



NURSIND

**IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**

Evento n° 3174-204919 **9 crediti ECM**

Il rinnovo del Contratto Nazionale del Comparto Sanità

Alla luce dell'atto di indirizzo del
Comitato di settore

Chieti, 6 ottobre 2017

Donato Carrara
Direzione Nazionale NURSIND

Gli aspetti che affronteremo oggi:



I CCNL in Sanità

D.P.R. 20 DICEMBRE 1979, N. 761 (stato giuridico del personale del SSN)

D.P.R. 25 GIUGNO 1983, N. 348

D.P.R. 20 MAGGIO 1987, N. 270

D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384

01/09/1995 parte normativa 1994/1997 e parte economica 1994/1995

27/06/1996 PARTE ECONOMICA BIENNIO 1996 – 1997

22/05/1997 INTEGRATIVO 1994 – 1997

07/04/1999 parte normativa 1998/2001 e parte economica 1998/1999

20/09/2001 INTEGRATIVO STIPULATO IL 7 APRILE 1999

20/09/2001 II° BIENNIO ECONOMICO 2000 – 2001

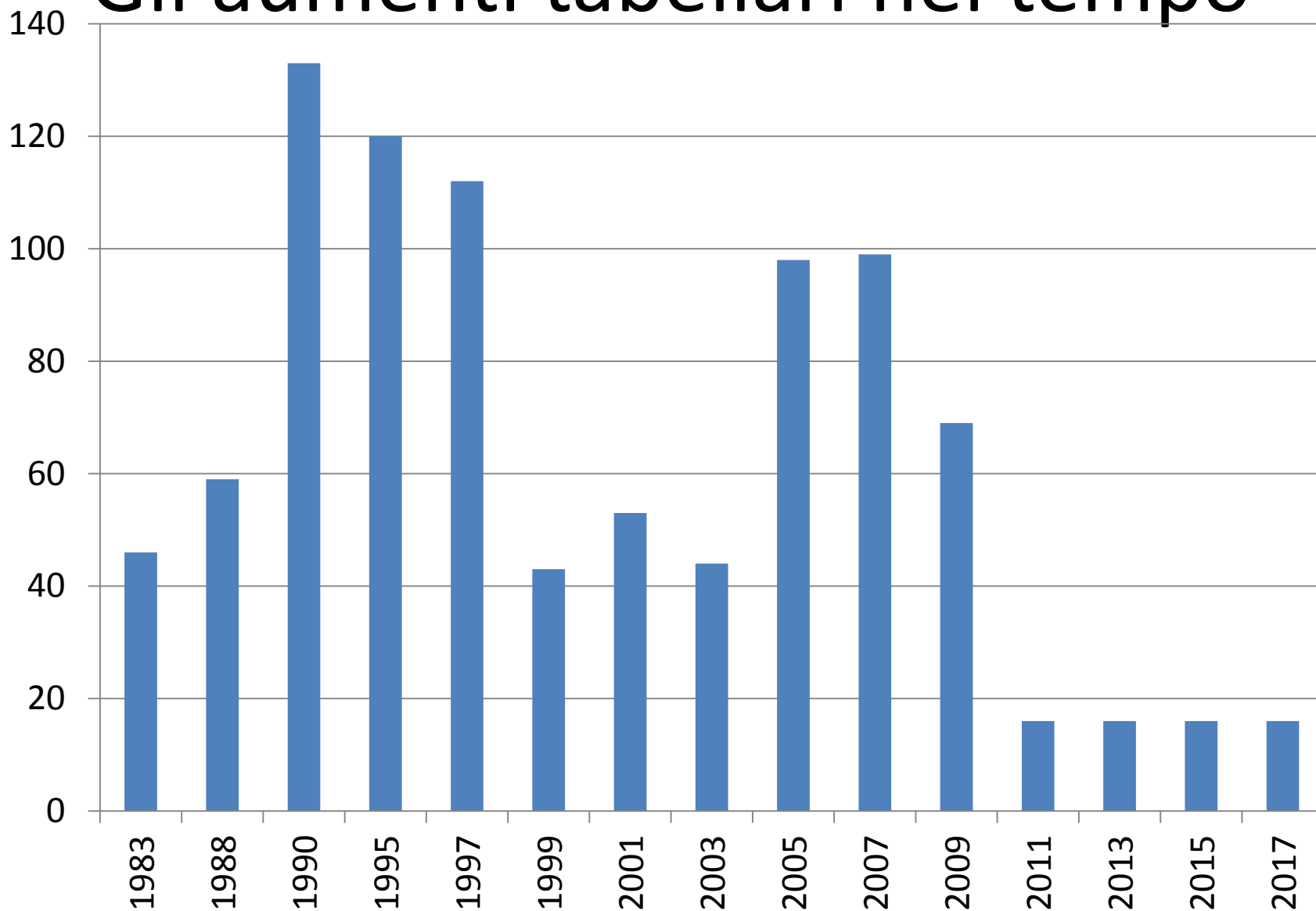
19/04/2004 NORMATIVO 2002 - 2005 E PARTE ECONOMICA BIENNIO 2002 – 2003

05/06/2006 PARTE ECONOMICA II° BIENNIO 2004-2005

10/04/2008 NORMATIVO 2006-2009 E BIENNIO ECONOMICO 2006-2007

31/07/2009 CCNL economico 2008 – 2009

Gli aumenti tabellari nel tempo



INAZ S.R.L. - Autorizzazione Inail n. 412 del 16/01/2009

1 O.N.T.OFF.NASTRI TRASPORT.SpA

Cod. Fiscale 00223650169
 Posiz. INPS 1201184960
 Posiz. INAIL 33090821-21
 Posiz.
 Posiz.

2079

INAIL

Sede INAIL 13100

Codice 300	COGNOME E NOME 300 CARRARA ANTEO		Data Emissione 07-07-2010	MESE E PERIODO COMPETENZA 06 062010
Codice Fiscale CRRNTA85L24A794B	Data Nascita 24-07-1985	Data Assunzione 01-10-2008	Data Anzianità Convenzionale	Data Cessazione
Qualifica Impiegato	Livello 5	Contratto di Lavoro 002 Metalmeccanica-Indust	Data Prossimo Scatto 01-10-2010	Anz. tà di Servizio AA/MM 01/09
Sede Lavoro Ore Lav. 168,00		Rep./C.d.C. 14	Tipo Rapporto tempo indetermin.	
Ore Lib. 21,00		Ore Ret. 26,00	Ore In. O.G. M.	

ELEMENTI RETRIBUTIVI	Minimo Tab.	1552,56000	Superminimo	50,00000	E.D.R.	10,32914
	Superm.coll.	209,34700				
					TOTALE	1.822,23614

* Voce	Descrizione	Ore/Giorni/Num./%	Dato Base	Dato Figurativo	Competenze/Risultate
A 002	Retribuzione ordinaria				1822,24
009	Festività GG	1,0000			10,53-
175	trattenuta pro HAITI				190,91
A 400	Straordinarie 25%	14,5000	13,16645		1,49-
410	Addebiti vari				886,12
A 450	Premio di produzione	86,5000	10,24414		
V01	Imponibile previdenziale		2899,27		
V11	INAIL Azienda V.T.: 0722	5,0000	2899,00		
V14	Imponibile TFR		2708,36		
C 001	Contributo FAP	9,4900	2899,00		275,12-
801	Quota TFR Fdo Tesor. INPS	100.0000	186,12	186,12-	

LIQUIDAZIONE DI **SETTEMBRE 2017**

MATRICOLA

CODICE FISCALE

1445

GRD DNT 56E04 A7940

DATA DI NASCITA

DATA ASSUNZIONE

DATA CESSAZIONE

4/05/56

9/08/76

POSIZIONE FUNZIONALE/DISCIPLINA O MANSIONE

CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Inf. ex C)

PERS.INFERM.- INFERMIERE - D6 (ex C)

R.L. NORMALE Cat. D

SEDE DI LAVORO

A.O. Papa Giovanni XXIII - Bergamo

DPS - personale in asp. a vario titolo

MODALITA' DI PAGAMENTO

paese:IT check:45 cin:M C/C: 000000011261

abi: 03111 - UBI BANCA

cab: 52970 - VIA BUTTARO 2 DALMINE (BG)

SIG.

CARRARA DONATO

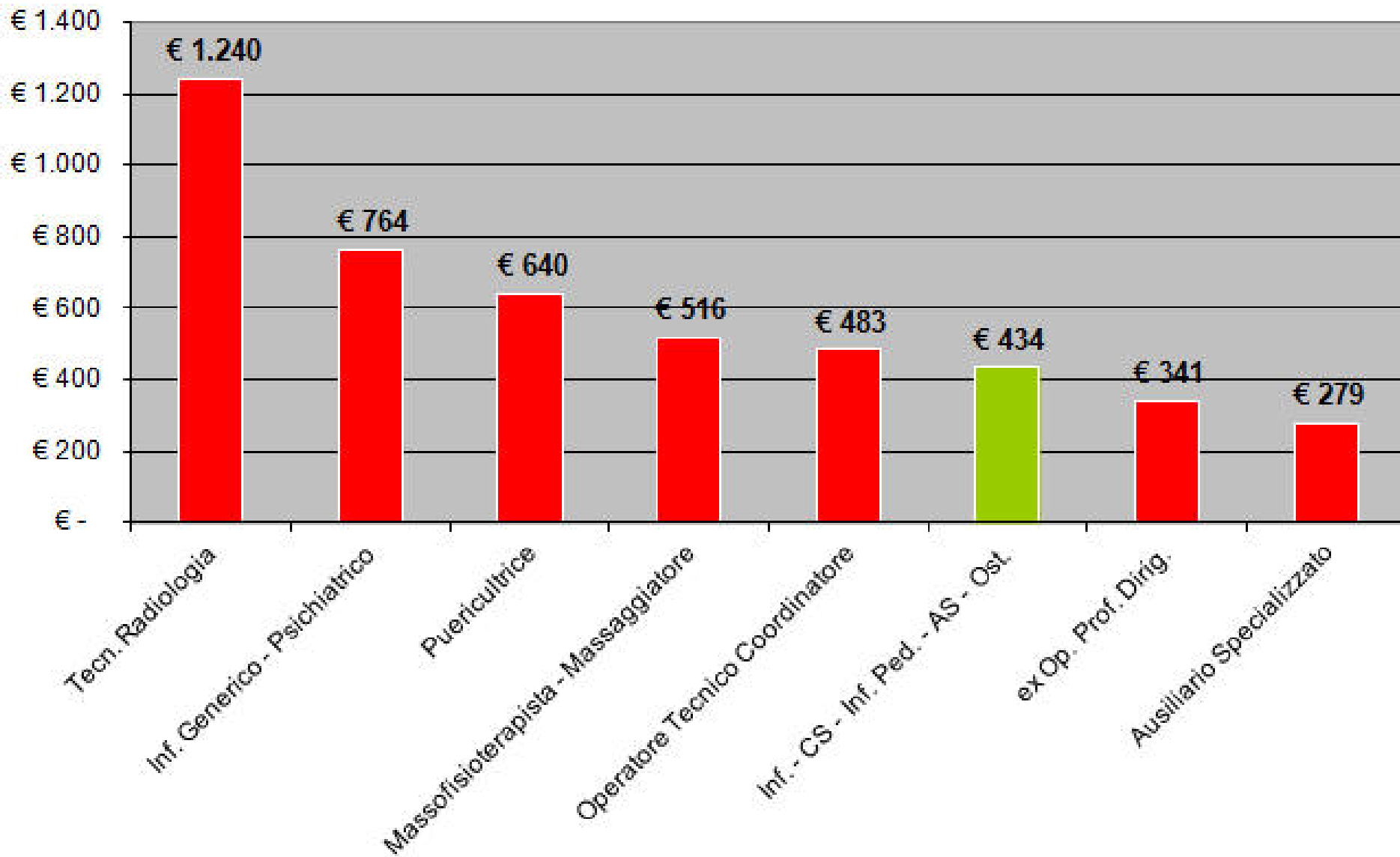
VIA BOTTICELLI 14

24044 DALMINE

BG

CODICE VOCE	DESCRIZIONE VOCE	QUANTITA'	IMPORTO UNITARIO	TIPO	IMPORTO	SCADENZA O RIFERIMENTO
100	STIPENDIO BASE			+	1.769,63	
800	INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE			+	16,75	
1000	RETRIBUZIONE INDIVIDUALE ANZIANITA'			+	101,03	
1200	FASCIA RETRIBUTIVA SUPERIORE			+	392,20	
2800	IND. PROFESSIONALE SPECIFICA			+	36,15	
30200	IND. DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE			+	71,53	
50100	RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI			+	480,00	9/2017
50100	RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI			+	44,98	9/2017

Indennità Professionali Specifiche attuali annue



Ricalcolo delle indennità se fossero rivalutate agli indici ISTAT








indennità	Anno di istituzione	Unità di misura	valore	rivalutazione ISTAT	differenza	perdita mensile
tbc*	1953	giornaliera	€ 0,15	€ 4,19	€ 4,04	€ 104,94
rischio radiologico	1988	mensile	€ 103,29	€ 191,10	€ 87,81	€ 87,81
pronta disponibilità	1990	giornaliera	€ 20,66	€ 33,79	€ 13,13	€ 78,78
notturna	1990	oraria	€ 2,74	€ 4,47	€ 1,73	€ 82,81
T.I. - S.O. - Dialisi	1995	giornaliera	€ 4,13	€ 5,28	€ 1,15	€ 29,86
Mal. Infettive	1995	giornaliera	€ 5,16	€ 6,60	€ 1,44	€ 37,33
Giornalieri su 12 h	1990	giornaliera	€ 2,07	€ 2,96	€ 0,89	€ 23,05
festiva	1990	giornaliera	€ 17,82	€ 29,13	€ 11,31	€ 33,93
turno su 24 h	1995	giornaliera	€ 4,49	€ 5,61	€ 1,12	€ 20,16
prof. Specifica	1995	mensile	€ 434,00	€ 554,65	€ 120,65	€ 9,28
CS giornata	1995	mensile	€ 25,82	€ 33,00	€ 7,18	€ 7,18
ADI e Sert	2003	giornaliera	€ 5,16	€ 5,46	€ 0,30	€ 7,77

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

Come si costruisce un contratto?

