONOMICA, L'ANZIANITÀ DI SERVIZIO, LA VALORIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA E DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

IL RICONOSCIMENTO DELLE FUNZIONI VALORIZZANTI LA QUALITÀ E L'ASSISTENZA

I professionisti sanitari operano sia singolarmente che in équipes, essi implementano ed accrescono il proprio bagaglio di conoscenze, competenze ed abilità anche sulla base dell'esperienza, dovendo anche considerare che a loro viene chiesto di personalizzare il proprio intervento tecnico professionale sulla base dei bisogni e delle attività svolte secondo i modelli organizzativi dell'Ente di appartenenza.

La valorizzazione di tali esperienze acquisite, nonché della capacità di personalizzare il proprio intervento professionale per renderlo idoneo rispetto ai modelli organizzativi dell'Ente.

In altri termini l'ampio bagaglio di conoscenze ed esperienze acquisito "on the job" deve essere contrattualmente e strutturalmente riconosciuto agli interessati.

Per tali motivi ed al di fuori delle ipotesi facenti capo ai profili di esperto o di specialista, analogamente a quanto previsto per la professione medica, in relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo professionista, accertate con le procedure valutative di verifica decise dal CCNL, ai professionisti con almeno cinque anni di attività e valutazione positiva (ovvero senza valutazioni di demerito) sono riconosciute contrattualmente, in relazione elevata professionalità acquisita, le funzioni svolte, di natura professionale, consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo.

Tale novazione consentirebbe di affermare la sussistenza di un vero e proprio diritto al riconoscimento delle funzioni delle quali si parla quando il professionista abbia maturato cinque anni di pregressa esperienza lavorativa e superato la procedura di verifica e valutazione da parte dall'organismo istituzionalmente preposto, ovvero in assenza di valutazioni di demerito.

Sulla scia di quanto già accade per i medici, ne deriverebbe che le funzioni valorizzanti la qualità e l'assistenza dovrebbero essere riconosciute ed attribuite al verificarsi dei presupposti temporali e qualitativi specificati (valutazione positiva- assenza di provvedimenti di demerito).

L'anzidetta novazione potrebbe finalmente delineare un percorso di progressione economica della carriera, ordinato per fasce valorizzanti ovvero mediante altre modalità che la contrattazione vorrà individuare e proporre, connesso con l'incremento delle conoscenze e delle competenze tecniche che il professionista ha acquisito nei primi cinque anni, e che devono trovare puntuale riscontro nell'assenza di valutazioni negative.

L'assenza di valutazioni negative comporta dunque, per il professionista, il diritto alla corresponsione di una retribuzione di posizione minima unificata (anche detta indennità di valorizzazione).

Il sistema delle fasce orizzontali deve essere superato attraverso il riconoscimento delle funzioni valorizzanti la qualità e l'assistenza. Le medesime fasce continuano ad essere attribuite al personale interessato, attraverso le regole già poste, sino al momento del riconoscimento contrattuale delle funzioni valorizzanti la qualità e l'assistenza, e quindi alla relativa attribuzione della retribuzione di posizione minima unificata. Al fine di concretizzare una reale forma di progressione eco-

nomica orizzontale per il personale interessato, con decorrenza dall'anno successivo all'avvenuta attribuzione delle funzioni valorizzanti la qualità dell'assistenza, e successivamente di anno in anno, la retribuzione di posizione minima unificata deve essere integrata attraverso le procedure di contrattazione integrativa aziendale, nei limiti delle risorse facenti capo al fondo...

Il trasferimento di un professionista da un Ente dello stesso o diverso comparto di contrattazione non comporta novazione del rapporto di lavoro.

Per tale ragione il nuovo CCNL dovrà prevedere in maniera esplicita che il servizio prestato presso l'ente di provenienza venga computato a tutti gli effetti, per qualsiasi finalità contrattuale, come servizio prestato presso l'ente di destinazione.

IL SISTEMA DEGLI INCARICHI

L'attuale sistema degli incarichi, che ha dimostrato di essere strumento fallace di organizzazione ha solo contribuito a creare malcontento tra i soggetti interessati, deve essere riformato, con l'obiettivo di applicare i medesimi o analoghi principi che attualmente ispirano gli istituti contrattuali della dirigenza.

AMBITI DI COMPETENZA DI SPECIALISTI ED ESPERTI

Fermo quanto già si è detto in relazione agli ambiti di competenza ed alle funzioni dei professionisti sanitari ordinati secundum lege, potrebbe essere individuato un sistema di norme contrattuali idonee a dichiarare, all'interno dell'alveo contrattuale autonomo, nuove profilazioni di potenziale applicabilità operativa dei singoli profili professionali che possano esprimere, nel miglior modo, la proiezione ed evoluzione negoziale degli interessati. Sempre che, nel frattempo, non vi abbia provveduto una diversa fonte, posto che da lungo tempo ormai si attende un provvedimento da parte della Conferenza Stato Regioni che ovvierebbe al problema potenziale di uno sviluppo diversificato delle stesse.

In questo modo, per mezzo del contratto nazionale si avrebbe un'omogeneizzazione anche nel delineare gli ambiti di riferimento per "specialisti" e per "esperti".

Per procedere in questa direzione, ad oggi, si potrebbero anche tenere in considerazione qualificati apporti già disponibili: quello prodotto per la professione d'infermiere da parte della Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche e quello per le aree di specializzazione per la professione di tecnico sanitario di radiologia medica, delineato nell'Accordo Stato Regioni e concordato tra le rappresentanze professionali di TSRM, medici radiologi e fisici sanitari.

INDIVIDUAZIONE DI NORME CONTRATTUALI "PERIMETRO" INERENTEMENTE AGLI AMBITI DI COMPETENZA DELLE FUNZIONI ORGANIZZATIVE

Nel prioritario rispetto delle norme speciali che regolano le singole professionalità, sarebbe quanto mai opportuno che il CCNL ipotizzi anche una più adeguata formulazione delle competenze sottese agli incarichi per la funzione organizzativa, prevedendo la partecipazione diretta dei soggetti interessati e la relativa attività di collaborazione strutturale con i dirigenti sanitari sovraordinati o di riferimento.

INCARICHI PROFESSIONALI: LE FUNZIONI ESPERTE

Il requisito per il conferimento dell'incarico di "professionista esperto" è costituito dall'aver acquisito competenze aggiuntive tramite percorsi formativi complementari (regionali e/o Universitari) ed attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni o province autonome ed essere collocato nella categoria E.

Il numero di profili delle funzioni esperte da ricoprire sono identificati prioritariamente a livello di contrattazione integrativa tra il personale interessato. Ogni anno l'Ente individua, attraverso le procedure di contrattazione integrativa aziendale, il numero delle posizioni esperte da ricoprire tenendo conto delle proprie esigenze organizzative.

Titoli valutabili: formazione ECM specifica dell'ambito delle competenze richieste, master o altri corsi universitari (non vincolante), corsi regionali, esperienza sul campo (certificazione competenze), funzioni esperte già attribuite perché previste da delibere regionali o provinciali (vedi esperienze trentino AA e/o Emilia Romagna). La laurea magistrale costituisce titolo integrativo valutabile nell'ambito del curriculum formativo e professionale.

Modalità di attribuzione dell'incarico: procedura selettiva per titoli finalizzata a riconoscere, su base selettiva, l'accrescimento delle competenze. Le funzioni di Esperto vengono attribuite dall'Ente "mediante incarico formale di Esperto".

Durata incarico: quinquennale rinnovabile.

Formalità: dopo la selezione l'incarico sarà attribuito con atto formale e con specifici obiettivi, oggettivamente valutabili al termine del quinquennio (occorrerebbe verificare la possibilità di superare il modello delle valutazioni annuali, ad esempio, prevedendo una valutazione intermedia di monitoraggio alla metà del periodo quinquennale di riferimento). Al termine del quinquennio, in assenza di valutazioni negative, l'incarico viene prolungato senza procedura selettiva per un ulteriore periodo quinquennale a sua volta rinnovabile con le stesse modalità.

L'attribuzione decade, laddove l'interessato chieda ed ottenga di cambiare contesto lavorativo con la conseguenza di non poter più esercitare la competenza esperta oggetto del proprio incarico.

In ogni caso di cessazione dall'incarico di esperto, l'interessato mantiene il trattamento economico già maturato. La eventuale revoca deve garantire al dipendente un idoneo contraddittorio.

Durante lo svolgimento dell'incarico: il soggetto interessato viene collocato nell'organico dell'Ente in posizione corrispondente alla sua qualità di esperto.

Retribuzione: indennità professionale aggiuntiva.

Occorre considerare alcune fattispecie già in essere in alcune realtà italiane dove sono state formalizzate competenze "aggiuntive" con corso formativo, in particolare:

- ▶ il see end treat ed il fast track in pronto soccorso;
- ▶ le delibere su protocolli del 118 in alcune realtà avanzate (Bologna);
- ▶ l'ostetrica del percorso nascita in trentino;
- ▶ Delibere regionali sulle funzioni dell'infermiere di famiglia.

Da valutare alcuni vecchi titoli da considerare come equipollenti o equivalenti rispetto ai nuovi come, solo ad esempio, quello dell'Infermiere professionale specializzato in anestesia e rianimazione o terapia intensiva ecc., al quale veniva rilasciato da alcune scuole un diploma ai sensi dell'art.4 del DPR 225/1974.

Le profilazioni dei potenziali alvei contrattuali di applicabilità operativa dei professionisti con

funzioni esperte potrebbero essere effettuate prioritariamente a livello di contrattazione primaria, mentre a livello di contrattazione decentrata potrebbero essere individuate dall'Azienda di concerto con le RSU e con le OO.SS. aventi titolo altre funzioni, in base alle necessità emergenti.

L'attribuzione delle funzioni esperte da parte dell'Azienda avviene sulla base delle competenze professionali acquisite attraverso lo sviluppo professionale (esperienza, formazione e aggiornamento professionale) attinenti all'ambito della funzione esperta e dell'assenza di valutazioni negative. L'attribuzione formale delle funzioni esperte viene effettuata dall'Azienda con atto scritto e motivato sulla base di criteri stabiliti di concerto con le RSU e con OOSS aventi titolo ed ha di norma validità quinquennale rinnovabile. L'attribuzione può essere revocata prima della scadenza solo con atto scritto e motivato per valutazione negativa, sempre garantendo all'interessato un idoneo contraddittorio. In ogni caso il dipendente mantiene il trattamento economico già maturato.

ALCUNE PROFILAZIONI CONTRATTUALI IPOTIZZABILI

Alcune tra le principali profilazioni contrattuali di potenziale applicabilità operativa dei singoli profili professionali interessati potrebbero essere le seguenti:

8. professionista sanitario esperto nella continuità assistenziale (es. esperto picc, midline);
9. professionista sanitario esperto di educazione alla salute o terapeutica e counseling dei singoli e dei gruppi;
10. professionista sanitario esperto - mentor del neo assunto;
11. professionista sanitario esperto-supervisore di studenti in tirocinio;
12. professionista sanitario esperto nel controllo delle apparecchiature e delle tecnologie;
13. professionisti sanitari esperti in ambiti specifici, non definiti nelle declaratorie di seguito riportate ed individuati successivamente dall'Azienda sanitaria di concerto con le OO.SS. aventi titolo, in risposta a nuove esigenze o bisogni sanitari o dei servizi.

INCARICHI PROFESSIONALI: LO SPECIALISTA

Il numero di posizioni specialistiche da ricoprire è identificato prioritariamente a livello di contrattazione integrativa tra il personale interessato. Ogni anno l'Ente individua, attraverso le procedure di contrattazione integrativa aziendale, il numero delle posizioni specialistiche da ricoprire tenendo conto delle proprie esigenze organizzative.

Per l'attribuzione degli incarichi l'Azienda tiene conto delle competenze professionali acquisite attraverso:

- n.** la formazione universitaria avanzata e specialistica definita dal possesso di Master universitario specifico ai sensi della L.43/2006;
- o.** lo sviluppo professionale (esperienza e aggiornamento professionale) attinente all'ambito della funzione specialistica;
- p.** valutazioni positive (ovvero assenza di valutazioni negative nel periodo considerato);
- q.** la laurea magistrale costituisce titolo integrativo, valutabile nell'ambito del curriculum formativo e professionale.

