Infermieristica Mente
sindacando
NURSIND

Trimestrale di Informazione Sindacale, Professionale e del Lavoro. 1° trimestre 2009

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

sommario:

attualità

4 - Con l'impegno del Nursind e degli infermieri italiani in arrivo la Libera Professione
6 - Risposta del Governo all'interrogazione parlamentare dell'On. Codurelli sulla carenza infermieristica
7 - La presenza di NurSind al XV Congresso IPASVI
8 - Rinnovo del CCNL Sanità Pubblica 2008-2009: di cosa stanno discutendo?
10 - Lettera aperta alla CGIL sull'indennità infermieristica (ex art.40)
11 - Sulla denuncia dei clandestini e la sicurezza nei PS
11 - La riforma della Contrattazione: una riforma poco utile che sa di vecchio
13 - Lombardia: R.A.R. 2008 gratis alla dirigenza

dal territorio

14 - POTES Infermieristica a Petritoli: gli infermieri nell'emergenza
15 - Ancona- Torrette: in seguito alla denuncia di Nursind sui letti bis, 3 infermieri in più
16 - Az. Osp. di Siena: più infermieri in neonatale
16 - Salerno: lettera a Sacconi sul rientro dal disavanzo
18 - Empoli: Nursind all'attacco su orari, permessi e mensa
19 - Napoli: il tempo per le consegne deve essere riconosciuto come orario di lavoro e per tale va retribuito
20 - Rimini: l'accordo sul riconoscimento della consegna
21 - Lettera ai Ministri sull'anoressia

normative

22 - L'angolo di Luca Benci
23 - Flashes giurisprudenziali
24 - L'art. 49 del nuovo Cod. Deontologico
26 - Lanciano: Nursind in Dir. Prov. del Lavoro per il rispetto del contratto

formazione professionale

27 - La documentazione sanitaria: responsabilità e competenza dell'infermiere (2°)
29 - Turno notturno: gli effetti del non dormire

viaggio tra le associazioni di categoria

31 - A.N.O.T.E.

Lettere alla redazione

32 - Medicina e posti letto aggiunti
32 - Appello agli infermieri italiani
33 - Homo homini lupus

esteri

34 - Infermieri nel Mondo

InfermieristicaMente sindacando NURSIND

Direttore responsabile: Inf . Donato Carrara
Redazione: Inf. Daniele Carbocci, Inf. Andrea Bottega, Inf. Pietro Sammartino, Inf. Enzo Palladino, Inf. Salvo Lo Presti, Inf. Maurizio Giacomini, Inf.ra Tiziana Traini, Inf. Donato Carrara.
Progetto Grafico: Inf. Donato Carrara - **email**: infermieristicamente@nursind.it
Stampa: Grafiche GNG Vicenza - Registrazione Tribunale di Bergamo n°4 del 13/03/06

Noi, i fantasmi del Sistema Sanitario Nazionale

"Che la disperazione sia la malattia mortale" (S. Kierkegaard, La Malattia Mortale)

Inf. Andrea Bottega - Segretario Nazionale NurSind

Sarà la depressione economica e morale, politica e sindacale, ma in questo periodo di profonda difficoltà e cambiamento non sento parlare di infermieri. Forse perché allo stato di crisi gli infermieri italiani da anni ci sono abituati. Ebbene, tale silenzio non può essere assunto come indifferenza o assenza di idee o proposte o, peggio ancora, come passiva accettazione di una condizione economica, politica, morale e sindacale imposta da altri. È nei momenti di difficoltà che, chi sa fare gruppo, può uscirne prima e meglio. È nei momenti di difficoltà che, chi ha idee nuove (sull'organizzazione della sanità), può trovare uno spazio di espressione inaspettato. Il nostro sindacato anche in questo vuole portare gli infermieri a essere protagonisti.

Se osserviamo quanto accaduto in questi primi mesi dell'anno, non possiamo non sentire la voglia di impegnarci in prima persona per un miglioramento della nostra categoria.

Ricordo brevemente le fonti della nostra depressione.

La vacanza contrattuale. A ben guardare quanto ricevuto in questi mesi è il giusto preludio a quello che ci aspetta con il rinnovo del contratto nazionale di lavoro. Entro breve si dovrebbero concludere le trattative e la gran parte dell'aumento contrattuale dovrebbe andare sullo stipendio base (circa 60-70 euro lordi al mese). Questo significa che ancora una volta non sono state prese in considerazione le aspettative degli infermieri, in particolare la necessità di adeguare economicamente il disagio del personale turnista e di riconoscere a chi ha impegnato proprie risorse per lo sviluppo della carriera (master clinici), un adeguato ruolo nell'organizzazione e un corrispondente compenso.

Peggio del pubblico se la passa il privato, che attende ancora il rinnovo del primo biennio economico 2006-2007 e che vede ancora spaccato il fronte confederale. Se le regioni non faranno pressione verso l'AIOP difficilmente si arriverà ad un accordo a breve.

Oltre alle magre aspettative dalla contrattazione nazionale, si prospettano tempi ancor più duri a seguito della riforma del modello contrattuale. L'accordo sottoscritto il 22 gennaio 2009 da CISL e UIL (la CGIL non ha ancora firmato) porta i rinnovi contrattuali a tre anni, modifica l'indice di adeguamento degli stipendi, restringe il diritto di sciopero e consente l'unificazione e la riduzione dei comparti.

Non bastasse questa situazione contrattuale a deprimerci, il Governo ci ha onorato della legge "anti fannulloni" di Brunetta, del disegno di legge sugli scioperi, e del disegno di legge delega sui lavori usuranti e sulla revisione delle aspettative, permessi e congedi. Premiazioni senza premi, diritti senza più tutela.

Come, allora, non cadere in preda alla disperazione nel vedere che, dopo i tagli ai fondi contrattuali e le decurtazioni in caso di malattia e gli arresti domiciliari stabiliti per i dipendenti pubblici dalla legge 133/2008, della carota se ne vede solo la forma (dichiarazioni a parole nel testo di legge) ma non se ne sente il sapore (non ci sono i soldi per la premialità)? Come non cedere alla disperazione nel sapere che parte delle materie che prima si potevano contrattare con il governo e la propria amministrazione, ora saranno normate per legge e il ruolo del sindacato sarà sempre più nello scenario a scapito del potere politico che diviene sempre più protagonista? Come non sentire l'annuncio di un sopruso quando il governo propone un disegno di legge che limita fortemente il diritto di sciopero a una rappresentanza sindacale maggioritaria quando la Costituzione pone tale diritto in capo ai lavoratori?

La disperazione è dunque l'anticamera della nostra morte. La crisi economica e l'inerzia sindacale hanno quindi lasciato ampio spazio all'azione politica (della maggioranza, viste le difficoltà interne all'opposizione) che appare oggi l'unica forza in grado di imporre una propria visione del lavoro, della famiglia, della società, dei valori e della morale.

Anche nel caso Englaro abbiamo sperimentato, al di là della questione giuridico-morale, l'assenza degli infermieri, di chi si prende cura dello stato di salute di tutte le persone. Nelle trasmissioni televisive e nei giornali nessuna parola sugli infermieri che quotidianamente sono impegnati a sostenere e prendersi cura delle persone non autosufficienti. Solo un plauso da parte del Ministro Sacconi alle suore che con amore si sono prese cura di Eluana. E che dire delle migliaia di infermieri che, sotto organico e mal pagati, si prendono cura dei bisogni di tutti questi malati? Si arriverà ad un punto in cui, vista la scarsità delle risorse umane e dei fondi economici, si dovrà fare una scelta. Coerente! O aumentare gli organici degli ospedali e del territorio (se si vuole un'assistenza professionale come dovuta a tutti i cittadini) oppure riempiremo i conventi di malati, con grande soddisfazione del Ministro che, forse, potrà farci risparmiare qualche cosa.

Invero qualcuno si è ricordato che c'erano degli infermieri che hanno assistito Eluana nelle sue ultime ore: la procura della repubblica di Udine che ha sottoposto ad indagine una dozzina di colleghi con l'accusa di omicidio volontario aggravato! Un atto dovuto hanno detto. Come dovuto è il rispetto per la volontà dell'assistito (art. 32 della Costituzione) e per il limite. Hybris è il termine con cui i greci definivano la tracotanza, la mancanza del senso del limite, la volontà dell'uomo di sostituirsi agli dei e per tale atteggiamento esso era punito. L'uomo ha un suo posto nella natura, la quale è armonia di nascita e morte.

Rispetto per la persona, sempre. Sia essa buona che cattiva, immigrata regolare che clandestina, perché la salute è al di là del bene e del male. È un valore assoluto che tutti affermano, ma lo si riconosce nel momento in cui viene a mancare.

A conclusione di tale diagnosi, mi riservo però di somministrarvi una terapia antidepressiva che vi risollevi il morale e vi faccia sentire ancora fondamento di un futuro migliore.

Al di là dell'oceano, nell'invidiata America, dove il diritto alla salute è tale per chi ha il denaro per farlo valere, gli ospedali chiudono per fallimento e i medici e gli infermieri vengono licenziati. La crisi economica provoca disoccupazione: niente lavoro, niente assicurazione. Niente assicurazione, niente possibilità di pagarsi le cure. In Italia per fortuna si può anche perdere il lavoro ma le porte degli ospedali sono aperte a tutti. Teniamoci stretto il nostro sistema pubblico che certamente può essere migliorato ma è garanzia per tutti.

E nell'ottica del miglioramento del "sistema paese" del "patto per la salute" noi, secondo pilastro della sanità spesso nascosto dall'ombra del primo, abbiamo avuto un sussulto di orgoglio a Firenze durante il XV Congresso IPASVI. La Federazione Nazionale Collegi ha dichiarato chiusa l'epoca professionalizzante per aprire l'epoca dell'impegno a trasformare autonomia e responsabilità in concrete realtà organizzative, posizioni di giusto rilievo e partecipazione ai processi decisionali.

In ogni momento di questo impegno, Nursind sarà al fianco degli infermieri italiani, a combattere nella terra di mezzo.

Con l'impegno del Nursind e degli infermieri italiani

in arrivo la Libera Professione

Un primo risultato della manifestazione a Montecitorio dello scorso ottobre è stato quello di aver trovato sensibilità verso i problemi della categoria infermieristica e disponibilità alla collaborazione per la loro soluzione.

In quell'occasione, dai vari incontri avuti con alcuni parlamentari, abbiamo costruito una rete di contatti politici che ci permettono di far presente ai centri decisionali la situazione degli infermieri italiani. Nello scorso numero della rivista abbiamo presentato un'interrogazione parlamentare dell'onorevole Codurelli del PD (in questo numero rendicontiamo sulla risposta del Governo) a cui il nostro sindacato ha contribuito alla stesura, ora illustriamo un progetto di legge presentato dall'on. Nino Mianardo di Ragusa (PDL) sulla libera professione.

L'incontro a Montecitorio tra l'On. Minardo, il Segr. Naz. A. Bottega e il collega F. Lucifora della Segreteria di Ragusa

È questo uno degli obiettivi che come sindacato abbiamo manifestato essere una priorità per la categoria ed è questo uno dei dieci punti di rivendicazione che abbiamo presentato proprio in occasione del presidio a Montecitorio ai parlamentari e alla stampa.

Siamo partiti da tale obiettivo perché riteniamo sia realisticamente raggiungibile a breve in quanto non comporta oneri aggiuntivi alle già esangui casse dello Stato ed in quanto giusto riconoscimento di una parità di diritto con la professione medica.

Grazie alla disponibilità dell'onorevole Minardo e del suo staff abbiamo insieme aggiornato un testo già presentato nella precedente legislatura e riproposto, con alcune diversità, anche in questa al Senato.

Lo scopo ultimo del disegno di legge sulla libera professione è quello di riuscire a derogare in parte all'incompatibilità di cui all'art. 53 del DLgs. 165/2001 per dare la possibilità al personale sanitario di svolgere attività libero professionale in regime di extramoenia e di istituire la libera professione intramoenia in alternativa all'acquisto di prestazioni e offrire la possibilità ai cittadini di trovare ambulatori infermieristici presso le strutture pubbliche che offrano prestazioni anche a pagamento.

In questo filone d'azione si è inserita recentemente una bozza di disegno di legge sul governo clinico che mette assieme altri 4 disegni di legge in discussione alla Commissione Affari Sociali della Camera. Su tale bozza, al cui articolo 11 si parla di libera professione infermieristica intramuraria, il sottosegretario Ferruccio Fazio al XV Congresso IPASVI ha dato il parere favore del governo.

La disponibilità dell'on. Minardo a far confluire il proprio disegno di legge in quest'ultimo sta a dimostrare l'interesse e l'impegno affinché il risultato ultimo venga presto raggiunto. L'attuale versione dell'art.11 della bozza Di Virgilio non è condivisibile dal Nursind perché in sé contrastante (si parla di libera professione e si richiama esplicitamente la legge 1/2002). Si dovrà perciò lavorare in sede di emendamenti per modificare il testo. La sensazione è che i tempi sono maturi e il lavoro che stiamo facendo è quello di sinergia con gli altri organi istituzioni e professionali per far cadere finalmente queste catene che ci obbligano ad un ruolo di subalternità non rispettosa della nostra autonomia professionale.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2146
PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI
MINARDO, FALLICA, GAROFALO, PALMIERI

Disposizioni concernenti l'esercizio della libera professione da parte del personale sanitario di cui alla legge 1° febbraio 2006, n. 43, dipendente da amministrazioni pubbliche. Presentata il 3 febbraio 2009

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il sistema sanitario italiano registra una forte carenza di professionisti infermieri, di tecnici sanitari di radiologia medica e di altri operatori delle professioni sanitarie. E il fenomeno assume un'evidenza tanto maggiore quanto più si consideri l'aumento esponenziale della domanda assistenziale legata a numerosi fattori quali i notevoli cambiamenti della situazione epidemiologica registratisi negli ultimi anni, l'aumento della vita media, l'aumento delle cronicità e delle complessità di molte patologie e il mutamento delle condizioni sociali generali.

A conferma del significativo aumento della domanda a fronte di risorse scarse e decrescenti sembra utile citare i dati diffusi recentemente dal rapporto 2008 dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sulle risorse umane in ambito sanitario in Italia: dal documento riemerge, infatti, che la carenza di infermieri è persistente – si parla di uno scoperto che si aggira tra i 50.000 e i 60.000 posti – e in aumento di anno in anno a causa dello scompenso tra pensionamenti (16.000-17.000 all'anno) e nuove assunzioni (circa 8.000 all'anno).

Anche la Federazione nazionale dei collegi degli infermieri (IPASVI) registra il medesimo deficit di personale, anche se precisa che tale dato si basa su stime del rapporto tra infermieri e popolazione e non è mai stato rapportato alle effettive esigenze di assistenza infer-

mieristica degli assistiti e a contesti sanitari specifici.

Tale carenza di risorse si traduce in difficoltà organizzative da parte delle strutture sanitarie del nostro Paese, che rischiano di non essere in grado di garantire adeguata sicurezza nell'erogazione delle cure e adeguati standard di assistenza infermieristica.

Sempre secondo l'OCSE l'assunzione di personale proveniente dall'estero potrebbe in parte colmare le lacune, anche se, al momento, il numero degli infermieri stranieri in Italia è molto basso a causa della competizione con i Paesi esteri, che offrono salari più alti e condizioni di lavoro migliori, cosa che potrebbe portare, inoltre, alla fuga di personale sanitario italiano all'estero.

Alla luce di quanto esposto occorre, dunque, che il legislatore si attivi al fine di intervenire sull'annosa questione della carenza del personale infermieristico ponendo in essere misure concrete.

La proposta di legge in esame si muove proprio in tale direzione attraverso la previsione secondo la quale il personale che esercita le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1o febbraio 2006, n. 43, che presta la propria attività in regime di lavoro dipendente a tempo pieno presso strutture sanitarie pubbliche, ha diritto a esercitare attività libero professionale.

Dunque viene prevista per legge la possibilità di svolgere la libera professione infermieristica intramoenia ed extramoenia, eliminando il carattere di esclusività del rapporto di lavoro che lega l'infermiere pubblico dipendente e gli altri professionisti sanitari non medici alle amministrazioni pubbli-

L'On. Antonino Minardo

che. A tal proposito occorre registrare che il regime di esclusività non sussiste più neanche per il personale medico, per i farmacisti, per i veterinari e per i dirigenti del Servizio sanitario nazionale.

Pertanto, la normativa prevista dalla presente proposta di legge, che consente ai professionisti sanitari non medici pubblici dipendenti di esercitare attività libero-professionali presso terzi – purché, naturalmente, non sussista comprovato e specifico conflitto di interessi rispetto all'espletamento delle attività istituzionali – consentirà di rispondere a una triplice finalità:

1) in primo luogo, si potrà sopperire alla carenza di infermieri e di operatori di talune professioni tecnico-sanitarie per garantire l'adeguatezza e la completezza della risposta assistenziale ai bisogni della popolazione;

2) in secondo luogo, si potrà mettere la professionalità degli infermieri a libera disposizione dei cittadini ai quali deve essere garantito di poter usufruire di prestazioni assistenziali svolte da soggetti che possiedono competenze certificate, arginando in tal modo il fenomeno dell'esercizio abusivo della professione;

3) in terzo luogo, tenuto conto dell'ammontare degli stipendi degli infermieri, si potrà dare agli stessi la possibilità di poter far fronte ai nuovi costi della vita e, contestualmente, si renderà più appetibile tale professione per i giovani che si affacciano al mondo del lavoro.

Atti Parlamentari — 2 — Camera dei Deputati —
2146 - XVI LEGISLATURA
PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Il personale che esercita le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, che presta la propria attività in regime di lavoro dipendente a tempo pieno presso strutture sanitarie pubbliche, ha diritto di esercitare attività libero-professionale, in forma individuale o associata, al di fuori dell'orario di servizio, purché non sussista comprovato e specifico conflitto di interessi rispetto all'espletamento delle attività istituzionali.

2. L'intenzione di avvalersi del diritto di cui al comma 1 è comunicata alla struttura sanitaria di cui è dipendente dal professionista interessato, il quale fornisce contemporaneamente le informazioni inerenti ai tempi e alle modalità di esercizio dell' attività che intende svolgere.

3. Congiuntamente all'invio della comunicazione di cui al comma 2, il professionista, nel rispetto delle disposizioni di cui al comma 4, trasmette alla struttura pubblica di cui e` dipendente idonea autocertificazione, ai sensi del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, attestante l'assenza di conflitto di interessi tra l' attività libero-professionale che intende svolgere e le attività istituzionali che caratterizzano il rapporto di lavoro in essere con la medesima struttura pubblica.

4. Con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate le tipologie di attività libero-professionale suscettibili di dare luogo a conflitto di interessi con il rapporto di lavoro dipendente presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie del Servizio sanitario nazionale e di altre amministrazioni pubbliche.

5. Il personale sanitario che opera in regime di libera professione ai sensi della presente legge garantisce l'esercizio professionale nel rispetto delle disposizioni contenute nelle rispettive fonti di regolamentazione.

6. Gli oneri previdenziali derivanti dall'esercizio dell'attività libero-professionale ai sensi della presente legge, dovuti nel caso in cui i compensi percepiti superino i 5.000 euro annui, sono versati all'Ente nazionale di previdenza e assistenza della professione infermieristica.

7. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Risposta del Governo all'interrogazione parlamentare dell'On. Codurelli

sulla carenza infermieristica

Sul numero 4/2008 avevamo riportato il testo dell'Interrogazione Parlamentare a firma dell'On. Codurelli sulla carenza infermieristica. Riportiamo ora il testo della risposta dei rappresentanti del Governo in sede di commissione ed un nostro commento.

XII Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati

Martedì 17 febbraio 2009

5-00551 Codurelli e Mattesini: Misure per favorire l'incremento delle assunzioni di personale infermieristico.