Testo Unico sul Pubblico Impiego

D.Lgs. 30 marzo 2001, n° 165

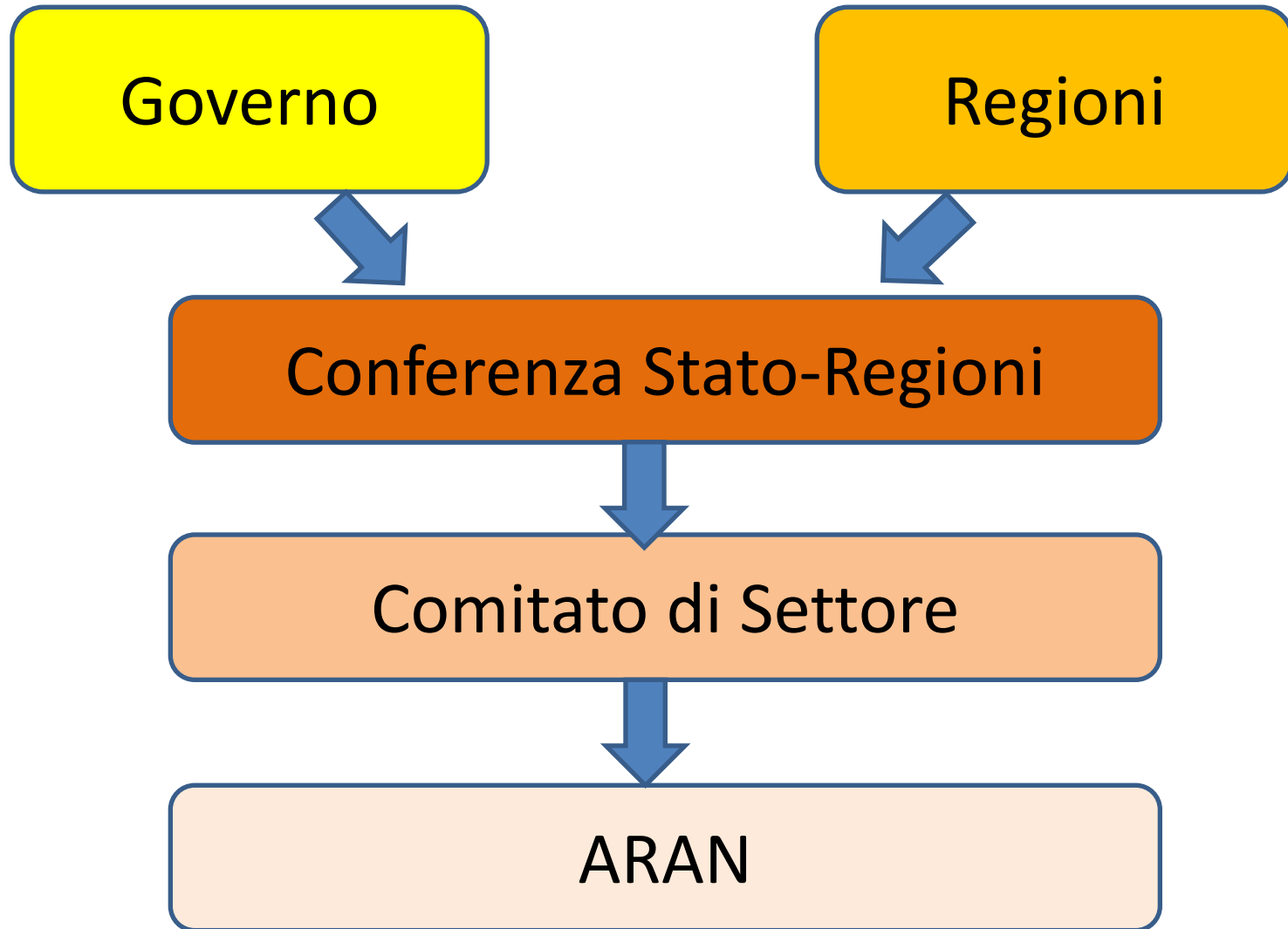
- +  TITOLO I - Principi generali
- +  TITOLO II - Organizzazione
- +  TITOLO III - Contrattazione collettiva e rappresentatività sindacale
- +  TITOLO IV - Rapporto di lavoro
- +  TITOLO V - Controllo della spesa
- +  TITOLO VI - Giurisdizione
- +  TITOLO VII - Disposizioni diverse e norme transitorie finali

Testo Unico sul Pubblico Impiego

D.Lgs. 30 marzo 2001, n° 165

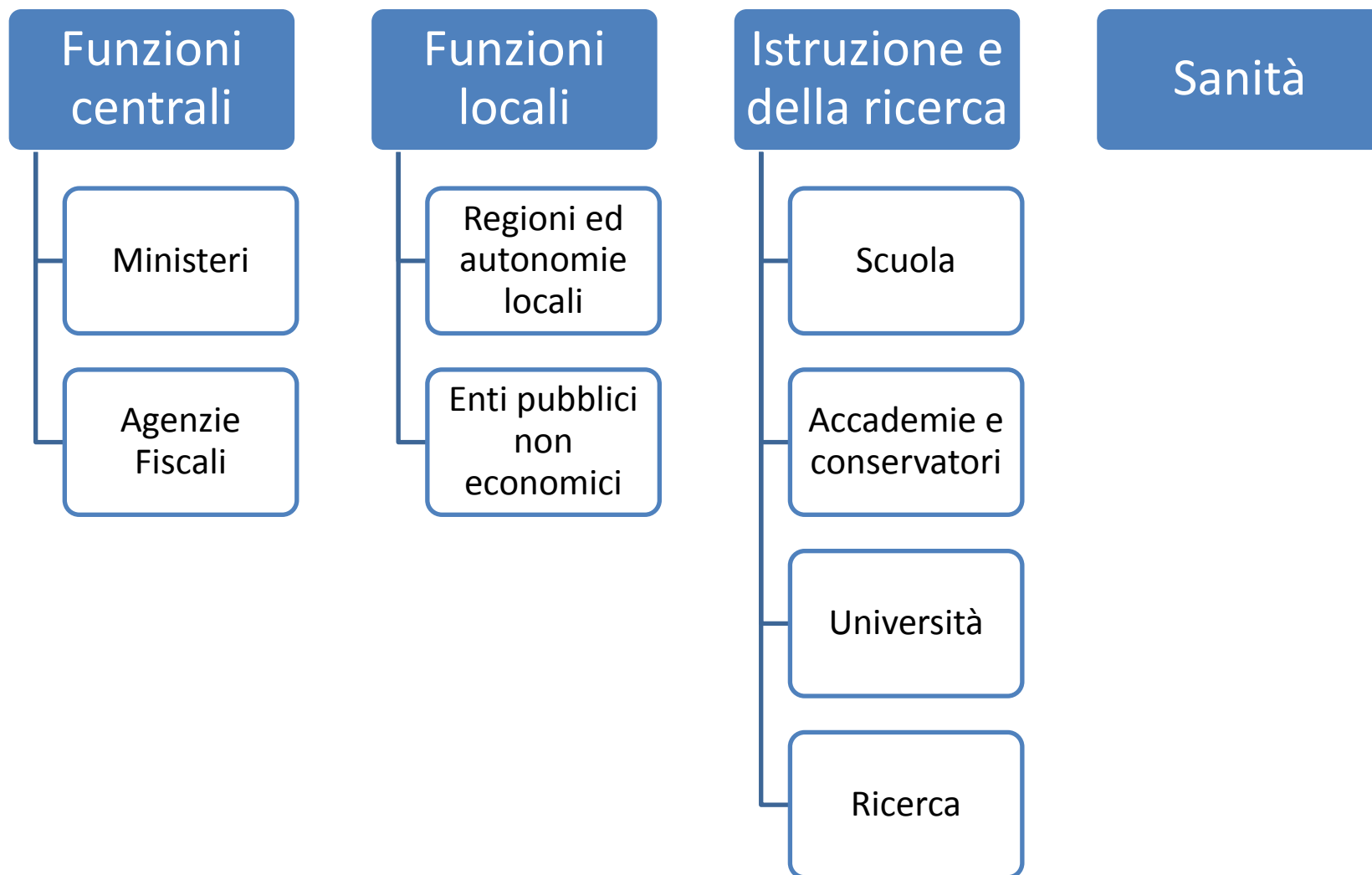
TITOLO III - Contrattazione collettiva e rappresentatività sindacale

- Art. 40. Contratti collettivi nazionali e integrativi
- Art. 40-bis. Controlli in materia di contrattazione integrativa
- Art. 41. Poteri di indirizzo nei confronti dell'ARAN
- Art. 42. Diritti e prerogative sindacali nei luoghi di lavoro
- Art. 43. Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione collettiva
- Art. 44. Nuove forme di partecipazione alla organizzazione del lavoro
- Art. 45. Trattamento economico
- Art. 46. Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubblicheamministrazioni
- Art. 47. Procedimento di contrattazione collettiva
- Art. 47-bis. Tutela retributiva per i dipendenti pubblici
- Art. 48. Disponibilità destinate alla contrattazione collettiva nelle amministrazioni pubbliche e verifica
- Art. 49. Interpretazione autentica dei contratti collettivi
- Art. 50. Aspettative e permessi sindacali
- Art. 50-bis. Personale delle rappresentanze diplomatiche e consolari e degliistituti italiani di cultura all'estero



Agenzia Rappresentanza Negoziale Pubbliche Amministrazioni

Gli attuali comparti



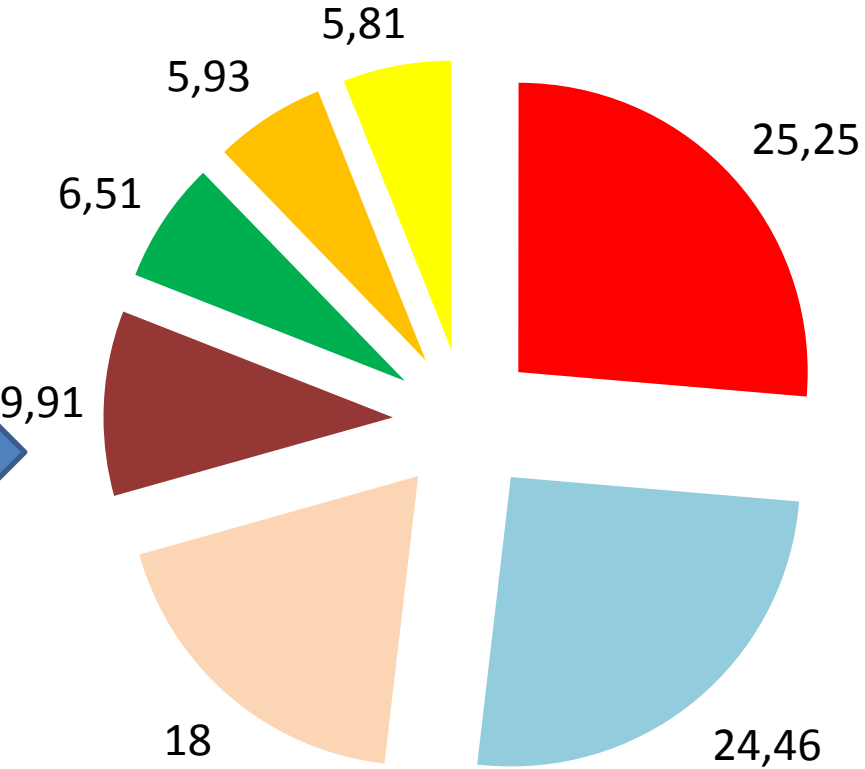
ACCERTAMENTO DELLA RAPPRESENTATIVITA'**TRIENNIO 2016-2018**

COMPARTO SANITA'						
ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%	VOTI	%	MEDIA	CONF.
FP CGIL	67.461	24,45%	92.925	26,05%	25,25%	CGIL
CISL FP	66.070	23,95%	89.086	24,97%	24,46%	CISL
UIL FPL	48.903	17,72%	65.195	18,27%	18,00%	UIL
FIALS	26.195	9,49%	36.820	10,32%	9,91%	CONFSAL
NURSIND	19.864	7,20%	20.757	5,82%	6,51%	CGS
FSI	16.177	5,86%	21.407	6,00%	5,93%	USAE
NURSING UP	19.403	7,03%	16.397	4,60%	5,81%	CSE

*Deleghe al 31/12/2014 e Voti del marzo 2015

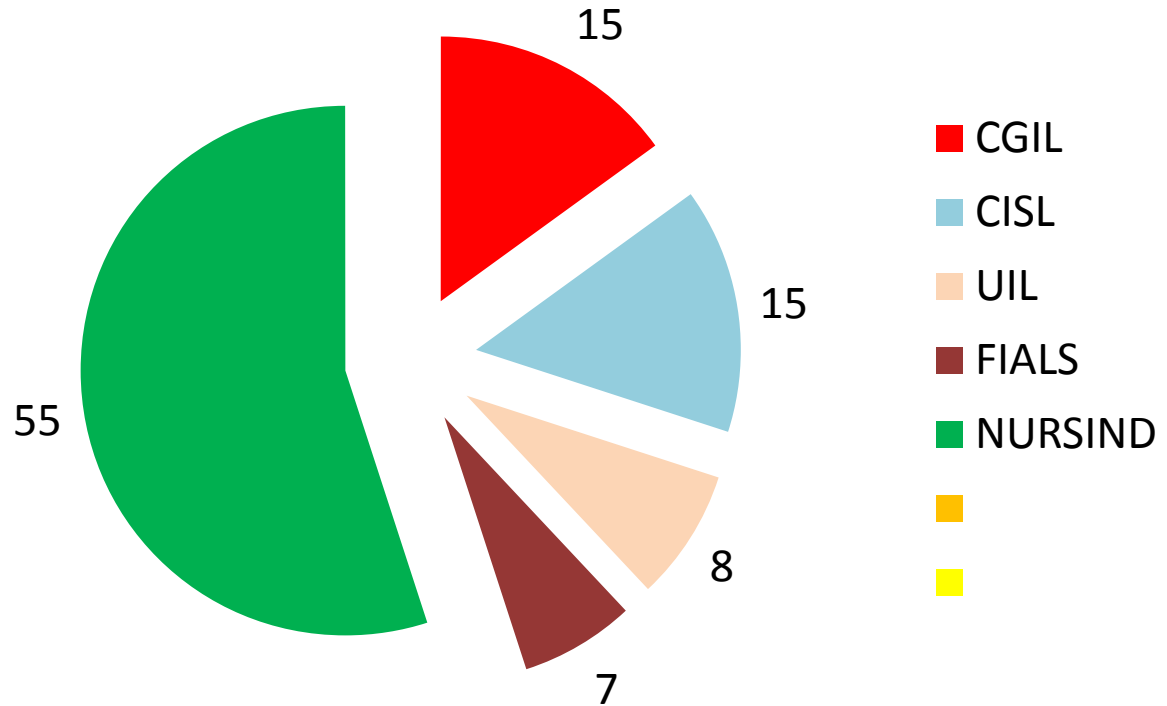
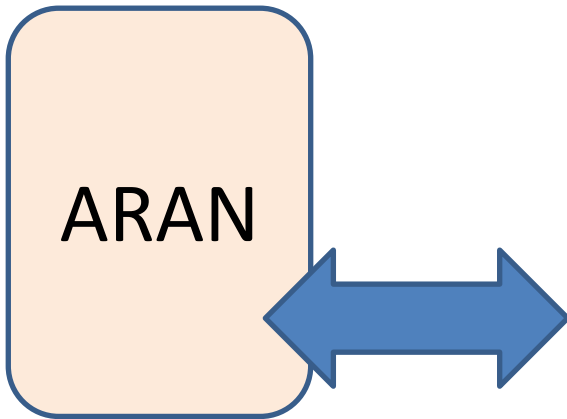
OO SS Rappresentative del Comparto SANITÀ