Titoli necessari: master specifico per le funzioni esercitate secondo quanto disposto dalla legge n 43/2006.

Modalità di attribuzione: selezione per titoli ed esami.

Durata incarico: Incarico quinquennale rinnovabile: durante l'incarico il professionista interessato viene collocato nell'organico dell'Ente

MEDICA



in posizione corrispondente alla sua qualità di specialista.

Formalità: le funzioni specialistiche vengono attribuite "con incarico formale di specialista" e con specifici obiettivi oggettivamente valutabili (occorrerebbe verificare la possibilità di superare il modello delle valutazioni annuali, ad esempio, prevedendo una valutazione intermedia -di monitoraggio- alla metà del periodo quinquennale di riferimento).

Al termine del quinquennio, in assenza di valutazioni negative, l'incarico viene prolungato senza procedura selettiva per un ulteriore periodo quinquennale a sua volta rinnovabile con le stesse modalità.

L'attribuzione può essere revocata prima della scadenza solo con atto scritto e motivato per valutazione negativa, garantendo in tal caso all'interessato idonee procedure relative al contraddittorio.

L'attribuzione decade laddove l'interessato chieda ed ottenga di cambiare contesto lavorativo con la conseguenza di non poter più esercitare la competenza specialistica oggetto del proprio incarico.

In ogni caso di cessazione dall'incarico di specialista l'interessato mantiene il trattamento economico già maturato.

Le fattispecie sopra indicate hanno carattere esemplificativo e non precludono la possibilità da parte dell'Azienda di individuare in sede di concertazione con le OOSS aventi titolo ulteriori funzioni dei professionisti sanitari specialisti finalizzate al miglioramento della qualità dei livelli assistenziali.

LE COMPETENZE DEGLI SPECIALISTI

Le competenze si considerano specialistiche in quanto caratterizzate da autonomia e responsabilità, da direzione centrata su paziente e famiglia, complessità del contenuto del lavoro, processi decisionali evidence based, valutazione sistemica della situazione del paziente, grado di coordinamento del percorso assistenziale, processi di continuità assistenziale messi in essere, consulenza e supporto a colleghi in situazioni instabili/complesse e orientamento all'innovazione e al cambiamento.

L'attribuzione delle funzioni mediante incarico, previa procedura di selezione per titoli ed esami effettuata dall'azienda, avviene con atto scritto e motivato ed ha di norma validità quinquennale rinnovabile.

Durante tale periodo il soggetto interessato viene collocato nell'organico dell'Ente interessato, in posizione corrispondente al profilo specialistico posseduto.

Alle funzioni specialistiche sottendono gli specifici ambiti di competenza professionale. Gli ambiti di competenza dei professionisti sanitari, come si è avuto modo di ribadire più volte, sono chiaramente identificati dall'articolo 1), punto 2) della legge n 42 /1999 e quindi, il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato, oltre che dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli specifici codici deontologici, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, oggi coincidenti con i corsi di laurea e formazione post base. A tali riferimenti possono integrarsi, mai con funzione surrogatoria o limitante l'autonomia determinazione degli interessati, specifiche disposizioni contrattuali.

Proprio con riferimento ai Corsi di Formazione post base, il Competente Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, con nota protocollo n. 11860 in data 01.04.2019 del Dipartimento Per La Formazione Superiore e Per La Ricerca - Direzione gene-

rale per lo studente, lo sviluppo e l'internazionalizzazione della formazione superiore Ufficio 3°, ha fornito alle Università le indicazioni relative all'attivazione dei Master Specialistici di primo livello per le 22 Professioni Sanitarie ai sensi della Legge n. 43. del febbraio 2006, art. 6 comma 1, c) e delle indicazioni del Contratto di Lavoro del 23 febbraio 2018, art.16, comma 7 del Personale del Comparto Sanità. In tale atto viene fatto esplicito ed ufficiale riferimento all'applicazione del documento prodotto dall'Osservatorio Nazionale Professioni Sanitarie del 17 dicembre 2017, che pertanto diventa a tutti gli effetti riferimento per la predisposizione degli ordinamenti didattici universitari finalizzati alla formazione dei professionisti in grado di svolgere funzioni specialistiche.

Alla luce dei provvedimenti di cui si parla e fatta salva ogni valutazione, rilievi e/o riserve sui contenuti del documento di fonte dell'Osservatorio Nazionale, è possibile oggi trovare una indicazione degli ambiti delle competenze professionali del personale interessato da ricercarsi, secundum legem ed oltre il resto, nel contesto degli ordinamenti didattici dei Master di cui è parola.

Al riguardo si sottolinea che con singolare ed opinabile previsione contenuta nell'articolo 16), punto 7) del CCNL Sanità del 21 maggio 2018 tale CCNL, ingendo in un contesto che non sembra rientrare nell'alveo della disponibilità di diritto di una fonte normativa idonea a regolamentare solo una platea specifica e limitata di destinatari (cioè i pubblici dipendenti del comparto sanità) sembra indicare, ai fini dell'attribuzione delle funzioni specialistiche negli enti e/o aziende del SSN e dei relativi incarichi professionali, che i relativi Master abilitanti debbano essere (solo???) quelli di cui all'elenco prodotto dall'Osservatorio Nazionale Professioni Sanitarie del 17 dicembre 2018

LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO

La funzione di Coordinamento esprime un alveo di attività coeve e necessarie per la realizzazione dell'archetipo strutturale ed organizzativo delle professioni sanitarie ex legge 43/2006 e per la loro integrazione e collegamento nel complesso sistema funzionale degli Enti del SSN, per tale ragione la stessa deve trovare idonea ed organica configurazione, con relativo trattamento economico, nell'ambito dell'ordinamento contrattuale.

I professionisti con funzioni di coordinamento devono essere strutturati.

In posizione coerente con il proprio ruolo e quindi sovra ordinata rispetto al personale agli stessi afferente.

Il numero di posizioni di coordinamento da ricoprire devono essere identificati prioritariamente a livello di contrattazione integrativa, tra il personale interessato. Ogni anno l'Ente individua, attraverso le procedure di contrattazione integrativa aziendale, il numero delle posizioni di coordinamento da ricoprire tenendo conto delle proprie esigenze organizzative.

Per l'attribuzione degli incarichi l'Azienda tiene conto delle competenze professionali acquisite attraverso:

- r.** la formazione universitaria avanzata e specialistica definita dal possesso di master specifico per le funzioni richieste ed esperienza triennale nella categoria Es;
- s.** lo sviluppo professionale (esperienza e aggiornamento professionale) attinente all'ambito della funzione di coordinamento;
- t.** valutazioni positive (ovvero assenza di valutazioni negative nel periodo considerato);
- u.** la laurea magistrale costituisce titolo integrativo, valutabile nell'ambito del curriculum formativo e professionale.

Titoli necessari: possesso del master specifico per le funzioni richieste, rilasciato ai sensi dell'art

6) legge n 43/2006 o certificato di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica.

Modalità di attribuzione: selezione per titoli ed esami.

Durata incarico: Incarico quinquennale rinnovabile; durante l'incarico il professionista interessato viene collocato nell'organico dell'Ente in posizione corrispondente alla sua qualità di coordinatore.

Formalità: le funzioni di coordinamento vengono attribuite "con incarico formale di coordinatore o di quadro direttivo" e con specifici obiettivi oggettivamente valutabili (occorrerebbe verificare la possibilità di superare il modello delle valutazioni annuali, ad esempio, prevedendo una valutazione intermedia - di monitoraggio - alla metà del periodo quinquennale di riferimento).

Al termine del quinquennio, in assenza di valutazioni negative, l'incarico viene prolungato senza procedura selettiva per un ulteriore periodo quinquennale a sua volta rinnovabile con le stesse modalità.

L'attribuzione può essere revocata prima della scadenza solo con atto scritto e motivato per valutazione negativa, garantendo all'interessato idonee procedure relative al contraddittorio.

L'attribuzione decade laddove l'interessato chieda ed ottenga di cambiare contesto lavorativo con la conseguenza di non poter più esercitare la competenza direttiva oggetto del proprio incarico.

In ogni caso di cessazione dall'incarico di coordinamento l'interessato mantiene il trattamento economico già maturato.

Le fattispecie sopra indicate hanno carattere esemplificativo e non precludono la possibilità da parte dell'Azienda di individuare in sede di concertazione con le OOSS aventi titolo ulteriori funzioni dei professionisti sanitari coordinatori finalizzate al miglioramento della qualità dei livelli assistenziali.

RICONOSCIMENTO RUOLO DEI PROFESSIONISTI INCARICATI DELLA FORMAZIONE

È indispensabile che il nuovo CCNL riconosca contrattualmente i professionisti che si occupano di formazione, sia nel comparto, sia come dirigenti, con stabilizzazione di coloro che si trovano da anni assegnati presso le Università con ruoli di didattica, tutoraggio e direzione.

LE FUNZIONI ORGANIZZATIVE

Possono essere attribuite al personale avente titolo. Vengono retribuite con una specifica indennità di funzione.

Il recente CCNL 2016/2018 ha introdotto il concetto di "incarico organizzativo" dove la laurea magistrale specialistica è ulteriore elemento di valorizzazione ai fini dell'affidamento degli incarichi di maggior complessità. Il paradosso è che per l'incarico di coordinamento, ritenuto inferiore, è richiesto un master e per l'esercizio di funzioni più complesse e sovraordinate, solo i 5 anni di anzianità sono requisito obbligatorio.

In tal senso, bisognerebbe prevedere una diversa articolazione dei requisiti di accesso a tali funzioni organizzative, coerente con la scala dei requisiti di cui innanzi.

In ogni caso, a coloro i quali viene affidato un incarico di organizzazione potrebbe applicarsi, con le eccezioni sotto riportate e con i doverosi distinguo sia per il conferimento che per i rinnovi, il modello organizzativo previsto per le funzioni esperte, con riconoscimento di indennità quantificate contrattualmente.

Tale tipologia di incarico:

- ▶ comporta specifiche responsabilità nell'ambito dell'organizzazione clinica, del management e della didattica;
- ▶ deve essere graduato (dimensione, autonomia, responsabilità) su base aziendale;
- ▶ la laurea magistrale costituisce elemento di valorizzazione;
- ▶ sono richiesti 5 anni di esperienza nella posizione precedente;

- ▶ può essere sovraordinato agli incarichi di tipo professionale;
- ▶ è attribuito tramite selezione per titoli e può essere prorogato in assenza di valutazione negativa;
- ▶ soggetto a valutazione biennale.

vrebbero prendere in considerazione la complessità legata alla:

- ▶ dimensione organizzativa di riferimento;
- ▶ livello di autonomia e responsabilità della posizione;
- ▶ tipo di specializzazione richiesta;
- ▶ complessità ed implementazione delle competenze;
- ▶ valenza strategica rispetto agli obiettivi aziendali.

REVISIONE CRITERI

I criteri per definire la gradazione economica della indennità di funzione organizzativa do-

2 | ALTRI ISTITUTI CONTRATTUALI

LE CONSULENZE

I paesi anglosassoni hanno istituzionalizzato da lungo tempo la figura dell'infermiere consulente e con essa quella dei consulenti delle altre professioni sanitarie. Proseguendo nel presente scritto, a mero scopo esemplificativo e per brevità, la materia delle consulenze, che beninteso attiene ad ognuno dei 22 profili professionali che trovano fonte nella legge 42/1999, sarà trattata prendendo come riferimento, ad unico scopo descrittivo, il profilo professionale dell'infermiere, posta anche l'evidenza che il nuovo codice deontologico dell'infermiere appena adottato individua, ed in parte già regolamenta, l'istituto della consulenza laddove prevede che: "L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.", ed ancora, all'articolo 14: "L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito", ed all'articolo 15: "L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza". La consulenza, almeno nella pratica quotidiana, viene svolta in svariati modi e per diverse problematiche clinico-assistenziali (ed organizzative: es. gestione e supervisione degli OSS e delle altre figure di supporto). Il professionista sanitario, infatti, per quanto sia competente, non può essere esperto in tutte le discipline, mentre coloro che operano in settori specialistici possono mettere a disposizione le proprie competenze a beneficio dei colleghi e degli utenti.