IL TESTO DELLA RISPOSTA

"Premetto che contrariamente a quanto affermato nell'atto parlamentare, sin dagli anni '90 il profilo professione dell'infermiere ha acquisito una sempre maggiore valorizzazione (superamento del mansionario, formazione universitaria e individuazione della qualifica dirigenziale).

Inoltre, in attuazione della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche) alcune Regioni hanno avviato un sistema di organizzazione delle strutture ospedaliere incentrato, non più sulle discipline mediche, ma sulla complessità assistenziale, nella quale il ruolo dell'infermiere appare fondamentale.

1) Il fenomeno dell'emergenza infermieristica è all'attenzione del Ministero e riguarda attualmente solo alcune Regioni, dovrebbe essere affrontato prioritariamente con l'incentivazione della mobilità del personale, adottando una serie di interventi anche di tipo sociale.

La Regione Lombardia ha segnalato la necessità di 3.100 unità di personale a fronte dei 1.800 posti disponibili per le immatricolazioni; nonostante un confronto mirato a conseguire una maggiore offerta formativa, le Università lombarde hanno rappresentato di non poter ulteriormente incrementare tale offerta.

Va infatti ricordato che il costo della formazione ricade sulle Aziende sanitarie, che ospitano i corsi di laurea e che per tale attività non percepiscono alcuna remunerazione; solo alcune Regioni, tra cui proprio la Lombardia, erogano contributi a sostegno dell'attività formativa.

Per quanto riguarda l'inserimento di figure professionali interinali nei ruoli organici, il ricorso a tali forme flessibili di lavoro è dettato dall'impossibilità di reperire personale infermieristico da assumere, a fronte dell'esigenza di dover comunque garantire l'assistenza per le 24 ore.

L'allestimento dello stand Nursind al XV Congresso Naz. IPASVI

Pertanto, il mancato ricorso alla tipologia di lavoro interinale, come richiesto nell'I.P., comporterebbe di fatto, l'interruzione delle prestazioni infermieristiche, tenuto conto peraltro, che il personale dipendente spesso è chiamato già oggi ad assicurare turnazioni eccedenti le 38 ore contrattuali.

2) Relativamente all'opportunità di maggiori risorse finanziarie, va ricordato il decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito dalla legge n. 133 del 2008 che nel prevedere l'entità degli stanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale, ha individuato una serie di meccanismi di efficientamento della gestione della spesa sanitaria regionale, tramite i quali ogni Regione può conseguire risparmi di spesa da destinare alle necessità emergenti da affrontare."

...il nostro commento

Riportiamo doverosamente la risposta del Governo all'interrogazione parlamentare pubblicata nello scorso numero della nostra rivista. Ci sia concesso un piccolo commento per ribadire che, se queste sono le linee d'azione per la soluzione della cronica carenza di personale infermieristico, difficilmente il nostro sistema sanitario nazionale sarà in grado di reggere la carenza di 60.000 unità (che rimane costante solo grazie all'immigrazione di 30.000 infermieri stranieri).

Nella risposta viene infatti ribadito che l'aumento dell'offerta universitaria non ci sarà e che la soluzione della carenza si dovrebbe trovare attraverso la mobilità del personale! Il condizionale è d'obbligo perché chi si occupa del management del personale sa da anni che la mobilità inter-regionale dal sud al nord è in costante diminuzione. Inoltre, appena possibile, la maggior parte di questi colleghi puntano a rientrare nel proprio paese facendo sì che il turn over infermieristico nelle grandi aziende sanitarie del centro-nord sia elevato, ponendo in difficoltà la qualità del lavoro d'equipe e lo sforzo formativo delle aziende.

Dal testo nessun incentivo ad intraprendere la professione di infermiere, nessun indirizzo per valorizzare la categoria e il lavoro turnista. Anzi. Il riferimento ai risparmi derivanti dai tagli della legge n. 133/2008 ha del paradossale: si tagliano i fondi aziendali per gli incentivi e si rendono disponibili alle

regioni per le situazioni di emergenza. Cioè, seguendo il ragionamento del Governo, le regioni potrebbero utilizzare questi risparmi (che prima finanziavano la produttività e il disagio del personale) per "inserire figure professionali interinali nei ruoli organici" data "l'impossibilità di reperire personale infermieristico da assumere" tenuto conto che al personale dipendente (quello a cui sono stati tagliati gli incentivi) è già chiesto di lavorare ben oltre all'orario contrattuale.

Massima deregulation per far fronte alla continua emergenza e nessuna azione strutturale per invertire la tendenza. È nostra opinione, e l'abbiamo ribadita già nell'estate 2007 al Senato, che è necessario affrontare la questione infermieristica in modo organico e sistematico perché le soluzioni si devono trovare in sede di programmazione del fabbisogno di infermieri, altrimenti si arriverà al punto che nella costante emergenza le criticità ricadranno sulla pelle dei cittadini e su quei professionisti infermieri che si troveranno a rispondere anche a causa delle carenze organizzative delle aziende sanitarie.

La presenza di NurSind al XV Congresso IPASVI

Congresso ipasvi
FIRENZE: 26-28 febbraio 2009
XV CONGRESSO IPASVI
"Infermieri: valori, innovazione e progettualità per l'assistenza alla persona"

Sulla strada del ritorno verso casa, mi risuonano ancora in mente le parole della presidente Annalisa Silvestro pronunciate in apertura del XV Congresso nazionale Ipasvi. Parole ferme, sicure, che risuonano all'unisono con il nostro pensiero, il pensiero di noi Infermieri. L'identità professionale, l'autonomia, la centralità della nostra professione nel "sistema salute" ed i valori che quotidianamente apportiamo sono una ricchezza infinita per il nostro paese, per i cittadini dei i quali ci " prendiamo cura" . La progettualità espressa nelle numerose testimonianze, non stupisce più di tanto. L'Infermiere precorre i tempi. Sa porsi nella collettività e interagire con i vari professionisti. La presa in carico degli utenti porta ad un percorso assistenziale fatto di autonomia, di decisioni e indirizzi precisi e certi, supportati da una professionalità in continua crescita. I percorsi formativi, soprattutto a livello dirigenziale, aprono nuove frontiere e responsabilità.

Poi mi sono svegliato, quasi di soprassalto, destato dalla relazione del sottosegretario alla salute, intervenuto al Congresso per portarci la buona novella: albo professionale, libera professione, cariche dirigenziali, reparti ad intensità di cure, … sembrano concessioni fatte con l'amaro in bocca, quello di chi, prima o poi si pente. E allora ti accorgi del divario infinito tra la percezione e la realtà; una realtà fatta da 60 mila infermieri che mancano alla sanità italiana, dove si preferisce continuare ad assumere medici anziché infermieri (un plauso alla Regione Liguria per andare, unica nel panorama italiano, in controtendenza). Dove i percorsi assistenziali sono sempre medico-centrici, salvo poi meravigliarsi delle lunghe code di codici bianchi che intasano i nostri Pronto Soccorso. E pensare che in Irlanda oltre il 40% degli accessi in Pronto Soccorso sono gestiti totalmente dal personale infermieristico, compresa la dimissione. Non è però solo un problema di cultura o regole vecchie e superate. Prima di tutto è questione di coraggio e di maggiore consapevolezza nella nostra competenza e nelle nostre capacità.

In questo panorama c'è qualcosa che non quadra, che mi fa star male. Allora mi vedo uscire dalla sala, ritornare allo stand del mio sindacato, parlare con tanti colleghi, condividere con loro la "Condizione Infermieristica", accorgersi che ciò che in quella sala è richiesto a gran voce è anche ciò per cui NurSind lotta da oltre dieci anni; non ultimo la questione salariale, per cui il "trattamento economico mortificante" denunciato dalla presidente Annalisa Silvestro è la conferma della necessità di unione e azione. E allora mi immagino un sindacato rappresentativo, forte, seduto ai tavoli negoziali. Ascolto le rivendicazioni portate avanti da chi vive e conosce la propria condizione e sorrido al pensiero.

L'augurio che mi sento di fare alle migliaia di colleghi presenti al Congresso e quelli che avranno avuto la pazienza di leggere queste poche righe, è quello di acquisire, alla stessa stregua della crescita nell'autonomia professionale, anche una precisa identità sindacale in cui, attorno all'unico sindacato di categoria oggi esistente, si possa compiere anche un ultimo gradino, quello decisivo verso una maggiore dignità della condizione Infermieristica.

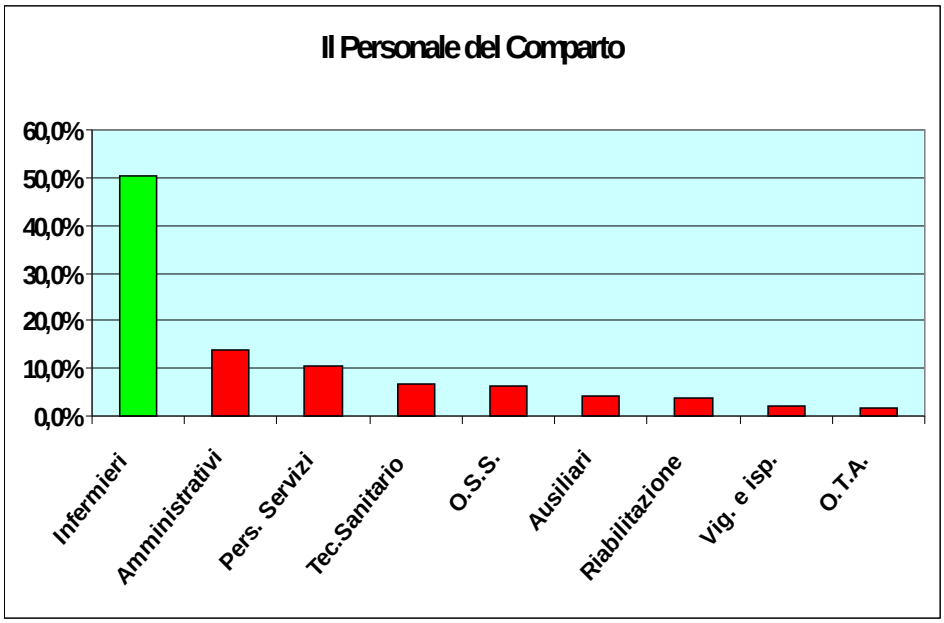
Inf. Giampaolo Giannoni
Segretario Provinciale Nursind
Firenze

Rinnovo del CCNL Sanità Pubblica 2008-2009: di cosa stanno discutendo?

Inf. Donato Carrara - Direzione Nazionale Nursind

Mentre siamo in chiusura di redazione, apprendiamo che le trattative per il rinnovo del CCNL 2008-2009 si sono avviate, pur con evidenti contrasti tra parte pubblica e quella sindacale.

CGIL-CISL-UIL ritengono insufficienti i soldi messi a disposizione dal governo e con un comunicato congiunto, sottolineano che: "il contratto 2008-2009 dovrà acquisire il massimo delle disponibilità per la **difesa del potere d'acquisto dei salari** e ricercare tutte le soluzioni utili per integrare ulteriori **risorse per la contrattazione decentrata** e rafforzare



gli strumenti di tutela e promozione degli operatori. E poi definire linee di indirizzo omogenee per l'applicazione delle modifiche legislative nazionali su **assenze, permessi** e conseguenti riduzioni salariali e dei trattamenti accessori del personale per «recuperare gli effetti negativi prodotti» e valorizzare le scelte contrattuali".

Chiedono inoltre di dare dignità ai lavoratori impiegati nei **servizi esternalizzati**, penalizzati economicamente ma anche rispetto alle tutele minime. Chiedono con forza la loro **reinternalizzazione** soprattutto se riguardano attività istituzionali come nel caso del servizio d'emergenza.

Chiedono di **prorogare tutti i rapporti di lavoro a tempo determinato** in attesa della loro stabilizzazione. Chiedono di individuare e finalizzare ulteriori risorse regionali (RAR) per la realizzazione di programmi finalizzati all'aumento quali-quantitativo della produttività.

Su questo punto la parte pubblica non è contraria, ma ritiene che i progetti siano vincolati alla qualificazione dei LEA, all'abbattimento delle liste di attesa e l'ampliamento degli orari delle strutture. Inoltre, tali progetti, saranno pagati solo a consuntivo, in seguito ad una verifica puntuale del loro raggiungimento e solo ai dipendenti realmente coinvolti. Tutto ciò vincolato dal parere delle Regioni escludendo quelle con deficit e Piani di Rientro.

Le novità proposte dall'ARAN

Prestazioni aggiuntive: l'azienda può chiedere al personale infermieristico e tecnico di radiologia la cui carenza non è altrimenti rimediabile l'effettuazione di ulteriori prestazioni in favore della stessa azienda, anche in strutture organizzative diverse da quelle di appartenenza. Le prestazioni sono assimilate al lavoro subordinato ai fini fiscali e contributivi. Il ricorso alle prestazioni aggiuntive può avvenire solo con autorizzazione regionale al momento di approvazione del bilancio preventivo e nei limiti della spesa fino a quel momento sostenuta.

Funzioni di coordinamento: al personale collaboratore professionale sanitario in categoria 8, compreso il livello economico Ds, possono essere conferiti incarichi di coordinamento delle attività con specifiche responsabilità. A chi ha un incarico di coordinamento spetta un'indennità di 1.500 euro più la tredicesima mensilità. Le aziende possono prevedere oltre la parte fissa una parte variabile fino a ulteriori 12.000 euro da stabilirsi in relazione alla graduazione delle funzioni in connessione con la complessità dei compiti affidati. L'incarico di coordinamento è incompatibile con il rapporto di lavoro a tempo parziale.

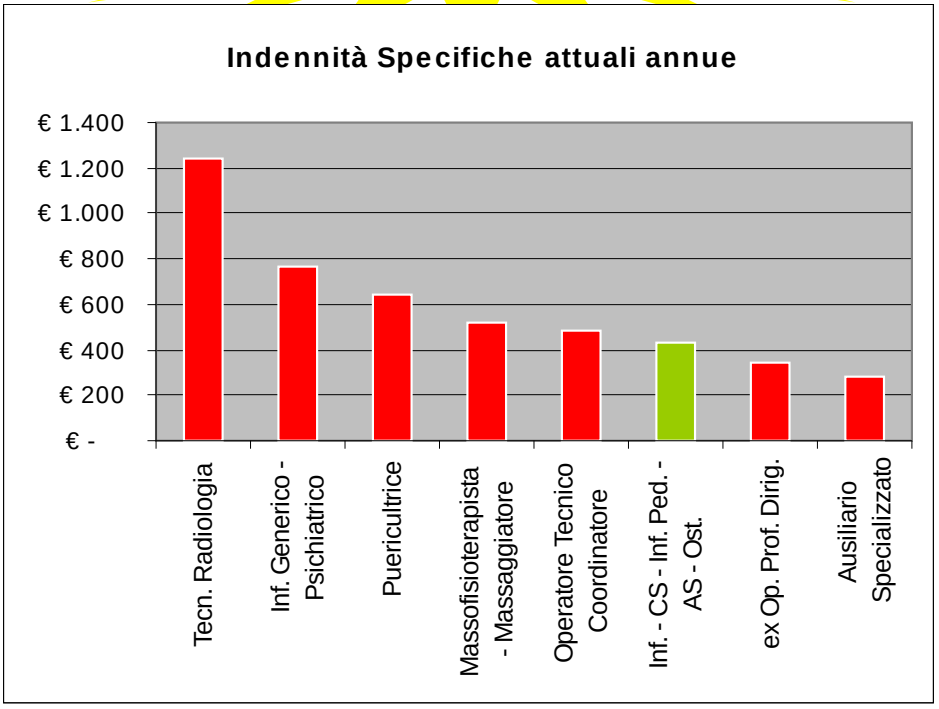
Funzioni specialistiche: per valorizzare le competenze tecniche e le conoscenze cliniche per il miglioramento della qualità dell'assistenza e le capacità didattiche e formative del personale di categoria D, sono istituiti gli incarichi per le funzioni specialistiche collegati allo svolgimento di compiti particolari (specifici progetti di ricerca, attività didattica o di tutoraggio ecc.). L'indennità annua lorda varia da un minimo di 1.500 a un massimo di 13.500 euro per 13 mensilità.

Posizioni organizzative: a chi è conferita una posizione organizzativa spetta un'indennità di funzione da 3.600 a 13.500 euro su 13 mesi. Per gli incarichi le aziende tengono conto della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare, dei requisiti culturali posseduti, delle attitudini e della capacità professionale ed esperienza acquisite dal personale.

Mobilità: non è considerata mobilità lo spostamento del dipendente all'interno della struttura di appartenenza anche se in ufficio o servizio diverso da quello di assegnazione. Se il dipendente è assegnato a sedi particolarmente disagiate, con un rilevante aggravio documentato delle ore di percorrenza casa-lavoro e viceversa, l'azienda potrà erogare una somma a titolo di ristoro del disagio per un massimo di un anno.

Calcolo rivalutazione delle indennita secondo gli indici ISTAT				
indennità	valore attuale	rivalutazione ISTAT	differenza	perdita mensile
tbc * '1953	€ 0,15	€ 4,19	-€ 4,04	-€ 104,94
rischio radiologico	€ 103,29	€ 191,10	-€ 87,81	-€ 87,81
pronta disponibilità	€ 20,66	€ 33,79	-€ 13,13	-€ 78,78
notturna	€ 2,74	€ 3,80	-€ 1,06	-€ 50,94
T.I. - S.O. - Dialisi	€ 4,13	€ 5,28	-€ 1,15	-€ 29,86
Mal. Infettive	€ 5,16	€ 6,60	-€ 1,44	-€ 28,72
Giornalieri su 12 h	€ 2,07	€ 2,96	-€ 0,89	-€ 23,05
festiva	€ 17,82	€ 25,34	-€ 7,52	-€ 22,56
turno su 24 h	€ 4,49	€ 5,61	-€ 1,12	-€ 22,41
prof. Specifica	€ 764,36	€ 976,85	-€ 212,49	-€ 17,71
CS giornata	€ 25,82	€ 33,00	-€ 7,18	-€ 7,18
ADI e Sert	€ 5,16		-€ 0,30	-€ 5,98
coordinamento	€ 129,11	€ 130,22	-€ 1,11	-€ 1,11

Le Indennità MAI rivalutate



R i s o r s e aggiuntive: per dare maggiore impulso ai processi di innovazione, le aziende promuovono progetti, programmi o piani di lavoro per il miglioramento dei servizi che devono corrispondere a esigenze effettive e apportare un contributo concreto e misurabile all'attività ordinaria per la qualificazione dei Lea, la riduzione delle liste d'attesa, l'ampliamento degli orari delle strutture. Nel rispetto dell'equilibrio economico si possono destinare alla contrattazione integrativa per il 2008-2009 eventuali risparmi sul costo delle risorse umane, che non sono consolidabili in nessun fondo contrattuale e non possono finanziare voci del trattamento fondamentale. Le risorse sono erogate a consuntivo dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi solo ai dipendenti direttamente coinvolti nei progetti. La previsione di risorse aggiuntive non si applica alle Regioni in disavanzo o con Piani di rientro.

Proposta ARAN			
Indennità	valore attuale	valore proposto	aumento
Posizioni Organizzative	da 3.098,00 a 9.296,00 €	da 3.600,00 a 13.500,00 €	da 502,00 a 4.204,00 €
Coordinamento	da 1549,00 a 3098,00 €	da 1.625,00 a 12.000,00 €	da 76,00 a 8.902,00 €
Funzioni Specialistiche	inesistenti	da 1500,00 a 13.500,00 €	

Lettera aperta alla CGIL sull'indennità infermieristica (ex art.40)

Alla Segretaria Nazionale FP-CGIL
Rossana Dettori

Oggetto: apertura trattative CCNL Comparto Sanità ed art. 40 ex indennità infermieristica

Gentile Segretaria Nazionale,
apprendiamo positivamente quanto da Voi affermato col comunicato relativo al primo incontro ARAN/OOSS per il rinnovo del contratto nazionale del comparto sanità.