ARAN



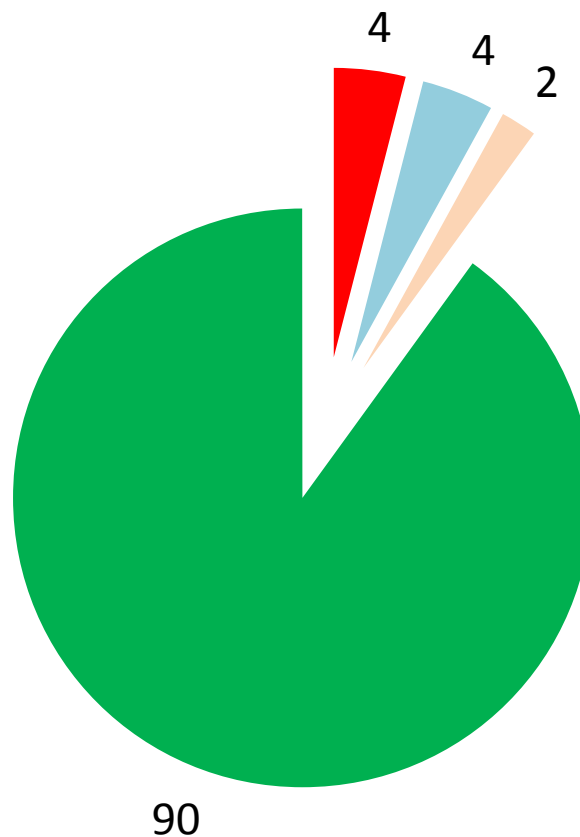
- CGIL
- CISL
- UIL
- FIALS
- NURSIND
- FSI
- NURSING UP

OO SS Rappresentative nel Comparto se tutti gli infermieri aderissero al sindacato di categoria



OO SS Rappresentative nell'area delle professioni sanitarie

ARAN



- CGIL
- CISL
- UIL
- NURSIND

I contratti sono validi se i firmatari:

- rappresentano il 50% +1 del dato associativo
- o
- almeno il 60% del dato elettorale



La Riforma Madia del D.Lgs. 165

D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75

- Possibilità di DEROGHE contrattuali alle disposizioni di legge;
- Organizzazione degli “uffici” previa SOLO informativa alle OOSS;
- Piano triennale dei fabbisogni del personale, pena l’impossibilità di assumere;
- Limitazione dei contratti a tempo determinato (per comprovate esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale);

La Riforma Madia del D.Lgs. 165

D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75

- Per i nuovi assunti la conoscenza dell'inglese;
- Per organizzazione degli uffici, sanzioni disciplinari, performance, mobilità, contrattazione solo nei limiti di legge;
- La contrattazione integrativa destina una quota prevalente alla performance;
- In caso di mancato accordo, l'amministrazione può decidere unilateralmente in via provvisoria;

La Riforma Madia del D.Lgs. 165

D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75

- In caso di sfioramento dei vincoli di bilancio nei contratti integrativi, obbligo di recupero delle somme nei contratti successivi;
- I CCNL devono prevedere clausole penalizzanti in caso di significativi dati sulle assenze;
- Razionalizzazione dei fondi della contrattazione integrativa a favore della performance;

La Riforma Madia del D.Lgs. 165

D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75

- Art. 53 Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi – Le amm.ni devono comunicare TEMPESTIVAMENTE le autorizzazioni concesse e i compensi;
- Art. 55 – Norme disciplinari...
- Art. 55 quater - **Licenziamento disciplinare** f-quinquies. **insufficiente rendimento**, dovuto alla reiterata violazione degli obblighi concernenti la prestazione lavorativa, ... e rilevato dalla costante **valutazione negativa della performance** del dipendente per ciascun anno dell'ultimo triennio

La Riforma Madia del D.Lgs. 150/2009

D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74

- Obbligo di valutare la performance secondo le **MODALITÀ** impartite dalla Funzione Pubblica;
- **Il suo rispetto** è condizione necessaria per l'erogazione dei premi, le progressioni e gli incarichi;
- La valutazione negativa rileva ai fini dell'accertamento della **responsabilità dirigenziale**

La Riforma Madia del D.Lgs. 150/2009

D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74

- **Monitoraggio** della performance da parte degli **OIV** (organismi indipendenti di valutazione);
- Misurazione della performance **anche da parte dei cittadini**
- **Il CCNL stabilisce la quota** delle risorse destinate a remunerare, rispettivamente, la performance **organizzativa** e quella **individuale** e fissa criteri idonei a garantire che alla significativa differenziazione dei giudizi corrisponda un'effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati

Le indicazioni del Comitato di settore



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI-SANITÀ
(ART. 41, COMMA 2, D.LGS. 165/2001)

COMPARTO SANITÀ

ATTO DI INDIRIZZO

Personale dei livelli

Triennio contrattuale 2016 – 2018

Nel contesto del processo di modificazione avvenuto nel pubblico impiego, va sottolineata come rilevante l'inversione della gerarchia delle fonti normative di cui vi è traccia nei CCNL stipulati nel 2009, rappresentata nel rapporto tra Legge e contrattazione **a favore della fonte unilaterale.**



Linee di contesto generale:

- I rinnovi contrattuali vanno considerati come strumento funzionale all'attuazione del **patto per la salute** e della conseguente valorizzazione del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale;

Linee di contesto generale:

- nel recente periodo il S.S.N. è stato ambito di profonde modifiche nell'impianto organizzatorio istituzionale con notevole impatto sull'organizzazione complessiva delle Aziende, sul lavoro e finanche **sullo "status"** delle professioni operanti nel Servizio Sanitario medesimo;

Linee di contesto generale:

La complessità del quadro, che si è venuta così a determinare, **difficilmente è riscontrabile in un altro comparto della Pubblica Amministrazione e dei servizi.**

*Per questo motivo l'esigenza primaria del rinnovo contrattuale 2016-2018, diventa l'individuazione di **una corretta soluzione per uniformare le disposizioni contrattuali al modificato quadro normativo, tenendo presente che:***



Linee di contesto generale:

- tale esigenza trova conforto proprio nei risultati che si registrano a seguito del profondo riordino organizzatorio che si è verificato assieme, e a volte guidato, dall'oramai **pluriennale condizione di contenimento delle risorse unitamente ai costi;**



Linee di contesto generale:

- il nuovo assetto si fonda su un delicato equilibrio tra strutture e funzioni, dove **accanto ad una rivista struttura ospedaliera per acuzie**, articolata funzionalmente e strutturalmente per dipartimenti, si è consolidato un **modello organizzativo per intensità di cure** e dove il rapporto tra ospedale e territorio è segnato dalla coesistenza di strutture organizzate **secondo i modelli preesistenti**, magari con forti differenziazioni tra singole realtà regionali;

Linee di contesto generale:

- come previsto anche dal Patto per la Salute e dal D.M. n.70/2015 si stanno realizzando **ospedali di comunità o reparti a bassa intensità di cura a gestione infermieristica**, nonché si sta attuando, anche con il rinnovo degli specifici ACN della medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale e farmaceutica, il **nuovo modello di cure primarie operante 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana** avendo come corollario la realizzazione dell'integrazione socio – sanitaria;



Linee di contesto generale:

- questo assetto organizzativo, per molti versi e in molte realtà tutt'ora “in progress”, ha già prodotto importanti risultati di impatto sul versante contrattuale e del personale, i più rilevanti dei quali appaiono essere **una consistente riduzione degli incarichi di “alta professionalità”**;

Linee di contesto generale:

- nel quadro del rinnovo contrattuale vadano ricercate soluzioni che introducano importanti elementi utili a *favorire la motivazione del professionista* e, in quest'ambito, la revisione dell'assetto contrattuale del trinomio *carriere – rapporto tra professioni – risorse* (quantificazione e certezza) assume carattere centrale

Linee di contesto generale:

- In questa logica di necessario adeguamento dell'assetto contrattuale va considerata attentamente l'evoluzione scientifica, tecnologica e dei bisogni emergenti che ha investito e si accompagna allo sviluppo ed **all'evoluzione** in atto da tempo in ambito **delle professioni sanitarie infermieristiche - ostetrica**, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che sono state oggetto e soggetto negli ultimi anni di **una profonda riforma formativa ed ordinamentale**.

Linee di contesto generale:

- Per queste motivazioni è indispensabile far sì che i rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel S.S.N. ad iniziare dall'attuazione **delle scelte strategiche dal nuovo assetto per intensità di cure**, favorendo la partecipazione, la condivisione, la compartecipazione ed il protagonismo soggettivo e propositivo dei professionisti della salute e l'insieme degli operatori.



La struttura contrattuale:

- Nella logica di innovazione del processo contrattuale, occorre rivedere la funzione e la struttura del contratto stesso, delineando un *CCNL che includa tutele, **garanzie e minimi contrattuali omogenei per tutto il personale** e, nel contempo, ampli gli spazi di autonomia procedurale, assegnando una **giusta rilevanza ai contenuti della contrattazione aziendale** (altrimenti definibile di 2° livello), all'interno di un puntuale e rinnovato quadro di regole e certezze.*



La struttura contrattuale:

- va potenziato il **ruolo di indirizzo e di garanzia del CCNL**, semplificando alcuni elementi che nel tempo si sono stratificati, assegnando **un importante peso all'ambito della contrattazione aziendale** e rilanciando il ruolo di sostegno attuativo del **“confronto regionale”** all'interno dell'ambito assegnato allo stesso dal CCNL.



La struttura contrattuale:

Questa criticità va superata prevedendo **opportune modifiche del modello contrattuale**, miranti a **ridurre lo spazio interpretativo del livello aziendale** alle disposizioni riservate alla contrattazione nazionale, **rafforzando** le garanzie reciproche di applicazione dei ***contratti individuali*** *che devono affermarsi in una loro completa estensione sul territorio nazionale e devono contenere con una stringente precisione l'insieme delle regole che governano, in applicazione del CCNL, il rapporto tra singolo lavoratore e professionista e datore di lavoro, al fine di evitare i contenziosi e dare le dovute e reciproche certezze.*



Il sistema delle relazioni sindacali:

va determinato un modello di relazioni sindacali che, fondandosi sui consolidati principi di “correttezza e buona fede”, **veda la partecipazione delle rappresentanze sindacali nelle varie fasi di riorganizzazione del SSN**, al fine di favorire la condivisione e consenso **nonché il contributo di idee e sapere che rappresenta un valore assoluto**



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI-SANITÀ
(ART. 41, COMMA 2, D.LGS. 165/2001)

Il sistema delle relazioni sindacali:

Ma la Legge Brunetta e la Riforma Madia non lo prevedono...

Art. 5 del D.Lgs. 165

«2. Nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi **le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro**, nel rispetto del principio di pari opportunità, e in particolare **la direzione e l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatte salve la sola informazione ai sindacati** ovvero le ulteriori forme di partecipazione, ove previsti nei contratti di cui all'articolo 9.»;

Art. 9. Partecipazione sindacale

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, i contratti collettivi nazionali disciplinano le modalità e gli istituti della partecipazione

Il sistema delle relazioni sindacali:

Questa necessaria scelta è supportata dai seguenti elementi e richiami:

- **l'art. 5 del Patto per la Salute** sancisce che: *“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante **una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali** con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, **abbandonando una logica gerarchica** per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”*;



Il sistema delle relazioni sindacali:

- questo concetto è stato rafforzato **dall'articolo 22**, sempre **del Patto per la Salute** che prevede: *“Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla **riorganizzazione delle rete ospedaliera**, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute **e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze** e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si conviene sulla **necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale** e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, **senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica**”*;



Il sistema delle relazioni sindacali:

- l'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante istituzione di una **Cabina di regia** per il coordinamento nazionale sulla **regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario**, individua le Organizzazioni Sindacali come protagonista fattivo dei processi di nuova organizzazione del S.S.N.



Il sistema delle relazioni sindacali:

Il CCNL dovrà contenere una chiara risposta alle materie che il D.lgs n.75/2017 attribuisce alla **facoltà di deroga** da parte del CCNL medesimo, questo al fine di sviluppare, anche in quest'ambito, **il quadro di certezze per il governo e la gestione delle risorse umane** nelle singole realtà aziendali.