È evidente che l'importanza del passaggio di un atto professionale specifico (consulenza) che è sempre stato informale ad una specifica attività il cui esercizio è contrattualmente riconosciuto e che può quindi essere adottato nei protocolli e nelle prassi organizzative aziendali, rende l'assistenza più efficiente, implementa la cultura del confronto e dello scambio di competenze, soprattutto aumenta le performance del sistema e la qualità dei servizi resi ai cittadini.

Cos'è la consulenza e quali vantaggi può portare?

La consulenza è il processo tramite il quale l'infermiere e/o il professionista sanitario in quanto competente sulla materia fornisce indicazioni su aspetti clinico-assistenziali, riabilitativi, tecnici, educativi o organizzativi, che coinvolgono uno o più assistiti.

In campo infermieristico, solo per esempio, la consulenza di un infermiere specialista porta alla realizzazione di un piano di assistenza, alla formulazione delle relative diagnosi infermieristiche e alla supervisione dei processi o delle tecniche assistenziali nella materia in cui è esperto.

Il prestare o chiedere consulenza non si configura solo come un dovere etico, ma rappresenta un importante strumento professionale, quando presente in modo formalizzato e sistematicamente documentato, perché contribuisce a garantire una qualificata continuità assistenziale. I vantaggi a disposizione sono molti (vedi Tabella 1).

Un processo di consulenza ben strutturato ed implementato in una procedura specifica, quindi, è un valido strumento di buona pratica assistenziale e clinica. Nella Tabella che segue sono schematizzate in modo semplice le fasi di un processo tipo, che coinvolge, solo per esempio, équipe mediche ed infermieristiche (vedi Tabella 2).

Principali tipologie di consulenza agite nella prassi

- ▶ Prestazioni tecniche professionali specifiche;
- ▶ Addestramento sul campo dei colleghi;
- ▶ Educazione del paziente e/o dei familiari;
- ▶ Supervisione dei colleghi

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE, INTRAMURARIA E LA RELATIVA INDENNITÀ

Tabella 1

VANTAGGI PER IL PAZIENTE	VANTAGGI PER LE AZIENDE	VANTAGGI PER I PROFESSIONISTI
Miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'efficacia dell'assistenza.	Soddisfazione dell'utenza.	Favorisce la motivazione e lo sviluppo di competenze avanzate.
	Razionalizza i tempi di assistenza e rende efficiente il lavoro.	Ottimizza i tempi di assistenza e l'utilizzo dei materiali.
Risoluzione di problemi di natura clinica, tecnica, organizzativa, etico-legale.		
Riduzione e miglior governo del rischio clinico.		

Tabella 2

	FASE DEL PROCESSO	RESPONSABILE	DOCUMENTAZIONE
Fase 1	Necessità di consulenza	Equipe (medica e/o infermieristica) che necessita di consulenza	Scheda medica infermieristica, registro consulenze
Fase 2	Attivazione consulenza	Medici e/o infermieri del reparto richiedente	Scheda prestazioni
Fase 3	Consulenza da parte dell'esperto	Esperto che effettua la consulenza	Scheda infermieristica
Fase 4	Compilazione scheda	Il consulente compila scheda richiesta in duplice copia e firma	Scheda richiesta consulenza

LA NOSTRA IPOTESI, PER AGIRE SIN DA SUBITO

Analogamente con quanto già accade per il personale medico, per attività libero professionale intramuraria del personale sanitario non medico afferente ai profili professionali previsti dalla legge n 42/1999, si intende l'attività che il suddetto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'impegno di servizio (quindi al di fuori dall'orario di lavoro), in regime ambulatoriale, specificando che le relative prestazioni professionali possono ricomprendere anche le attività in ambito dell'assistenza, della diagnostica strumentale e di laboratorio, del day hospital, day surgery o di ricovero, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali.

FINALITÀ

L'attività libero-professionale è finalizzata a promuovere il miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie al fine di incentivare i professionisti interessati a rendere le prestazioni all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e quindi offrire servizi maggiormente qualificati ai cittadini. Tale sistema, come già accade per il personale medico, dà la possibilità all'assistito di scegliere liberamente il professionista anche nell'ambito delle strutture pubbliche dietro pagamento di un compenso che non è quello fissato dall'Azienda ma che viene liberamente stabilito dal professionista e successivamente approvato dalla Direzione dei servizi di riferimento.

L'ESAME DELLA VIGENTE NORMATIVA E LA POSSIBILITÀ DI ISTITUIRE L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA ATTRAVERSO UNA NORMA CONTRATTUALE

Il sistema dell'attività libero professionale intra moenia proposto dal Nursing Up non incorre nel c.d. divieto di concorrenza sleale applicabile ai dipendenti della pubblica amministrazione ex DPR n 3/1957. Nello specifico e in attesa di una auspicabile norma di rango primario che regoli la materia, un esame delle norme di legge vigenti dimostra come il CCNL possa configurarsi già come strumento idoneo ad istituire l'attività libero professionale intra moenia negli enti ed aziende del SSN.

Per meglio comprendere la proposta Nursing Up passiamo ad esaminare le linee generali della disciplina delle incompatibilità disegnata dal legislatore delegato in attuazione della riforma.

L'art. 53 del D.Lgvo 165 del 2001 e le incompatibilità assolute Il comma primo dell'art. 53 pone il principio generale relativo al tema delle incompatibilità assolute e, sostanzialmente, non apporta modifiche alle norme previgenti affermando esplicitamente per tutti i dipendenti pubblici la perdurante vigenza degli articoli da 60 a 65 del D.P.R. 3/57. L'art. 60 del Dpr. 3/57 impone ai pubblici dipendenti il divieto di esercitare il commercio, l'industria e qualsiasi professione o assumere impieghi alle dipendenze di privati o accettare cariche in società costituite a fine di lucro. Il successivo art 61 esclude dal divieto le società cooperative e prevede che sia autorizzabile lo svolgimento dell'incarico di arbitro o perito; mentre l'art. 62 ammette che il dipendente, previa previsione di legge o autorizzazione, "partecipi all'amministrazione o ai collegi sindacali di società o enti ai quali lo Stato partecipi o comunque contribuisca, in quelli che siano concessionari dell'amministrazione di cui l'impiegato fa parte o che siano sottoposti alla vigilanza di questa".

LE NOVITÀ INTRODOTTE DAL LEGISLATORE DELEGATO

Il legislatore delegato dunque ha trasportato la disciplina del 1957 nell'ambito del lavoro pubblico privatizzato e ha voluto conservarla invariata anche nel nuovo contesto. Egli ha, evidentemente, tenuto conto della interpretazione giurisprudenziale dei divieti di cui all'art. 60 laddove per effetto di quanto novellato, ha introdotto nella disciplina due significative novità:

- ▶ Ha previsto un'area di attività extra lavorative che risultano sempre lecite al pubblico dipendente (e pertanto si qualificano come un diritto soggettivo pieno del lavoratore) individuandole al comma 6 dell'art. 53. Quindi, in base all'oggettiva circostanza che tra le attività vietate dal richiamo all'art. 60 del DPR 3/57 e quelle libere di cui al comma 6, art. 53 del D.lgs. 165/01 si colloca in concreto un'area (potenzialmente assai vasta) di attività, ha predisposto che in merito a questa ultima la liceità o meno del loro svolgimento fosse definita dalle stesse amministrazioni datrici di lavoro. In pratica, realizzando la delega, il legislatore ha ritenuto di affermare in termini assoluti alcuni principi (generale divieto di svolgere attività rilevanti) e le relative mitigazioni (possibile assunzione di cariche in società a controllo pubblico e svolgimento di attività autorizzabili).
- ▶ Ha contemporaneamente affermato un nuovo principio fondamentale nel momento in cui ha previsto in termini assoluti che lo svolgimento di determinate attività costituisca un diritto del pubblico dipendente (diritto precedentemente riconosciuto alla sola

assunzione di cariche cooperative) ed ha attribuito agli stessi soggetti pubblici datori di lavoro la facoltà di stabilire criteri generali finalizzati all'individuazione di quelle che, tra le attività (potenzialmente illimitate) comprese nell'area rimasta esclusa dalle due definite per legge, siano da considerarsi compatibili con l'attività svolta dal datore stesso, il quale viene coerentemente investito del potere di autorizzare o meno le (eventuali) concrete attività extralavorative dei propri singoli dipendenti.

LO STATO ATTUALE DELLE NORME

Allo stato attuale della norma, dunque, ai soggetti pubblici datori di lavoro, e quindi agli stessi nell'ambito dell'esercizio delle loro prerogative in ambito contrattuale, viene riconosciuta la facoltà di concordare e stabilire con le OO.SS. i criteri generali finalizzati all'individuazione di quelle, tra le attività (potenzialmente illimitate) dei propri singoli dipendenti comprese nell'area rimasta esclusa dalle due definite per legge, che sono da considerare come compatibili rispetto all'attività svolta dagli Enti e/o Aziende del SSN e, pertanto, da ritenersi autorizzabili.

Dal tenore di quanto sopra descritto appare dunque evidente come, allo stato dell'attuale normativa le parti contrattuali, ARAN ed OOSS, vantino la specifica titolarità di introdurre, attraverso lo strumento del CCNL norme specifiche sottese ad autorizzare, in via generale e regolamentare, le forme di attività libero professionale intra moenia degli operatori delle professioni sanitarie, escludendole pertanto dall'alveo delle attività rientranti nel divieto previsto dal legislatore.

Risulta anche palese che le aziende e degli enti del SSN sono portatrici dell'interesse oggettivo di intraprendere tale percorso contrattuale alla luce dell'enorme beneficio che ne discenderebbe per il cittadino e questo sia in termini di organizzazione che di qualità assistenziale. Infatti, l'attuazione della libera professione intra moenia per il personale delle professioni sanitarie, analogamente e ad adiuvandum rispetto a quanto già accade per il personale medico, consentirebbe un considerevole ed ulteriore abbattimento delle liste di attesa, oltre a liberare un considerevole numero di risorse professionali, subito pronte a disposizione del cittadino che accede alla struttura pubblica.

LA PROPOSTA NURSING UP NELLE MORE DI UNA LEGGE DI RIFORMA

È necessario partire dalle attività vietate dal richiamo all'art. 60 del DPR 3/57 e quelle libere indicate dal comma 6, art. 53 del D.lgs. 165/01, soffermandosi sulla terza tipologia di attività, quelle che più ci interessano e cioè le attività autorizzabili.

Dal disposto congiunto delle norme sopra citate, discende in termini assoluti che vi sono attività il cui svolgimento costituisce un vero e proprio diritto del pubblico dipendente (diritto precedentemente riconosciuto alla sola assunzione di cariche cooperative), altre vietate ed infine, tra le due, esiste un alveo di attività la cui autorizzazione è rimessa alla previa autorizzazione del datore di lavoro. Insomma, allo stato vi sono i presupposti contrattuali affinché le parti introducano una norma contrattuale di tipo autorizzativo generale, atta a riconoscere per via regolamentare che l'attività libero professionale intramoenia svolta da parte del personale delle professioni sanitarie di cui alla legge 42/1999 debba considerarsi autorizzata in quanto ricompresa nell'area rimasta esclusa dalle due definite per legge e che quindi, per effetto di tale autorizzazione, tale attività possa appalesarsi come perfettamente compatibile con l'attività svolta presso l'Azienda e/o Ente del SSN.