Non può che farci piacere, oltre che trovarci in completa sintonia, leggere che finalmente la CGIL intende perseguire il "riconoscimento del disagio al quale sono ripetutamente chiamati gli infermieri del SSN" sia pur attraverso la difesa dell'art. 40 ex indennità infermieristica, congelata nel fondo comune delle progressioni di fascia grazie al contratto firmato il 7/4/1999 anche dalla CGIL.

Indennità per la quale ci chiediamo e Le chiediamo come possa essere stata riconosciuta al personale infermieristico dal 2000 ad oggi visto che è stata tolta agli infermieri, ostetriche, vigilatrici d'infanzia ed assistenti sanitari, che ne maturavano i requisiti (al compimento di 20, 25 e 30 anni di servizio) ed assegnata al fondo comune per le progressioni orizzontali di cui ne beneficiano tutti i dipendenti, indistintamente dal ruolo.

Nel ricordarLe che gli infermieri costituiscono il 33% del personale del comparto, teniamo a puntualizzare che tali fondi sono finiti nel calderone generale anziché premiare il disagio della categoria che noi ci fregiamo di difendere e di rappresentare.

Molti dei nostri iscritti provengono anche dalle file del sindacalismo confederale, delusi da anni di latitanza sui problemi che la categoria si è ritrovata da sola a gestire e senza l'appoggio delle grosse sigle confederali. Vorremmo sperare in un'inversione di tendenza, in una presa d'atto del fallimento conseguente all'aversi turato orecchie ed occhi, del non aver voluto o saputo riconoscere la peculiarità della questione infermieristica.

La conquista teorica dell'autonomia professionale, ancora difficile da realizzare nel concreto, associata all'erogazione di una funzione primaria del sistema salute, sta alla base di uno sviluppo professionale e sociale inarrestabile, difficilmente contenibile sia all'interno del comparto che su aggregazioni ideologiche

Procrastinare ancora una volta la "questione infermieristica" e soprattutto non tenere conto dell'adeguato valore di chi garantisce il servizio al cittadino nelle 24 ore (l'indennità di turno è di 8.700 lire a presenza! l'indennità di pronta disponibilità è ferma da più di vent'anni, l'indennità festiva e notturna è irrisoria per il disagio subito) renderà sempre più chiaro agli occhi degli infermieri italiani che il sindacalismo confederale è disposto a sacrificare una categoria che paga in prima persona la propria carenza nel mercato del lavoro e ogni riorganizzazione dei servizi sanitari per garantire una distribuzione a pioggia che non leda nessuno.

Consapevole della facilità delle affermazioni di un sindacato che dichiara in partenza per quali interessi parteggia e con la medesima consapevolezza che chiunque si prodigherà per la valorizzazione della categoria infermieristica avrà il nostro appoggio, auguro u n buon anno nuovo.

Cordiali saluti.

Il Segretario
Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

Sulla denuncia dei clandestini e la sicurezza nei PS

Gli infermieri tutelano la salute dell'individuo e della collettività.

Art. 32 "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti." Costituzione della Repubblica Italiana

Il sindacato infermieristico Nursind, prende posizione sull'approvazione del disegno di legge A.S. 733 "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica" per ribadire che il mandato primario della professione è quello di garantire la soddisfazione dei bisogni sanitari di assistenza dell'individuo e della collettività.

La cancellazione all'art. 39 del disegno di legge del divieto di segnalazione alle autorità degli immigrati privi di permesso di soggiorno che ricevono prestazioni sanitarie nelle strutture pubbliche, rischia di essere un boomerang sanitario per tutti i cittadini.

Infatti, la consapevolezza di essere denunciati provoca negli immigrati malati e privi del permesso di soggiorno la paura ad accostarsi alle strutture sanitarie e quindi di curarsi. La mancata cura, soprattutto di malattie infettive, pone tutta la popolazione a rischio di contagio. Ciò può provocare danni enormi sotto il profilo sanitario ed economico (aumento della spesa per campagne di vaccinazione e per trattamenti di massa).

È interesse comune, quindi, che le cure siano garantite a tutti e con la dovuta riservatezza perché ciò tutela il diritto alla salute di tutti i cittadini. Condividiamo pertanto la posizione di Medici senza frontiere, della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, dell'Associazione Studi giuridici sull'Immigrazione e dell'Osservatorio italiano sulla Salute Globale.

Ulteriori considerazioni portano a supporre che tale situazione normativa incentivi la diffusione di pratiche sanitarie clandestine e di condizioni malavitose.

Chiediamo pertanto che nel proseguimento dell'iter di approvazione, il testo passa ora alla Camera, si tenga conto di questi importanti aspetti.

Con l'occasione della promulgazione di un provvedimento che interessa la sicurezza, il sindacato infermieristico Nursind, ritiene altresì importante segnalare la particolare condizione di lavoro degli infermieri del Servizio Emergenza e Urgenza e di Pronto Soccorso, i quali si trovano spesso da soli ad affrontare situazioni di sicurezza pubblica. L'azione che chiediamo al Governo è di garantire un posto di polizia in ogni struttura ospedaliera in modo da rendere tempestivo l'aiuto delle forze dell'ordine al personale dei servizi e dei reparti nei casi, sempre più frequenti, di aggressione al personale infermieristico (l'80% del quale è donna).

La riforma della Contrattazione: una riforma poco utile che sa di vecchio

Dott. Stefano Simonetti - Direttore Amm.vo USL3-Toscana

Lo scorso 22 gennaio è stato sottoscritto un "Accordo quadro per la riforma degli assetti contrattuali" che stabilisce le regole per tutto il mondo del lavoro privato e pubblico e sostituisce il Protocollo del 1993. L'accordo è stato definito "storico" e ha avuto molti consensi positivi e molti negativi. Il Protocollo non è stato firmato dalla sola Cgil.

Alcuni aspetti meramente tecnici del documento vanno evidenziati, soprattutto quelli relativi alle pubbliche amministrazioni. Prima di riassumere i contenuti delle nuove regole contrattuali, è forse opportuno ricordare quali siano stati la portata del precedente documento e il contesto in cui era maturato.

Il momento storico in cui fu firmato il Protocollo per le relazioni sindacali del 23 luglio 1993 aveva visto nel giro di pochi mesi cambiare tutto lo scenario politico e socio-economico del Paese: c'era stata tangentopoli, era finita la prima Repubblica, si erano svolte le elezioni della primavera del 1992 con l'avvento del Governo Amato, era stato adottato il decreto legge 382 con il quale - tra l'altro - si fece "saltare" a

piè pari la tornata contrattuale 1990-1994.

Contestualizzando le vicende storiche alla nostra materia, erano state appena varate le riforme derivanti dalla legge Amato (legge 421/1992) e in pochi mesi erano stati predisposti e attuati quattro fondamentali decreti delegati mediante i quali vennero profondamente cambiati i quattro macrosettori che - secondo il Governo - maggiormente ostacolavano il rispetto dei parametri di Maastricht e la conseguente entrata dell'Italia nell'Ue: il pubblico impiego (Dlgs 29/1993), la Sanità (Dlgs 502/1992), la previdenza (Dlgs 503/1993) e la finanza locale (Dlgs 504/1993).

A corollario di tali interventi venne cambiato l'intero assetto della contrattazione collettiva che il pubblico impiego - ormai contrattualizzato - sperimentò per la prima volta con le regole del privato. Nel 1995 e nell'anno successivo vennero infine stipulati i primi contratti collettivi per le tre aree negoziali della Sanità. Va detto senza retorica che la rivoluzione del 1993 consentì il rispetto dei vincoli fissati in Europa, soprattutto in relazione all'inflazione che prima del cambiamento era attestata molto vicino al 20 per cento.

Questi i punti salienti: rinnovi quadriennali per la parte normativa e biennali per quella economica; aumenti contrattuali tarati sul tasso di inflazione programmata; abbandono di ogni automatismo salariale; due livelli di contrattazione; nascita della Rsu. Recuperare più di 15 punti di inflazione, superare istituti quali la scala mobile e traghettare il pubblico impiego nel sistema privatistico sono obiettivi (raggiunti) che ben giustificano l'aggettivo di rivoluzionario attribuito allora al Protocollo.

Si può affermare che se oggi il nostro Paese è in Europa e nell'area della moneta unica il merito maggiore è sicuramente dei 20 milioni e più di lavoratori dipendenti che hanno visto diminuire vistosamente il potere d'acquisto delle loro retribuzioni.

Gli altri attori dello scenario definito nel 1993 non hanno di certo gli stessi meriti e va dato atto ai sindacati di aver creduto nel cambiamento, ben sapendo che accettando le nuove regole avrebbero prospettato ai loro iscritti solo sacrifici con il grande rischio di perdere consensi.

Riguardo all'accordo del mese scorso si possono evidenziare: ritorno alla cadenza triennale, sia per la parte normativa che per quella economica; superamento dell'inflazione programmata per un nuovo «indice dei prezzi al consumo (Ipca) armonizzato in ambito europeo per l'Italia»; incentivi fiscali e contributivi sul salario accessorio. Tutto qui. Francamente il trionfalismo sembra eccessivo perché gli effetti dell'Ipca non li conosce attualmente nessuno (anche se le previsioni non possono certo essere ottimistiche) e gli altri interventi sembrano meri assestamenti del pregresso sistema.

Il semplice ritorno alla situazione precedente (cadenza triennale) non è rivoluzionario, mentre escludere dalla tutela del potere d'acquisto la dinamica dei prezzi dei beni energetici è un aspetto che si commenta da sé.

Anche per gli incentivi fiscali si ricorderà come a introdurre tale strategia è stato il Governo Prodi nell'estate 2007.

Detto questo in via generale, preme peraltro sottolineare alcuni passaggi di dettaglio del nuovo Accordo che non convincono e che creano una evidente sperequazione a danno dei lavoratori pubblici.

Innanzitutto, la verifica degli eventuali scostamenti tra Ipca e inflazione reale comporta il recupero salariale da parte dei lavoratori: solo che per il privato il recupero avviene «entro la vigenza di ciascun contratto nazionale » mentre nel pubblico si effettua «nell'ambito del successivo triennio». E non è esattamente la stessa cosa.

Inoltre, l'incentivo fiscalecontributivo nel pubblico sarà concesso «gradualmente e compatibilmente » con tutta una serie di variabili sinceramente illeggibili tanto da sospettare che la complessità della formulazione nasconda la evidente verità e cioè che tali incentivi i lavoratori pubblici non li vedranno mai.

Infine, per i lavoratori pubblici ai fini degli aumenti salariali triennali, nel computo dell'Ipca vengono considerate solo le «voci di carattere stipendiale» (escludendo in altre parole tutto l'accessorio).

Non credo ci sia altro da aggiungere. Anzi: una amara constatazione, anche se non direttamente attinente al nuovo Accordo ma, comunque, di interesse per le aziende sanitarie. Quando uscì il contratto del comparto nell'aprile scorso avevo affermato che visti i mediocri contenuti normativi del contratto stesso «viene voglia di chiedersi perché il tasso di inflazione programmata non viene distribuito con un decreto ministeriale, visti i risultati che ottiene l'agente negoziale ». (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 12/2008). Mai previsione fu più azzeccata, visto che ormai i rinnovi contrattuali si fanno per legge e gli aumenti salariati sono fissati in automatico dalla Ragioneria generale dello Stato.

Lombardia:

R.A.R. 2008 gratis alla dirigenza

Con l'accordo del 25 novembre 2008 tra Regione ed OO.SS. (Sivemp, Anpo, CGIL Medici, UIL Medici, CISL Medici, Fed. Medici, Aupi, Sidirss, Snabi, Anaao, Sinafo, FedirSanità, Umsped, Fials), la dirigenza si porta a casa le RAR senza aver prodotto nulla. Infatti, non poteva che andare così, visto che l'anno 2008 era ormai terminato e non si potevano certo mettere in cantiere progetti vincolati all'anno in corso.

Qual'è stato l'escamotage per portarsi a casa il risultato? Quello di "sfruttare" gli obiettivi del comparto, pressoché interamente addossati agli infermieri, per cui nel testo dell'accordo si fa riferimento esplicito agli obiettivi che sono già stati raggiunti dal comparto, per i quali anche la dirigenza ha semplicemente concorso.

A noi non ci risulta che sia andata così. Non risulterà nemmeno ai 50.000 infermieri lombardi che invece si sono impegnati a raggiungere i risultati correlati alle RAR. Questo precedente è semplicemente scandaloso ed inevitabilmente sminuisce il significato stesso delle RAR legate ad obiettivi.

Il fronte sindacale della dirigenza non si è certo fatto alcuno scrupolo ad affermare che anche i medici avevano concorso agli obiettivi del comparto, visto che la quota procapite era di ben 2.242,00 €.

L'ennesima dimostrazione che a tirare avanti la "carretta" sono sempre gli stessi. Delle promesse di Formigoni di innalzare gli stipendi agli infermieri per contrastare il fenomeno della mobilità selvaggia non si sono viste che briciole. Quei pochi soldi messi a disposizione sono infatti stati diluiti a tutto il comparto, grazie all'intervento pesante di CGIL-CISL-UIL che non intendevano "privilegiare nessuno".

Convenzioni Nazionali

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

riservate agli iscritti

PERFORM@ S.R.L. E-Learning Center Point Bologna
Master Univ. Online

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

dal 5 al 15% di sconto
genialLloyd

ASSO CRAL ITALIA
sconti di ogni tipo ovunque

Numero Verde 800-91.57.56
EuroPrestiti

E.C.M.
Corsi e Convegni ECM

GIUNTIcard Club
20% di sconto

POTES Infermieristica a Petritoli: gli infermieri nell'emergenza

Inf. Tiziana Traini - Direzione Nazionale Nursind

Abbiamo aspettato che si parlasse della nostra professione e dell'alto valore sociale che riveste nella sua funzione.

Purtroppo molti, alcuni anche senza la doverosa titolarità, si sono pronunciati sul cosa fosse stato giusto o meglio fare, per garantire un'assistenza adeguata ai cittadini della Valdaso, in termini di emergenza territoriale, ma nessuno lo ha fatto come avrebbe dovuto o potuto fare, nella comunicazione e rassicurazione sulla garanzia di poter ricevere, comunque, assistenza qualificata e professionalità certa.

NURSIND (Sindacato delle Professioni Infermieristiche), si sente quindi doverosamente chiamato in causa, perché crede fermamente che ci siano ancora tante cose da spiegare.

La professione infermieristica ha subìto negli ultimi anni un' evoluzione sorprendente, sancita da importanti tappe, grazie alle quali la professione si è vista riconoscere uno specifico ambito di autonomia, competenza e responsabilità.

In ambito di emergenza, già a partire dai primi anni '90, con il D.P.R. 27/3/1992, e con le linee guida della Conferenza Stato – Regioni n. 1/96 in applicazione del citato DPR, era stato avviato un processo di innovazione del tradizionale ambito di azione dell'Infermiere, rispetto alla classica logica mansionariale, che ovviamente si estende anche al servizio infermieristico sulle ambulanze.

Per quanto riguarda l'assistenza in ambito di emergenza/urgenza, l'infermiere ha un duplice compito: inizialmente, codificare la criticità del paziente con la maggiore precisione possibile e, successivamente, applicare con proprietà strumenti come procedure, protocolli o linee guida, impegnandosi ad integrarli con il sapere che deriva dalla conoscenza ma, soprattutto, con la necessità di agire rapidamente e in modo rigoroso, determinando così il buon esito dell'intervento.

Il sistema 118 presente nel nostro territorio, è stato costituito, fino al 28 Febbraio u.s., da due postazioni sanitarie medicalizzate, collocate nel distretto di Porto San Giorgio e nel polo ospedaliero di Montegiorgio. I tempi di attivazione ed arrivo sul posto dell'urgenza, per entrambe le postazioni, quando vengono allertate per il territorio della Valdaso, sono di circa 15/20 minuti.

Giusto, quindi, secondo le scelte della nostra regione, dotare tale zona di una postazione di emergenza territoriale, considerato anche la distanza dall'ospedale di rete che è Fermo.

La Potes Infermieristica (Equipaggio ILS) istituita dal 1 Marzo 2008, nel comune di Petritoli ha l'obiettivo di accorciare i tempi di assistenza ai pazienti in pericolo di vita (codici rossi) e quelli potenzialmente in pericolo di vita (codici gialli).

Fino ad oggi, tale prerogativa era riservata, in prima battuta, esclusivamente ai soccorritori delle associazioni di Volontariato della Zona Valdaso, che nel momento dell' arrivo sul posto dell'urgenza, mettono in atto tutte le procedure che hanno imparato partecipando ai corsi di primo soccorso, di sostegno delle funzioni vitali e di defibrillazione precoce.

Non si può certo dire che il loro operato fino ad oggi non sia stato prezioso per la collettività. Se poi a questi soccorritori, si va ad affiancare un operatore sanitario Infermiere, capace di effettuare manovre più specifiche, nella logica dell'applicazione dei protocolli studiati per determinate situazioni critiche, non può certamente che aumentare e migliorare la qualità del servizio offerto ai cittadini!

E' doveroso far sapere e ricordare alla popolazione, che la Potes Infermieristica di Petritoli, verrà attivata dalla centrale operativa 118, contestualmente all'automedica di Porto San Giorgio o Montegiorgio, nelle urgenze-criticità che generano codici rossi (maggiore criticità). Nei casi di trattamento dei codici gialli, sarà l'infermiere a decidere, una volta arrivato sul posto, a seconda del grado di criticità riscontrato, se attivare eventualmente anche l'automedica più vicina o, al contrario, renderla operativa, qualora non dovessero sussistere le condizioni di maggiore criticità o pericolo di vita per l'utente assistito.

E' opportuno sottolineare che quello che noi iniziamo a sperimentare oggi, nel nostro territorio, non è un'avventura pionieristica, in quanto la Potes Infermieristica è presente in altre regioni d'Italia (Lombardia – Piemonte - Emilia Romagna - Toscana) già da più di un decennio!

Testimonianze importanti, riguardanti questo ambito dell'assistenza infermieristica, sono state esposte anche nel corso dell'ultimo Congresso IPASVI (Federazione dei Collegi Infermieri d'Italia), svoltosi il 26-27-28 Febbraio a Firenze, nel quale è stata ufficialmente sancita la "svolta" di guardare al futuro del sistema salute del Paese, dove gli Infermieri, attraverso il proprio ruolo e la propria funzione, intendono esserci e proporre come ripensare al sistema sanitario, alla sua organizzazione, alla sua gestione e soprattutto anche alla sua articolazione sul territorio.

Ancona- Torrette: in seguito alla denuncia di Nursind sui letti bis

3 infermieri in più

Troppi ricoveri in Cardiologia, i letti sono pochi e un paziente cade dalla barella. Lo denuncia il Nursind, il sindacato degli infermieri, preoccupato della troppa responsabilità che da mesi sta pesando su suoi iscritti in servizio all'ospedale di Torrette. «In clinica cardiologica - attacca Enzo Palladino, del direttivo nazionale Nursind (Ucovel, ufficio coordinamento vertenze e legale) - da novembre più della metà dei posti letto viene riservata a pazienti il cui quadro clinico è da reparto di semi-intensiva. Contemporaneamente nel reparto di semi-intensiva si assistono pazienti da unità di terapia intensiva, con letti aggiuntivi, detti letti bis, più simili a delle barelle. Questo a parità di infermieri che vanno incontro ad alte responsabilità». Dai reparti si ammette la grossa mole di lavoro. «La mia struttura - spiega Giampiero Perna, primario dell'unità di terapia semi-intensiva - è una di quelle che si accolla il maggior numero di malati, come l'Utic. Letti aggiunti? In qualche caso succede». ««Il problema è ben noto - commenta Alessandro Capucci, primario della nuova clinica cardiologica - ma è in via di risoluzione. Ho già scritto due lettere alla direzione medica e a quella generale».