Disponibilità delle Risorse:

Comparto Sanità - Risorse per il rinnovo contrattuale del triennio 2016-2018					
	Unità di personale al 31.12.2015	Monte salari 2015 netto IVC2 (mln di euro)	Risorse al lordo oneri riflessi (37%) in mln di euro		
			2016	2017	2018
			0,36%	1,09%	1,45%
	543.426	22.313	80,33	243,21	323,53

Aumento medio LORDO

$$323.530.000 / 543.426 = 595 / 13 = 45,8 \text{ €}$$

da ripartire al 50% tra stipendio base ed accessorio



Disponibilità delle Risorse:

Le Regioni, nel rispetto e soddisfatti i vincoli di finanza pubblica fissati per i rispettivi Servizi Sanitari, potranno destinare, **esclusivamente al personale direttamente e proficuamente coinvolto** nei processi di ristrutturazione, miglioramento organizzativo e razionalizzazione, parte delle economie aggiuntive conseguite con risparmi sui costi per le risorse umane ed individuare specifici ed ulteriori criteri premiali per il personale coinvolto in progetti innovativi, principalmente mirati alla riduzione delle liste di attesa, alla piena e qualificata erogazione dei LEA e alle condizioni di lavoro.



Disponibilità delle Risorse:

Per quanto attiene alle modalità di certificazione della quantificazione del risparmio, possono essere previste deliberazioni annue del Collegio Sindacale;

mentre, per quanto attiene il limite di utilizzo delle risorse così certificate, esso viene fissato nel **50% delle stesse**.



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

La finalità del SSN, come definita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, cioè la tutela della salute come "**stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia**" fa sì che debba essere attuata non solo in un sistema sanitario in senso stretto, bensì dando corso ad un'articolata e **complessa attività con più professionisti ed operatori** per individuare e conseguentemente modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute individuale e collettiva promuovendo al contempo quelli favorevoli.

Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

Per supportare tale strategia di promozione del benessere, che trova nel “Patto per la Salute” un forte stimolo attraverso l’integrazione socio-sanitaria, appare opportuno prefigurare nel CCNL la previsione di una specifica area delle professioni socio-sanitarie, in attesa della piena attuazione di quanto previsto dall’art.3 octies del D.Lgs n.502/92 in quanto si tratta di giusta scelta del legislatore in un settore, quale quello socio-sanitario, ad elevata espansione per l’attuale quadro demografico ed epidemiologico.



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

La creazione di questa specifica area delle professioni socio-sanitarie comporterebbe **il superamento della desueta articolazione del personale nei quattro ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo)** prevista dal lontano DPR n.761 del 1979 non più aderente all'evoluzione scientifica, tecnologica, normativa e formativa intervenuta nel trentennio successivo e che ha prodotto l'attuale sistema nel quale prevale la *mission di salute* più che di sanità in senso stretto.



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

E' evidente che l'area delle professioni e degli operatori sociosanitari è una nuova configurazione professionale nell'ambito della quale occorre ricollocare i profili esistenti a rilevanza socio-sanitaria.

Ne dovranno in ogni caso restare esclusi eventuali nuovi profili a rilevanza esclusivamente sociale.



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

Ad oggi l'unico profilo professionale istituito con una metodologia propria di quest'area è **l'operatore socio sanitario**.

L'Operatore Socio-Sanitario iscritto in questa nuova area avrebbe una giusta collocazione, risolvendo, alla radice, le questioni controverse legate al suo attuale inquadramento nel ruolo tecnico da una parte e dall'altra porrebbe nella **giusta dimensione, il rapporto di collaborazione** con le professioni sanitarie e sociali **ad iniziare da quella infermieristica**.



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

In questa area andrà individuato **un inquadramento adeguato e coerente** per tutti quei **profili professionali che non sono riconosciuti appieno** all'interno dell'attuale sistema professionale sanitario, ma che nella visione nuova di tutela della salute, ricoprono funzioni utili ed efficaci per il “piano terapeutico” e per l'intera organizzazione del lavoro e che nei tavoli di confronto della stagione contrattuale siano necessari al sistema di tutela della salute.



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

In attesa della istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie, come prevista dal d.lgs. 502/92, al fine di adeguare l'articolazione dei professionisti e degli operatori del comparto sanità alla mutata evoluzione scientifica, tecnologica, formativa ed ordinamentale, è opportuno e necessario **prevedere la seguente suddivisione del personale nelle seguenti aree funzionali:**



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

- **Area sanitaria**, comprendente le professioni sanitarie infermieristiche – ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione e le arti sanitarie ausiliarie;
- **Area dell'integrazione sociosanitaria** comprendente i profili di assistente sociale, di educatore professionale e di operatore socio - sanitario;
- **Area di amministrazione dei fattori produttivi** comprendente il personale amministrativo, tecnico e professionale;
- **Area tecnico-ambientale** comprendente i profili operanti in tale ambito nelle Agenzie regionali per l'Ambiente.



Assetto professionale:

1. Istituzione delle aree funzionali

- La previsione di tali aree prevede la finalizzazione dell'adeguamento dell'organizzazione del lavoro ai nuovi modelli organizzativi dei servizi. In quest'ambito va evidenziato che l'istituzione del modello per aree **deve avere carattere esclusivamente funzionale e non comportare in nessun caso incrementi di costo**



Assetto professionale:

2. Incarichi

Il Comitato di Settore Sanità sottolinea l'importanza dell'articolo 6 della Legge n. 43/06 che prevede la funzione di “**professionista specialista**” nonché quanto contenuto nei decreti istitutivi dei profili professionali ex III comma dell'art.6 del D.lgs n. 502/92 che prevedono l'istituzione di **aree di formazione complementare post diploma.**



Assetto professionale:

2. Incarichi

Il CCNL deve prevedere una configurazione di **incarichi di lavoro**, all'interno della classificazione per categorie vigenti, con riferimento alla categoria D e categoria DS

Trattandosi di tipologia di incarichi essi assumono le tipiche caratteristiche ovvero **la durata temporanea**, la procedura per l'assegnazione, la valutazione, la revoca o il rinnovo.



Assetto professionale:

2. Incarichi

Va, altresì, semplificata e sistematizzata la collocazione contrattuale delle “posizioni” che hanno forti contenuti gestionali oltre che professionali e **che si configurano come fattispecie degli incarichi**.

Tale semplificazione deve riguardare le attuali figure di **coordinamento** e le **posizioni organizzative** ipotizzando uno stretto collegamento tra esse e i processi organizzativi sia in termini di funzione (richiesta e svolta), sia in termini di incarico (e le sue dinamiche) e sia in termini di rapporto tra le funzioni gestionali e quelle professionali che continuano ad essere svolte.



Assetto professionale:

2. Incarichi

Il CCNL descriverà, pertanto, analogamente a quanto già fatto per l'insieme dei profili, le declaratorie delle competenze proprie delle posizioni 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 e dal codice deontologico, **salvaguardando le specifiche competenze professionali degli altri professionisti**, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della Legge n. 42 del 1999.



Assetto professionale:

2. Incarichi

In tale logica e per tale scopo va precisato che:

- a) la posizione di “**professionista specialista**” è attribuita al professionista laureato delle citate professioni sanitarie in possesso del **master di primo livello** di cui all’art. 6 della Legge n.43/06;
- b) la posizione di “**professionista esperto**” è attribuita al professionista che ha acquisito **competenze avanzate**, tramite **percorsi formativi complementari regionali** ed attraverso **l’esercizio di attività professionali**, anche in virtù di protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni interessate, di quelle mediche e dell’area sanitaria più in generale.



Assetto professionale:

2. Incarichi

Al riguardo il Comitato di Settore ricorda che è compito **dell'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie**, ricostituito presso il MIUR con il decreto interministeriale 10 marzo del 2016 - nell'ambito del quale è presente anche il Ministero della salute - la definizione **di quali master specialistici** possano rispondere agli effettivi bisogni del SSN.



Assetto professionale:

2. Incarichi

Va ribadito, infine, che in ogni caso **tutte le competenze professionali vanno esercitate nel rispetto dei profili**, delle declaratorie, dei codici deontologici e della formazione acquisita, fatte salve le competenze previste per gli altri professionisti, **sino ad escludere, quelle improprie** delle singole figure e profili professionali, **con particolare riferimento a quelle domestico-alberghiere** ovvero quelle di pertinenza di altre professioni e per esse previste.

1. Valorizzazione della responsabilità professionale

- istituzione di **un sistema di incarichi graduato**, con l'attribuzione di un conseguente trattamento economico differenziato in funzione della specifica complessità;
- vanno previsti, altresì, **i rapporti contrattuali tra le tipologie di incarichi** descritte, al fine di rendere trasparenti e definite le linee di indirizzo sulle quali l'azione aziendale può esplicare la necessaria e propria scelta organizzativa;



Istituti del Rapporto di Lavoro:
2. Revisione dei passaggi intra-categoria

- Rideterminare le disposizioni di dinamicità dei passaggi da B a Bs e da D a Ds
- Valorizzare il personale in categoria A

Istituti del Rapporto di Lavoro:

3. Modalità operative per affrontare il processo di invecchiamento dei dipendenti

Il progressivo invecchiamento della popolazione, lo spostamento in avanti dell'età pensionabile, la razionalizzazione delle assunzioni sono fattori che richiedono nuovi strumenti di gestione delle risorse umane **che il CCNL potrà individuare e suggerire** al sistema delle aziende sanitarie **senza che ciò comporti oneri aggiuntivi** in quanto si dovrà rimanere nell'ambito di indicazioni operative di gestione delle risorse umane



FINANZIAMENTO DELLA PARTE VARIABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO :

1. Fondi contrattuali

Vanno definite modalità di riconversione delle risorse tendendo ad una **semplificazione** complessiva del percorso di **costituzione**, di **computo** e di **utilizzazione** delle medesime.

Vanno individuate opportune nuove disposizioni riguardanti in particolare:

FINANZIAMENTO DELLA PARTE VARIABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO :

1. Fondi contrattuali

- la costituzione di un **fondo unico** del salario accessorio, fermo restando le finalizzazioni di spesa ed in particolare quelle collegate alle condizioni di lavoro e al disagio;
- vanno stabilite modalità di **riconversione delle risorse** tendendo ad una semplificazione sia nella costruzione e sia nella loro utilizzazione;
- **revisione del sistema di finanziamento delle progressioni orizzontali** e il suo rapporto, nel comparto sanità con il finanziamento delle posizioni organizzative corrispondenti ai singoli modelli organizzativi formalmente adottati dalle Aziende;

FINANZIAMENTO DELLA PARTE VARIABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO :

1. Fondi contrattuali

- **riconsiderazione delle risorse** destinate alle condizioni di **disagio** alla luce delle modifiche intervenute nel sistema;
- quantificazione annuale delle risorse per **la retribuzione di produttività** con indicatori connessi alla condizione generale della azienda definendo obiettivi e adottando efficienti sistemi di valutazione

FINANZIAMENTO DELLA PARTE VARIABILE DEL
TRATTAMENTO ECONOMICO :

2. La compartecipazione del personale nella lotta agli sprechi nel sistema sanitario.

Il Comitato di Settore ritiene che all'interno di una rinnovata e riaffermata politica di contenimento della spesa coniugata ad un investimento nella **risorsa principale** del Settore che è **rappresentata dal patrimonio delle professionalità**, vada puntualmente verificata l'opzione prevista dall'art. 6 della Legge n.111/2011 che recita così:
*“In relazione ai processi di cui al comma 4, le eventuali economie aggiuntive effettivamente realizzate rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, dall'articolo 12 e dal presente articolo ai fini del miglioramento dei saldi di finanza pubblica, possono essere utilizzate annualmente, nell'importo **massimo del 50 per cento**, per la **contrattazione integrativa**, di cui il 50 per cento destinato alla erogazione dei premi previsti dall'articolo 19 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”.*



DISPOSIZIONI PARTICOLARI E RISERVE

1. Disposizioni particolari.

Riconsiderare e rimodulare:

- la formazione e l'aggiornamento professionale;
- **la disciplina dei permessi** per visite, prestazioni specialistiche, terapie ed esami diagnostici (art. 55 septies, comma 5 ter, del D.lgs 165/2001) alla luce delle recenti pronunce giurisdizionali e in armonia con quanto previsto nella direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 6 luglio 2017;
- **l'orario di lavoro** in rapporto alle disposizioni di cui al D.lgs n. 66/2003 e successivi pronunciamenti della Comunità Europea



DISPOSIZIONI PARTICOLARI E RISERVE

1. Disposizioni particolari.

Riconsiderare e rimodulare:

- La durata delle sessioni negoziali integrative;
- I permessi, assenze per malattia, cessione di ferie e riposi a titolo gratuito, **per i tempi determinati**
- Prestazioni di lavoro supplementare e straordinario dei **part time**
- la valutazione delle prestazioni ai fini del trattamento economico accessorio e la mobilità **nelle sanzioni disciplinari**



DISPOSIZIONI PARTICOLARI E RISERVE

2. Ambiti innovativi di intervento

Riconsiderare e rimodulare:

- **Welfare aziendale**, pagato con i fondi della contrattazione aziendale;
- **Conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro** (congedi parentali – flessibilità dell’orario di lavoro)
- **Previdenza complementare** (fondo Perseo) con l’istituto del **silenzio assenso**
- **Somministrazione di lavoro a tempo determinato**; limiti percentuali e trattamenti di performance

Alcune considerazioni:

– Chi potrebbero essere già ora gli
“infermieri esperti”?

E chi gli “Infermieri specialisti”?

Alcune considerazioni:

- Quale valorizzazione si pensa di dare se tali funzioni sono attribuite a tempo?

Alcune considerazioni:

- Che ruolo assumeranno i contratti individuali?

Alcune considerazioni:

- Le regioni potrebbero stravolgere l'identità professionale?

Alcune considerazioni:

- Come si definirà il rapporto con gli OSS?

Alcune considerazioni:

– Sta per finire l'epoca del demansionamento ?

Alcune considerazioni:

– Valutati dai pazienti?

Alcune considerazioni:

– Siamo nelle condizioni di poter "fare di più"?

Tavolo tecnico-scientifico per la professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute

composto da:

1. esperti di valore e riconosciuti designati dalla Commissione Salute delle Regioni
2. dal Direttore Generale dell' AGENAS
3. Dai Direttori Generali del Ministero della Salute
4. dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI
5. dalle maggiori Associazioni professionali della categoria

Tavolo tecnico-scientifico per la professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute:

2016



18 mar

Professione infermieristica: De Filippo convoca il Tavolo tecnico

4

Con una lettera inviata alle organizzazioni sindacali, tra cui il Nursind, il Sottosegretario di Stato alla Salute, on. Vito de Filippo, ...