Ciò posto, in coerenza con quanto sopra indicato e considerando quanto già accade per il personale medico, le Aziende dovranno favorire tale tipologia di attività anche mediante la realizzazione, al proprio interno, di idonee strutture e spazi dedicati all'esercizio della suddetta attività, oppure, in mancanza di questi ultimi, ad individuare spazi sostitutivi, anche fuori dall'azienda, in altre aziende o strutture sanitarie non accreditate, nonché in studi professionali privati, ivi compresi quelli per i quali è richiesta l'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

Sotto il profilo strettamente giuridico, la particolare tipologia dell'attività professionale intra moenia non modifica il rapporto di lavoro degli interessati, che comunque continua a configurarsi come un rapporto "subordinato" alle dipendenze di Aziende pubbliche e le relative prestazioni sono caratterizzate dalle regole del lavoro privato nei termini di cui al d.lgs. 165/2001 e smi. In tal senso non viene, pertanto, leso il principio costituzionale della fedeltà al soddisfacimento degli interessi e dei fini della collettività, come si è più volte pronunciata la stessa giurisprudenza (ex multis Cons.St., Sez.VI, 8 luglio 1997, n.1102). Infatti, le disposizioni contrattuali proposte dal Nursing Up devono specificare e garantire che l'esercizio dell'attività professionale intramuraria non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'azienda e il suo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. A tal fine, pare opportuno prevedere che, in linea con quanto già accade per il personale medico, che la suddetta attività non possa globalmente comportare, per ciascun professionista, un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Per l'attività di ricovero e di assistenza domiciliare la valutazione è riferita anche alla tipologia e complessità delle prestazioni.

Le Aziende o Enti del SSN negoziano annualmente, in sede di contrattazione, le attività istituzionali assicurate in relazione alle risorse umane e tecniche disponibili. Di conseguenza concordano con i singoli professionisti e con le équipe interessate i volumi di attività libero-professionale intramuraria che, comunque, non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati, prevedendo appositi organismi paritetici di verifica ed indicando le sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto concordemente pattuito.

Per i professionisti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo, si introduce, analogamente a quanto accade per la professione medica, anche uno specifico trattamento economico aggiuntivo "indennità di esclusività", istituto del tutto peculiare definito anche come "elemento distinto della retribuzione".

Tale indennità, di importo definito dal CCNL, viene erogata per 13 mensilità ed è articolata in fasce che vengono conseguite a seguito del raggiungimento di una certa esperienza professionale e in assenza di valutazioni negative.

Conseguentemente, dovrà prevedersi che l'opzione per tale tipologia di rapporto di lavoro possa essere effettuata annualmente (entro il 30 novembre di ciascun anno), con decorrenza dei relativi effetti dal 1 gennaio dell'anno successivo, sottolineando altresì che, il passaggio al rapporto non esclusivo non comporta la perdita dei benefici economici, già in godimento. Infatti, trattandosi di indennità "di esclusività" e non "di irreversibilità" viene garantito il mantenimento di tale emolumento a tutti i professionisti (sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato) che lo avranno già acquisito, nonché la corresponsione della fascia superiore al compimento dell'esperienza professionale richiesta, e in assenza di valutazioni negative.

Ai sensi della vigente normativa, si fa riferimento essenzialmente ad attività di carattere medico e sanitario, non riscontrabili nei confronti delle

altre posizioni contrattuali che tali attività non svolgono. In altre parole, va a remunerare quella particolare "fedeltà" nell'ambito di quei rapporti di lavoro caratterizzati dall'esclusività, che implica la totale disponibilità per l'attività istituzionale. L'erogazione della indennità in questione non comporta, quindi, una disparità di trattamento economico con altre categorie di pubblici dipendenti in quanto trattasi di un elemento distinto della retribuzione, tenuto conto che nell'ambito del CCNL dell'8 giugno 2000, è stato previsto anche uno specifico emolumento per la dirigenza tecnica, professionale e amministrativa e che anche i dirigenti medici percepiscono specifici emolumenti in tal senso.

Il nuovo CCNL dovrà, infine, normare affinché nessun professionista iscritto ad un ordine possa essere in qualche modo passivamente attribuito alle attività di "supporto" della libera professione medica. L'attività di collaborazione a tal fine, nel rispetto degli specifici ruoli e competenze, dovrà essere rimessa esclusivamente alle relazioni tra i singoli professionisti. Ciò premesso, il nuovo CCNL dovrà prevedere le modalità con le quali a fronte delle esigenze del personale medico, di beneficiare dell'opera di altri professionisti sanitari, le parti siano libere di concordare i termini giuridico economici delle forme di collaborazione che intendono intraprendere.

REVISIONE COMPLETA DEL SISTEMA DELLE INDENNITÀ

Le parti contrattuali devono procedere ad una revisione completa delle indennità oggi esistenti, anche con omogeneizzazione rispetto al trattamento economico previsto per i dirigenti sanitari. Bisognerebbe pensare ad una completa revisione delle indennità legate alla remunerazione delle particolari competenze e del disagio legato allo svolgimento di funzioni peculiari.

Il Comitato di settore dovrà indicare alle parti contrattuali l'adozione di iniziative finalizzate ad una reale e concreta integrazione economica dell'indennità di specificità infermieristica prevista dal comma 409, art 1) della legge 30 dicembre 2020, n. 178.

Sarà necessario anche prevedere un'integrazione dell'indennità destinata agli altri operatori sanitari prevista dall'articolo 414 della medesima legge.

REVISIONE DELLA TEMPISTICA DEDICATA AI TEMPI DI VESTIZIONE E DI PASSAGGIO DELLE CONSEGNE.

La tempistica indicata dal CCNL 23.05.18, inerentemente ai tempi che il professionista utilizza per indossare la divisa ordinamentale e per il passaggio delle consegne ai fini della presa in carico delle persone assistite deve essere rivista. Al personale infermieristico che opera in reparti e/o servizi ospedalieri, ovvero in qualsiasi altra tipologia di struttura laddove per prassi organizzativa si realizzano le condizioni per la presa in carico della persona, devono essere garantiti, seppure in via forfettaria, "periodi congrui di tempo", quindi differenti rispetto a quelli già previsti dal CCNL vigente, nell'ambito dell'orario di servizio giornaliero, per assolvere a tali doveri di ufficio. I periodi dedicati alla vestizione previsti dal CCNL nazionale possono essere incrementati in sede di contrattazione integrativa, in presenza di particolari condizioni di disagio o di difficoltà logistico organizzative aziendali (spo-

gliatoi centralizzati distanti dal luogo di servizio o difficilmente raggiungibili ecc.).

REVISIONE ISTITUTO DELLA PRONTA DISPONIBILITÀ

Occorre intervenire ed aggiornare il valore economico della pronta disponibilità.

Devono essere introdotte norme che ne consentano una programmazione rispettosa delle condizioni professionali e di vita personale e familiare del professionista. L'istituto della pronta disponibilità è caratterizzato da un periodo di tempo, ulteriore rispetto al debito orario contrattuale ordinario previsto, durante il quale il professionista deve essere reperibile e deve poter raggiungere il posto di lavoro nel minor tempo possibile.

Questo comporta, indipendentemente dal fatto che l'interessato venga effettivamente chiamato in servizio, che lo stesso resti assoggettato a forti limitazioni e restrizioni dei propri tempi e della propria libertà di movimento, essendo lo stesso costretto in una condizione di attesa che non gli consente di allontanarsi dalla propria abitazione o di recarsi, solo ad esempio, in una città diversa rispetto a quella della propria residenza.

In tal senso le attuali modalità economiche finalizzate a risarcire tale forma di disagio non appaiono in alcun modo congrue rispetto alle limitazioni che tale forma di pronta disponibilità comporta e sugli effetti negativi a carico della qualità dei tempi della vita familiare e personale.

Devono pertanto essere introdotte forme di recupero della "pronta disponibilità passiva" anche differenziate rispetto a quelle previste per la pronta disponibilità attiva.

REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO ALLE DISCONNESSIONE

Il dipendente che lascia il servizio dopo aver svolto il proprio turno di lavoro ordinario ha diritto alla disconnessione.

Gli enti e/o aziende del SSN non hanno titolo, in assenza di specifica norma di legge e/o contrattuale, di imporre ai propri dipendenti come purtroppo spesso accade, di restare connessi con l'Ente oltre il normale orario di servizio attraverso cellulari o via internet.

Il nuovo CCNL non deve consentire agli Enti ed Aziende del SSN di individuare formule organizzative "originali", talvolta assimilabili per caratteristiche a quelle della pronta disponibilità, consistenti nella richiesta al dipendente, in forma gratuita, di tenersi connesso con l'Ente attraverso il proprio cellulare ovvero altri strumenti informatici per essere immediatamente reperibile nei casi di necessità.

Risulta evidente che quella particolare tipologia di reperibilità generale ed astratta alla quale troppo spesso le aziende fanno riferimento ed alla quale sono soggetti i dipendenti del comparto della sanità pubblica deve essere gestita, nei casi eccezionali ed imprevedibili caratterizzati da situazione di effettiva necessità o pericolo collettivo, con modalità analoghe a quella dei dipendenti di ogni altro comparto contrattuale della pubblica amministrazione.

In via generale, con eccezione per i dipendenti sottoposti ai turni di pronta disponibilità, a tutti gli altri dipendenti delle Aziende ed Enti del SSN, sulla base delle regole generali di buona fede e correttezza, deve essere riconosciuto il

diritto personale a non rispondere al cellulare o alle comunicazioni informali di fonte dell'Ente, e comunque a spegnere il cellulare durante i periodi non ricompresi nell'orario di servizio retribuito, come tale rilevato con i normali mezzi di attestazione delle presenze.

Peraltro, in base ai principi di collegamento tra retribuzione e orario di lavoro previsti dall'art. 36 della Costituzione italiana, l'obbligo di tenersi a disposizione e di rispondere alle chiamate, anche laddove non discenda da specifiche ed esplicite norme contrattuali, non può restare senza una retribuzione dedicata rispetto agli altri dipendenti i quali, pur svolgendo funzioni equivalenti agiscono la propria libertà di "disattivare" il cellulare o di non connettersi. Si ricorda altresì che il diritto alle ferie, solo per esempio, è qualificato come irrinunciabile dalla Costituzione italiana, all'art. 36, ma anche dalla Carta europea dei diritti fondamentali, all'art. 31, comma 2).

Per le ragioni sopra indicate, l'esistenza di un diritto alla disconnessione è rinvenibile già allo stato dell'attuale normativa, quindi non solo alla luce delle responsabilità e prerogative del datore di lavoro, alla luce delle vigenti previsioni di rango costituzionale, secondo le quali le prestazioni aggiuntive (eventuale dovere di restare connesso oltre l'orario di servizio) devono essere pagate attraverso un adeguato compenso, definito a livello contrattuale, e coincidente in una certa quota part

COMITATO PARITETICO PER LE AZIONI DI CONTRASTO DELLA VIOLENZA IN AMBITO LAVORATIVO

Alla luce del grave e costante verificarsi di fenomeni di violenza a carico di operatori sanitari ed in applicazione del punto 1 c) della direttiva appena adottata dal Ministro Brunetta, in ogni azienda sanitaria dovrebbe essere costituito un comitato paritetico amministrazione /sindacati, con il compito di presidiare e monitorizzare tale grave fenomeno e di proporre all'ente interessato le azioni e gli interventi sulla materia, funzionali allo specifico contesto. Sarebbe inoltre opportuno sensibilizzare le aziende sanitarie alla organizzazione di servizi interni di pronto intervento in tutti quei casi in cui gli operatori sanitari si trovasero ad essere esposti al rischio di azioni violente nei loro confronti.

FORMAZIONE ECM

La formazione ECM costituisce presupposto fondamentale per l'esercizio professionale dei professionisti a ciò tenuti, per questo la stessa deve essere sostenuta con ogni mezzo da parte della pubblica amministrazione, che deve anche accollarsene i relativi oneri.

Vanno inoltre previste, anche in applicazione del punto n. 1) lett h) della Direttiva Brunetta, norme di collegamento ed omogeneizzazione tra quelle che normano la formazione ECM del personale delle professioni sanitarie ex legge 42/1999 e quelle che normano la medesima attività per il personale medico, garantendo ai primi identiche prerogative valide per gli altri, e quindi di prevedere la disponibilità di un numero minimo di ore del debito settimanale di ogni operatore, da dedicare alla formazione che, beninteso, deve essere considerata a tutti gli effetti come orario di lavoro.

Informativa del Nursing Up ai Dirigenti Sindacali di ogni ordine e grado e, per loro tramite, agli associati

Roma, 07 settembre 2021

Trattativa CCNL Sanità 2019/21 - seconda seduta

Cari colleghi,

Si è tenuta la seconda seduta delle trattative in oggetto.