IL NURSIND. «Nel reparto di semi-intensiva - spiega Palladino - alcuni giorni fa un paziente è caduto da una barella. Non aveva nemmeno il campanello per suonare e sono stati i vicini di letto a chiedere assistenza. Questo perché era in un letto bis, aggiunto a quelli già previsti in camera. Ricoveri di questo tipo ce ne sono ormai ogni giorno perché i letti ufficiali non bastano. Gli infermieri però sono sempre gli stessi: 6 per turno quando ce ne vorrebbero almeno il doppio. Un paziente di semi-intensiva deve essere monitorato costantemente, avere un defibrillatore vicino se va in arresto cardiaco. Invece i monitor non ci sono per tutti. I letti bis non sono vietati ma studi medici attestano che a un numero maggiore di ricoverati corrisponde un aumento del rischio infezioni e di morte». Il Nursind è pronto a denunciare la situazione alla Procura se le cose non cambieranno. «In clinica di cardiologia - continua Palladino - la situazione non è differente. Prima di novembre si effettuavano ricoveri di cardiologia ordinaria, con pazienti la cui patologia era nota e che dovevano effettuare esami programmati. Ora si fa attività di semi-intensiva con gli stessi infermieri, 2 per turno quando ne occorrerebbero almeno il doppio. Molti nostri associati stanno chiedendo di essere trasferiti in altri reparti».

CAPUCCI. Il primario di cardiologia nel reparto si deve fare. «Forse prima erano abituati in un altro modo: ricoveriamo cardiopatici e l'attività è questa. Ho a cuore il problema degli infermieri ma non sono io che ne decido il numero. Nessuno si è rivolto direttamente a me. Richieste di trasferimenti? A me non risultano».

In seguito a questa denuncia, a Torrette arrivano altri tre infermieri nel reparto di semi-intensiva. Lo annuncia il primario Giampiero Perna. «Condivido le preoccupazioni del personale - dice Perna - ma non il modo con cui lo manifestano. Qui gli standard di assistenza sono ancora buoni. E' da anni comunque che attendo un aumento di organico. La direzione sta provvedendo e a breve so che arriveranno tre infermieri in più nel mio reparto. La carenza di queste figure professionali purtroppo è generale negli ospedali». Per il paziente caduto da un letto bis, cioè un letto aggiunto, il primario spiega che simili incidenti possono avvenire per diversi motivi: «O l'infermiere non ha attuato tutti i protocolli di sicurezza o il paziente era molto agitato. In questi casi scivolano anche attraverso le sbarre. Comunque sono più sicuri i letti bis che quelli fissi. Tutti i ricoverati sono sotto controllo e hanno il proprio monitor e dove questo manca hanno una telemetria che consente comunque di avere un quadro costante dello stato di salute. E poi non abbiamo sempre i letti bis: oggi addirittura all'Utic ci sono due posti liberi. A volte i letti aggiunti sono occupati da pazienti i cui familiari non sono venuti a prenderli il mattino e quindi aspettano fino al pomeriggio. Paghiamo lo scotto dell'alta specializzazione che l'ospedale di Torrette vanta. L'angioplastica primaria, ad esempio: siamo l'unico ospedale, con Pesaro, ad effettuarla nelle Marche h24. Non possiamo mandare via i pazienti. Lo scorso anno la cardiologia ha chiuso con 4 mila ricoveri. E' importante per l'utente essere ricoverato nel reparto giusto. Questo abbassa la percentuale dei decessi che in 30 anni dal 32% è arrivata al 14 fino a toccare il 5 dei giorni nostri. In molti casi la percentuale scende anche a 2. Se da un lato diminuiscono le morti dall'altro però aumentano le patologie cardiache». Ma Perna non nasconde che c'è qualcosa da migliorare: «Gli anziani andrebbero trattati nelle strutture specialistiche a loro rivolte che non mancano nel territorio. I casi meno gravi potrebbero essere seguiti in altri ospedali e per questo dovrebbero essere rivisti i protocolli regionali. Una soluzione andrebbe trovata anche per la lungodegenza post intensiva. Oggi possiamo contare solo sull'appoggio di Villa Serena».

Az. Osp. di Siena:

più infermieri in neonatale

Agli organi di stampa

La Segreteria Nursind di Siena, attraverso la Delegazione Aziendale AOU Senese, desidera porre alla attenzione degli organi di stampa e della popolazione della Provincia una situazione lavorativa, logistica ed assistenziale particolarmente grave presente nella Azienda Ospedaliera Senese.

La scrivente O.S. assiste da molto tempo alle criticità che sussistono in un reparto delicato e importante come quello di Pediatria e Neonatologia Sub-Intensiva, situazione già segnalata da tempo ma mai raccolta dalla Direzione del nostro presidio.

Dal punto di vista degli spazi, nel reparto sono presenti un'area di subintensiva per i neonati, a cui si accede da uno spazio insufficiente a garantire la corretta vestizione del personale, e un'area subintensiva per bambini e ragazzi da 0 a 18 anni che comprende 2 stanze singole e 4 posti letto di osservazione, cui accedono patologie di ogni tipo, compresi gravi ustionati e politraumatizzati in una stanza multipla.

La sub-intensiva neonatale è formata da 4 stanze, 2 dedicate alle 8 incubatrici, e altri 8 posti letto in un'altra stanza, separata dalle altre da una saletta di passaggio. Questa disposizione non permette al personale di udire gli allarmi delle incubatrici quando si trova nella stanza dei lettini, anche perché non è presente un sistema centralizzato di allarmi, con evidente pericolo per i neonati che necessiterebbero di sorveglianza continua, i problemi fino ad oggi sono stati evitati solo grazie alla dedizione e all'attenzione delle infermiere e delle oss presenti.

Nell'area di sub-intensiva pediatrica, come detto 6 posti letto e 6 per le madri per un totale di 12 posti, è presente un solo servizio igienico, pur essendo ospitati anche bambini con malattie infettive.

La dotazione di personale, ripetiamo in un reparto di para-intensiva, è composta soltanto da una Infermiera ed un Operatrice Socio Assistenziale per 16 posti letto, tra incubatrici e lettini neonatali, ed una sola Infermiera per il reparto pediatrico. La mattina è presente una ulteriore unità infermieristica dedita però quasi esclusivamente alle attività ambulatoriali che, inspiegabilmente, gravano ancora sul reparto invece che sui molti ambulatori presenti. Il Medico nel reparto pediatrico è oltretutto presente solo la mattina dei giorni feriali, nelle rimanenti ore è presente una Guardia Medica interdivisionale con il compito di coprire le urgenze e non dei reparti oltre che il Pronto Soccorso.

La scrivente O.S. non entra e non vuole entrare, nel merito delle carenze logistiche, la nostra intenzione è solo rendere nota la situazione, affinché chi di dovere possa provvedere per il bene e la sicurezza dei bambini.

Per quanto riguarda la gestione lavorativa ed assistenziale invece vogliamo sottolineare e ricordare quale sarebbe la dotazione di unità da assegnare al reparto in base alla vigente normativa nazionale e regionale Le linee guida della Toscana prevedono infatti 1 unità infermieristica ogni 4 posti letto per le unità di subintensiva, non è prevista, d'altronde, la dotazione minima di personale di supporto.

Come risulta evidente dovrebbero essere presenti almeno 5 infermiere a turno, oltre al personale di supporto, in luogo delle 2 unità infermieristiche e dell'OSS presenti attualmente. In ragione dell'attuale carenza di personale infermieristico siamo consci della impossibilità a garantire il minimo assistenziale previsto, ma crediamo che l'aggiunta di almeno 2 infermiere a turno garantirebbe il necessario controllo che necessitano i neonati e i bambini, affetti da gravi patologie, presenti in reparto.

La presente vale anche come ulteriore invito alla Direzione Aziendale e Sanitaria a concederci quell'incontro chiarificatore ed informativo che chiediamo invano da molto tempo.

Delegazione Aziendale Nursind
AOU Senese

Salerno:

lettera a Sacconi sul rientro dal disavanzo

Inf. Luigi Acanfora - Segretario Provinciale Nursind Salerno

Alla cortese attenzione

Del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

e.p.c. Tutti gli Organi di Stampa

Oggetto: Piano di Rientro dal Disavanzo della Regione Campania

Egr. Ministro, in qualità di cittadino sono lieto di apprendere il suo interessamento riguardo la necessità che la Regione Campania rientri entro la fine del 2008 dei milioni di euro di disavanzo a suo carico, cosa che tra l'altro era già stato previsto nel piano ospedaliero approvato dal Consiglio Regionale alla fine del 2006 e poi inatteso.

Ciò che mi lascia perplesso però, è il metodo con il quale Lei si aspetta di ottenere tutto ciò. Qualsiasi imprenditore, dal più piccolo al più grande, sa bene che per pagare i propri debiti non c'è altra soluzione che ottimizzare i costi ed aumentare la produzione.

Ottimizzare i costi però, non significa certo effettuare tagli sconsiderati come quello dei posti letto, come si è pensato di fare all'ASL Salerno 1, dove è prevista la riduzione di posti letto nelle Aziende Pubbliche e in quelle Private! Né tantomeno significa buttare nella spazzatura tutti gli investimenti fatti fino ad oggi, e che tra l'altro hanno contribuito a creare l'attuale disavanzo, come si è pensato di fare chiudendo la piastra dell'emergenza a Pagani, l'UTIC a Scafati o declassando un ospedale nuovo come quello di Sarno! Sovraccaricare ospedali già al limite del collasso come quello di Nocera Inferiore, non aiuterà certo ad ottimizzare i costi, ma li aggraverà causando anche uno spreco immane ed ingiustificato degli investimenti già effettuati!

Senza volermi lasciare andare a facili populismi, mi chiedo se i suoi provvedimenti tengano conto del Diritto alla Salute sancito dall'art. 32 della nostra Costituzione e del diritto alla pari Dignità Sociale del precedente art. 3 della stessa, certo quest'ultimo non enumerava tra le varie distinzioni di sesso, razza, lingua, religione, e via dicendo,

Vuoi istituire una segreteria del Nursind nella tua azienda?

Il valore del Nursind: insieme siamo più forti!

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

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

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

Se nella propria provincia esiste già una segreteria attiva del Nursind, basta contattarla e dichiarare la propria disponibilità. L'elenco delle provincie attive lo trovi su http://www.nursind.it/nursind2/modules/edito/content.php?id=103

se la tua provincia non è ancora contemplata tra quelle colorate in verde, **hai la possibilità di essere protagonista della nascita del Nursind nella tua realtà**.

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

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

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

anche la distinzione regionale! Questo è vero, ma l'Assemblea Costituente non poteva certo immaginare che un giorno, in Italia si sarebbero venuti a creare cittadini di serie A e di serie B in base alla Regione di appartenenza, come invece sembra stia accadendo ora!

Lei pensa che sia "dignitoso" per un cittadino che sta male, ritrovarsi in barella in un ospedale fatiscente, oppure in coda ad una lista d'attesa interminabile per un ricovero, solo per pagare i debiti della sconsiderata gestione fatta dai vari Manager nominati dalle stesse Amministrazioni che oggi operano i tagli? Pensa che sia dignitoso per gli operatori che debbono lavorare in queste condizioni di sovraccarico e di precarietà?

Pur volendo tralasciare il Diritto alla Salute ed alla pari Dignità di ogni cittadino Italiano, indipendentemente dalla Regione di appartenenza, mi chiedo se questi tagli programmati tengano conto dei costi delle loro conseguenze! Ovvero dei maggiori costi conseguenti ai ritardi di diagnosi con conseguente aggravamento delle patologie dovute alle ancora più lunghe liste d'attesa, in barba a tutte le disquisizioni fatte sull'importanza della prevenzione. Oppure a tutti gli infortuni a carico dei pazienti e degli operatori sanitari, costretti a lavorare in condizioni precarie con infrastrutture inadeguate all'enorme afflusso conseguente ai tagli operati. Per non parlare poi, degli inevitabili errori degli operatori sanitari, conseguenti ai disagi ed allo stress derivante dalle condizioni di lavoro a cui vengono sottoposti!

Come cittadino e come rappresentante di categoria, mi auguro davvero che Lei abbia già tenuto conto di tutto quanto da me detto sopra, ma in verità devo confessarLe che per quanto mi sforzi di vedere ottimisticamente le varie manovre di rientro previste, non riesco ad impedirmi di restare perplesso e scettico per tutto ciò.

Gestire, saccheggiando le risorse pubbliche per interessi di parte è stata pratica ordinaria di politici, sindacati e dirigenti preposti alla "buona" gestione del pubblico per mantenere i consensi ed il potere proprio e delle loro organizzazioni, ed è il motivo principale del deficit nella Sanità pubblica in Campania.

Cordialmente

NURSIND "sbarca" a BOLOGNA

Era da tempo che ci si domandava come mai, in una grande città come Bologna, i colleghi non sentissero il richiamo del sindacato di categoria. Le difficoltà di sentirsi pesci fuori dall'acqua in un ambiente dove secolarmente vige un unico sindacato, ha evidentemente tenuto lontano dal Nursind molti infermieri che avrebbero voluto aprire le porte alla modernità ed alla necessità del sindacato degli infermieri.

Da Gennaio 2009, Mauro Santoro e Carlo Bellabarba, infermieri presso gli Istituti Rizzoli, hanno deciso di aprire la segreteria Nursind e di condividere con tutte le altre città del Paese dove Nursind si è già affermato, il percorso di costruzione di un unico e grande sindacato degli infermieri.

A loro va il nostro grande augurio e ringraziamento per l'impegno che ci stanno mettendo.

Empoli:

Nursind all'attacco su orari, permessi e mensa

L'Organizzazione Sindacale NurSind, segreteria provinciale di Firenze, torna all'attacco della direzione aziendale dell'Asl 11 di Empoli.

"A seguito delle continue decisioni e regolamenti unilaterali da parte dell'Asl 11 di Empoli che colpiscono soprattutto il personale infermieristico e del comparto in generale; preso atto dell'atteggiamento irrispettoso e ai limiti dell'antisindacale da parte dell'Azienda sanitaria di Empoli nei confronti della nostra organizzazione e più in generale della RSU aziendale, dal momento che le numerose richieste inviate su problematiche importanti che investono i lavoratori non hanno avuto risposta, vogliamo denunciare alcuni punti importanti".

..e dopo essersi spogliati e rivestiti, gli infermieri spesso devono percorrere un lungo tratto prima di raggiungere il posto di lavoro.

ORARIO DI LAVORO

Come ribadito a più riprese e ufficialmente presentato nel CCIA, il NurSind non intende accettare l'articolazione dell'orario di lavoro imposto dall'azienda, che vede il personale Infermieristico e OSS dei reparti di degenza pesantemente penalizzato.

Pertanto chiediamo che si apra immediatamente un tavolo di confronto sui reali problemi che investono i lavoratori interessati e che necessitano di immediata risposta.

Le rivendicazioni avanzate dalla nostra organizzazione presenti nel contratto integrativo e ribadite nella presente sono:

riconoscimento di 20 minuti per il "cambio divisa" (sentenza corte di cassazione n. 20179);

riconoscimento per il personale infermieristico di **15 minuti per le consegne** non come "orario imposto" ma come flessibilità oraria sia in entrata che in uscita;

rinuncia da parte aziendale alla sottrazione dei 10 minuti per la pausa in quanto, non essendo possibile nei reparti di degenza una sua regolamentazione con la certezza di fruizione di questo diritto, di fatto l'azienda attua indebitamente un recupero orario ingiustificato. Vogliamo inoltre difendere gli infermieri coordinatori sui quali non può ricadere la responsabilità giuridica di tale assurda disposizione;

svolgimento di una **turnazione con rotazione "in quinta"** rispettosa delle norme vigenti sull'orario di lavoro. Su tale turnazione (PMNRL oppure MPNRL con orario per entrambe le turnazioni 07.30-13.30/13.30-20.30/20.30-07.30 oppure 06.30-13.30/13.30-20.30/20.30-06.30 per la sola turnazione MPNRL) sia lasciata decisione ai singoli reparti in base a tipologia di lavoro e ricaduta assistenziale dei carichi di lavoro. Riteniamo **improponibile imporre il turno notturno di 11 ore** laddove il carico assistenziale notturno sia particolarmente impegnativo.

Inoltre il Nursind rivendica l'obbligo da parte aziendale, di **far conoscere ai lavoratori l'orario di servizio entro il 10 del mese precedente** (sentenza corte di cassazione n.14668 - CCIA di rif.) che assume carattere di stabilità. Questo per permettere ai lavoratori di poter organizzare al meglio la propria vita privata. Ogni variazione successiva dell'orario di servizio deve essere giustificata esclusivamente da carattere di urgenza (per esempio le malattie) e comunicata direttamente e tempestivamente al dipendente dal coordinatore o dal responsabile di struttura.

Viene chiesto **l'aumento delle dotazioni organiche di personale OSS** denunciando l'ennesimo dietrofront aziendale riguardo la disponibilità a rivedere l'articolazione dell'orario di lavoro del personale OSS attualmente in servizio, evitando l'attuale debito orario, non rispettoso della programmazione della vita privata di detto personale.

APPLICAZIONE ART. 9 sulle festività infrasettimanali

Non è più accettabile veder recuperare da parte aziendale, un'indennità festiva in modo anticipato e ingiustificato a fronte di un recupero giornaliero che quasi mai avviene. Siamo in attesa da sei mesi una risposta dell'ARAN concordata con l'azienda (solitamente l'ARAN risponde in venti giorni). Adesso non siamo più disposti ad attendere oltre e pertanto si richiede la revisione immediata dei criteri applicativi con la retribuzione dell'indennità prevista per il giorno festivo infrasettimanale lavorato, indipendentemente dalla richiesta di pagamento o recupero, così come concordato ai tavoli di trattativa.

PERMESSI

Pur con le limitazioni imposte dalle ultime disposizioni governative, l'Azienda USL 11 di Empoli ci mette del suo, vessando i dipendenti con richieste di certificazioni aggiuntive senza fondamento normativo e contrattuale, fino a richiedere certificazioni sulla necessità di accompagnamento per figli minori.

DIRITTO ALLA MENSA

La nostra richiesta è che il regolamento sulla mensa sia modificato affinché il diritto ad usufruire del servizio di ristorazione sia esteso a tutti i dipendenti effettivamente in servizio e senza limitazione alcuna.

E' infatti sotto gli occhi di tutti l'ultimo regolamento in tema di diritto alla mensa teso a limitare la possibilità di usufruire del servizio ristorazione. Ribadiamo che per noi il diritto alla mensa è un diritto di tutti i lavoratori e le limitazioni apportate dall'USL 11 di Empoli non hanno mai avuto e non potranno avere il nostro consenso in

seno alla RSU.

Cogliamo l'occasione per avvertire i lavoratori turnisti su 12 e 24 ore che il diritto alla mensa, limitato al solo turno di mattina, avverrà solo se nel mese di riferimento ci sia anche il riconoscimento dell'indennità di turno; punto questo colpevolmente taciuto nel regolamento ma ufficialmente dichiarato da parte della delegazione aziendale nei tavoli di confronto.

In questo quadro NurSind contesta quella che sembra la priorità assoluta dei vertici aziendali in questo momento (dal momento che convoca le Organizzazione Sindacali quasi esclusivamente per discutere di questo), ovvero l'esternalizzazione del servizio ristorazione: finché tale azione metterà a rischio anche un solo posto di lavoro NurSind sarà contrario.

Per quanto sopra, e in particolare per le problematiche inerenti l'organizzazione dell'orario di lavoro e le sue ripercussioni sul personale infermieristico, NurSind ha dato mandato ai propri legali affinché siano perseguite tutte le azioni tese al riconoscimento dei diritti dei lavoratori interessati.

Delegazione NurSind RSU

Napoli:

il tempo per le consegne deve essere riconosciuto come orario di lavoro e per tale va retribuito

Inf. Annalisa Troia - Segretaria Provinciale Napoli

In molte aziende sanitarie , al personale infermieristico , non viene riconosciuto come orario di lavoro , il tempo che si impiega , alla fine di ogni turno , per il passaggio delle consegne .