Editoriali



26 mag

Professione infermieristica e nuovi bisogni di salute: al via il tavolo tecnico al Ministero

1

E' il Sottosegretario di Stato alla Salute on. Vito De Filippo ad annunciare l'insediamento, avvenuto il 24 maggio, del ...

NurSing Editoriali



26 mag

Primo tavolo tecnico con il Ministero per le Professioni Infermieristiche: Cgil, Cisl e Uil abbandonano la riunione.

1

Riunito dal sottosegretario Vito De Filippo il tavolo ha definito le tappe che già prima dell'estate dovrebbero portare ...

Tavolo tecnico-scientifico per la professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute:

05 lug



Professione infermieristica. Proia risponde a Bottega: dialogare al Tavolo, fuori dagli schemi di parte.

In replica all'articolo del Segretario Nazionale del Nursind Andrea Bottega (Clicca) in merito alla bozza di documento che si sta ...

09 lug



Tavolo infermieristico: Bottega (Nursind) replica alle obiezioni di Proia

La pubblicazione delle osservazioni critiche del Nursind (Clicca), a firma del Segretario Nazionale Andrea Bottega, in ordine ai ...

Competenze Avanzate - Le prese di posizione Editoriali

18 set



Tavolo Ministeriale sulle professioni: la Proposta Ipasvi, i buoni propositi e nessuna risorsa economica.

Innovazione, sviluppo della carriera, riorganizzazione della formazione, sviluppo delle competenze avanzate, sono queste le ...



05 ott

Tavolo nursing: Nursind rimane nel gruppo di lavoro dopo le aperture del Ministero

La Direzione Nazionale Nursind, preso atto dell'avvenuta accettazione delle modifiche richieste dalla scrivente alla bozza di ...

Comunicati Stampa

“La ulteriore bozza di conclusione proposta – *continua il Nursind* - ci sembra più coerente con l’atto di indirizzo per il rinnovo dei contratti e con la descrizione dell’infermiere prevista dalla vigente normativa.”

“Rileviamo che anche il Ministero, **con l’accettazione delle nostre proposte** – conclude il segretario Nursind -, **ritiene importante la presenza critica e costruttiva del sindacato Nursind** al tavolo sulla professione infermieristica.”

Tavolo tecnico-scientifico per la professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute:

05 ott



Tavolo nursing: Nursind rimane nel gruppo di lavoro dopo le aperture del Ministero

La Direzione Nazionale Nursind, preso atto dell'avvenuta accettazione delle modifiche richieste dalla scrivente alla bozza di ...

Comunicati Stampa

Ancora di più, ed anche alla luce di tale ulteriore conferma normativa, **è necessario attivare anche la formazione infermieristica di tipo specialistico** e sostenere lo sviluppo di carriera dei professionisti infermieri oltre che introdurre misure volte ad assicurare una



Tavolo nursing: Nursind rimane nel gruppo di lavoro dopo le aperture del Ministero

La Direzione Nazionale Nursind, preso atto dell'avvenuta accettazione delle modifiche richieste dalla scrivente alla bozza di ...

Comunicati Stampa

stesso. *La legge 190/2015 - comma 566 - richiama a sua volta gli orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire su ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze - anche attraverso percorsi di formazione complementare - e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra.*"(Doc. Cc - FNC 2015).

L'articolato modello di evoluzione delle competenze infermieristiche delineato dalla FNC Ipasvi, che si richiama al Patto per la salute e alla bozza di accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate, delinea percorsi che vogliono garantire l'irrobustimento e l'approfondimento delle conoscenze e delle capacità dell'infermiere sia per quanto attiene l'organizzazione e la gestione, sia per quanto attiene la soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica, l'erogazione e valutazione di prestazioni e risultati e il governo dei processi assistenziali. Su tale impostazione prendono corpo le specializzazioni infermieristiche che si basano sull'approfondimento disciplinare del processo di assistenza e sul disegno delle abilità tecniche da utilizzare in un esercizio professionale omogeneo su tutto il territorio nazionale.

05 ott



Tavolo nursing: Nursind rimane nel gruppo di lavoro dopo le aperture del Ministero

La Direzione Nazionale Nursind, preso atto dell'avvenuta accettazione delle modifiche richieste dalla scrivente alla bozza di ...

Comunicati Stampa

condotti ad unitarietà di obiettivo, risultato ed esito da un *Infermiere Specialista* (infermiere con laurea magistrale ad indirizzo clinico) nell'area della Sanità pubblica - infermiere di famiglia/comunità.

prescrizione. Gli ambulatori infermieristici possono erogare prestazioni *generaliste* (effettuazione di terapie di vario genere su prescrizione, effettuazione di prestazioni autonome infermieristiche di medio bassa complessità) o *avanzate* (gestione delle vie venose, di medicazioni complesse etc..) o *specialiste* correlate alla "wond care", alla gestione delle enterostomie, della nutrizione enterale etc. .

Tavolo tecnico-scientifico per la professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute:

05 ott



Tavolo nursing: Nursind rimane nel gruppo di lavoro dopo le aperture del Ministero

La Direzione Nazionale Nursind, preso atto dell'avvenuta accettazione delle modifiche richieste dalla scrivente alla bozza di ...

Comunicati Stampa

Il pool degli infermieri di famiglia/comunità, **coordinato per quanto attiene i percorsi e i processi assistenziali da un infermiere specialista clinico**, afferisce attraverso il proprio coordinatore gestionale, al Servizio/direzione delle professioni sanitarie che ne definisce

“Ribadiamo la **piena contrarietà a una revisione legislativa e dei percorsi universitari che richieda ulteriore e diversa formazione per i professionisti già abilitati.**

La formazione sta diventando l’oppio dell’infermieristica.

La formazione è chiaramente un business ed è funzionale al sistema non all’organizzazione del lavoro che non prevede alcuna remunerazione a compensazione degli sforzi e dei costi sostenuti per formarsi.

Lavorare gratis fa male e costa fatica almeno quanto il lavoro retribuito.”

“È tempo di porre al vaglio critico **modelli organizzativi già superati in altri contesti esteri** (per es. il modello per intensità di cure) e ripartire dall’infermiere che non c’è per farlo esistere e dare pieno compimento alla legge 42/99. È tempo di mettere sul piatto dei denari per finanziare una sanità di iniziativa e progetti specifici di valorizzazione professionale, partendo magari da progetti nazionali già avviati (es. il trattamento del dolore: non è possibile che chiunque può andare in farmacia con una prescrizione della nonna e prendere una tachipirina contro il dolore **ma un infermiere non possa dare lo stesso analgesico senza prescrizione medica!**)”

“È tempo di ascoltare cosa chiedono i pazienti e gli infermieri di linea e non limitarsi a modelli studiati a tavolino che affrontano i problemi dei dirigenti e dei docenti ma sono distanti da chi poi deve tradurre in pratica quotidiana le competenze acquisite.

Riteniamo quindi che il **documento vada strutturalmente rivisto** chiarendo gli obiettivi che si intendono raggiungere e dichiarando quali problemi si intendono risolvere ”

Si parte come primo riferimento all'evoluzione della professione infermieristica dal **Dlgs 15/2016** che ha recepito, su proposta del Ministro Lorenzin, le indicazioni europee indicando che l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale e ha la competenza di:

1. individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie utilizzando le conoscenze teoriche e cliniche attuali nonché di pianificare, organizzare e prestare le cure infermieristiche nel trattamento dei pazienti, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite, in un'ottica di miglioramento della pratica professionale;

2. lavorare efficacemente con altri operatori del settore sanitario, anche per quanto concerne la partecipazione alla formazione pratica del personale sanitario sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;

3. orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;

4. avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi;

5. fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di appoggio;

6. garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;

7. comunicare in modo esaustivo e professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;

8. analizzare la qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale.

Quattro sono i nuovi ambiti sulla base della normativa vigente e sulle esperienze già in essere in più regioni, per i professionisti infermieri nel nuovo modello dei percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio e tra territorio e ospedale:

- infermieristica di famiglia-comunità;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- assistenza infermieristica ambulatoriale;
- ospedali di comunità.

L'infermieristica di famiglia/comunità trova attuazione

1. nei distretti,
2. nei servizi territoriali,
3. a domicilio,
4. nelle scuole etc.

e può contribuire a potenziare e sviluppare tutti gli interventi di cure primarie necessari per "fare" prevenzione, garantire accesso alle cure, realizzare continuità delle cure, erogare assistenza infermieristica generale e specialistica, promuovere livelli di benessere e diffondere pratiche di autocura.

L'infermieristica di famiglia/comunità

1. nei distretti,
2. nei servizi territoriali,
3. a domicilio,
4. nelle scuole etc.

sono "**governati**", mantenuti dentro la rete dei servizi e condotti ad unitarietà di obiettivo, risultato ed esito da un **Infermiere Specialista** nell'area della Sanità pubblica

L'infermieristica di famiglia/comunità

1. nei distretti,
2. nei servizi territoriali,
3. a domicilio,
4. nelle scuole etc.

prende in carico il paziente con i suoi bisogni espressi, definisce gli interventi assistenziali in **collaborazione con i Medici di medicina generale** o il consulente medico specialista, attuando il piano terapeutico da loro indicato, sostiene l'integrazione delle attività degli eventuali **altri operatori sanitari** e **si occupa dell'educazione sanitaria** del paziente e dei suoi familiari.

Assistenza infermieristica domiciliare. E' rivolta a persone:

1. in condizioni di temporanea o permanente impossibilità ad accedere ai presidi distrettuali,
2. A persone che desiderano rimanere nel proprio domicilio pur necessitando di assistenza sanitaria e/o di strumenti vicarianti le funzioni vitali,
3. a persone in terminalità di vita

Assistenza infermieristica domiciliare.

Il sistema si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni e dei processi, intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente.

Le prestazioni possono essere attuate in forma singola o in semplice associazione, dagli specifici professionisti coinvolti oppure con modalità integrata pluridisciplinare e pluriprofessionale.

Assistenza infermieristica ambulatoriale. Gli ambulatori infermieristici possono rappresentare un nodo significativo del sistema delle cure primarie/infermieristica di comunità. Effettuare, in correlazione con il Medico di medicina generale:

1. il monitoraggio dei fattori di rischio,
2. l'informazione e l'educazione sanitaria,
3. l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali offerti,
4. il follow up
5. erogare variegate risposte sanitarie di prossimità.
6. Triage telefonico per il monitoraggio a distanza
7. l'ambulatorio scolastico.

Ospedali di comunità. Le degenze territoriali di prossimità a gestione infermieristica (ospedali di comunità) sono uno degli ambiti in cui si esprime l'infermieristica di famiglia/comunità e rientrano negli obiettivi che il Ministero della Salute ha identificato per l'utilizzo appropriato della rete ospedaliera e per il potenziamento delle cure primarie.

L'infermiere di famiglia/comunità che opera in tali strutture, prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa o di interventi sanitari che sarebbero potenzialmente erogabili a domicilio a causa del riacutizzarsi di patologie croniche ma che, in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare), necessitano di ricovero in queste strutture.

La gestione dei processi di cura, assistenza e gestione negli ospedali di comunità è infermieristica.

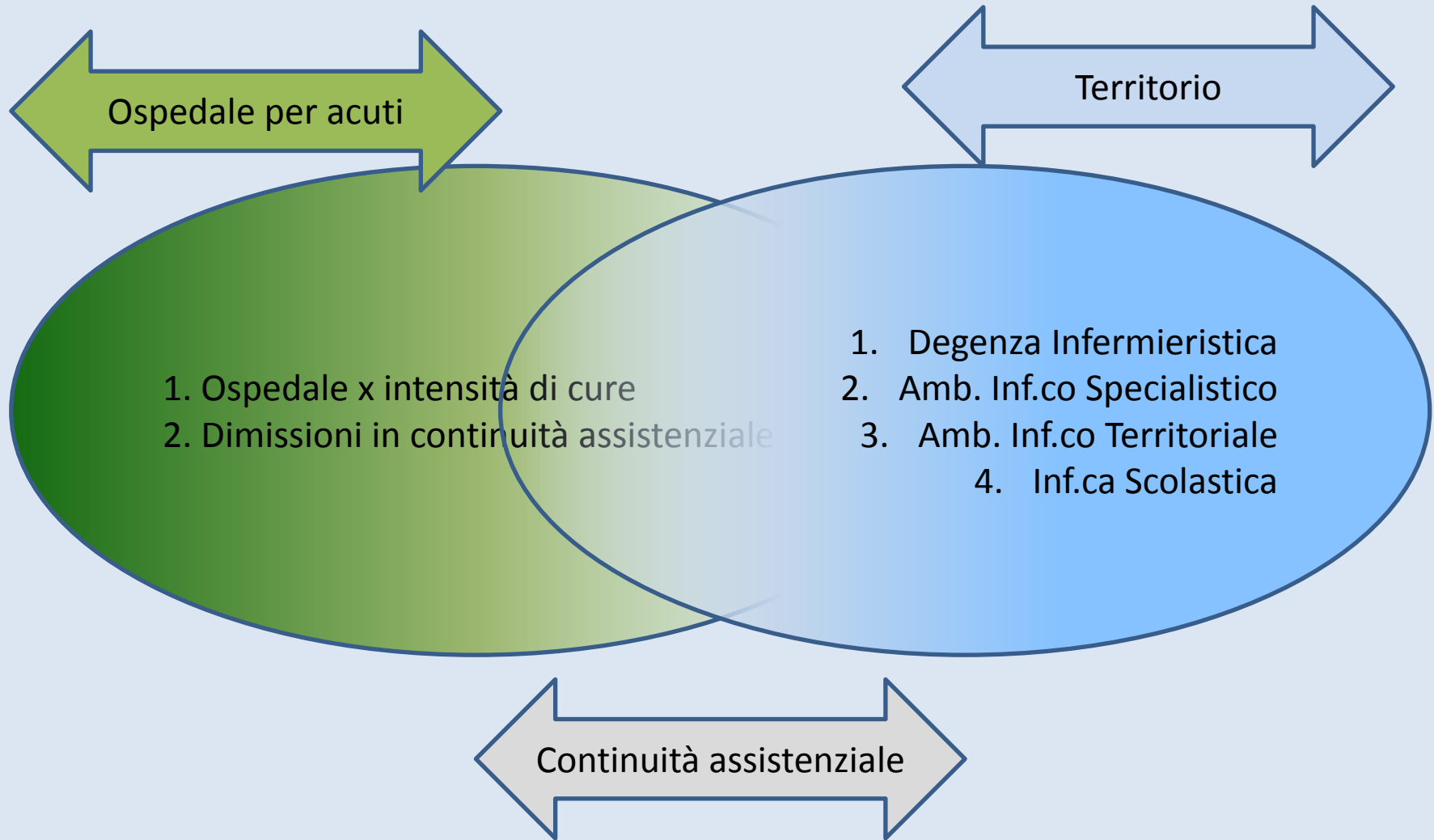
Ospedali di comunità.