È ora di veder nascere l'area delle elevate professionalità promessa dal Ministro Brunetta, nella quale, e lo abbiamo detto senza mezzi termini durante la trattativa, per noi rientrano di diritto gli infermieri ed il loro percorso di valorizzazione economica e contrattuale!

Nella giornata del 7 settembre sono riprese le serrate e delicate trattative per il rinnovo contrattuale del Comparto Sanità 2019-2021.

Nel corso dell'incontro, si è acceso un proficuo e sereno confronto tra il Presidente del Nursing Up, Sindacato Nazionale Infermieri, Antonio De Palma, e il Presidente dell'ARAN, il quale ha sentito il dovere di rispondere subito, in merito ai "temi caldi" che De Palma aveva poco prima sollevato durante il suo intervento.

L'attenzione centrale è stata ancora una volta rivolta alla nascita dell'area delle elevate professionalità, dal momento che sino ad oggi non è stata prodotta nessuna norma specifica per un'area autonoma ed esclusiva di contrattazione. Stiamo parlando, per essere precisi, della terza ipotesi contenuta nella piattaforma contrattuale presentata dal Nursing Up all'ARAN.

Ribadiamo che per noi, dopo mesi di lotte nelle piazze italiane, si tratta di punto nodale da cui non si può prescindere.

Tutto questo naturalmente deve viaggiare di pari passo con l'indispensabile tempestività con cui il contratto va chiuso. Vanno attribuite, agli infermieri e alle altre professioni sanitarie, le tanto attese risorse economiche che abbiamo conquistato dopo mesi di dure battaglie. Si tratta di riconoscimenti che ci spettano di diritto e che i professionisti della sanità stanno attendendo da fin troppo tempo. Parliamo di quella storica indennità specifica, che per noi, beninteso rappresenta solo la punta dell'iceberg.

La delegazione del Nursing Up si è sentita in dovere di sensibilizzare il tavolo di confronto, data la priorità, ad affrontare tra i principali argomenti proprio la revisione dell'ordinamento professionale dal momento che, secondo le indicazioni ricevute dal Comitato di Settore e dallo stesso Ministro Brunetta nella direttiva madre, oltre che dal DL 80/2021 in linea con la tanto attesa riforma della P.A., si tratta di un adempimento ormai imprescindibile.

E proprio secondo le indicazioni del decreto legge 80/2021, dentro quest'area, dovrà accedere esclusivamente il personale con elevata qualificazione professionale e correlate responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le posizioni e i ruoli non dirigenziali, per i quali siano richiesti i più elevati livelli di autonomia e responsabilità gestionali, e/o le più elevate competenze professionali e specialistiche.

Insomma, ci sono tutte le basi per un contratto della sanità con un'area specifica dedicata alle elevate professionalità (distinta rispetto alle altre 3 aree funzionali nelle quali dovrebbe trovare collocazione il resto del personale), area alla quale le negoziazioni potranno attribuire, anche se il condizionale è d'obbligo, perché dipende anche dalle posizioni degli altri sindacati e dell'ARAN, gli importanti profili di autonomia che noi da tempo chiediamo.

Quest'area coincide peraltro con la terza tra le ipotesi della nostra piattaforma contrattuale, e noi faremo di tutto per

sostenerla. È del tutto evidente che, in attesa di una norma analoga a quella della dirigenza medica che purtroppo risulta ancora da calendarizzare in parlamento, l'area elevate professionalità prevista dal DL 80/2021 può e deve essere la collocazione in cui devono trovare spazio gli infermieri e le altre professioni sanitarie non mediche.

Come è noto, e questo è stato anche oggetto di precisazione da parte del nostro Presidente verso il Presidente dell'ARAN Naddeo quando lo stesso ha tenuto a sottolineare che si tratta di un'area distinta ma comunque ricompresa nel contratto della sanità.

Nursing Up ha ribadito che non conta tanto il nome che sarà dato a questo alveo di contrattazione o la sua collocazione rispetto al testo contrattuale, ma i contenuti che essa esprimerà, tra questi il tanto atteso aumento di stipendio che gli infermieri e le altre professioni sanitarie attendono.

È necessario rivisitare le attuali procedure di progressione economica per fasce attraverso l'introduzione di istituti che valorizzino la qualità e l'assistenza. In tale contesto si cala la già ottenuta "indennità professionale specifica per gli infermieri", che attesta la particolare valenza e considerazione sociale dell'esercizio professionale infermieristico e della funzione assistenziale. Tale indennità, che risulta incardinata alla qualifica professionale posseduta, prescinde dalle dinamiche contrattuali (in quanto attribuita ope legis), se non per la relativa finalizzazione, che, come è noto il prossimo CCNL, dovrà concretamente realizzare.

Parliamo di una indennità fissa e ricorrente frutto delle battaglie condotte nell'anno 2020 su tutto il territorio nazionale. Nursing Up, peraltro, chiede che le Regioni integrino le risorse economiche destinate alle citate indennità. Risorse aggiuntive, quindi, per avvicinare gli infermieri italiani alla media dei colleghi dei restanti paesi dell'Europa.

È indiscutibile che ci troviamo ad un passo dalla svolta, in carenza di una legge dedicata ad un'area esclusiva, ancora ferma in parlamento, l'area elevate professionalità prevista dal DL 80/21 ci permette di superare il rigido archetipo indicato sino ad oggi dal d.lgs. 165/2001 e potrebbe permettere, agli infermieri ed alle altre professioni sanitarie con medesima base giuridica, di approdare finalmente ad un alveo ben distinto, dove poter discutere giorno dopo giorno delle nostre specifiche problematiche.

Allo stato delle norme essere inclusi in questa area significa ottenere un primo importante riconoscimento, in quanto personale di elevata qualificazione e responsabilità. Finalmente Infermieri e professioni sanitarie collocati, come è giusto e come gli compete, all'acme dell'organizzazione contrattuale sanitaria. Come da tempo chiediamo.

Come sindacato partecipiamo alle trattative con tutta la nostra determinazione, perché questo è il contratto che potrebbe (il condizionale è d'obbligo, se prima non conosceremo le posizioni delle altre Organizzazioni Sindacali) essere in grado di sviluppare e valorizzare a pieno le competenze maturate all'interno del servizio sanitario nazionale. Per Nursing Up questo significa finalmente, valorizzare anche "il lavoro degli infermieri sul campo", ovvero riconoscere a pieno il valore e la professionalità di quei colleghi che hanno costruito e accresciuto la loro competenza, giorno per giorno, nei reparti ospedalieri e sul territorio.

Non contino "solo" i titoli di studio, ma valga anche il peso di quella parte di professionalità e competenza "acquisita attraverso l'esperienza".

Per Nursing Up da questi principi non si può prescindere.

La Consulta Nazionale e la commissione trattante continueranno a lavorare fornendo un aggiornamento costante sull'evoluzione.

Nursing Up - Relazioni Professionali

Emergenza infermieri, la denuncia del Nursing Up

La grande partecipazione ai pochi concorsi in itinere non significa reale disponibilità di infermieri.

Bisogna essere sinceri: politica incompetente e passi da gambero nuocciono al Servizio Sanitario Nazionale.

Seguono i numeri, e le nostre riflessioni.

Quale futuro per la sanità italiana se si continua ad assumere con il contagocce e quei pochi concorsi, più unici che rari, mettono a disposizione pochissimi posti a tempo indeterminato, quando invece servirebbero infermieri assunti definitivamente?

Si è svolto in due giornate il 26 e 27 di luglio il concorso riservato agli infermieri per l'ASL di Ferrara: i posti solo 3 a presentarsi oltre 3 mila infermieri. E così qualcuno ha parlato di fine dell'emergenza infermieristica e di infermieri finalmente disponibili ed a grandi numeri.

Nulla di più sbagliato. Non tragga in inganno il gran numero di partecipanti ai concorsi in itinere, ha denunciato subito il Nursing Up, perché per la maggior parte sono tutti infermieri precari che chiedono un posto fisso, avendo lavorato alacremente durante il Covid.

Insomma parliamo di quelli che sognano una legittima stabilizzazione alla luce della loro esperienza e dei sacrifici profusi.

Abbiamo voluto prendere a scopo di semplice esempio il concorso bandito dalla ASL di Ferrara per proporre spunti di riflessione basati su dati reali.

Nursing Up
magazine



I numeri parlano chiaro: in Italia mancano 80 mila infermieri da nord a sud. Certo è che le promesse da marinaio di Governo e Regioni fatte nel momento più difficile, cioè quello della pandemia, si sono tradotte nell'ingaggio di appena 31.990 unità inserite da nord a sud, di cui tuttavia solo 8757 sono state assunte a tempo indeterminato. Il Sud in particolare si attesta su numeri davvero desolanti con soli 690 contrattualizzati a tempo indeterminato a fronte di 8.085 reclutamenti.

I dati OCSE

Gli infermieri sono pochi, lo dicono apertamente i dati OCSE, abbiamo 2,5 infermieri ogni medico, la media tra le più basse d'Europa. Senza considerare il misero stipendio medio inchiodato a 1400 euro al mese tra i più bassi del vecchio continente.

Ma quanti sono gli infermieri dipendenti del nostro SSN e quanti di questi sono regolarmente assunti a tempo indeterminato?

Continua a calare il numero dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2009 a 2017 la sanità pubblica perdeva oltre 46.500 operatori, con una contrazione del 6,2%. È quanto emergeva dal Conto Annuale della Ragioneria dello Stato 2017, che analizzava i dati del personale della Pubblica Amministrazione. Tra il 2009 e il 2017 abbiamo perso 46.500 operatori sanitari.

Secondo le stime OMS, entro il 2030 ci sarà una carenza mondiale di oltre nove milioni di infermieri e ostetriche a meno che non vengano tempestivamente intraprese azioni radicali.

Qual è la situazione italiana?

Entriamo nel dettaglio: la FNOPI sosteneva con un suo report del 2015 che su 440mila iscritti all'albo, 371mila erano gli infermieri dipendenti occupati. Dato confortante.

E oggi, a distanza di 6 anni?

Gli infermieri dipendenti a contratto nelle strutture pubbliche nel 2020 sono 269 mila su 456mila iscritti all'albo

E di questi quanti sono i precari?

I dati della Corte dei Conti del 2020 sul precariato sono allarmanti

Infermieri: personale a tempo determinato e interinale cresciuto del 63%

Se il personale medico precario è cresciuto lo stesso si può dire anche di quello infermieristico. Tra tempo determinato e interinali il loro numero è passato dalle 9.769 unità del 2012 alle 15.991 del 2017, una salita del 63%.

Nello specifico i contratti a tempo determinato sono aumentati del 58% (+4.959 unità) e quelli interinali del 96% (+1.262 unità).

La Regione che ha assunto più precari è la Puglia con un incremento del 244%. Aumenti elevati anche in Liguria (+181%), Toscana (+121%), Emilia-Romagna (+81%). Le uniche due Regioni ad aver diminuito il ricorso a infermieri precari sono la Basilicata (-16%) e la Valle d'Aosta (-139%).

Il quadro è desolante, tra gli infermieri: precari in aumento del 63% e quasi 100mila infermieri dipendenti in meno negli ultimi 6 anni.

E alla luce di questa situazione, mentre si dovrebbero aumentare a vista d'occhio, considerata la carenza di infermieri salita alle stelle con il Covid, le realtà concorsuali finalizzate ad assumere, gli inserimenti degli infermieri a tempo indeterminato procedono con il contagocce, senza tenere conto delle esigenze dei malati cronici, dell'aumento dei soggetti fragili e naturalmente del fatto che il precariato in così forte aumento e una media stipendi così bassa sono i segnali preoccupanti di una mancata valorizzazione della categoria che rimane utopia pura e che ci condurrà verso una sempre maggiore debolezza strutturale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, nonostante l'indubbia qualità delle professionalità a disposizione.

E c'è ancora chi dice che in Italia l'emergenza infermieristica è solo un ricordo!