Basta dare uno sguardo a tutta la letteratura infermieristica , per rendersi conto che alla luce della nuova normativa e del Codice Deontologico , la documentazione infermieristica ha una rilevanza determinante per il miglioramento qualitativo della continuità assistenziale . La documentazione sanitaria , sia clinica che infermieristica , è la documentazione principale all' interno degli ospedali e sono quei documenti che gli operatori , compilano nell' esercizio delle loro attività. La necessità e l' obbligo di documentare ogni atto infermieristico , scaturisce da alcune considerazioni : documentare rende esplicito ciò che si fa , lo rende certo , tutto quello che è stato documentato ha un valore legale , significa che è stato effettuato : documentare consente una valutazione dell' operato , sia ai fini dell' organizzazione del lavoro , sia ai fini del miglioramento della qualità dell' assistenza . Documentare assicura il mantenimento di un elevato standard assistenziale , anche nell' avvicendarsi degli operatori ad ogni turno . La documentazione infermieristica è uno dei presupposti della corretta continuità assistenziale . Non a caso è centrale nella lettura delle attribuzioni funzionali , deducibili dal profilo professionale dell' infermiere (D.M.739/1994) la presa in carico assistenziale e l' applicazione delle fasi del processo di assistenza infermieristica , che per essere attuato , richiede di essere documentato . Anche il Codice Deontologico fa chiaro riferimento e nell' art. 4 si legge " l' infermiere garantisce la continuità assistenziale , anche attraverso l' efficace gestione degli strumenti informativi . L' art 1 della legge 251/200 riporta testualmente che " gli operatori delle professioni sanitarie ..svolgono con autonomia professionale , attività dirette alla prevenzione , alla cura e salvaguardia della salute..espletando le funzioni individuate

dalle norme istitutive dei relativi profili professionali e codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell' assistenza..

La carenza della compilazione o della tenuta della cartella infermieristica , ha fatto dire alla Corte di Cassazione , che tale mancanza costituisce indice di comportamento assistenziale costantemente negligente ed imperito …segno di un impegno mediocre ..fonte certa di responsabilità , soprattutto se le mancate annotazioni influiscono in modo determinante all' insuccesso di un attività assistenziale . Tutto ciò mette in risalto che le leggi , il Codice Deontologico .. che regolano la nostra professione , richiedono da parte nostra un impegno ed una accuratezza delle attività assistenziali e che le stesse vanno documentate con precisione e professionalità . Siamo responsabili della cura ed assistenza dei pazienti a noi affidati ed è di estrema importanza , tener conto di ogni strumento operativo che ci consenta un miglioramento delle nostre prestazioni . Alla luce di quanto scritto , si nota quanto sia grande , tra le righe di leggi e codice , l' importanza e la considerazione della nostra professione . Purtroppo tale considerazione non è la stessa che riceviamo dalle Aziende sanitarie , le quali, indirizzate dal sindacato , sono orientate ad un livellamento di tutte le categorie di lavoratori , senza tener conto delle maggiori responsabilità cui un infermiere è obbligato . Un aggravio alla nostra professione è il non riconoscimento del tempo che impieghiamo per il passaggio delle consegne . Questo è un tempo delicatissimo , è parte integrante del nostro lavoro ed è l' ultimo atto delle nostre prestazioni assistenziali , ultimo si , ma fondamentale perché rappresenta l' anello concatenante che garantisce e favorisce la continuità assisten-

ziale . Non riconoscere come orario di lavoro il tempo che si impiega per il passaggio delle informazioni tra un turno e l' altro significa considerare inutile e superflua un attività assistenziale , infatti se un infermiere decidesse di osservare l' orario imposto e lascerebbe la divisione non appena arriva lo smonto (il classico smonto a vista) , per l' azienda è in regola , tutto a scapito però dell' assistenza che perde in qualità . Sono le nostre coscienze a rimandare l' uscita dalla divisione , è la nostra professionalità e serietà di operatori sanitari che ci invita a dare una giusta e dettagliata informazione al collega che ci sostituisce e metterlo in condizione di continuare un piano di assistenza e cura al paziente a loro affidato . Ovviamente il tempo dedicato al passaggio delle consegne è a carico dell' infermiere perché lo stesso non gli viene riconosciuto .

Per concludere è bene ricordare ancora qualche articolo del Codice Deontologico , articoli che hanno suggerito la stesura di queste parole

Art 6.4 L' infermiere riferisce a persona competente e all' autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l' assistenza infermieristica o la qualità delle cure

Art 6.5 L' infermiere ha il diritto e il dovere di segnalare al Collegio le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e il decoro dell' esercizio professionale .

Gli infermieri hanno diritto a reclamare una maggiore attenzione per la loro attività professionale . Concludere un lavoro , firmare una documentazione che conserva ogni atto delle nostre prestazioni assistenziali , esige maggiore considerazione . Più tempo quindi per ogni fine turno e tale tempo deve essere riconosciuto come orario di lavoro e per tale retribuito . Diversamente potremmo rispettare l' orario di servizio stabilito dall' azienda e dare una mera consegna a vista con lo smonto a vista , semmai dentro uno spogliatoio , tra una scarpa da mettere e uno zoccolo da togliere . Ma la qualità dell' assistenza , resterebbe solo un bel progettino , un argomento carino da raccontare nelle aule universitarie e riempire tante belle pagine di libri rivolti agli infermieri.

Rimini:
l'accordo sul riconoscimento della consegna

Inf. Raffaele Pennella - Segretario Provinciale Rimini

Le consegne infermieristiche negli ultimi anni hanno subito un profondo mutamento visto che ci si occupa del paziente non solo dal punto di vista clinico-assistenziale ma lo scambio di informazioni riguarda anche lo stato sociale, il rapporto con i parenti, la pianificazione delle dimissioni e l'efficacia degli interventi.

La "consegna" è un metodo di passaggio di informazioni aggiornate sul paziente, avviene di norma ad ogni cambio turno quando gli operatori professionali si trovano insieme e si comunicano gli eventi e i dati per pianificare l'assistenza.

Questo scambio garantisce la continuità assistenziali e permette alle varie figure professionali la condivisione di esperienze sotto forma di debriefing (riflessione critica sulla pratica), oltre alla formazione di una cultura organizzativa.

Nell'Azienda USL di Rimini il passaggio di informazioni al cambio turno avviene attraverso una duplice modalità:

- Consegne scritte: Gli operatori sanitari iniziano il turno di lavoro leggendo i documenti che contengono le informazioni sui pazienti. Questo metodo permette di garantire la continuità assistenziale nell'avvicendarsi degli operatori, di disporre di informazioni corrette, di ridurre i tempi dedicati al passaggio delle consegne e di ridurre al minimo le prescrizioni verbali;
- Comunicazioni verbali: attuate attraverso il debriefing che permette di avere un confronto sul paziente e nel contempo di focalizzare le informazioni sulle criticità del paziente.

Dopo due mesi di concertazione e quattro incontri, l'Azienda USL di Rimini ha riconosciuto il tempo consegne come tempo di lavoro secondo criteri difformi e dipendenti da alcuni fattori.

I criteri assistenziali presi in considerazione per operare tale diversificazione sono i seguenti:

1. Grado di complessità assistenziale nelle diverse unità operative legato alla complessità delle persone assistite e definito attraverso l'analisi delle seguenti variabili:

a) Condizioni cliniche dell'assistito
b) Livello di standardizzazione delle attività assistenziali sulla persona
c) Livello di personalizzazione dell'assistenza
d) Livello di dipendenza della persona assistita

2. Aspetti strutturali dell'assistenza:
a) Numero di pazienti assistiti e relativo rapporto rotazionale
b) Ricchezza dei sistemi informativi

3. Grado di collaborazione tra le diverse figure professionali

Grado di complessità assistenziale nelle unità operative aziendali:

Condizioni cliniche dell'assistito: Una elevata instabilità clinica corrisponde ad una bassa discrezionalità decisionale del personale infermieristico che lavora a stretto contatto con il medico e, di conseguenza, corrisponde ad un minor tempo consegna.

Livello di standardizzazione delle attività assistenziali sulla persona: una elevata standardizzazione delle attività assistenziali corrisponde ad un'alta riproducibilità delle stesse con riduzione dei tempi delle consegne e la scrittura delle stesse.

Livello di personalizzazione dell'assistenza: piani di assistenza personalizzati corrispondono ad elevati tempi di consegna (visto che i piani sono interamente scritti dagli infermieri che decidono sulla base della loro competenza).

Livello di dipendenza della persona assistita: maggiore è il livello di dipendenza della persona assistita e maggiore è il tempo di consegna (scritta e orale).

Il modo migliore per individuare il grado di complessità assistenziale nelle varie unità operative aziendali è dato dall'incrocio delle diverse variabili di cui sopra. Per cui sono stati assegnati 15 minuti in uscita a quelle unità operative con elevato livello di dipendenza e di personalizzazione dell'assistenza (Pediatria e P.S. pediatrico, Nido, SPDC, Post-acuti, Hospice, Geriatria, RSA, Medicina, Ortopedia, Chirurgia, Oncologia, Malattie Infettive e Residenza psichiatrica). Inoltre sono stati assegnati 15 minuti in uscita a quelle unità operative che rientrano sia nell'alta complessità clinica, sia nell'elevata standardizzazione delle attività assistenziali (Pronto Soccorso, 118, Rianimazione, Utic, Sale Operatorie, Terapia Intensiva Neonatale, Sala Parto). Invece sono stati assegnati 10 minuti in uscita alle Unità Operative con medio-basso livello di dipendenza del paziente e medio-alto livello di personalizzazione dell'assistenza (Cardiologia, Medicina d'urgenza, Nefrologia, ORL, Urologia, Ostetricia, Ginecologia e RSA).

Allo stesso modo nelle Unità Operative con attività sulle 12 ore sono stati concessi 10 minuti in uscita a quelle con elevato livello di dipendenza e personalizzazione (Neurologia e Semiresidenza Psichiatrica); 10 minuti alle Unità Operative con livello di dipendenza medio basso e livello di personalizzazione dell'assistenza medio alto (Dermatologia, Diabetologia, P.S. ed ambulatori oculistici e D.H. Pediatrico); 15 minuti in uscita alle Unità Operative che rientrano sia nell'alta complessità clinica e sia nell'alta standardizzazione delle attività assistenziali (D.H. Oncologico, Sala Gessi ed emodinamica).

Infine ai servizi territoriali soggetti a briefing-debriefing settimanali sono stati assegnati 2 ore settimanali per la discussione dei casi (Centro di Salute Mentale, Centro Diurno Psichiatrico e ADI).

Lettera ai Ministri sull'anoressia

Oggetto: richiesta revisione orari di reperibilità per i dipendenti pubblici malati di anoressia

Egregio Ministro, Onorevole Sottosegretario, Gentili rappresentanti sindacali e delle Associazioni, con la presente vorrei portare alla Vostra attenzione un tema sempre più presente nella società, nel mondo del lavoro anche quello alle dipendenze della Pubblica Amministrazione.

A seguito dell'estensione degli orari di reperibilità in caso di malattia (dalle 8.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 20.00) dei dipendenti pubblici – avvenuta con la recente legge 133/2008 – si sono creati notevoli problemi di "sopravvivenza quotidiana".

In particolar modo nella nostra attività sindacale quotidiana ci siamo imbattuti in alcuni casi dove tali restrizioni sono controproducenti e dannose per la salute del dipendente/cittadino. Queste sono le situazioni di colleghi affetti da Anoressia o Bulimia. Tali patologie sono altamente invalidanti e sono definite dalle stesse persone come la malattia che "ti mangia la vita". Per la loro cura c'è bisogno di tempi lunghi e soprattutto di essere messi in condizioni di riavvicinarsi al cibo nei modi e tempi corretti. Proprio questo aspetto viene meno con le penalizzanti restrizioni poste dalla recente legge. L'unica ora disponibile per uscire di casa e fare la spesa è proprio l'ora terapeutica per chi soffre di anoressia, l'ora in cui si dovrebbe rimanere a casa ed affrontare il proprio rapporto con il cibo. Pertanto siamo a chiederVi di attivarVi affinché:

1. i malati di anoressia bulimia vengano esonerati dalle fasce di controllo fissate dalla legge 133/2008;
2. l'anoressia e la bulimia vengano considerate alla pari dell'alcolismo cronico e delle tossicodipendenze, prevedendo anche per queste situazioni le agevolazioni contrattuali che favoriscono il recupero e la riabilitazione dei dipendenti a tempo indeterminato nei confronti dei quali sia stato accertato lo stato di anoressia o bulimia e che si impegnino a sottoporsi a un progetto terapeutico di recupero.

Nella certezza che tale semplice iniziativa potrà giovare a tali svantaggiate persone e sarà degna di merito, rimango in attesa di una Vostra cortese risposta.

Cordiali saluti.

Il Segretario Nazionale NurSind
Dr. Andrea Bottega

Ringraziamo Luca Benci per aver accolto il nostro invito a pubblicare una rubrica fissa sulla nostra rivista.
Sono pochissimi gli infermieri che non ne hanno sentito parlare, per la sua capacità di rendere attraenti anche le argomentazioni più noiose quali quelle della giurisprudenza.

L'angolo di Luca Benci

Non costituisce esercizio abusivo della professione medica la somministrazione di farmaci anestetici in sala operatoria da parte di un infermiere in assenza del medico

La Corte di appello di Cagliari ha assolto un infermiere di Olbia che in primo grado era stato condannato per esercizio abusivo della professione medica, ex art. 348 codice penale, per avere somministrato un farmaco anestetico – nella specie tracrium , un curaro per l'esattezza – in assenza del medico anestesista.

Nel maggio 2006 il Tribunale di Tempio Pausania, sezione di Olbia, aveva riconosciuto responsabile del reato di cui all'art. 348 c.p. in quanto in assenza del medico e in assenza di una causa giustificativa (stato di necessità) aveva somministrato, su sollecitazione dei chirurghi, il farmaco in questione. Il medico anestesista si era assentato (ingiustificatamente) dalla sala operatoria e l'infermiere ha somministrato 10 mg di tracrium precedentemente prescritti dall'anestesista stesso nella scheda anestesiologica.

La contestazione si basava su un'antica norma degli anni cinquanta che attribuiva al medico anestesista, e solo a lui, la somministrazione di farmaci anestetici generali. Si tratta – è utile precisarlo – di una contestazione di pura legittimità che non coinvolge in alcun modo la reale responsabilità professionale. L'intervento dell'infermiere è stato professionalmente ineccepibile e ha permesso di concludere felicemente l'intervento.

La Corte di Appello di Cagliari ha assolto l'infermiere – il cui nome è Sisinnio Bitti che nominiamo per esplicita richiesta dell'interessato e che al tempo della commissione del fatto lavorava presso le sale operatorie dell'ospedale di Olbia – con la formula piena e quindi in quanto il fatto non sussiste.

Nessun accenno alla desueta normativa degli anni cinquanta ma correttamente il riferimento viene operato sulla normativa attuale. non solo la Corte di appello riconosce la legittimità dell'operato ma ha censurato il comportamento del medico anestesista che si era assentato dalla sala operatoria.

Nel momento in cui si rese necessario ricurarizzare il paziente, specifica nelle motivazioni la Corte di appello di Cagliari il Bitti era l'unico "responsabile dell'equipe di anestesia presente nella sala operatoria" che con il suo comportamento ha consentito "di portare a termine l'operazione senza problemi".

L'intervento dell'infermiere era stato "richiesto implicitamente ma inequivocabilmente, dai due medici operatori al fine di poter concludere l'intervento" comportandosi "con competenza e prontezza" in una situazione di potenziale pericolo creata dal comportamento ingiustificabile del medico.

La sentenza è passata in giudicato e quindi definitiva e stabilisce un principio fondamentale e un riconoscimento del ruolo infermieristico – sul versante dell'anestesia – all'interno della sala operatoria.

E' paradossale che ci siano voluti due processi per stabilire una elementare verità costituita dalla liceità infermieristica nella somministrazione di farmaci previamente prescritti dal medico ancorchè particolari.

Un plauso alla Corte di appello di Cagliari per la sua sentenza ben strutturata, ben motivata e condivisibile.

Luca Benci

Flashes giurisprudenziali

Il turno di Pronta Disponibilità in domenica, non da diritto a riposo compensativo

CORTE DI CASSAZIONE, SEZ. LAVORO - sentenza 19 novembre 2008 n. 27477

I dipendenti della Provincia di Terni sono ricorsi in cassazione per vedersi riconosciuto il diritto al riposo compensativo a seguito del turno di pronta disponibilità effettuato in giorni festivi in cui avrebbero dovuto essere di riposo. Da precisare che durante queste reperibilità, dal 1992 al 2000, non sono mai stati chiamati in servizio. I lavoratori chiedevano un risarcimento per danno biopsichico conseguente al mancato godimento del riposo ricadente nella festività in cui erano reperibili.

La Provincia si difendeva sostenendo che i dipendenti non avevano mai richiesto di effettuare il riposo compensativo e che tale riposo non avrebbe ridotto comunque il debito orario settimanale di 36 ore.

Il tribunale di Orvieto per primo sostiene le tesi della Provincia e poi, la corte di appello di Perugia, ribalta la sentenza dando ragione ai lavoratori riconoscendo loro il 30% della retribuzione giornaliera per ogni giorno festivo di pronta disponibilità, con la motivazione che essere in pronta disponibilità in una giornata festiva limita il godimento del riposo.

La Cassazione cassa la sentenza della Corte d'Appello sostenendo che la Provincia ha interpretato correttamente la norma contrattuale; che ai lavoratori è stata riconosciuta l'indennità di pronta disponibilità; che nessun lavoratore aveva chiesto di effettuare il riposo compensativo e che nemmeno l'azienda l'avesse mai rifiutato.

Trovate le motivazioni più estese della sentenza su http://www.nursind.it/nursind2/modules/article/view.article.php?288

I 15 giorni di ferie aggiuntivi per i radioesposti non comprendono anche le festività ricadenti

Ferie radiologiche: il giudice condanna l'ASL

Grazie all'inziativa sindacale di Nursind Rovigo, l'USSL 18 è stata trascinata davanti al giudice del lavoro è costretta a ripagare le ferie arretrate decurtate dall'azienda nei 15 giorni di ferie per esposizione radiologica.

Ecco la sentenza

TRIBUNALE CIVILE DI ROVIGO

IL GIUDICE DEL LAVORO

DOTT. SILVIA FERRARI

Il Tribunale di Rovigo, in composizione monocratica quale Giudice del Lavoro, definitivamente decidendo nella causa n.522/05 RG.C.L. promossa da …… e contro l'Azienda ULSS n.18 di Rovigo, in persona del legale rappresentante dott. Adriano Marcolongo, ogni diversa domanda, eccezione, difesa e/o istanza rigettata così provvede:

a. Accerta e dichiara che i quindici giorni di ferie aggiuntive spettanti agli infermieri professionali radioesposti ai sensi dell'art. 5 comma 6 del CCNL 20.9.2001, vanno goduti senza che negli stessi debbano ritenersi assorbiti i riposi settimanali compensativi e le eventuali festività;

b. Dichiara tenuta e condanna l'Azienda ULSS n.18 di Rovigo a concedere ai ricorrenti il godimento dei giorni di ferie aggiuntive non concessi e fruiti nel corso dell'anno 2005 ed in luogo dello stesso di corrispondere ai ricorrenti la relativa indennità sostitutiva;

c. Dichiara tenuta e condanna l'Azienda ULSS n.18 di Rovigo, a corrispondere ai ricorrenti il corrispettivo economico per le ferie non godute, relativamente agli anni 2003 e 2004, e così alla signora ……. l'importo di € 529.44, al signor ….. l'importo di € 508,4 ed al signor ……. l'importo di € 513,04, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali, dalla data della domanda al saldo effettivo;

d. Dichiara tenuta e condanna 1'Azienda ULS n.18 di Rovigo a rifondere a ….. le spese di lite, che in mancanza di nota spese depositata, liquida equitativamente in complessivi € 3.000,00 (di cui € 2.300,00 per onorari ed € 700,00 per competenze), oltre 12,5% per spese generali, IVA e CPA come per legge.