Gli infermieri, oltre a porre in essere quanto prescritto dal medico di medicina generale di ognuno dei pazienti "ricoverati",

1. pianificano e attuano i processi assistenziali
2. valutano e comunicano al medico di medicina generale la risposta ai trattamenti
3. individuano elementi di eventuale instabilità clinica
4. Attivano, in accordo con il Medico di medicina generale, le figure sanitarie necessarie al paziente e pongono in essere quanto di necessità per garantire la continuità assistenziale e l'interazione con la rete dei servizi territoriali e ospedalieri.

L 'obiettivo da raggiungere è il recupero della stabilità clinico assistenziale e della maggiore autonomia possibile per il rientro al proprio domicilio del paziente.

Tavolo tecnico-scientifico per la professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute:



Esempi di consolidamento regionale per l'attività ambulatoriale infermieristica:

- Legge Regione Calabria n. 24 del 18 luglio 2008
- D.P.C.M. 29/11/2001 (Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA))
- Decreto Assessore Regione Sicilia alla sanità n. 2654 del 17/11/2009
- Legge Regione Campania 23 dicembre 2015, n. 20
- UMBRIA: Ministero dell'istruzione dell'università e della Ricerca. istituzione di un posto per infermierie scolastico

Esempi di consolidamento regionale per l'ospedale di comunità:

- **EMILIA ROMAGNA:** RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA SECONDO GLI STANDARD PREVISTI DALLA LEGGE 135/2012
- **LAZIO:** 2014 “Unità di degenza a gestione infermieristica modello organizzativo”
- **UMBRIA:** Legge Regione Umbria del 12/11/2012 n. 18 “Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale. I dati relativi al primo anno di attività **dell’unità di degenza infermieristica** ha dimostrato il contenimento delle giornate di degenza così come espresso in delibera. **Meno del 5%** di questi soggetti ha subito riospedalizzazioni
- **MOLISE:** 2015 "Riconversione dei Presidi Ospedalieri di Larino e Venafro con attivazione degli ospedali territoriali di Comunità

Esempi di consolidamento regionale per l'infermiere di famiglia/comunità e di sanità di iniziativa:

- **LOMBARDIA:** "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo" approvata nel **2015**. All'articolo 10 viene esplicitato: "nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, **è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie**, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie **singolo o associato** a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali

Esempi di consolidamento regionale per l'infermiere di famiglia/comunità e di sanità di iniziativa:

- **PIEMONTE:** Sperimentazione, nell'ambito di un progetto europeo (CO.N.S.E.N.SO) , di un modello per ridurre la spesa sanitaria e migliorare la qualità di vita degli anziani, della figura dell'infermiere di famiglia. Progetto Europeo Approvato
- **LAZIO:** proposta di Legge Regionale n 89 Presentata il 17/10/2013 “infermiere di famiglia” Istituzione servizi infermieristici di famiglia
- **VENETO:** DGR 1097 del 18 agosto 2015. Progetto formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie. LR 23/2012
- **TOSCANA:** DGR 650 del 05-07-2016 – Sanità di iniziativa approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello

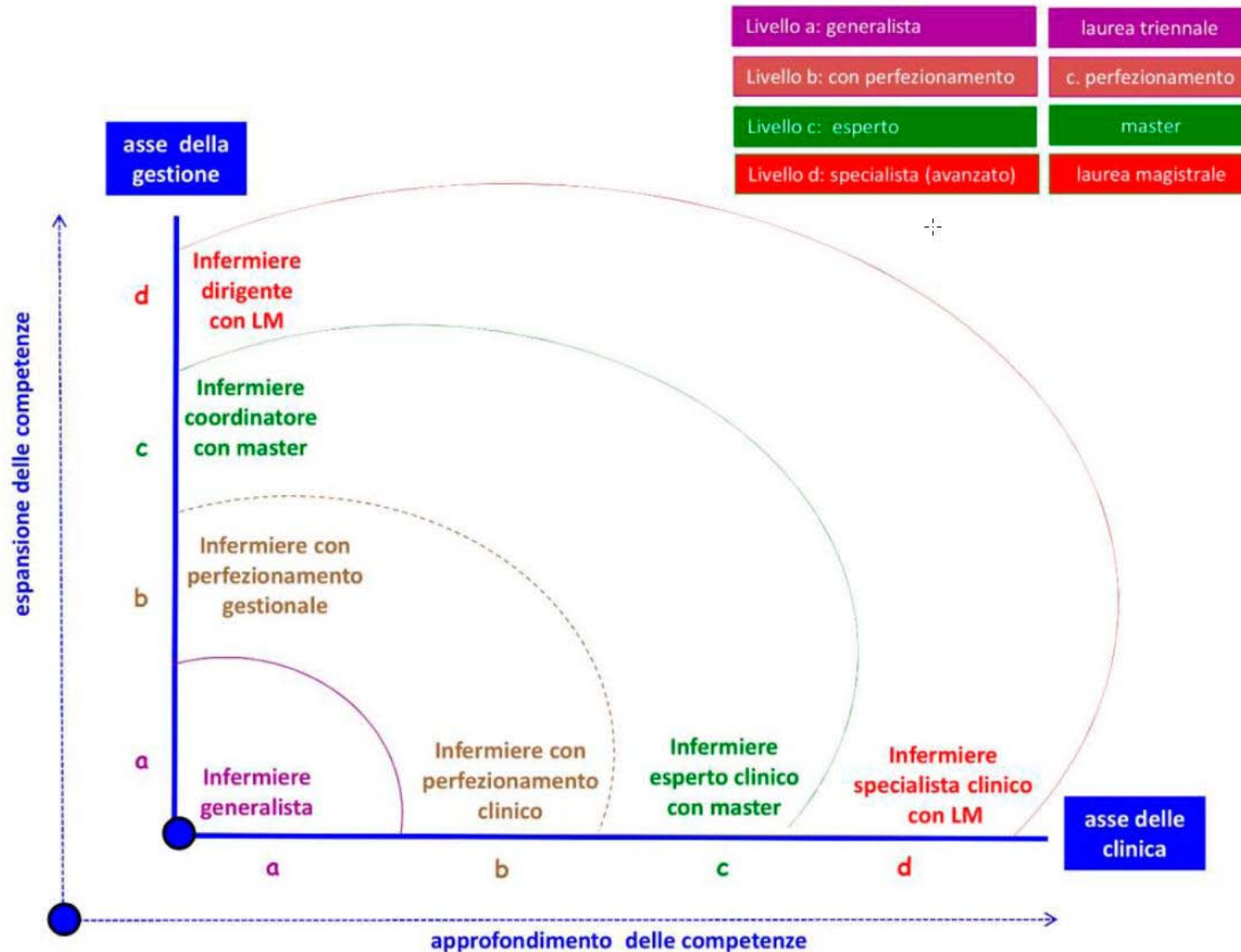
Esempi di consolidamento regionale per l'infermiere di famiglia/comunità e di sanità di iniziativa:

- **PUGLIA** - AZIENDA SANITARIA LOCALE BT: Deliberazione N. 1424 del 30/06/2016 - OGGETTO: avviso interno per titoli e colloqui per la copertura di posti di infermiere, con esperienza nella gestione dei malati cronici (infermiere di famiglia/care manager), presso i Distretti aziendali
- **FRIULI VENEZIA GIULIA**: DGR 2843 dd.24.11.2006; PSSR 2006-2008, capitolo 6:il potenziamento dell'assistenza territoriale; Legge Regionale 16/10/2014, n.17- art.21; PSSR 2006-2008 e 2010-2012

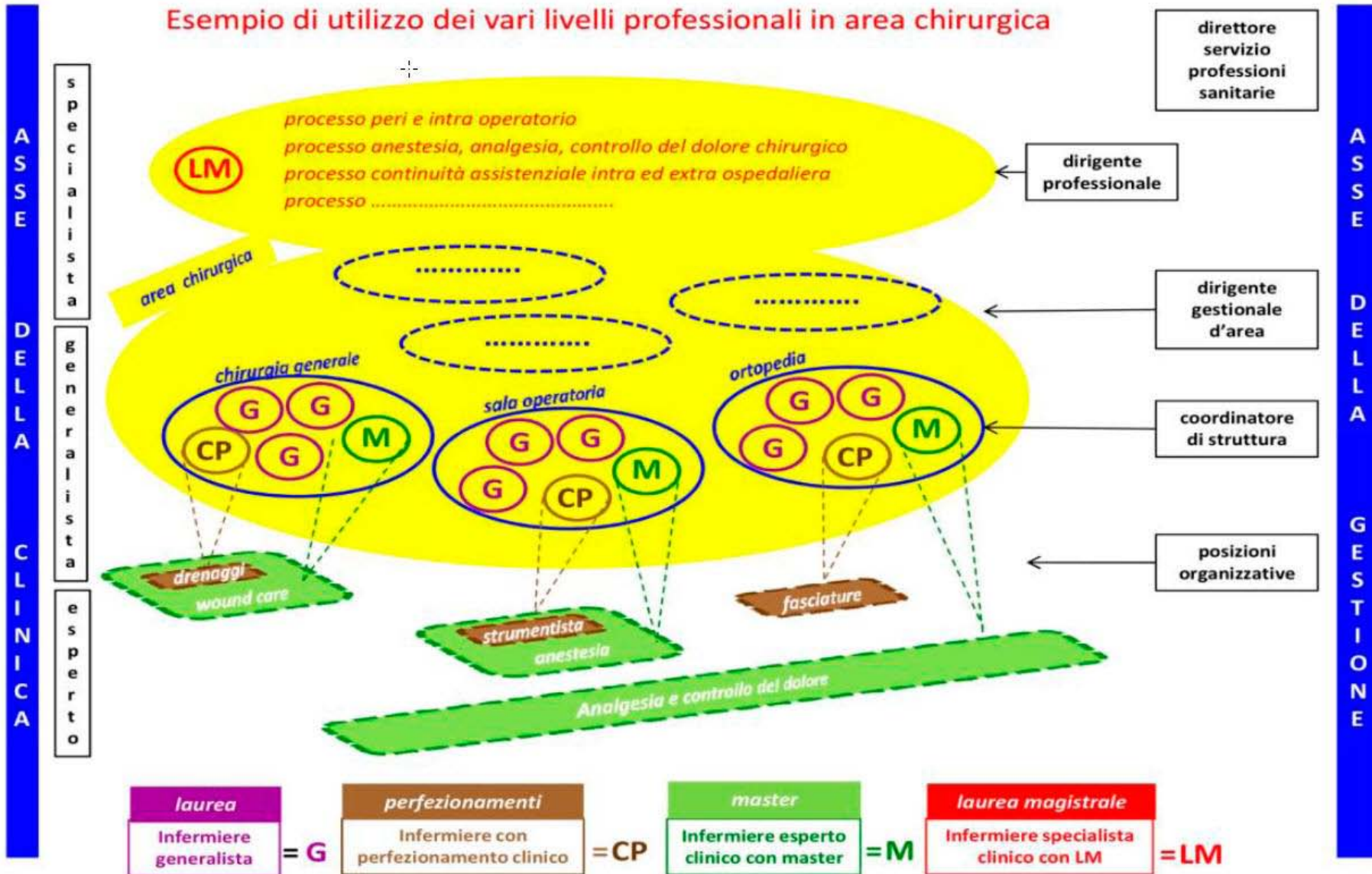
Il Modello IPASVI sull'evoluzione delle competenze infermieristiche:

La FNC, vista la legge 190/2014 - comma 566 - in cui si promuove l'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari attraverso **percorsi di formazione complementare**, ha costituito un gruppo di infermieri esperti *nell'ambito della formazione infermieristica e della gestione e organizzazione dei processi assistenziali nelle strutture sanitarie, per elaborare una proposta che definisca la prospettiva della FNC per quanto attiene la tematica "evoluzione delle competenze"*, indicando tipologia funzionale, percorso formativo e agibilità nell'organizzazione dell'infermiere:

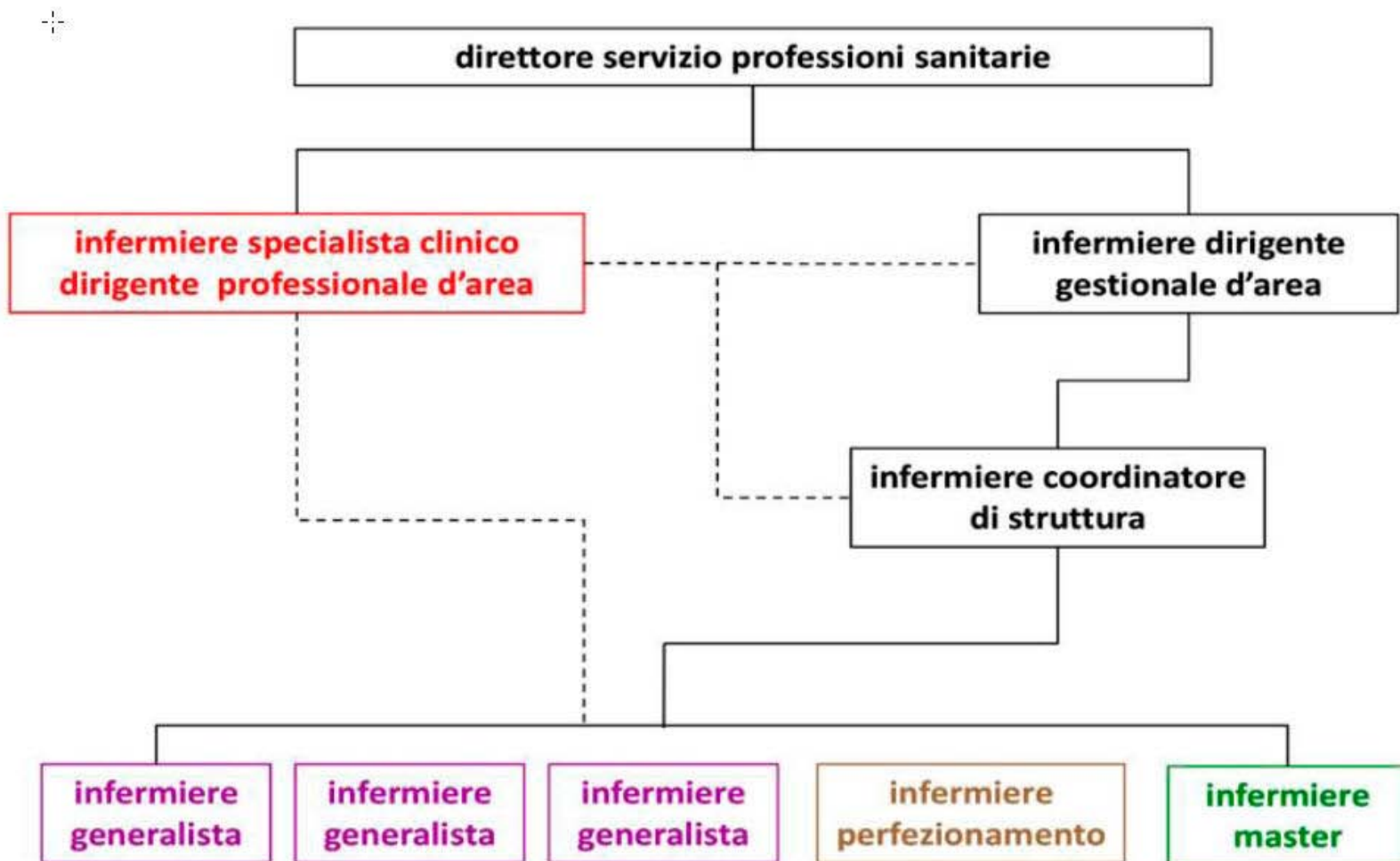
- con competenze cliniche "**perfezionate**"
- con competenze cliniche "**esperte**"
- con competenze cliniche "**specialistiche**".



Esempio di utilizzo dei vari livelli professionali in area chirurgica



ESEMPIO DI ORGANIGRAMMA DI AREA CHIRURGICA



I RIFERIMENTI LEGISLATIVI DEL DIBATTITO SULLE COMPETENZE AVANZATE:

L'articolo 6 della legge 43/06 ha previsto l'articolazione in:

- **professionista**;
- professionista **specialista**;
 - a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
 - b) pediatria: infermiere pediatrico;
 - c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
 - d) geriatria: infermiere geriatrico;
 - e) area critica: infermiere di area critica.
- professionista **coordinatore**;
- professionista **dirigente**.

Legge di stabilità (2015) **comma (566)** proposto dal Ministero della Salute che afferma:

*“**Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall’attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica**”.*

I RIFERIMENTI LEGISLATIVI DEL DIBATTITO SULLE COMPETENZE AVANZATE:

Area Clinica	Master	Corsi di perfezionamento
Area Critica	22	2
Sala operatoria	17	2
Oncologia e cure palliative e gestione del dolore	13	1
Wound care	10	1
Sanità pubblica	10	1
Rischio clinico Sicurezza del Paziente	8	3
Accessi vascolari	7	1
Salute Mentale-psichiatria	5	
Tecniche ecografiche e endoscopiche	5	1
Medicine non convenzionali e cure complementari - agopuntura	5	2
Pediatria e infermieristica neonatale	5	1

I RIFERIMENTI LEGISLATIVI DEL DIBATTITO SULLE COMPETENZE AVANZATE:

Area Clinica	Master	Corsi di perfezionamento
Case Manager	5	
Enterostomista	4	
Assistenza inf.ca in ortopedia e traumatologia	3	
Coordinamento donazione e trapianto d'organi	2	
Breast nurse	2	
Geriatra	1	1
Drug and Alcohol Studies (EMDAS)	1	
Counseling sanitario	1	

I RIFERIMENTI LEGISLATIVI DEL DIBATTITO SULLE COMPETENZE AVANZATE:

Area Organizzativo-manageriale	Master	Corsi di perfezionamento
Master Coordinamento	34	3
Lean health care management - management sanitario	6	

I RIFERIMENTI LEGISLATIVI DEL DIBATTITO SULLE COMPETENZE AVANZATE:

Area Metodologiche	Master	Corsi di perfezionamento
Infermieristica Forense-Bioetica	10	1
Ricerca-EBN	7	5
Formazione	4	3
Telemedicina Global Health e medicina transfrontaliera	3	1

**In totale:
190 Master
29 Corsi di perfezionamento**

Aree di competenza specialistica, ruoli attivati dalle aziende e modalità di attivazione:

Specialità	N° Az.	Funzioni a tempo pieno o parziale, in contemporanea ad altro ruolo
Wound care/esperti in medicazioni avanzate, lesioni da pressione, ferite sclerodermiche, radiodermite e vulnologia	23	Infermieri prevalentemente dedicati e in alcuni casi con ambulatori specifici
Gestione stomie (enterostomisti e urostomisti)	20	Infermieri in ambulatori dedicati
Case management di processi diversi/ Bed Management (es. continuità assistenziale, dimissioni difficili e protette, punto unico di accesso, governo clinico, senologia, percorso melanoma, breastunit)	19	Infermieri prevalentemente dedicati a tempo pieno
Gestione e impianto accessi venosi: cvc/picc/medline, accessi venosi difficili	14	Dedicano circa metà tempo lavorativo
Gestione del dolore/cure palliative adulto e bambino	7	Infermieri dedicati
Sorveglianza infezioni ospedaliere e rischio clinico	10	Infermieri dedicati (1 caso solo 30%)
Infermiere ecosonografia (ecografo, ecocardio, ecodoppler..) elettrostimolazione e fisiologia perfusionale Emodinamica/elettrofisiologia Endoscopia	10	Infermieri dedicati
Dialisi peritoneale, tecniche dialitiche, gestione fav	6	Infermieri dedicati
Gestione tracheotomia/tracheotomia e ventilazione meccanica	4	Dedicano parte del tempo lavorativo
Gestione diabete adulti-bambini	3	Infermieri dedicati
Infermieri per formazione continua e qualità	3	Infermieri dedicati

Aree di competenza specialistica, ruoli attivati dalle aziende e modalità di attivazione:

Specialità	N° Az.	Funzioni a tempo pieno o parziale, in contemporanea ad altro ruolo
Sperimentazioni farmacologiche/infermiere di ricerca in oncologia, ricerca/EBN	3	Infermieri dedicati
Documentazione assistenziale	3	
Cambio PEG a domicilio	2	I grandi ospedali su queste aree specialistiche hanno un infermiere dedicato, oltre al 30% circa dell'orario
Prelievo organi e trapianti	3	
Malattie degenerative neurologiche	2	
Interventi chirurgia maggiore; Gestione persona con patologie ortopediche; patologia reumatologica; BPCO; Gestione persona con problemi urologici e uroriabilitazione; Inoculazione Mantoux; infermiere di anestesia; infermiere di area critica; infermiere strumentista; infermiere gessista; infermiere esperto nel controllo della disfagia oro faringea; gestione aferesi pazienti emato oncologici; programma di cura e sviluppo individualizzato al neonato prematuro; Counselor HIV, Promozione allattamento al seno; Caring massage; assistenza farmaceutica distrettuale; area non autosufficienza residenziale e non; infermiere legale/forense/maxi-emergenze		ciascuna di queste figure è presente in una sola struttura

Figure professionali esistenti nel mondo:

Stati	Titoli usati
Australia	Nurse Practitioner
Canada	Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist
Francia	Infirmier anesthesiste...declinato nelle varie specialità
Hong Kong	Nurse Practitioner, Nurse Specialist
Islanda	Nurse Specialist
Irlanda	Advanced Nurse Practitioner
Paesi Bassi	Nursing Specialist
Svezia	Advanced Nurse Practitioner, Advanced Specialist Nurse
Svizzera	Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist
Gran Bretagna	Nurse Practitioner, Advanced Nurse Specialist
USA	Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist



**Bozza di lavoro per la costruzione
della piattaforma del**

COMPARTO SANITÀ



Bozza di lavoro per la costruzione
della piattaforma del

COMPARTO SANITÀ



**Per i lavoratori, per i cittadini:
un contratto per una PA efficiente,
misurabile e trasparente, che
valorizzi il lavoro e migliori i servizi**

*“anche riconoscendo la valorizzazione di sistemi
di valutazione attenti alla **performance**
organizzativa piuttosto che a quella **individuale**”*

**Per i lavoratori, per i cittadini:
un contratto per una PA efficiente,
misurabile e trasparente, che
valorizzi il lavoro e migliori i servizi**

*“Un contratto che ripristini il diritto per tutti i lavoratori ad avere opportunità professionali, attraverso un sistema condiviso di valorizzazione delle competenze, **che superi le rigidità degli attuali sistemi professionali o ordinamentali**”*

**Per i lavoratori, per i cittadini:
un contratto per una PA efficiente,
misurabile e trasparente, che
valorizzi il lavoro e migliori i servizi**

*“Un contratto che **innovi il sistema di classificazione** adeguandolo ai reali livelli di professionalità degli operatori al fine di ridurre il fenomeno del **dumping contrattuale**,”*

Dumping sociale, il mancato rispetto delle leggi in materia di sicurezza, diritti del lavoratore e tutela ambientale, che consente a un'impresa di ridurre i costi di produzione e quindi di vendere le proprie merci a prezzi molto più bassi di quelli di mercato

**Per i lavoratori, per i cittadini:
un contratto per una PA efficiente,
misurabile e trasparente, che
valorizzi il lavoro e migliori i servizi**

*“Una tornata contrattuale che sia, infine,
l’occasione per affrontare il tema dei **fabbisogni
di personale e di nuove professionalità** per
superare selettivamente il **blocco del turn-over**”*

IN SANITÀ...

*“...dal 2009 il sistema sanitario nazionale ha registrato la riduzione di oltre 22.000 unità, delle quali **17.000 sanitarie**, non sostituite a causa del blocco del turn-over, mentre per tutto il personale in servizio si è registrato il **fermo sostanziale della valorizzazione professionale e della retribuzione**. Sono dunque sette anni che il personale di questo comparto è utilizzato quale **ammortizzatore per il contenimento dei conti pubblici**, con inevitabili ricadute a discapito della salute pubblica.”*

IN SANITÀ...

*“... Per salvaguardare il Servizio Sanitario Nazionale e la sua funzione all’interno del più ampio sistema di welfare, si deve tornare a una piena valorizzazione del personale e delle competenze di tutti i professionisti e operatori della salute, attraverso il riavvio della contrattazione e la definizione di nuove regole virtuose che possano consentire il buon governo del sistema e l’efficace risposta ai bisogni di salute. Questo **anche nell’ottica di individuare ed attribuire responsabilità e compiti ai ruoli emergenti** che saranno indispensabili al corretto funzionamento dei nuovi modelli organizzativi.. ”*

IN SANITÀ...

“... Il livello di confronto regionale permette di definire linee guida per la programmazione, a livello aziendale, di processi di miglioramento organizzativo e ottimizzazione della spesa le cui economie sono da reinvestire per la contrattazione integrativa, anche al fine di incrementare le risorse e valorizzare i lavoratori impegnati nei singoli obiettivi.

*E' necessario rendere possibile **la partecipazione delle OO.SS. di categoria ai momenti concertativi di governo del settore ed alle scelte degli investimenti...** ”*

IN SANITÀ...

*“... dobbiamo considerare le procedure che portano a **esternalizzazione di funzioni e servizi** e per questo, prima che la decisione politica sia assunta, proporre articolazioni organizzative e/o riorganizzazione del lavoro in modo da scongiurare processi che riducano i servizi diretti che le Amministrazioni Pubbliche sono in grado di fornire. Nello stesso tempo è necessario assicurare nei **cambi di appalto** il rispetto dell’applicazione contrattuale e l’anzianità professionale acquisita per tutti i lavoratori interessati....”*

IN SANITÀ...

“... Siamo passati da un sistema in cui predominava una sola professione o poco più e gli altri erano “mestieri”, a uno nel quale operano tante professioni abilitate.

Nel concreto, però, poco è cambiato: ancora oggi le altre professioni sono definite “paramediche” o “non mediche”, nonostante abbiano una pari dignità, un ruolo, un’identità, un’autonomia, una titolarità, una discrezionalità ed una responsabilità ben delineati dalla normativa vigente.....”

Stanno parlando di noi?

IN SANITÀ...



“... sono aumentati i fenomeni di **stress occupazionale**, i fenomeni di **burn out**, fino a sempre più frequenti fenomeni di **mobbing** realizzati anche attraverso la totale noncuranza organizzativa della direzioni strategiche. Per queste ragioni si rende necessario promuovere percorsi che favoriscano il **benessere organizzativo** e la **conciliazione dei tempi di vita ed di lavoro**, con particolare attenzione alle **pari opportunità**, attraverso l’incrocio fra realizzazione dei fabbisogni individuali di crescita e raggiungimento degli obiettivi organizzativi, costruendo anche una **corretta politica degli orari di lavoro** che garantisca il **recupero psicofisico**...”

Stanno parlando di noi?

IN SANITÀ...



“... Si deve superare il tradizionale modello rigido o gerarchico-burocratico, per traguardare modelli organizzativi flessibili, permeati dei principi di efficienza, economicità in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini e di valorizzazione dei lavoratori.

Attraverso la contrattazione aziendale e l'intervento sull'organizzazione del lavoro si dovrà consentire sia l'integrazione dei nuovi assunti, anche attraverso lo scambio delle esperienze, sia il recupero delle risorse più anziane per nuovi compiti più concilianti con le loro condizioni psico fisiche.... ”

Stanno parlando di noi?

IN SANITÀ...