Nursing Up sui **dati ISTAT 2020** relativi alla forza lavoro

Sbandierate ai quattro venti le oltre 16mila assunzioni di nuovi infermieri nello scorso autunno, ma i dati ISTAT non fanno che asseverare i report sui quali fondano le nostre denunce: Oltre 5mila infermieri attivi "in meno" nel 2020, il momento più difficile. Una realtà anche peggiore di quella ipotizzata dalle menti più fervide. Il personale sanitario è addirittura diminuito nel momento in cui le nostre forze dovevano triplicare per fronteggiare un nemico tanto agguerrito!

Stiamo parlando dei nuovi dati ISTAT quelli relativi all'indagine sulla Forza Lavoro del 2020 e che ci lasciano a dir poco interdetti. Cifre che in queste ore stiamo opportunamente corroborando, con una indagine sindacale accurata, per capire fin dove arrivano le responsabilità di Governo e Regioni rispetto a mesi di emergenza sanitaria che hanno messo a dura prova le già precarie forze del comparto sanitario.

L'ISTAT porta alla luce che, nel periodo più difficile, in quei mesi dove il Covid ci offriva il desolante scenario di mille decessi al giorno e oltre 300 nostri infermieri che si ammalavano di Covid nelle corsie, la cosiddetta forza lavoro attiva andava calando di oltre 5mila unità. Per la precisione 5623 infermieri attivi in meno in Italia tra la prima e la seconda metà della pandemia. Cosa è successo davvero? Quali sono le motivazioni che si nascondono dietro questi dati, che non possono essere certo commentati alla leggera e non devono passare sotto traccia, come qualcuno forse ha provato a fare?

Prima di tutto ci chiediamo perché queste informazioni, divulgate da una testata specializzata di

economia, non erano contenute nel report ISTAT Forza Lavoro 2020 ma vengono fuori solo adesso. Poi proviamo a capire, razionalmente anche se con il beneficio del dubbio, cosa potrebbe essere successo.

Come noto, quando l'ISTAT parla di forza lavoro attiva menziona quelle categorie sia di liberi professionisti che di dipendenti, nel caso degli infermieri, che hanno svolto nell'arco del periodo dell'indagine, un minimo di funzioni regolarmente retribuite.

I dati parlano chiaro, peraltro ISTAT e FNOPI nelle cifre, sono sulla stessa lunghezza d'onda e questo certo non ci conforta, ma almeno ci consente di capire da dove partire.

384mila sono le unità di infermieri considerati attivi, oggi, rispetto a circa 445mila iscritti all'ordine e ai circa 270mila dipendenti del SSN.

Per infermieri attivi, lo ribadiamo, si intende sia la libera professione che i professionisti dipendenti.

Ma attenzione, il Governo non aveva forse esaltato con i canonici squilli di tromba le nuove assunzioni attivate durante l'emergenza?

Assunzioni uguale retribuzioni, uguale quindi nuovi infermieri attivi. Come è possibile perciò che a fronte di 16.570 nuovi infermieri a contratto inseriti nel nostro SSN a partire dallo scorso autunno, abbiamo fatto registrare un sensibile calo di personale sanitario?

Le ragioni potrebbero essere molteplici, eppure non pochi osservatori mettono in discussione i numeri reali dei tanto decantati nuovi infermieri a contratto. È sotto gli occhi di tutti che gli infermieri

italiani hanno affrontato il “mostro” con carenze strutturali già pesantissime. Siamo partiti da oltre 60mila infermieri mancanti all’appello negli ospedali e che, quando abbiamo toccato l’acme dell’emergenza, siamo arrivati, lo confermano le nostre indagini, anche a 85mila unità in meno.

Tutto questo non basta a giustificare il dato negativo di infermieri attivi dal momento che le assunzioni, quelle stesse che noi abbiamo denunciato come troppo poche, avrebbero dovuto coprire la falla e invece hanno solo tappato un pentolone sotto pressione, mentre i dati ISTAT comunicati solo da poco, e pure qui vorremmo capire perché, hanno scoperto definitivamente quel pericoloso contenitore.

Alla fine tutto comincia ad assumere un senso: pochi infermieri costretti a combattere al fronte, scarse possibilità di ricambi, turni massacranti, presidi di sicurezza deficitari, ospedali vetusti, disorganizzazione.

Non è affatto retorica: un infermiere che per carenze strutturali così pesanti rispetto a un virus tanto aggressivo, si ammala sul campo e non può, in determinati casi, tornare sul posto di lavoro, va degnamente sostituito per tempo. E il bello è che non

è bastato neanche il dramma della prima ondata per arrivare a capirlo!

Quindi, chi era consapevole che le lacune erano già così forti ben prima del Covid ed ha assistito al dramma della prima ondata, aveva il dovere di attuare un piano di rafforzamento adeguato alle condizioni strutturali e al più che ipotizzabile ritorno del virus, senza cullarsi sugli allori, senza mettere ancor più a rischio la salute di infermieri e cittadini.

Ci chiediamo cosa abbia fatto la FNOPI, responsabile di rappresentarci nelle sedi che politicamente contano mentre noi scioperavamo e scendevamo in piazza in tutta Italia per fronteggiare il pressapochismo della politica regionale e centrale tra la prima e seconda ondata. Purtroppo ciò che la nostra memoria ci consegna è che la nostra Federazione si preoccupava di redarguire quegli Ordini Provinciali che volevano sostenere le lotte che gli infermieri stavano conducendo, per difendersi contro una politica che avrebbe dovuto assumere responsabilità e decisioni importanti per dar loro sostegno nel fronteggiare il virus.

Insomma, proprio quando servivano maggiori certezze e potenza di fuoco per fronteggiare il ne-



mico, è stato lasciato il personale sanitario disarmato e poi, subito dopo l'estate come previsto, il virus ha fatto il suo tragico ritorno. È appena il caso di ricordare la Regione Lombardia che per coprire le necessità del personale delle nascenti terapie intensive come quelle della Fiera, ad esempio, andava a reperire personale dagli ospedali del centro città che a loro volta per sopperire alle mancanze attingevano dai nosocomi dell'hinterland, con la conseguenza della chiusura di reparti della sanità ordinaria.

Nello stesso tempo le RSA sono state svuotate del tutto, con infermieri sottopagati e con turni stressanti che preferivano lavorare nelle aree Covid degli ospedali pur di tornare alle dipendenze del SSN.

Un pericoloso gioco al massacro, un puzzle con i pezzi tutti al posto sbagliato che noi abbiamo denunciato.

E da ultimo i dati dei quali stiamo parlando, emersi dall'oggi al domani, che chiedono maggior tempo per essere commentati con dovizia ed attenzione. Noi non mancheremo di farlo, e come siamo soliti agire nelle nostre indagini, andremo fino in fondo.

Insomma, chi credeva alla favola che gli interventi di Governo e Regioni nel pieno dell'emergenza fossero stati risolutivi, dovrà purtroppo ricredersi.

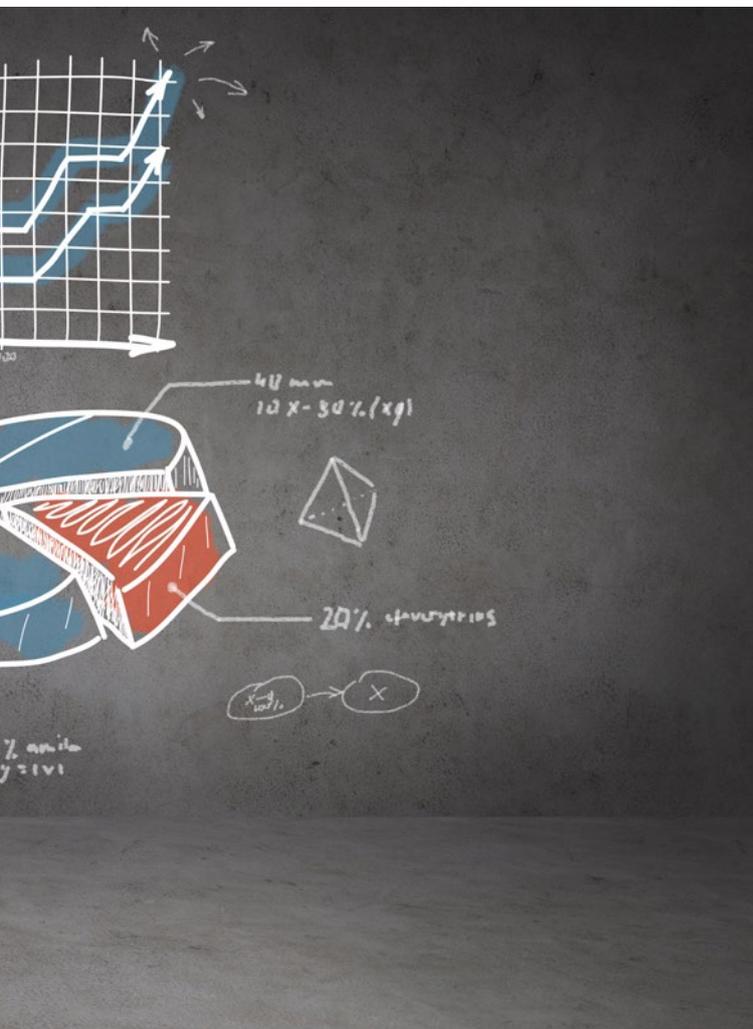
Mattarella premia un infermiere dell'Aeronautica

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella su proposta del ministro della Difesa Lorenzo Guerini, premia l'infermiere casertano dell'Aeronautica per essersi distinto durante la pandemia da coronavirus.

Il 47enne di Caserta Vincenzo Fiorillo primo maresciallo dell'Aeronautica Militare, ha ottenuto dal Capo dello Stato la "Medaglia di bronzo al Valor Aeronautico" per aver affrontato "con generosità e coraggio" la critica condizione in cui versavano gli ospedali di Lodi, supportando le attività della sanità civile in un contesto di emergenza globale dovuta al diffondersi dell'infezione da Covid-19.

Il primo maresciallo Fiorillo è stato tra i primi inviati nell'ospedale di Lodi, città tra le più colpite dal coronavirus.

"Sprezzante del pericolo per la propria salute, ha operato alacremente distinguendosi per abilità tecnica e padronanza delle procedure di assistenza infermieristica, divenendo in questo modo fulcro del funzionamento del reparto di Pronto soccorso, fino ad assumere un ruolo determinante nella gestione del triage - si legge nel decreto del Presidente della Repubblica - Non pago inoltre dell'attività di assistenza ai pazienti in Pronto soccorso, nelle ore di riposo si è assunto l'onere della gestione delle comunicazioni con gli Enti amministrativi civili e militari sovraordinati, dimostrandosi essenziale al fine di assicurare l'approvvigionamento di farmaci e dispositivi di protezione e utilissimo nella gestione delle esigenze del personale militare impiegato". Sono emerse così, nel primo maresciallo casertano, "altissime qualità umane e professionali messe quotidianamente al servizio della popolazione bisognosa di cure, che manifestava vivamente la propria stima e gratitudine - sottolinea Mattarella - Fulgido esempio di militare che, con il proprio operato, ha contribuito in maniera determinante a portare cure e sollievo a persone colpite da una grave epidemia e a elevare il prestigio dell'Aeronautica Militare e dell'organizzazione militare tutta".



VIOLENZA CONTRO I PROFESSIONISTI SANITARI

Prima Napoli e poi Sarzana in Liguria, sono solo alcuni degli ultimi scenari da guerriglia registrati negli ospedali italiani, con gli infermieri vittime di aberranti violenze.

I nostri Ordini Professionali lamentano ancora una volta l'assenza di presidi fissi delle forze di polizia: chiediamo che scenda in campo la FNOPI che tanta soddisfazione esprime al momento dell'approvazione delle ultime norme sulla materia, e che agisca sul Ministero degli interni pretendendo azioni concrete al fine di risolvere l'annoso problema della scarsa sicurezza dei nostri nosocomi.

D'ora innanzi Nursing Up valuterà, caso per caso, la costituzione come parte civile contro chi usa violenza, anche sostenendo i colleghi che vorranno chiamare in causa i datori di lavoro, affinché siano proprio i Tribunali a rendere "attuale ed effettivo" quel sacrosanto diritto alla sicurezza previsto dall'articolo 2087 del Codice Civile.