Così deciso in Rovigo il 20 gennaio 20 gennaio 2009

Venerdi diciannove Dicembre scorso, è tragicamente scomparso il nostro amico e collega Marco Donizzetti.

Quel giorno aveva lavorato in rianimazione dell'ospedale di Lecco , dove prestava la sua opera da diversi anni. Finito il turno di lavoro ha deciso di uscire per una ferrata in montagna, una delle sue grandi passioni. Un'ascensione che aveva fatto tante altre volte, ma che purtroppo quel giorno gli è stata fatale. Marco era una persona riservata, ma allegra, solare, sorridente e sempre disponibile, un grande professionista.

La sua vera passione era aiutare gli altri, non solo gli ammalati che curava.

Marco, resterai sempre nei nostri cuori e nei nostri pensieri

Tutta la segreteria Provinciale di Lecco

Giovanni Secreti, Paolo Garroni, Giuseppe Sortino, Lorena Sandionigi, Augusto Facchinetti

Dal 1° marzo 2009 è in vigore il nuovo

Codice Deontologico

Approvato dal Comitato Centrale della Federazione nella seduta del 10 febbraio 2009, non senza iniziali controversie e opposizioni, in particolare quella sull'art. 49 che ha focalizzato maggiormente l'attenzione della base infermieristica in primo luogo e, di conseguenza, ha coinvolto anche il sindacato degli Infermieri.

Nursind se ne è fatto carico, attraverso una vivace discussione al proprio interno, tra chi ritenesse di abrogarlo e chi di mantenerlo perché di scarso valore.

Il tema riguardava il comportamento dell'infermiere di fronte alle carenze delle aziende; cosa di non poco conto, discussa ripetutamente all'interno di convegni in tutta Italia. Rifiutarsi o non rifiutarsi di compensare le carenze?

Ricordiamo il vecchio articolo 6.2:

"L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengono a mancare i criteri dell'eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale".

Vi era quindi, un concetto davvero forte, come quello del dovere di opporsi ad una carenza (mansioni improprie, scarsità di organici, di materiale sanitario, ecc.), non soggetto ad interpretazione alcuna, se non a quella della tutela di una categoria di lavoratori, impiegati storicamente a svolgere, appunto, mansioni improprie.

La prima bozza del nuovo codice deontologico, all'art. 49, scriveva:

"L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere, qualora vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi".

Scritto in questo modo, è balzato agli occhi di molti infermieri che si fosse fatto marcia indietro rispetto alla vecchia formulazione, lasciando ampi margini di sopportazione e caricando sempre e comunque sulle spalle di chi sta in corsia, il peso di responsabilità improprie, che invece sono a carico della direzione aziendale.

La perplessità di molti consisteva nel fatto che in nessun altro codice deontologico esistesse una tale arrendevolezza e dichiarazione di disponibilità a "tappare i buchi" della disorganizzazione aziendale. Anche in quello dei medici non vi è alcuna affermazione in tal senso.

Ci si domandava per quali ragioni la Federazione fosse così propensa ad insistere su questo articolo. La risposta più ovvia è stata che, essendo il Comitato Centrale composto per lo più da dirigenti, si volesse da parte loro attutire la forza di questo articolo. Chissà quante volte infatti si saranno trovati a decidere un provvedimento disciplinare contro un infermiere che si era rifiutato di compensare le carenze dell'azienda apportando proprio il comma 6.2 per argomentare le ragioni del suo comportamento.

Occorre dar atto alla Federazione di una grande disponibilità al confronto su tutti i temi del Novo Codice Deontologico. Anche sui forum infermieristici si è scatenata una rivolta contro questa modifica. Molte email sono giunte alla Federazione contestando per lo più questo articolo, reo di celare i rimasugli di un concetto di MISSIONE anziché di una PROFESSIONE e considerando che il codice deontologico è il punto di riferimento del nostro profilo professionale, ed è ad esso che si rifanno tutte le norme contrattuali sia del SSN pubblico che del settore della sanità privata.

Una motivazione che ha spinto il Comitato Centrale alla modifica era quella che molti infermieri si recano o scrivono al collegio lamentando le troppe ore di lavoro (dovute alla carenza di personale) o perché adibiti a mansioni inferiori ecc. E di fronte a ciò, il Collegio che cosa può fare? Non partecipa ai tavoli contrattuali, non può agire in giudizio quale portavoce dei lavoratori, non si può interessare principalmente di rap-

porto di lavoro bensì di tutela professionale. Che senso può avere una norma deontologica rigida se poi non c'è la possibilità di farla rispettare?

D'altro canto, i favorevoli all'abrogazione dell'art. 49 sostengono che di fronte ad un ordine di servizio improprio, per es.: "se non c'è l'ausiliario per la distribuzione del vitto, chiedo al caposala e/o al responsabile uff. infermieristico disposizioni in merito. A questo punto, se sono obbligato, eseguo la disposizione scritta e invio copia al collegio IPASVI, il quale dovrebbe obbligatoriamente intervenire mettendo sotto procedimento disciplinare chi ha impartito una disposizione contraria al prestigio della professione (esattamente quello che accade oggi per la professione medica)". In pratica la situazione viene completamente ribaltata.

In una lettera inviata il 10/01/2009 alla Presidente della Federazione Collegi IPASVI Dott.ssa Annalisa Silvestro, Nursind sostiene che… "come sindacato degli infermieri presente sul territorio nazionale che mira alla tutela dei diritti dei lavoratori che esercitano la professione infermieristica in vari ambiti (sanità pubblica, privata, ecc.), con la presente si fa portavoce di una posizione risultata ampiamente condivisa all'interno della propria rappresentanza inerente la modifica dell'art. 6.2 del codice deontologico.

Nello spirito di costruttiva collaborazione per la crescita culturale e morale della categoria desideriamo evidenziare che la nuova formulazione dei "rapporti con le istituzioni" espressa all'art. 49 della prima revisione del codice deontologico del 12 febbraio 2008, rischia di dare un alibi alle varie strutture sanitarie per un utilizzo improprio dell'infermiere.

Il riferimento è al testo dell'art. 49: "L'infermiere, …si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi."

Costantemente nostri iscritti ci segnalano casi di demansionamento dovuti all'inadeguata organizzazione del lavoro e alla carenza o assenza di personale di supporto o amministrativo.

In altre situazioni la compensazione alle carenze organizzative (prevista dal codice deontologico) viene segnalata come prima soluzione alle assenze improvvise del personale (copertura delle assenze per malattie) anche in deroga alle normative contrattuali.

È intenzione dello scrivente portare alla Vostra attenzione il timore che una versione meno rigorosa della tutela dello specifico mandato del professionista esponga lo stesso a problemi di carattere disciplinare, di responsabilità professionale per il prolungamento dell'orario di lavoro, di condivisione della deontologia professionale e di conflitto interno alle varie figure della professione (dirigenti, coordinatore).

Pur nel rispetto dei rispettivi ruoli ed essendo anche noi infermieri iscritti all'IPASVI, riteniamo di intervenire sulla questione proponendo uno stralcio della parte sottolineata del nuovo art. 49 o una revisione dello stesso verso una maggior tutela del professionista e della dignità del suo mandato professionale.".

Nella prefazione al Nuovo Codice Deontologico, A. Silvestro scrive: "…La sfera delle relazioni professionali e interprofessionali comprende tutte le dinamiche insite nella quotidianità del lavoro tra colleghi e con gli operatori appartenenti ad altre professioni. In tale contesto l'approccio dell'infermiere è basato sulla collaborazione, sulla valorizzazione del lavoro d'équipe e sulla tutela della dignità propria e dei colleghi. Assume perciò comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà anche facendosi carico di segnalare al proprio Collegio ogni abuso o comportamento, attuato da altri infermieri, che sia contrario alla deontologia professionale. Tutela il decoro personale e del proprio nome e salvaguarda il prestigio della professione – che esercitata con onestà e lealtà – nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

La complessità delle organizzazioni sanitarie, la molteplicità dei processi operativi e le numerose correlazioni tra risorse umane, carichi di lavoro, diritti e doveri contrattuali e diversificazione della domanda sanitaria e delle modalità di risposta, possono produrre disfunzioni organizzative e disservizi organizzativo assistenziali.

Qualora questo avvenga, coerentemente con la propria mission, l'infermiere si impegna – nell'interesse primario degli assistiti – a compensare le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera.

Ma altrettanto coerentemente con la propria mission, l'infermiere si rifiuta di compensare le carenze e i disservizi quando non vi sia eccezionalità ma consuetudine; quando vi sia una riproposizione di problemi e carenze già verificatisi, ricorrenti e costantemente irrisolti o quando venga sistematicamente pregiudicato il suo mandato professionale per – ad esempio – demansionamento, inappropriato utilizzo della sua competenza professionale, impossibilità a garantire adeguati standard assistenziali per sistematica inadeguatezza dell'organico.".

Articolo 49

L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.

In conclusione, la vicenda dell'art. 49, a prescindere dai suoi contenuti, è servita a far dialogare la professione in tutti i suoi ambiti, compreso quello sindacale, dimostrando che con il confronto e la partecipazione, grazie anche alla capacità dell'attuale dirigenza IPASVI di ascoltare la base, si possono cambiare le cose.

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Lanciano:

Nursind in Dir. Prov. del Lavoro per il rispetto del contratto

Lanciano: richiesta di intervento della DPL

Prot. R33/U195-08

Ancona, lì 24 novembre 2008

Spett. Direzione Provinciale del Lavoro

Sezione Ispezioni sul Lavoro - CHIETI

Oggetto: Violazioni normative e contrattuali della ASL Lanciano-Vasto nei confronti dei dipendenti infermieri dell'Ospedale Civico "Renzetti" di Lanciano.

A nome e per conto della O.S. NurSind, Segreteria Provinciale di Chieti, lo scrivente Ufficio, con la presente intende segnalare talune irregolarità in materia di lavoro poste in essere dalla ASL Lanciano-Vasto nei confronti dei dipendenti infermieri assegnati al Pronto Soccorso dell'Ospedale Civico "Renzetti" con sede in Lanciano.

Le violazioni riguardano, per segnalare le principali, le ferie, i riposi, il sevizio di pronta disponibilità, la programmazione dei turni di lavoro e demansionamento.

Le ferie e i riposi. Le modalità con cui vengono concessi riposi e ferie presentano evidenti violazioni di legge e contratto. In effetti non è raro che nei prospetti raffiguranti la turnazione dei dipendenti i giorni di ferie e di riposi vengano cerchiati di rosso: ciò sta a significare che l'infermiere che è in ferie o goda del riposo, può essere chiamato in servizio. Tale comportamento sminuisce la ratio che sottende i relativi istituti: ripristino delle energie psico-fisiche disperse in occasione dell'attività lavorativa.

La pronta disponibilità. L'istituto della pronta disponibilità nel contratto del Comparto Sanità è disciplinato dall'art 7 del CCNL Integrativo del CCNL 7 aprile 1999. Si registrano palesi violazioni ed inadempienze contrattuali per quanto attiene la parte datoriale. Nel merito si segnala che l'azienda predisponga:

a) turni in pronta disponibilità anche nei giorni feriali mentre il contratto prevede (comma 6) che "Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni notturni e festivi"e (comma 7) che: "Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo nei giorni festivi;

b) turni di pronta disponibilità mensile maggiori di sei (anche se non tutti i mesi e per tutti i dipendenti) in luogo di quanto previsto dal contratto che prevede (comma 10): " non potranno essere previsti per ciascun dipendente più di sei turni di pronta disponibilità al mese";

c) durata del turno anche superiore a dodici ore contro la previsione contrattuale che statuisce (comma 6) che: "La pronta disponibilità ha durata di dodici ore".

La programmazione dei turni di lavoro. Non esiste una programmazione della turistica tale da poter garantire ai dipendenti di prenderne visione con un anticipo tale da poter organizzare la propria vita privata. Difatti i turni, programmati circa ogni dieci giorni, sono assoggettati a continue modifiche e tutto ciò non permette ai lavoratori di gestire in maniera adeguata il proprio tempo libero. Secondo una recentissima sentenza della Cassazione (n. 12962 del 21 maggio 2008) "… il tempo libero ha una sua specifica importanza stante il rilievo sociale che assume lo svolgimento, anche per il lavoratore a tempo pieno, di attività sportive, ricreative, culturali, sociali, politiche, scolastiche ecc.,…". Ancora sulla turnistica utile si ritiene segnalare che non viene garantito neanche un periodo adeguato di riposo tra un turno ed un altro: non è raro che un dipendente si ritrova un turno di notte a ridosso di un turno di pronta disponibilità lavorato eppure il contratto statuisce che non possono essere eseguite più di dodici ore di lavoro consecutive a qualsiasi titolo.

Demansionamento. Da non tralasciare l'atteggiamento demansionante dell'azienda nei confronti dei dipendenti infermieri ai quali, non eccezionalmente, viene chiesto di svolgere attività non di pertinenza come, a titolo di esempio, l'accompagnamento e lo spostamento dei degenti, mansioni che il contratto vigente include tra quelle appartenente a dipendenti della categoria "A" per il profilo di "Ausiliario Specializzato". Contrasta anche nello specifico le previsioni dell'articolo 52, primo comma del D. L.vo 165/2001 il quale afferma che: "Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansio-

ni per le quali è stato assunto o alle mansioni considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale prevista dai contratti collettivi, ovvero a quelle corrispondenti alla qualifica superiore che abbia successivamente acquisito per effetto dello sviluppo professionale o di procedure concorsuali o selettive." . Adibire il dipendente a mansioni inferiori, anche se parzialmente, provoca nell'interessato, ripercussioni psichiche e sociali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" evidenziando, quindi, anche la sfera sociale e quella psicologica, quelle per intenderci che maggiormente né risentono di tutto quanto sopra descritto. Fatto è che tutta la normativa sul lavoro, il riposo, le ferie e la salute trovano le principali fonti nella Costituzione. Il principio più importante viene fissato dall'art. 36, che prevede il diritto del lavoratore ad un periodo di congedo annuale retribuito quale diritto irrinunciabile. L'art. 36 è strettamente collegato all'art. 32 (diritto fondamentale alla salute) ed all'art. 35 (la repubblica tutela il lavoro). Il riposo annuale è, quindi, preposto al recupero psico-fisico delle energie lavorative del prestatore di lavoro, allo sviluppo delle relazioni sociali, culturali e della personalità dell'individuo, così come garantito dagli artt. 2 e 3 della stessa Costituzione, nell'interesse dello stesso datore di lavoro a che il proprio personale si ristori dallo stress lavorativo per una migliore resa produttiva successiva.

Si trascura di trattare in questa sede dei danni che possono subire gli utenti a causa di stress accumulato dei dipendenti nonché delle responsabilità professionali e penali ad essi collegati poiché si crede che non sia di pertinenza di Codesta Amministrazione.

Per quanto esposto si ha modo di ritenere che la dirigenza del "Renzetti" stia violando, tra gli altri, l'art. 1375 del c.c. (il contratto deve essere eseguito secondo buona fede) e l'art. 2087 del c.c. (L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.).

Codesta Amministrazione potrà trovare documentazione su quanto detto visionando i tabulati delle presenze dei dipendenti del Pronto Soccorso.

Per tutti i fatti e le motivazioni sopra esposti, si chiede che Codesta Direzione proceda ad una puntuale verifica di quanto testé denunciato.

Si resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Distinti saluti.

Segretario Nazionale UCoVeL
Componente Direzione Nazionale
NurSind
Dr. Palladino Enzo

Segretario Provinciale NurSind Chieti
Dr. Del Villano Enrico

La documentazione sanitaria:
responsabilità e competenza dell'infermiere (2°)

Inf. Mauro Di Fresco - Università La Sapienza -Roma

(La prima parte è stata pubblicata sulla rivista del 4° trim. 2008).

Il foglio della terapia può assurgere sia come atto principale che come atto secondario; dipende dalla fede pubblica che gli si riconosce (prescrizione, somministrazione, indelebilità, sottoscrizione).

La conservazione degli atti sanitari interessa due tipi di documenti:

CARTELLE CLINICHE E ATTI PRINCIPALI, da conservarsi a tempo indeterminato ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19 dicembre 1986;

DOCUMENTAZIONE DIAGNOSTICA E ATTI SECONDARI, da conservarsi per dieci anni ai sensi del Decreto Ministeriale Sanità art. 4, co. 3 del14 febbraio 1997.

La redazione di un atto sanitario può comportare responsabilità civile solo nel caso di un errore vizio (che cade sulla dichiarazione) perché nel caso in cui la prestazione sanitaria (o la procedura) è errata, la sua redazione è solo conseguenza naturale della prestazione viziata.

Es: la glicemia è 110 mg/100ml, l'infermiere scrive 210 (errore vizio che cade sulla dichiarazione) ma la rilevazione della glicemia è corretta.

Es: la glicemia è 110 ma l'infermiere la rileva in maniera sbagliata per cui il risultato, sfalsato, è di 210. L'infermiere scrive 210.

L'errore non riguarda la redazione, che è corretta, ma la prestazione. In questo caso si risponde per negligenza o imperizia o imprudenza della prestazione.

Negligenza: sapevi ma non hai rispettato la procedura, Imperizia: non sei capace, Imprudenza: dovevi dubitare del risultato ma non hai effettuato un controllo (diabete scompensato). Di per sé l'errore vizio non è fonte di responsabilità. Solo in caso di danno risarcibile, nella costruzione del nesso causale, è possibile determinare la causa dell'evento dannoso nell'errore di redazione e individuare così il responsabile. Nella valutazione del nesso causa-evento-danno si deve accertare, sul piano civilistico, l'entità della probabilità che l'errore nella redazione dell'atto sanitario abbia prodotto il danno lamentato che non è risarcibile in caso di forza maggiore o caso fortuito e può scemare fino alla colpa lievissima in caso di elementi giustificativi (si pensi ai supercarichi di lavoro). Unica responsabilità rileva sul piano disciplinare (censura orale e scritta).

La redazione e la custodia su supporti magnetici viola i principi del fidefacenti appena disaminati, almeno finchè non si adopereranno sistemi legislativamente sicuri.

La cartella deve essere redatta su supporto cartaceo, essere sottoscritta con firma olografa affinché risponda ai criteri di certezza e fede pubblica richiesti dalla legge. – Suprema Corte, Sez. Unite, 11.09.2002 n. 30328.

La redazione e la custodia su supporto magnetico, può permettere a soggetti terzi di penetrare nel suo contenuto configurando, per il primario che non ha disposto il supporto cartaceo, il reato di violazione del segreto professionale di cui all'art 622 C.P.. L'infermiere potrebbe essere correo del reato se la violazione è stata consu-

mata per sua colpa e non del sistema adottato per l'archiviazione.

La perdita di un atto sanitario deve inserirsi in un contesto più ampio dove, come per la redazione, si produca un danno risarcibile collegato alla causa de qua. La mancanza di informazioni dovute allo smarrimento dell'atto deve aver prodotto l'errore di valutazione (diagnostico per esempio) che ha scatenato una serie di eventi concatenati producendo così il danno. Di per sé, lo smarrimento dell'atto sanitario produce solo responsabilità disciplinare da valutare secondo la gravità (secondo il danno che produce in capo all'Amministrazione e all'utente). Potrebbe ipotizzarsi un danno patrimoniale o alla vita di relazione, comunque da dimostrare.

La responsabilità penale riguarda il falso materiale e ideologico che incide sulla pubblica fede che la legge assegna ad un atto:

FALSO MATERIALE Art. 476 falsa formazione o alterazione di atti. Reclusione 1-6 anni.