*“... L’organizzazione di ogni azienda o dipartimento dovrà prevedere **risorse umane adeguate** per prevedere turni di lavoro che **rispettino l’articolo 14 della legge 161/2014** (Legge europea 2013-bis), senza favorire scorciatoie organizzative che determinano “gravi ripercussioni” sulla qualità delle prestazioni sanitarie..... ”*

Art. 5 CCNL 2006-2009

10. Per effetto delle deroghe di cui al presente articolo in attuazione dell’art. 17 del d.lgs. 66/2003, sono fatte salve le vigenti disposizioni aziendali concordate con le organizzazioni sindacali in materia di orario di lavoro, purché non in contrasto con quanto stabilito nel presente articolo, da verificarsi tra le parti.”

Ma se l’avevano fatte loro le deroghe!

IN SANITÀ...



*“... Infine riteniamo necessario regolamentare per tutti i professionisti sanitari e sociali **l’esercizio dell’attività in autonomia**, al fine di garantire ai cittadini, senza ulteriori costi, l’aumento di accesso ai servizi, anche attraverso l’implementazione, nel rispetto della Legge 161/2014, di servizi o linee di attività che possono prevedere prestazioni rivolte direttamente all’utente.... ”*

Libera professione?

IN SANITÀ... proposte per i lavoratori anziani

1. *“lo sviluppo di progetti che prevedano un’organizzazione del lavoro con il sistema “**job rotation**”, per consentire un’acquisizione di competenze trasversali e meno settoriali, permettendo una maggiore flessibilità nell’utilizzo delle risorse umane;*
2. *l’utilizzo dei senior come **addetti all’accoglienza**, alle dimissioni dei pazienti, all’addestramento di volontari, all’aggiornamento e formazione, all’assistenza territoriale degli anziani recuperando la dimensione europea del “custode sociale”;*
3. *l’utilizzo dei senior **nell’assistenza psichiatrica** territoriali, in quanto l’età può favorire la presa in carico di una persona matura;*
4. *la previsione di strategie utili a far lavorare assieme **gruppi multi generazionali**;*
5. *l’ampliamento delle causali per la **richiesta del part-time**;*
6. *l’introduzione della **formazione** (nell’orario di lavoro) in materia di movimentazione dei carichi; corrette posture, utilizzo degli ausili, ecc in stretta connessione con il documento di valutazione dei rischi..... ”*

IN SANITÀ... CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE

*“E’ necessario valutare inoltre la previsione di **sviluppo dei profili sanitari**, direttamente correlata alle **evoluzioni organizzative della rete ospedaliera e territoriale**, in parte già avvenuta in molte regioni; è indifferibile, a questo proposito, individuare un percorso che riconosca l’**accrescimento dei livelli di competenza professionale sul campo**, anche attraverso il recepimento dell’**Accordo Stato Regioni sull’implementazione delle competenze....**”*

IN SANITÀ... CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE

*“Per i lavoratori che svolgono attività socio-sanitarie occorre innanzitutto, superando completamente i vincoli dei precedenti ruoli (ex DPR 761/1979), prevedere **l’inquadramento dell’operatore socio sanitario nell’ambito del ruolo sanitario** al quale esso naturalmente si rivolge, al fine di consentire un suo inquadramento contrattuale coerente con i fabbisogni professionali. ”*

IN SANITÀ... CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE

*“Inoltre è necessario definire il ruolo di **coordinamento gestionale** e il suo sviluppo collegato ai diversi livelli di complessità e responsabilità, superando le incertezze venutasi a determinare in questi anni con **l'utilizzo improprio del sistema degli incarichi.**”*

IN SANITÀ... CLASSIFICAZIONE DEL PERSONALE

*“Nel contempo è necessario riconoscere **i livelli di specializzazione dei profili professionali sanitari**, già presenti in alcuni ambiti ospedalieri e territoriali, che possono essere utilizzati nei nuovi modelli organizzativi, nei diversi dipartimenti, unità operative, servizi e reparti sulla base dello specifico apporto specialistico.”*

IN SANITÀ... CARRIERE

*“L’attuale sistema di sviluppo delle carriere deve essere adeguato al nuovo sistema di classificazione come sopra delineato per rendere il modello più flessibile, anche in considerazione dei nuovi contesti organizzativi, **superando i vincoli normativi che limitano il percorso di riconoscimento giuridico dei lavoratori**, innovando gli strumenti dei percorsi di carriera integrati con la possibilità di assegnazione di specifiche posizioni, collegate maggiormente alla struttura organizzativa dei servizi, limitandone l’utilizzo discrezionale dei singoli dirigenti.”*

IN SANITÀ... FONDI CONTRATTUALI

*“Si deve dare luogo quindi a una **semplificazione delle regole per la costituzione dei fondi** e alla possibilità di procedere alla loro integrazione **con nuove risorse da investire nella contrattazione integrativa** per coniugare la valorizzazione dell’incremento dei servizi con il riconoscimento individuale degli operatori, il miglioramento della performance e della sua misurabilità in termini di più efficaci risposte agli utenti.”*

IN SANITÀ... FONDI CONTRATTUALI

*“il recupero delle risorse contrattuali destinate alla retribuzione di lavoro straordinario, delle pronte disponibilità ecc.. **effettuate oltre i limiti contrattuali previsti** e finalizzate a compensare la carenza di una adeguata programmazione del fabbisogno di personale e dell’organizzazione del lavoro. Queste risorse **devono essere recuperate attraverso un piano di rientro** contrattato con le organizzazioni sindacali, in caso diverso si rende necessario prevedere:*

IN SANITÀ... FONDI CONTRATTUALI

1. *“la maggiorazione economica superiore per le prestazioni effettuate dai lavoratori oltre i limiti contrattuali previsti*
2. *il finanziamento di tali prestazioni con le risorse del bilancio, superando l'improprio utilizzo dei fondi contrattuali aziendali*
3. *l'individuazione di apposite sanzioni nei confronti della direzioni inadempienti, al fine di sollecitare un'adeguata programmazione del fabbisogno di personale e dell'organizzazione del lavoro*
4. *il giusto riconoscimento economico delle attività svolte in particolari articolazioni orarie notturne e festive, e in particolari situazioni di disagio professionale e/o lavorativo, per superare ingiuste discriminazioni fra lavoratori e per rispondere in modo adeguato a necessità organizzative tipiche dei servizi socio sanitari rivolti ai cittadini.”*

IN SANITÀ... VALUTAZIONE, MERITO, PREMI

*“Se il contratto dev’essere strumento utile ad agire politiche organizzative finalizzate al miglioramento della produzione quantitativa e qualitativa dei servizi alle cittadine e ai cittadini, è fondamentale che i sistemi di valutazione si concentrino soprattutto su questa dimensione, **fotografando** in modo oggettivo e non arbitrario o mutevole come e **quanto le performance dei gruppi di lavoro** sono capaci di raggiungere obiettivi prefissati, chiari e verificabili che vadano in quella direzione. “*

IN SANITÀ... VALUTAZIONE, MERITO, PREMI

*“Pensiamo quindi a un sistema che colleghi al **raggiungimento degli obiettivi di struttura e di ente** la parte di **salario accessorio legato alla produttività**, individuando al tempo stesso **nella continuità della valutazione positiva delle prestazioni del singolo un prerequisito per l'accesso ai percorsi di carriera**”*

IN SANITÀ... VALUTAZIONE, MERITO, PREMI

“Nei CCNL del personale del SSN sono già previsti e disciplinati sistemi di valutazione idonei a procedere con criteri meritocratici in materia di incentivazione e premi. Riteniamo quindi che debbano essere adeguatamente valorizzate le esperienze da tempo in essere negli enti ed aziende, con la riconferma dei sistemi di valutazione in applicazione previa una revisione finalizzata a verificare la loro coerenza con i principi della riforma (e, prima ancora, del CCNL) e l'eventuale necessità di interventi di perfezionamento e di ri-orientamento.

...inserendo nel contratto processi di misurazione dove i soggetti destinatari degli stessi siano coinvolti come parte attiva sin dall'individuazione di indicatori di riferimento, fra i quali occorre introdurre la metodologia del benchmarking“

IN SANITÀ... FORMAZIONE

*“E’ necessario stabilire risorse certe ed esigibili nonché **un pieno coinvolgimento delle OO.SS** a partire dalla fase di programmazione dei piani formativi fino alla definizione di criteri oggettivi per la partecipazione.*

*Sarà utile prevedere e mettere a disposizione dei tavoli negoziali in ogni amministrazione una **banca dati delle competenze**, alimentata dai titoli di studio o professionali e dalle competenze acquisite sul posto di lavoro a seguito dei ruoli/incarichi ricoperti.”*

IN SANITÀ... TUTELE SOCIALI

*“Il rinnovo contrattuale è l’occasione per **omogeneizzare le tutele sociali fra i CCNL dei vari comparti** e recepire le norme intervenute a tutela dei lavoratori; in particolare in materia di:*

- *Congedi parentali e di maternità*
- *Disciplina delle ferie*
- *Mobbing*
- *Pari opportunità*
- *Tutele per i lavoratori disabili*
- *Tutele per i lavoratori studenti.”*

IN SANITÀ... WELFARE CONTRATTUALE

“Assistenza sanitaria integrativa: è necessario istituire un fondo paritetico di assistenza sanitaria integrativa, al fine di prevedere, anche per i lavoratori pubblici, apposite risorse destinate a questo istituto soprattutto in funzione di implementazione delle prestazioni integrative del servizio nazionale.

La contrattazione di secondo livello deve essere collegata a sistemi di premialità fiscale per la retribuzione accessoria che, sul modello di quanto già avviene nel settore privato, diano maggiore valore anche economico al complesso della retribuzione e contribuiscano, per quanto possibile, alla ripresa dei consumi e dell’economia.”

IN SANITÀ...

In un documento di 16 pagine, che doveva parlare del contratto della sanità... non compare mai il termine

INFERMIERI !!!



12/9/17 - Il primo incontro del tavolo contrattuale

- Illustrato l'Atto di Indirizzo
- Proposti 3 tavoli tecnici:
 - 1** sull'ordinamento e la classificazione del personale (incarichi e aree funzionali),
 - 2** sulla costituzione e utilizzo del salario accessorio (la fusione dei due fondi di produttività e dell'accessorio in un unico fondo)
 - 3** sull'orario di lavoro (deroghe).

12/9/17 - Il primo incontro del tavolo contrattuale

come **Nursind** siamo partiti specificando che:

- **le risorse** messe a disposizione **non bastano nemmeno per fare quello che l'atto di indirizzo propone**, se poi ci mettiamo che si vuole colmare il bonus fiscale di Renzi per i redditi sotto i 26 mila euro le risorse calano ancora,
- se poi pensano di tagliare le indennità rivedendo le aree per intensità di cura allora **per gli infermieri è un contratto in perdita** e noi non lo accettiamo.
- Abbiamo poi affermato che l'esigenza di scrivere un contratto semplice e chiaro che sia applicato uniformemente nel territorio nazionale deve partire in primo luogo dal fare chiarezza sulla **disponibilità delle risorse di cui all'art. 40 ccml 1999** (ex indennità infermieristica).
- abbiamo detto che la disponibilità al tavolo sull'orario di lavoro non è per la deroga ai riposi ma per **stabilire un orario ridotto per il personale turnista** che è una risorsa usurata e sempre più sfruttata.
- abbiamo detto **che ci vuole un'attenzione particolare** per chi deve sopportare **spese di ECM, albo e assicurazione** che sono state rese obbligatoriamente a carico del professionista.

Scioperi?

data sciopero	personale coinvolto	% aderenti	assenti per altri motivi	ammontare trattenute	aderenti	sigla	media trattenuta
12-feb-13	610	0,24	197	€ 224,94	1	fesmed	€ 224,94
08-mag-13	3784	0,58	1160	€ 1.775,07	22	cobas regionale	€ 80,69
01-lug-13	24	16,60	7	€ 1.005,34	4	ascoti	€ 251,34
22-lug-13	698	1,57	237	€ 1.303,20	11	anao cimo...	€ 118,47
18-ott-13	3841	1,56	1269	€ 4.518,57	60	cobas	€ 75,31
15-nov-13	3846	1,17	1301	€ 1.871,32	45	cgil cisl uil provinciale	€ 41,58
25-nov-13	3849	0,85	1174	€ 2.244,12	33	cobas	€ 68,00
19-giu-14	3853	1,01	1357	€ 2.801,20	39	cobas	€ 71,83
24-ott-14	3844	1,43	1260	€ 4.072,97	55	cobas	€ 74,05
03-nov-14	3139	1,94	997	€ 4.142,73	61	nursind	€ 67,91
14-nov-14	3840	1,06	1288	€ 2.925,99	41	cobas	€ 71,37
01-dic-14	3845	0,91	1178	€ 2.625,20	35	cgil cisl uil	€ 75,01
12-dic-14	3843	3,30	1280	€ 9.381,20	130	cgil cisl uil	€ 72,16
12-mag-15	3834	0,65	1151	€ 1.949,27	25	usi	€ 77,97
20-nov-15	3137	1,88	1079	€ 4.245,54	59	usb	€ 71,96
16-dic-15	714	2,52	144	€ 3.625,53	18	medici	€ 201,42
08-mar-16	4321	0,60	1232	€ 1.848,04	26	cobas	€ 71,08
18-mar-16	4323	1,15	1426	€ 3.700,24	50	cub	€ 74,00
07-apr-16	4333	2,37	1288	€ 7.562,68	103	cgil cisl uil	€ 73,42

Ricapitolando:

1. Le **Regioni** ci hanno individuati come elementi in grado di farle risparmiare;
2. Per farlo, hanno bisogno di appoggi...
3. E di alcune revisioni normative
4. **L'ipasvi** ce la mette tutta pur di svenderci
5. I **medici**, per assurdo, contrastando la nostra “evoluzione”, per il momento sono gli unici a darci una mano...
6. **CGIL-CISL-UIL** latitano e al massimo acconsentono
7. Ci vorrebbe un ruolo forte del **sindacato di categoria**
8. Ma per questo dobbiamo ancora attendere...
9. E nel frattempo, il sistema proseguirà la propria evoluzione
10. E noi non saremo stati capaci di sfruttare il momento per...
11. Non svenderci un'altra volta!