Continuano gli assalti al personale sanitario negli ospedali italiani. Siamo di fronte ad un preoccupante peggioramento in merito alle vili aggressioni consumate, ormai con cadenza quasi giornaliera ai danni di infermieri e medici, sempre più vittime in una caldissima estate italiana, dei comportamenti aberranti di persone che non possiedono il minimo senso civico.

Sfoganano la loro rabbia incontrollata contro gli

operatori sanitari e ahimè lo fanno senza che nessuno possa impedire loro di mettere in atto le loro azioni criminose. Un banale diniego, una attesa prolungata più del normale, una brutta notizia inaspettata su un loro congiunto e scoppia il finimondo. Episodi assurdi, inspiegabili, che forse agli occhi di qualcuno stanno diventando la normalità, ma che noi come sindacato nazionale degli infermieri, non intendiamo più tollerare.

Prima è accaduto a Napoli, neanche a dirlo ormai palcoscenico abituale di vere e proprie guerriglie dove i parenti dei pazienti scambiano i reparti ospedalieri per veri e propri ring e il personale sanitario per punchball contro i quali sfogarsi.

Siamo nel reparto traumatologico del Cto: basta qualche parola e scatta la spedizione punitiva di gruppo contro gli operatori sanitari.

Poi, nella stessa giornata, un'altra aggressione si consuma al San Bartolomeo di Sarzana, in Liguria, dove questa volta una donna, una infermiera rea di aver negato l'accesso ad un parente di un malato, è stata stratonata e ha battuto violentemente la testa a terra.

Non ce la facciamo proprio a farci l'abitudine, siamo indignati: qualcuno deve mettere fine a questo scempio. È innegabile e Nursing Up lo ribadisce da tempo, che la tanto decantata legge sugli inasprimenti delle pene e i famosi osservatori che dovevano operare come presidio per il monitoraggio dello stato di avanzamento delle aggressioni, rappresentano progetti miseramente falliti.

I dati Inail aggiornati al 2019 sulle violenze consumate ai danni del personale sanitario parlano



chiaro: 1850 casi, una media di ben 5 al giorno da Nord a Sud, di cui il 71% delle vittime sono donne.

E non possiamo certo dimenticare le nostre battaglie e le nostre campagne condotte in linea con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per denunciare anche quella bella fetta di "sommerso" di cui tenere conto.

Dove stiamo andando? Quanti sono gli infermieri che subiscono anche solo violenze psicologiche e non le denunciano? Certamente tantissimi.

Un appello doveroso va rivolto alla FNOPI, che rappresenta a livello nazionale quegli stessi ordini professionali che come noi, singolarmente, chiedono a gran voce il ripristino di presidi fissi delle Forze dell'Ordine negli ospedali.

Non ce ne voglia quindi la nostra Federazione, perchè le richieste oggetto delle nostre doglianze sono le medesime che avanzano gli Ordini che essa stessa esprime.

Per come la vediamo noi è arrivato il momento che chi rappresenta le nostre istanze nelle sedi istituzionali si prenda una volta per tutte le sue responsabilità nei nostri confronti, facendo valere fino in fondo il peso della propria tanto decantata posizione in qualità di Ente sussidiario dello Stato.

Quella stessa FNOPI, che non ci risulta abbia battuto ciglio di fronte alla nascita di leggi che non hanno portato alcun effetto sperato e che ha pubblicamente avallato talune posizioni trionfalistiche, apra finalmente un canale di confronto concreto con il Ministero degli Interni iniziando a far luce su quanti e quali sono realmente gli ospedali

italiani dove manca un presidio fisso delle forze dell'ordine.

Come sindacato siamo pronti a scendere sul campo in ogni momento con ogni nostro mezzo, anche mettendo a disposizione i report delle nostre indagini sulla violenza in ambito lavorativo, un lavoro autorevole culminato in un Symposio internazionale che abbiamo condotto in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

TOLLERANZA ZERO VERSO CHI USA VIOLENZA SUGLI INFERMIERI

Nel frattempo tolleranza zero contro chi alza le mani sugli infermieri: verificheremo di volta in volta con i nostri legali, la possibilità di costituirci parte civile nelle azioni contro chi aggredisce i nostri colleghi. Ma non ci fermeremo qui, perché ogni volta che ci saranno i presupposti chiederemo alla magistratura di riconoscere la responsabilità delle aziende sanitarie anche in materia di risarcimento dei danni posto che, ai sensi dell'articolo 2087 del codice civile, il datore di lavoro deve adottare tutte le misure idonee a prevenire sia i rischi insiti nell'ambiente di lavoro, sia quelli derivanti da fattori esterni e inerenti il luogo in cui tale ambiente si trova, atteso che la sicurezza del lavoratore è un presupposto di rilevanza costituzionale. In sostanza sono proprio le aziende sanitarie che nella loro qualità di datori di lavoro sono tenute a garantire, e nel caso a rispondere, per la sicurezza dei propri dipendenti.

“Mi ha salvato la vita un infermiere

Scopriamo chi ha preso per mano il Pontefice.

Bergoglio ha rivelato che **l'infermiere Massimiliano Strappetti** gli ha salvato la vita.

Ecco chi è l'uomo che “ha evitato il peggio” al pontefice.

In un'intervista Papa Francesco ha elogiato l'infermiere di lunga esperienza che gli ha salvato la vita.

La giusta scelta di una tecnica piuttosto che un'altra per eseguire un particolare intervento è stata determinante per consentire a Bergoglio di continuare il suo pontificato.

Un ruolo decisivo, importante, quello dell'infermiere la cui storia riecheggia da qualche giorno tra i corridoi degli ambienti ecclesiastici.

Il primo insegnamento offerto da questa vicenda ribadisce l'importanza di essere circondati dalle persone giuste, da elevate professionalità.

Ma chi è l'eroe del momento e quanto vale la sua importante professione? Le voci che circolano negli ambienti ecclesiastici oltre a raccontare il “salvataggio” della vita del Papa hanno riportato il nome dell'infermiere la cui professionalità si è rivelata fondamentale.

Massimiliano Strappetti, romano, ha un percorso professionale di lunga esperienza ed è una persona gentile, generosa, appassionata del suo lavoro e un padre amorevole.

Dall'evento che lo ha portato sulla bocca di tutti si deduce che è anche una persona sicura, determinata ed intuitiva.

52 anni, padre e marito affettuoso, descritto da chi lo conosce come generoso e dedito agli altri anche al di fuori del suo lavoro.

Un impegno nel volontariato che lo porta a prendersi cura di quegli ultimi tanto cari a Papa Francesco.

In servizio alla Guardia medica del Vaticano, Strappetti è giunto dopo un percorso professionale al Gemelli.

Per anni aveva lavorato in Rianimazione: un reparto cruciale e delicatissimo in cui la differenza tra la vita e la morte la può fare una semplice svista o un'intuizione felice.

Poi è stato chiamato in Vaticano e ha prestato assistenza con papa Woytila e papa Ratzinger. Schivo, discreto, Strappetti non fa accenno sui social a quei giorni che hanno lasciato col fiato sospeso, non solo i cattolici.

Nel suo profilo Facebook, foto di familiari e qualche simbolo della Lazio, la squadra del cuore.

Tra gli ultimi post, la scritta: “I vaccini non ti fanno ammalare di Covid”, e la foto di un neonato affidato ai militari, oltre il filo spinato, da una mamma afghana: “Foto simbolo di un dolore immenso e della cattiveria umana”.

La scelta di passare dalla tecnica di laparoscopia ad un taglio tradizionale ha garantito al Papa di superare brillantemente l'intervento e, ora, il pontefice ringrazia pubblicamente il suo infermiere.

Non è la prima volta che un infermiere veglia su Bergoglio.

Correva l'anno 1957 e un'infermiera si oppose con fermezza ad una medicazione inopportuna in seguito ad una operazione per la rimozione di una parte del polmone destro.

Gli infermieri sono figure professionali ricorrenti nella storia di Papa Francesco e determinanti per la buona riuscita degli interventi.

Gli infermieri negli ultimi 14 mesi della Pandemia hanno lottato senza mezzi termini per la vita degli italiani, mettendo a repentaglio la propria.

Primo caso in Italia di infermiere già vaccinato che muore a causa del Covid

Nursing Up chiede pubblicamente l'apertura di una commissione di inchiesta.

La chiediamo pubblicamente al Ministro della Salute, al Commissario all'emergenza e al Presidente delle Regioni. Chi tutela quegli operatori sanitari già vaccinati esposti ogni giorno al rischio di un nuovo contagio ora che la tragica morte del collega prova la fallacità di quelle tesi che sostengono che di fronte ad una eventuale nuova infezione, i soggetti già vaccinati non corrono il rischio di conseguenze tanto gravi sino al decesso?

La notizia del decesso di un infermiere, di un uomo prima di tutto, di un nostro collega ex dipendente del Monaldi di Napoli per altro già vaccinato con due dosi di Pfizer, e colpito mortalmente dal virus Covid-19, ci amareggia e ci lascia nello sconforto. Come sindacato che ogni giorno lotta fianco a fianco degli operatori sanitari, fatti gravissimi come questo ci chiedono a gran voce di far luce su ciò che accade. Sentir dire che era tutto previsto, liquidare la vicenda come qualcosa di meramente programmato, di tristemente sfortunato, ci fa indignare non poco. Non solo è morto un infermiere, ma è sotto gli occhi di tutti, a 18 mesi dall'inizio dell'emergenza e nonostante la tanto decantata campagna vaccinale, che il rischio di decessi per chi è già stato vaccinato con due dosi, non è certo inesistente. Ci dicano subito i rappresentanti della politica ai vari livelli di responsabilità, coloro che gestiscono nella quotidianità questo sistema sanitario, dal Governo alle Regioni, quale strada intendono adottare per tutelare gli infermieri, i medici e gli altri professionisti sanitari che ogni giorno continuano a rischiare la vita a contatto con i pazienti.

Si apra ufficialmente una inchiesta su questo decesso: si faccia una analisi approfondita della reale efficacia del vaccino rispetto alle varianti ed alle conseguenze in caso di re-infezione. In questa pandemia gli infermieri hanno già dato tanto in termini di vite umane e di contagi. La maggior parte degli operatori sanitari italiani ha accettato di vaccinarsi senza batter ciglio. Consapevoli a pieno delle loro responsabilità nei confronti dei malati. E cosa sarebbe accaduto se in questo caso l'infermiere deceduto fosse stato uno di quei colleghi obbligati a vaccinarsi ma che non aveva scelto di sottoporsi spontaneamente a questo tipo di immunizzazione? Ci dica ora, il Ministro della Salute, quali parole andrebbero espresse nei confronti della famiglia di quest'uomo e nei confronti dei familiari, dei figli, di tutti coloro che, seppur vaccinati, rischiano a questo punto ogni

giorno di re-infettarsi e di rischiare la propria vita.

Il Governo, le Regioni, ovvero i nostri datori di lavoro, sono obbligati a trovare le strade più idonee ed efficaci per tutelare la nostra salute, la salute dei dipendenti del SSN, di coloro che combattono per la vita dei pazienti.

I nostri referenti sindacali ci raccontano che si tratta di un infermiere in pensione, ma questo non rende il fatto meno grave. E non ci piacciono per niente le parole di Giuseppe Fiorentino, primario di Pneumologia del Monaldi, che secondo quanto apprendiamo dai media lo liquida come un caso "singolare e sfortunato".

Cosa sarebbe successo se l'infermiere fosse stato ancora in servizio? Quanti colleghi avrebbe contagiato e quanti pazienti avrebbero rischiato?

Non possiamo ignorare tutto questo solo perchè l'uomo non frequentava più la realtà ospedaliera. Come è accaduto a lui, potrebbe accadere presto anche ad altri colleghi ancora in servizio.

Alla famiglia di Gabriele Fiorentino, 63 anni, una vita di sacrifici come infermiere di sala operatoria, va il mio personale cordoglio e quello di tutti gli infermieri del Nursing Up.