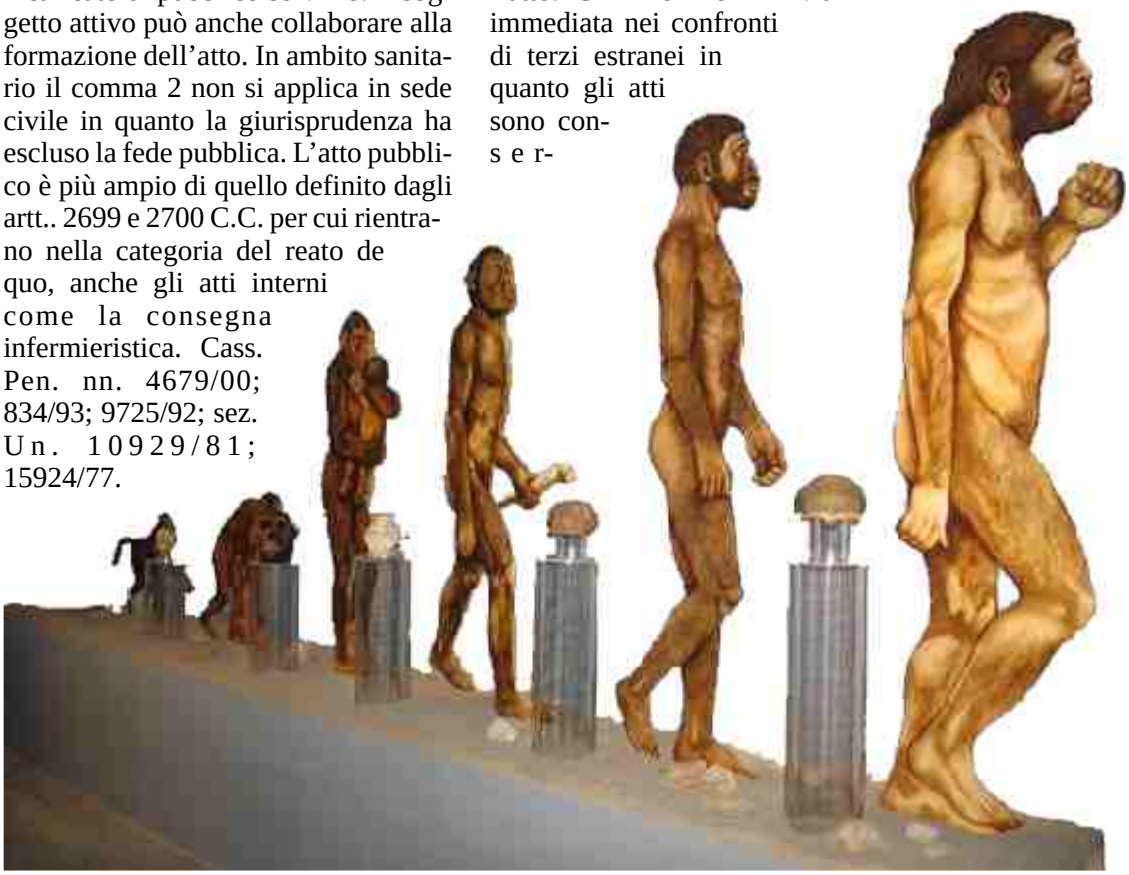
FALSO IDEOLOGICO Art. 479 falsa attestazione in atti. Reclusione da 3 a 10 anni.

L'art. 476 C.P. cita: Il pubblico ufficiale che forma un atto falso o altera uno vero è punito con la reclusione da 1 a 6 anni. Se l'atto fa fede fino a querela di falso, la reclusione è da 3 a 10 anni. Il soggetto attivo può essere anche un incaricato di pubblico servizio. Il soggetto attivo può anche collaborare alla formazione dell'atto. In ambito sanitario il comma 2 non si applica in sede civile in quanto la giurisprudenza ha escluso la fede pubblica. L'atto pubblico è più ampio di quello definito dagli artt.. 2699 e 2700 C.C. per cui rientrano nella categoria del reato de quo, anche gli atti interni come la consegna infermieristica. Cass. Pen. nn. 4679/00; 834/93; 9725/92; sez. Un. 10929/81; 15924/77.

L'art. 479 C.P. cita: Il pubblico ufficiale che attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o attesta dichiarazione a lui non rese ovvero omette dichiarazioni da lui ricevute, è punito con la reclusione da 1 a 6 anni. Il soggetto attivo può essere anche un incaricato di pubblico servizio.

Il soggetto attivo può anche collaborare alla formazione dell'atto. In ambito infermieristico si applica solo agli atti fidefacenti ovvero alla consegna e a quanto trascritto in cartella clinica. Anche la cartella infermieristica, concessa nella disponibilità dell'utente, è atto fidefacente.Non si applica al registro degli stupefacenti. Cass. Pen. nn. 5118/82; 9073/89; 6871/98; 7958/92; 5328/93; 3552/99; 22694/05. Nella responsabilità penale da custodia, rileva l'art. 351 C.P. – Violazione della pubblica custodia di cose. Chiunque sottrae, sopprime, distrugge, disperde o deteriora atti e documenti particolarmente custoditi in un pubblico ufficio, o presso un pubblico ufficiale o un impiegato che presta un pubblico servizio, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.Arresto facoltativo in flagranza.Fermo indiziato di delitto non consentito. Misure cautelari personali consentite. Procedibilità d'ufficio.

Il primario in via mediata D.P.R. 128/69.I medici e gli infermieri in via immediata quando detengono l'atto. Gli infermieri in via immediata nei confronti di terzi estranei in quanto gli atti sono conservati nei luoghi in cui stazionano gli infermieri avendo, questi, un rapporto con l'atto jure et corpore. Il dolo generico consiste nella consapevolezza di esserne responsabile.L'atto deve subire una modificazione materiale che ne riduce o ne annulla l'utilizzabilità. In caso di dispersione, se l'atto entra nella sfera conoscitiva di terzi, il reato de quo potrebbe cumularsi con il reato di cui all'art. 326 C.P.. E' ammessa la colpa. Cass. Pen. nn. 3556/86; 4819/93; 10414/90; 10733/99. La custodia delle cartelle sanitarie relative agli obblighi di cui al D.Lgs. 626/94, anche se di fatto assicurata dall'infermiere del servizio, ricade sia sul datore di lavoro che sul medico competente. L'infermiere, deputato per iscritto alla custodia de facto delle cartelle sanitarie, risponde solo sul piano disciplinare essendo, tale attività, delegata solo per questioni tecniche e non per il fatto penale.



Difatti i compiti che la legge assegna a determinate persone o ruoli o qualifiche, non possono essere delegate senza che sia previsto dalla legge stessa (Es: firma di un referto o di un esame diagnostico). Il D.Lgs. 626/94 all'art. 4, comma 8, prevede: "Il datore di lavoro custodisce, presso l'azienda ovvero l'unità produttiva, la cartella sanitaria e di rischio del lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, con salvaguardia del segreto professionale, e ne consegna copia al lavoratore stesso al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, ovvero quando lo stesso ne fa richiesta". Per la violazione di questo articolo è prevista, nei confronti del datore di lavoro, una sanzione amministrativa pecuniaria da 516,00 a 3.098,00 euro (art. 89 comma 3 D.Lgs. 626/94).

Il D.Lgs. 626/94 all'art. 17, comma 1, lettera d, prevede: "Il medico competente istituisce ed aggiorna sotto la propria responsabilità, per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, una cartella sanitaria e di rischio da custodire presso il datore di lavoro con salvaguardia del segreto professionale". Per la violazione di

questo articolo è prevista, nei confronti del medico competente, una sanzione penale: arresto fino a due mesi o con l'ammenda da 516,00 a 3.098,00 euro (art. 92 comma 1 lettera a D.Lgs. 626/94).

La responsabilità del datore cade sulla custodia, quella del medico sulla redazione e sull'obbligo di consegnare la cartella, al termine della redazione, al datore di lavoro ovvero all'infermiere se così è stato disposto.

CONCLUSIONI

Il ruolo dell'infermiere si evolve continuamente. Dall'abrogazione del mansionario, la nostra professione deve rispondere a maggiori stimoli scientifici e giuridici, e di conseguenza, a maggiori responsabilità che coinvolgono tutti noi in un sforzo produttivo. Questo dipende da noi, se coscienziosamente, percorreremo il lungo cammino per crescere insieme.

BIBLIOGRAFIA

Oltre le sentenze e gli articoli di legge citati: 1.Diritto Amministrativo, Vol I e II, L. Mazzaroli, Monduzzi Editore, 2001. 2.Il Codice Penale, L. Alibrandi, CELT La Tribuna, 2006. 3.Il Codice Civile, F. Bartolini, CELT La Tribuna, 2006. 4.Il segreto professionale nell'archiviazione informatica dei dati sanitari, Ciallella C, Riv. Inabilità totale Med. leg 1991. 5.La cartella clinica: aspetti medico-legali, privacy, sicurezza e validità, Ravizza P., Ital Heart J, suppl. 2001. 6.Cartella clinica e qualità dell'assistenza, Nonis G., Il pensiero scientifico editore, 1998.7.Clinical data systems: data e medical records, Wyatt JC, lancet 1994.

Turno notturno:

gli effetti del non dormire

Prof. Francesco Bottaccioli *

Il sonno ha sempre affascinato gli umani. Il mistero della sua ciclica inesorabilità, a cui nessuno può sfuggire, e quello del mondo che si apre nella mente, una volta che gli occhi si chiudono, hanno ispirato artisti, filosofi e medici fin dagli albori della civiltà umana.

Per gli antichi greci era un momento di cura, anzi era la modalità della cura per eccellenza: quella cui si applicava il dio Asclepio, il fondatore della più gloriosa stirpe medica, che appariva in sogno a quei malati che, dopo aver pregato e sacrificato, avevano deciso di fermarsi a dormire nel tempio, quando la medicina degli uomini aveva fallito.

I medici ippocratici e poi, diversi secoli dopo, Galeno inserirono il sonno tra i capisaldi delle regole di vita per mantenere o riconquistare la salute.

Le ricerche attuali confermano che le modalità con cui conduciamo questa parte della vita immobile, semicosciente, incosciente e a tratti delirante, influenzano la salute e la malattia. Tutti i sistemi fisiologi ne sono interessati: ovviamente il cervello con l'orchestra ormonale che dirige; il sistema immunitario, la cui attività è modellata dal ritmo sonno-veglia; i sistemi metabolici, le cui funzioni sono fortemente condizionate dalle modalità e dalle caratteristiche del sonno. Alterazioni del sonno possono quindi essere all'origine di numerosi problemi di salute, alcuni lievi altri decisamente gravi.

Disturbi del sonno e malattie

Il lavoro più recente sulle relazioni tra sonno e salute è quello pubblicato da Jama il 30 dicembre 2008. Ricercatori dell'università di Chicago hanno studiato lo sviluppo della calcificazione delle arterie in quasi 500 maschi e femmine, di età variabile tra i 35 e i 47 anni. Lo studio, iniziato nel 2001 e concluso nel 2006, ha utilizzato strumenti di valutazione obiettiva della durata del sonno ed ha correlato le ore di sonno all'evoluzione delle calcificazioni arteriose. La conclusione è che chi dorme meno ha un aumento dei depositi di calcio nelle arterie e che un'ora di sonno in più riduce del 33% il rischio di calcificazione. Poiché la calcificazione delle arterie è un chiaro segno di inizio di aterosclerosi, i ricercatori americani hanno paragonato il sonno al più classico fattore di rischio per questa patologia: l'ipertensione. Ebbene, dormire un'ora di sonno in più equivale a ridurre di 16,5 punti (mm Hg) la pressione arteriosa.

Del resto, qualche mese fa un gruppo di cardiologi del Cleveland ha dimostrato su Circulation che adolescenti che dormono meno di 6 ore e mezzo per notte hanno una pressione sanguigna più alta, al limite dell'ipertensione: è evidente che questi ragazzi, continuando a dormire poco, da adulti saranno ipertesi.

Particolarmente a rischio le donne. Uno studio recente, realizzato dal dipartimento di psichiatria e scienze comportamentali della Duke University a Durham in USA e pubblicato su Brain Behavior and Immunity, ha documentato che essere donna rappresenta un fattore di rischio aggiuntivo. Infatti, a parità di "cattivo sonno", le donne hanno indici psicofisiologici peggiori degli uomini: un più alto indice di massa

corporea, livelli più elevati di PCR e maggiore resistenza insulinica. Il che vuol dire, più obesità, più infiammazione e più diabete.

L'infiammazione è strettamente legata ai disturbi del sonno. È documentato un incremento di citochine infiammatorie in persone con un ritmo del sonno alterato. Come spieghiamo nel box, di notte ormoni e circuiti immunitari si sincronizzano reciprocamente. Difficoltà ad addormentarsi, frequenti risvegli possono alterare questi delicati meccanismi con uno spostamento in avanti del picco della melatonina i cui livelli permangono alti al risveglio e per buona parte della mattinata: ciò incrementa l'infiammazione causando spossatezza e dolori. Un quadro simile è stato riscontrato da Maurizio Cutolo, reumatologo dell'università di Genova, in persone con artrite reumatoide.

Chi invece non dorme ma lavora di notte corre il rischio di avere inefficiente quel circuito immunitario che ci protegge dalle infezioni virali e dai tumori (chiamato di tipo Th1). Una serie di studi, in questo primo decennio del secolo presente, recentemente riassunti da Ester Franzese e Giuseppe Nigri del Policlinico S. Andrea di Roma, ha documentato un incremento del cancro al seno in infermiere che hanno svolto più frequentemente turni notturni. Il rischio diventa importante e crescente se si superano i 20 anni di attività. Infermiere con 30 anni di servizio a turni hanno un incremento del rischio di cancro al seno di oltre il 30%.

Infine, c'è uno stretto rapporto tra disturbi del sonno, disturbi dell'umore e della memoria. La depressione e l'ansia vanno a braccetto con la difficoltà a farsi delle belle dormite: spesso il disturbo del sonno è un segno premonitore del disturbo dell'umore; altre volte, persistendo anche quando l'umore è migliorato, è un segno di non completa guarigione. La memoria dipende dal sonno, come spieghiamo nell'altro articolo: l'area cerebrale da cui essa dipende, l'ippocampo, viene pesantemente danneggiata dallo stress cronico e dai disturbi del sonno. Esperimenti su animali dimostrano che lo scarso sonno blocca la neurogenesi e cioè la formazione di nuove cellule nervose, che l'ippocampo usa per il suo fondamentale lavoro di costruttore di ricordi.

Box L'orologio centrale del corpo è regolato di notte

Noi, a differenza di altri, siamo animali diurni. Questo vuol dire che tutti i nostri sistemi, a partire da quello neuroendocrino, sono organizzati sul ritmo luce-buio, veglia-sonno. Tra mezzanotte e le due del mattino, per esempio, la melatonina è al massimo e il cortisolo al minimo. Tra le 7 e le 8 del mattino è il rovescio. Persone con la melatonina alta al mattino possono avere difficoltà ad alzarsi dal letto, accusare depressione e dolori, soprattutto d'inverno quando la melatonina ha il suo picco annuale. Per questo può essere utile ricorrere al mattino alla fototerapia, che sopprime i livelli di melatonina e rialza quelli del cortisolo.

Il ritmo melatonina-cortisolo, che influenza molti altri ritmi endocrini, si porta con sé un analogo ritmo immunitario: di notte (con la melatonina alta) è al massimo il circuito Th1; di giorno (con il cortisolo al massimo) è più attivo il Th2. Dall'equilibrio tra questi circuiti immunitari dipende la nostra salute, che viene difesa sia da microrganismi sia da aggressioni interne (neoplasie e malattie autoimmuni). (f.b.)

Il cervello che dorme e sogna

Il sonno varia considerevolmente durante la notte, passando da fasi di quiete a fasi di forte attività cerebrale, note come fasi non rem (NREM) e rem (REM). Le due fasi sono davvero molto diverse.

La NREM è caratterizzata dal prevalere di onde lente e ultralente. Quando ci addormentiamo, passando dalla veglia al sonno sempre più profondo, nel cervello cessa il predominio delle onde veloci (onde beta, 20-30 Hertz , e gamma, 30-80 Hz) ed emerge una oscillazione lentissima (da 0.5 a 1 Hz), la quale, secondo l'espressione di Mircea Steriade, uno dei massimi studiosi del sonno, recentemente scomparso, fa da "involucro per l'annidamento di tutte le altre onde lente": i cosiddetti fusi del sonno (12-15 Hz), i complessi K (che sono delle ampie oscillazioni lente spesso seguite da fusi e che sono tipiche del II stadio del sonno), le delta (1-4 Hz).

Gli studiosi del sonno classificano l'insieme di queste onde lente SWS, Slow Waves Sleep, sonno a onde lente.

Quale sia il significato fisiologico del sonno a onde lente e più in generale del sonno, è uno dei massimi problemi, anzi direi è il problema della fisiologia e della medicina del sonno. Giulio Tononi, uno psichiatra pisano attualmente alla Wisconsin University, ha ipotizzato che durante il sonno il cervello dia una sistemata a tutte le informazioni registrate durante l'attività diurna sotto forma di sinapsi, riducendone il numero e il peso. Si avrebbe quella che ha chiamato "downscaling", cioè una sottotaratura delle sinapsi, con l'eliminazione di file inutili.

Questa ipotesi non sembra entrare in conflitto con la più accreditata tesi sul ruolo del sonno, che lega soprattutto la fase a onde lente al consolidamento dei ricordi. Infatti, una notevole serie di studi recenti ha mostrato che la memorizzazione è facilitata dopo un periodo di sonno rispetto a un analogo periodo di veglia.

E qui entrerebbero in scena i sogni, il cui ruolo, centrale soprattutto nella prima infanzia, sarebbe quello di consolidare, memorizzandoli, i comportamenti fondamentali, quelli adattativi per la specie, tra cui anche la sessualità, in ciò recuperando ma anche riducendo il peso che le aveva assegnato Sigmund Freud, a cui va comunque il merito di aver riconsegnato lo studio dei sogni all'indagine razionale.

*Direttore della Rivista bimestrale della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia
estratto da **www.simaiss.it**

ASSOCIAZIONE NAZIONALE OPERATORI TECNICHE ENDOSCOPICHE

L'Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche è un Associazione nata nel 1987 ad opera di alcuni infermieri di endoscopia. Con tale iniziativa s'intese aggregare, sotto il nome A.N.O.T.E., infermieri prevalentemente di Endoscopia Digestiva delle più prestigiose del nostro Paese, ma anche numerosi infermieri di Endoscopia Toracica e Urologia. L'A.N.O.T.E è stata, forse, una delle prime Associazione Infermieristica ad accreditarsi come Provider nel quadro della Formazione Continua in Medicina, per questo ha ricevuto autorizzazione dal Ministero della Salute n° 4990.

Sino ad oggi si contano all'attivo numerosi Congressi Nazionali in collaborazione con le tre Società Mediche SIED-SIGE ed AIGO, Convegni Nazionali con la Società ISSE e AIPO, Corsi Regionali, seminari e tavole rotonde.

L'impegno di tutti i Direttivi, compreso quello attuale, è stato sempre rivolto alla informazione e alla formazione degli infermieri di Endoscopia in generale e in maniera più specifica negli ultimi anni di Endoscopia Digestiva e di Gastroenterologia.

I momenti di incontro e i dibattiti sulle tematiche che quotidianamente si affrontano sono stati materia di discussione ampia e costruttiva tanto da determinare la emanazione di Linee Guida sulla Detersione, Disinfezione e Sterilizzazione in ambito endoscopico nel 1995, la Ia revisione nel 1997 e di seguito nel 1998.

Sono seguite le Linee Guida sulla Gastrostomia Endoscopica Percutanea nel 1998 e infine la collaborazione alla revisione delle Linee Guida per la sedazione in Endoscopia Digestiva nel 2006 con SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva).

Il confrontarsi sulle problematiche professionali negli anni è stato sicuramente di stimolo a migliorarsi, non solo dal punto di vista lavorativo ma anche personale per gli infermieri di endoscopia associati in tutta Italia e questo ha determinato per l'Associazione un punto di orgoglio, ritenendo di essere punto di riferimento per gli infermieri di endoscopia in ambito nazionale.

Il percorso fin qui seguito con il sostegno di moltissime aziende, ha reso possibile il confronto tra le numerose realtà nazionali ma anche la conoscenza di nuove tecnologie e nuove realtà permettendo di uscire fuori, in maniera reale e in alcune occasioni virtuale, dai propri confini in certi casi troppo limitati per una professione come la nostra che ha necessità di conoscere e aggiornarsi continuamente.

Il percorso non è stato scevro di difficoltà, tanto da rendere necessaria negli ultimi anni, una profonda revisione degli obiettivi dell'Associazione, anche in relazione alla sua crescita, per permettere di poter accogliere anche gli infermieri di gastroenterologia, determinato da un progressivo cambiamento che ci ha visto sempre di più abbracciare i temi dell'endoscopia digestiva e della gastroenterologia sacrificando l'endoscopia toracica e urologia.

Da tali mutamenti è nata l'ANOTE/ANIGEA (Associazione, Nazionale, Infermieri, di Gastroenterologia e Associati). L'Associazione così mutata è oggi consapevole del ruolo che è in grado di sostenere nel panorama variegato di associazioni infermieristiche più o meno specifiche dello stesso settore, continuando a svolgere il suo ruolo di informatore/formatore per gli infermieri di endoscopia digestiva e di gastroenterologia.

Tale presunzione ci ha permesso di organizzare e sostenere negli ultimi due anni l'evento nazionale fuori dagli schemi che fino ad ieri ci avevano visto a fianco le società medica in forma ancillare. Prima Fiuggi e oggi Assisi è stato un crescente di partecipazione e assensi. Una crescita in continua ascesa, la nostra, che oggi vede la collaborazione ANOTE/ANIGEA con l'Università di Tor Vergata di Roma per l'Anno 2009/10 per l'avvio del Master in Endoscopia Digestiva.

E' questo il riconoscimento tanto atteso, il riconoscimento dei contributi formativi e di ricerca apportati per anni sia a livello nazionale che europeo, delle competenze specifiche in ambito endoscopico, competenze che oggi richiedono, ai professionisti che intendono acquisire competenze avanzate, una formazione universitaria. Continueremo a lavorare in tal senso, continueremo a rivendicare per gli infermieri di endoscopia digestiva e di gastroenterologia il giusto ruolo, abbiamo ancora tanti obiettivi da raggiungere e li raggiungeremo solo attraverso la forza che ci hanno trasmesso chi ci ha preceduto (i fondatori e tutti i referenti regionali che per anni hanno lavorato per l'Associazione) e quella che oggi ci danno tutti coloro che scelgono di condividere e percorrere con noi il cammino che è necessario ancora percorrere.

www.anote.org

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE NURSIND

Ringraziamo quanti ci hanno scritto. La Redazione è ben lieta di ospitare lettere, fotografie e contributi dalle corsie.
Per scrivere alla redazione: infermieristicamente@nursind.it

MEDICINA E POSTI LETTO AGGIUNTI

Da anni, più di un lustro, si fa fronte alla elevata domanda di posti letto di Medicina, con soluzioni che sembrano uscite dal cilindro di qualche "mago". Dapprima, ficcando letti "bis", ossia in esubero che non figurano sulla carta ma virtuali, tra i letti in normale dotazione organica. Stava di fatto, che a farne le spese per questo sovrannumero, era tutto il personale sanitario e con particolare aggravio per gli infermieri e operatori di supporto.
A quanto pare, la Regione Lombardia, tra le più ricche d'Europa, non ha soldi per accreditare nuovi letti di Medicina. Ma può anche essere che non serve spendere soldi laddove lo stesso carico di lavoro è assicurato da un minor numero di risorse umane.
Mi spiego. Nessun imprenditore si sognerebbe di assumere altro personale per un lavoro se per lo stesso lavoro, facendo girare a massimo regime i propri dipendenti, riesce ad ottenere gli stessi risultati.
Allora, visto che soprattutto gli infermieri e operatori, non riuscivano più a sostenere i carichi aggiuntivi dei letti "bis", si è cominciato a parlare di "isorisorse". Praticamente, si tratta di impiegare personale che sulla carta ha un minor numero di letti occupati rispetto a quelli accreditati.
Questa soluzione, di appoggiare in reparti che garantiscono una accoglienza adeguata e dignitosa per i pazienti in esubero, potrebbe anche andare bene ma non mira al nocciolo del problema che è e resta quello della carenza dei posti letto di Medicina.
Inoltre, si sta vivendo un momento molto critico dal punto di vista della carenza di personale. Tutti penseranno alla carenza di infermieri ma invece, potrà sembrare strano, mancano anche operatori di supporto.
La carenza di infermieri ormai è cronica e non fa più notizia poiché si sa, quelli mancano sempre. Ma può essere che mancano anche operatori di supporto? Ricordo che per formare un operatore occorre meno tempo e poi, ciò che sembra un controsenso, gli operatori assunti non sono a contratto a tempo indeterminato ma precari che da un momento all'altro potrebbero andar via o essere lasciati a casa al momento della scadenza del contratto. Si fanno saltare ad oltranza turni di riposo per supplire ai vuoti di personale.
Se il contratto collettivo ha previsto che per il personale sanitario ogni quattro giorni ci si debba fermare per due giorni, è perché, quei due giorni servono per rigenerarsi mentalmente e fisicamente. Noi infermieri e operatori abbiamo diritto ad una vita relazionale e non solo lavorativa.
È stato dimostrato, da Virginia Maslach, studiosa insigne della sindrome di burn-out, che per poter rendere nel campo delle professioni sociali, tra cui la nostra sanitaria, è necessario decomprimersi con attività extralavorative.
Ma per ricrearsi occorre che si possa avere il tempo libero.
Si parla, sempre più di qualità dei servizi forniti. Ci sono Uffici della Qualità, addetti alla qualità e così via. Se qualità è mettere in una stanza da quattro letti, cinque letti o far assistere a tre infermieri e tre operatori, super-usurati quaranta pazienti, mi chiedo se la nozione di qualità sia uguale per tutti.
Comunque, se veramente la Regione Lombardia è diventata così povera e non in grado di garantire più nuovi letti di Medicina alla propria popolazione, mi sembra che tra la soluzione dei letti "bis" e quella di utilizzare letti liberi e disponibili presso altri reparti per poter far fronte alla domanda superiore all'offerta, la soluzione non migliore ma meno peggiore, sia quella di impiegare le famose "isorisorse", anche se qualcuno, non sicuramente infermiere e né operatore, inizia ad avere nostalgia dei letti "bis".
Come Sindacato delle Professioni infermieristiche, nello specifico a sigla Nursind, saremo decisi e inflessibili sul non accettare più il ritorno dei letti "bis", poiché non è solo un discorso di carico di lavoro ma è anche un discorso di aumento di rischio di errore clinico.
È scientificamente dimostrato che, se il tasso di occupazione dei posti letto è superiore al novanta per cento, il rischio di mortalità e di errori aumenta. Quindi, si sbaglia anche se si ha solo un reparto pieno. Figuriamoci poi, se è strapieno.
Siamo pronti, come Nursind a fare seguire alle parole i fatti, pensando anche ad un eventuale stato di agitazione del personale infermieristico e di supporto.
Non è nella nostra deontologia creare problemi agli utenti ma dobbiamo fare qualcosa perché danneggiando noi, poi alla fine non si danneggino i pazienti.
Non vogliamo lavorare più in condizioni di emergenza ma di piena normalità e serenità.

Pompeo Cammarosano
Delegato Nursind Rsu
Spedali Civili Brescia

APPELLO AGLI INFERMIERI ITALIANI

Gli Infermieri italiani devono credere in loro stessi, devono credere nei valori più alti della professione infermieristica e nella loro capacità di produrre intese essenzialmente con il cittadino. Devono rimanere uniti per crescere insieme verso tale unico intento.
Per tutti, la parola d'ordine è e deve essere… unione!
Gli Infermieri italiani devono imparare a riconoscere fino in fondo il loro ruolo e a difenderlo, con coerenza! Con obiettività e orgoglio, devono imparare a mostrare la loro identità, a dichiarare la loro autonomia e la loro professionalità… Nel loro impegno devono ricercare la saggezza, la rettitudine, la verità, il coraggio e la passione in tutto quello che fanno.
Devono quindi trasferire nella quotidianità il loro "saper fare e saper essere professionisti" all'interno dei servizi sanitari, in cui vi è una realtà fatta di donne e di uomini, di pazienti e di famiglie, di bambini e di anziani, che chiedono innanzitutto di essere guardati negli occhi e di rimanere persone fino alla fine…!
Se non si rimetterà il paziente al centro

dell'attenzione, proprio perché il paziente è il centro, l'Infermiere, così come qualsiasi altro professionista sanitario, mancherà al proprio compito istituzionale…!

Piero Pantaleo
Infermiere, iscritto al Collegio Ipasvi di Milano
(Tribunale per i diritti del Malato – Cittadinanzattiva, Milano)

HOMO HOMINI LUPUS

Ho cercato invano nel dizionario latino di parafrasare l'antico detto latino sostituendo alla parola "homo" "Infermiere" ma non è stato possibile perché in latino questa parola non esiste. Possiamo farlo benissimo in italiano e a malincuore debbo dire che purtroppo suona pure bene:" L'Infermiere è un lupo per l'Infermiere". Si proprio così. Il peggior nemico degli Infermieri sono gli altri Infermieri. E' una triste e cruda verità. Sono stati sufficienti pochi mesi di attività sindacale per renderci conto che per potere difendere i diritti degli Infermieri dovevamo combattere contro altri Infermieri. Pare assurdo ma è così. Le prime resistenze erano ingenuamente fatte da colleghi che per ignoranza commentavano la nascita del Nursind considerandolo alle stregua degli altri sindacati: "che? Un altro sindacato? Si… ma sono tutti uguali. E poi voi non siete nemmeno rappresentativi…". "Se non siamo (ancora) rappresentativi è proprio grazie a chi come te se ne è sempre fregato e ha lasciato fare agli altri, magari facendosi rappresentare da lavoratori appartenenti ad altre categorie". Man mano che il sindacato cresceva all'interno dell'azienda le resistenze diventavano veri e propri attacchi. Nessuno di questi attacchi è partito da rappresentanti sindacali che non fossero colleghi Infermieri. Ricordo ancora la frase che usò uno di loro quando gli feci notare che il suo sindacato aveva fatto molto poco per gli Infermieri rispetto alle altre categorie. Beh non ci crederete ma lui che è un Infermiere cominciò la frase con cui rispondeva alle mie accuse con queste testuali parole, che sono scritte fra l'altro in un volantino: "*…i suoi amati Infermieri…*" . La risposta a questa frase gliela avevo già data prima che lui la pronunciasse invitandolo a cambiare mestiere nel momento in cui riusciremo ad avere un contratto esclusivo di categoria visto che lui non aveva fatto altro che andare contro questa possibilità.

Un giorno apparve un volantino a firma del Nursing Up che lamentava la diceria giunta alle loro orecchie secondo la quale nel nostro ospedale si parlava di loro come di un sindacato che raccoglie deleghe non solo dagli infermieri. Anche questo attacco partiva da colleghi Infermieri. Che tristezza! E' come farsi la guerra in famiglia o peggio ancora è una battaglia in cui i tuoi nemici indossano la tua stessa divisa.

Quasi quasi mi vien voglia di andare a cercare un sindacalista medico o ausiliario o comunque che non sia un mio collega Infermiere e inventare una scusa per poterci litigare di proposito. Immaginiamo che degli extraterrestri un po' più evoluti rispetto a noi sbarcassero sulla terra. Provate a spiegare loro che l'unica motivazione per cui gli Infermieri sono ancora così poco considerati, malpagati… (e chi ne ha più ne metta) è data semplicemente dal fatto che si continuano a fare la guerra tra di loro…

Ma quale può essere la motivazione di una situazione così paradossale. Proviamo a cercare di trovare delle spiegazioni.

I rappresentanti dei sindacati generalisti sono spesso Infermieri la cui vocazione per il sindacalismo è inversamente proporzionale alla vocazione che hanno per la loro professione. Solo così si può spiegare l'odio per un sindacato che difende anche i loro diritti di categoria.

Hanno paura di perdere il potere e i privilegi che hanno acquisito.

Non hanno alcuna consapevolezza di quali vantaggi potrebbe ottenere l'unità sindacale di una categoria così numerosa come quella nostra.

Ignoranza pura e semplice.

Andiamo a considerare alcuni numeri. In Italia ci sono oltre 350.000 Infermieri. Un sindacato di categoria raccoglie i consensi di circa 15.000 di questi mentre l'altro che in realtà è un "parasindacato" di categoria ne raccoglie forse qualcuno in più. Per un totale del 10%. E gli altri 300.000? Sono completamente agnostici o sparsi nelle varie sigle generaliste senza rendersi conto che in tutti e due i casi vanno contro la loro professione e quindi contro i loro stessi interessi. Questa è un'altra realtà da analizzare e proverò a trovare qualche motivazione.

Molti infermieri non hanno alcuna "coscienza di classe" e questi costituiscono molto probabilmente la fetta più grossa.

Gli Infermieri iscritti nelle sigle generaliste hanno ricevuto dei favori o se ne aspettano qualcuno per cui rimangono ostaggi di promesse. Si tratta nella maggioranza dei casi di diritti regolati da leggi ben precise che il sindacalista ti fa credere che puoi avere solo grazie a lui.

La maggioranza degli Infermieri sono donne che hanno maggiori difficoltà ad un impegno oltre l'orario di lavoro.

Alcune di queste motivazioni hanno un senso. Difficile invece riesce trovarne uno nella valutazione complessiva di una situazione che rimane sintetizzata nel detto latino parafrasato "L'Infermiere è un lupo per L'Infermiere". Eccolo il vero nemico dell'Infermiere: l'altro Infermiere. Deve ricredersi chi l'aveva visto nei Medici o nei pazienti. Ma cos'è che spinge gli Infermieri ad andare contro i propri colleghi? E' una patologia? Forse è una forma di autolesionismo, una forma particolare di masochismo. Mi viene la voglia di coniare un neologismo, chiamiamolo "infermierismo". Ormai l'ho detto, ma sono già pentito. Che rimanga fra noi. Se è vero che i panni sporchi si lavano in famiglia non raccontiamole a nessuno queste cose riflettiamo e soprattutto facciamo in modo che "infermierismo" non diventi veramente una parola da includere nel dizionario.

Inf. Gregorio Drago
Palermo

IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
NURSIND
IL SINDACATO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

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

Norvegia: 8 marzo per la parità di stipendio

Con un colpo di penna, il divario può diminuire. Con questo slogan, il sindacato infermieristico norvegese ha lanciato una campagna pubblicitaria per denunciare la condizione subalterna delle retribuzioni femminili: a parità di lavoro, se un maschio guadagna 1 euro, una donna ne guadagna 0,85. Se si restringe il campo alle donne con istruzione superiore, il divario aumenta fino allo 0,80.

Lo stesso sindacato sostiene l'indagine della commissione governativa sulle pari opportunità, che ha previsto una spesa di 3 miliardi di euro necessari ad equiparare lo stipendio tra i sessi tra i dipendenti pubblici, di cui le infermiere ne costituiscono una grossa fetta.

Portogallo: annunciata per il 13 marzo una grande manifestazione

Il SEP (Sindacato Infermieri Portoghesi) ha annunciato una imponente manifestazione nazionale per il 13 marzo se il Ministro della Salute non farà marcia indietro sul progetto di divisione delle carriere (serie A funzione pubblica, e serie B settore privato).
Simoes Guafalupa, presidente del SEP, ha dichiarato che le nuove proposte del governo hanno solo lo scopo di dividere il fronte sindacale. Anche la scala retributiva prevista è ritenuta indecente. Ci sarà un incontro il 5 marzo, a seguito del quale, se non vi saranno aperture, il sindacato confermerà la manifestazione del 13 ed altre iniziative di protesta.

Canada: campagna pubblicitaria del sindacato infermieristico contro i tagli all'assistenza

L'associazione degli infermieri dell'Ontario (AIIO) che rappresenta 54.000 professionisti e che festeggia i 35 anni di vita, lancia una nuova campagna pubblicitaria per contrastare i tagli all'assistenza previsti dal governo.

I cittadini capiranno in questo modo il pericolo che i tagli procurerà loro. La campagna pubblicitaria inizia oggi sulle stazioni radio di Toronto, d'Hamilton, di Kingston, di Windsor, d'Ottawa, di London.

Gabon: lo sciopero "duro" costringe il governo a trattare

Il SYNAPS Sindacato Nazionale del Personale Sanitario, ha costretto il governo a cedere alle richieste di riforma della formazione. Lo scontro è durato mesi, adottando misure di sciopero che hanno costretto l'intervento di militari sanitari protetti dalla polizia per gestire i minimi assistenziali.

La riforma prevede tre livelli di formazione: il B1 per l'assistenza di base, l'A2 per i diplomi delle professioni tecniche, l'A1 per i laureati di istruzione superiore di infermieristica con funzioni di prevenzione, vigilanza e formazione.

Il governatore della provincia de la Ngounié, aveva comandato i "crumiri" militari, una ventina di infermieri e sei medici, per garantire le prestazioni d'urgenza ed anche alcuni interventi chirurgici. Il 5 febbraio scorso Guy Martial Makaya, infermiere presso l'ospedale di Mouila, è morto per cause non precisate.

NurSind

Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche

All'Ufficio del Personale

Azienda.....

La/il sottoscritta/o .....

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

Residente in via ..... N° .....

Città ....Prov. (.....) CAP _ _ _ _ _

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

Email: .....

Codice Fiscale .....

Qualifica .... Matricola .....

In servizio presso .....

si iscrive

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

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

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

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

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

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

Compila e spedisci via FAX allo 050 3160049 oppure telefona alla sede più vicina alla tua città (vedi la pagina sul retro).

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

AGRIGENTO	339 1548499	333 9697131	MACERATA
ALESSANDRIA	348 7730047	349 8455285	MASSA-CARRARA
ANCONA	339 2221513	338 1489380	MATERA
AREZZO	328 0479421	338 7770909	MESSINA
ASCOLI PICENO	347 6459027	331 5643203	MILANO
AVELLINO	340 2645906	340 3149340	MODENA
BARI	348 8231774	339 1935053	MONZA
BERGAMO	340 5464883	338 6268353	NAPOLI
BENEVENTO	347 0938303	339 6805023	NUORO
BOLOGNA	349 4657858	338 4464589	ORISTANO
BRESCIA	328 8043717	338 9041690	PALERMO
BRINDISI	333 1093968	340 3774179	PESARO-URBINO
CAGLIARI	349 4319227	320 3134105	PESCARA
CALTANISSETTA	380 4100516	328 5744839	PIACENZA
CAMPOBASSO	347 0733738	320 0826435	PISA
CATANIA	328 3364828	347 1174975	PORDENONE
CATANZARO	320 4370271	393 9912449	RAGUSA
CHIETI	338 2561933	338 2368798	RIMINI
COSENZA	339 8124656	333 4674814	ROMA
ENNA	333 6106527	347 7672006	ROVIGO
FIRENZE	389 9994148	333 8429231	SALERNO
FOGGIA	320 8811330	338 4386893	SASSARI
FORLI'	347 0379908	338 8506516	SIENA
GORIZIA	339 3500525	380 4512768	SIRACUSA
LATINA	347 8465074	347 8841155	TERAMO
LECCE	347 3423464	347 8122482	TORINO
LECCO	349 6441234	328 4614838	TRIESTE
LIVORNO	329 5480130	339 2397838	UDINE
LUCCA	328 0596018	320 0650894	VICENZA
L'AQUILA	333 4125508		

DIPENDE ANCHE DA TE!

NURSIND

NurSind e gli Infermieri:

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

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

www.nursind.it
nazionale@nursind.it