Non possiamo, per queste famiglie, per i tanti colleghi deceduti, fermarci qui, accontentarci di sapere che secondo qualcuno, era in fondo tutto previsto a causa della non totale efficacia dei vaccini. Non possiamo accettare che per qualcuno ci troviamo solo di fronte "ad una triste sfortuna".

Il Ministro della Salute ci dica prima possibile, come intende agire con quegli operatori sanitari già vaccinati nei mesi di gennaio e febbraio, e quindi da più di 6 mesi. Le dosi di vaccino a cui si sono sottoposti, secondo le indicazioni dell'Oms, sono o non sono sufficienti a garantire una idonea copertura?

Insomma, se chi è stato vaccinato di recente rischia la vita con un nuovo contagio cosa bisogna pensare di quei colleghi che hanno ricevuto somministrazioni da più di 6 mesi e che potrebbero già aver visto diminuire il proprio livello di immunità nei confronti del virus?

Decidano e decidano in fretta in merito alla terza dose, perchè gli infermieri esposti nelle realtà degli ospedali italiani non possono certo attendere.



LA **COMPETENZA PROFESSIONALE**

AL SERVIZIO DELLA VITA

Due infermieri salvano la vita in strada a un 60enne in arresto cardiaco. Non erano in servizio. Meravigliosa dimostrazione di come la nostra elevata professionalità rivesta, sempre di più, un ruolo cruciale nel sistema sanitario e sociale.

NURSING UP: “Emergono sempre di più il forte valore etico e la elevata funzione professionale degli infermieri nella nostra collettività. Eppure di tutto questo la nostra classe politica sembra ancora non volersene accorgere”

Commuove, ma nel contempo fa anche riflettere, quanto accaduto a Savigno, nel bolognese, dove un 65enne in arresto cardiaco, è stato salvato da due infermieri non in servizio che non hanno esitato un attimo a tentare di rianimarlo, grazie anche alla presenza di un defibrillatore in zona. L'uomo è stato trasportato all'ospedale Maggiore e vivrà. Uno dei due non ci ha pensato due volte a lasciare le proprie bambine nelle mani di un passante per soccorrere il malcapitato.

È sotto gli occhi di tutti l'elevata professionalità dei nostri infermieri, sempre più ricercati e ambiti da paesi europei che, non lo dimentichiamo, riservano loro trattamenti economici e prospettive di carriera che qui in Italia sono ancora pura utopia. Eppure non sono più solo la Germania, l'Inghilterra o il Lussemburgo che si contendono i nostri giovani laureati, perchè cominciano ora ad arrivare anche chiamate

anche dal Nord Europa, vedi Norvegia, dove ci dicono di infermieri che possono arrivare ad uno stipendio di 3mila euro netti, con le spese dell'alloggio pagate per tutta la durata del loro contratto di lavoro.

Così Antonio De Palma, Presidente Nazionale del Nursing Up agli organi di stampa.

Come sindacato ci umilia e ci rattrista il fatto che le nostre battaglie, le nostre lotte di piazza, debbano nascere soprattutto da una triste motivazione di fondo, e cioè che la politica non tiene nella doverosa considerazione la nostra competenza, la solidità del nostro percorso di studi che pure, contraddizione palese, essa asserisce di voler favorire e promuovere.

La forza della nostra esperienza è capace di fare la differenza nei frangenti più delicati a vantaggio della salute dei cittadini.

Quello che è accaduto a Bologna non è un fatto casuale: nella quotidianità si verificano numerosi episodi di tal genere che tuttavia non vengono raccontati e non finiscono sui giornali. Quanto accade rappresenta la prova tangibile di come sia fondamentale, per i nostri cittadini, di avere al proprio fianco professionalità come quelle degli infermieri italiani a presidio costante del loro benessere psico fisico. Stiamo parlando di persone in grado di salvare vite umane in ogni momento, con il proprio costante impegno. Insom-

ma, dovrebbe risultare naturale fare tutto ciò che serve per valorizzare la crescita contrattuale degli infermieri ed offrire loro uno stipendio più dignitoso.

Lo affermiamo a buona ragione, più che mai in questo momento, alla luce delle cruciali trattative per il rinnovo contrattuale in sanità che entreranno nel vivo dal prossimo mese di settembre, e dove le nostre legittime richieste ed aspettative, potrebbero finalmente trovare il doveroso riconoscimento.

Aprano gli occhi gli esponenti del Governo e delle Regioni, lo facciamo adesso.

Questi episodi tanto significativi fanno emergere senza mezzi termini il fondamentale ruolo sociale che la professione infermieristica svolge nella collettività e suo forte valore etico. Due grandi uomini, non a caso due infermieri, che non hanno esitato un momento per intervenire. Non erano in servizio e sono stati chiamati a scendere in campo dalla situazione di emergenza. Come se si trovassero all'interno di un ospedale e non in strada. In quel momento, per entrambi, tutto è passato in secondo piano, anche le proprie famiglie, i propri figli: hanno subito cercato la soluzione più tempestiva per salvare la vita di un cittadino che, senza la loro tempestività, professionalità ed abnegabile spirito di servizio, non ce l'avrebbe di certo fatta.

FORMAZIONE

INFERMIERISTICA

Tagli ai corsi di Infermieristica di Vigevano, ridotti a soli 25 posti. Riapre il triste scenario di una politica che continua a ignorare la valorizzazione della nostra categoria. Un anno fa urlammo a gran voce il nostro dissenso e l'allora Ministro Manfredi frenò sul nascere una scellerata iniziativa, che però è andata puntualmente in atto, con soggetti diversi, a distanza di 12 mesi

Parliamo della politica del passo del gambero, quella che a ogni minimo traguardo raggiunto, a ogni passettino in avanti compiuto, ci regala inesorabilmente un doppio balzo all'indietro, complici pressapochismo e iniziative tutt'altro che felici in merito a quella che dovrebbe essere una coerente attività di programmazione del numero di nuovi infermieri da formare, che dovrebbe partire dai bisogni dei cittadini.

È questo il desolante quadro che ci ritroviamo a commentare amaramente come sindacato nazionale degli infermieri, laddove apprendiamo che il Ministero dell'Università ha deciso ulteriormente di ridurre da 50 a 25 i posti di laurea in infermieristica della prestigiosa scuola di Vigevano. Non possiamo dimenticare che appena un anno avevamo dato battaglia e io in prima persona avevo scritto all'allora Ministro del Governo Conte, Gaetano Manfredi, rispetto a quello che era il preventivo taglio di ben 70 posti tra Vigevano e Pavia. Un provvedimento che fu arginato, anche se solo in parte, grazie a sindacati di categoria come il nostro che furono capaci di urlare a gran voce il loro dissenso, anche per quanto riguarda la pericolosa determinazione dello stesso Manfredi che, con uno specifico DM addirittura prevedeva un colpo di mannaia anche per i docenti infermieri, a vantaggio dei medici. Su 5 docenti universitari previsti appartenenti alla nostra categoria, Manfredi voleva addirittura sostituirci 2 con medici ospeda-

lieri e abbassare da 3 a 1 il minimo dei docenti a tempo indeterminato. Il decreto ministeriale numero 82 del 2020, per fortuna mai nato, stroncato sul nascere grazie al nostro intervento, offende e danneggia ancora una volta la nostra dignità. Come dimenticarlo!

A distanza di poco più di 12 mesi, con un nuovo Governo e un nuovo Ministro dell'Università, nulla è cambiato. I posti alla scuola di Vigevano, che rischiava addirittura la chiusura, diventano come già detto solo 25, rispetto ai 50 dello scorso anno.

E dovremmo essere contenti solo per avere evitato il peggio?

Dovremmo accontentarci che Vigevano rimane aperta? E per quanto tempo poi?

O dovremmo forse dimenticare anche che in numerose università, come la Vanvitelli in Campania, durante il covid, i nostri giovani aspiranti infermieri non hanno mai effettuato nemmeno un'ora del tirocinio previsto per legge, e che in particolare, oltre ai ritardi nel conferire le lauree, in Campania per esempio gli studenti del primo anno di laurea in infermieristica sono arrivati al secondo senza alcuna ora di pratica? È davvero solo colpa della pandemia?

Ci sembra di essere di fronte alla classica tela di Penelope: da una parte il Governo dà l'impressione di voler implementare la formazione e l'aggiornamento nel settore sanitario. È indubbio in questo senso che l'Italia laurea i migliori infermieri del Vecchio Continente.

Dall'altra arrivano provvedimenti come questi che ci lasciano nello sconforto. Viene da pensare ancora una volta, ed è terribile, che in Italia si tagliano i posti nelle università per gli aspiranti infermieri per fare posto ai medici, quando secondo i dati OCSE quelli che mancano nel nostro paese sono solo gli infer-

mieri. Non si dimentichi il contenuto del Rapporto Health at a Glance Europe: in Italia ci sono molti meno infermieri della media Ocse e molti più medici. Rispetto a una media in area Ocse di 8,8 infermieri ogni mille abitanti, da noi ce ne sono solo 5,8. Mentre di medici ce ne sono ben 4 ogni mille abitanti, ben sopra il dato di 3,5 che costituisce la media indicata.

Siamo destinati ad un triste declino, questo modo di fare politica favorisce l'emorragia di giovani professionalità ambite dai Paesi d'oltralpe, tenendo per noi la maglia nera della media più bassa come stipendio mensile degli infermieri, ancorata al palo dei 1400 euro.

E soprattutto quale sarà il futuro della sanità per i cittadini italiani, in termini di qualità, con le migliori leve che lasciano il Paese, con la carenza di personale ormai cronica, con le RSA allo sbando, con il piano infermieri di famiglia andato in porto solo al 20%. E ora come se non bastasse, mentre si dovrebbe puntare ad incrementare al massimo la formazione degli infermieri, proprio ampliando il numero dei posti disponibili nei corsi universitari in infermieristica, arriviamo a tagliarne gran parte, sfiorando addirittura la chiusura delle scuole. Lo scorso anno 50, ora 25, e cosa succederà tra 12 mesi? Correremo a surrogare i mai nati infermieri con altrettanti OSS lamentandoci del fatto che ci sono RSA e Cliniche in Italia sull'orlo della chiusura proprio per carenza di tali professionisti, accettando sommessamente l'evidenza di Università che tagliano posti a dispetto dei bisogni della collettività sociale e "per propria scelta"?

Di spunti di riflessione ne abbiamo abbastanza.



2021

SERVIZI GRATUITI NURSING UP



Per maggiori informazioni

Numero Verde
800-959529

NURSING UP | via Carlo Conti Rossini, 26 - 00147 Roma
e-mail: info@nursingup.it | numero verde: 800 95 95 29

Un mondo di servizi gratuiti

solo per i nostri iscritti!

consiglia anche ai tuoi colleghi di iscriversi al Nursing Up

possono farlo andando sul sito www.nursingup.it



Solo chi possiede il duplice requisito della iscrizione regolare al Sindacato e dell'avvenuto perfezionamento della procedura di adesione ai servizi anno 2021 dal sito www.nursingup.it ha diritto ai servizi gratuiti, fermi i limiti e le condizioni previsti dalle relative e specifiche regolamentazioni.

Per tutte le condizioni di polizza e per ogni altra specifica informazione consultare, prima dell'adesione gratuita, la documentazione contrattuale pubblicata sul sito www.nursingup.it



POLIZZA RC PROFESSIONALE
inclusa colpa grave, retroattività e ultrattività

POLIZZA INFORTUNI
infortuni, prevenzione e malattia

POLIZZA TUTELA LEGALE
dal 2020 estesa anche all'ambito della vita privata e della circolazione stradale

ASSISTENZA PERSONA ED ABITAZIONE
una Centrale Operativa h24 per risolvere i problemi quotidiani, personali e della tua casa

POLIZZA MULTIRISCHI CASA E FAMIGLIA
danni diretti all'abitazione e R.C.T. della vita privata (per te e il tuo nucleo familiare)

POLIZZA SANITARIA ODONTOIATRICA
fantastico regalo agli iscritti Nursing Up

3 CORSI ECM FAD GRATUITI
in collaborazione con Formit ed in materia di **prevenzione Covid 19** (crediti complessivi circa 95,4)

◀ scopri tutti i dettagli sul nostro sito www.nursingup.it